



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento.

A RELEVÂNCIA DO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS  
APOSENTADOS ESTATUTÁRIOS E CELETISTAS NO DISTRITO FEDERAL

Doutoranda: Roberta Ladislau Leonardo

Orientadora: Wânia Cristina de Souza, Ph.D.

Brasília, novembro de 2014.



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento.

---

A RELEVÂNCIA DO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS  
APOSENTADOS ESTATUTÁRIOS E CELETISTAS NO DISTRITO FEDERAL

ROBERTA LADISLAU LEONARDO

Orientadora: Wânia Cristina de Souza, Ph.D.

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Ciências do Comportamento  
do Departamento de Processos Psicológicos  
Básicos do Instituto de Psicologia,  
Universidade de Brasília, como requisito  
parcial à obtenção do Título de Doutora em  
Ciências do Comportamento – Área de  
Concentração: Cognição e Neurociências do  
Comportamento.

Brasília, novembro de 2014.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Wânia Cristina de Souza, Ph.D.  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

Membro Externo: Professora Doutora Hilma Tereza Tôrres Khoury  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Fculdade de Psicologia  
Universidade Federal do Pará

Membro Interno: Maria Ângela Guimarães Feitosa, Ph.D  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

Membro Interno: Professor Doutor Áderson Luiz Costa Junior  
Departamento de Psicologia Clínica e Cultura  
Universidade de Brasília

Membro Interno: Isolda de Araújo Günther, Ph.D  
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho  
Universidade de Brasília

Membro Suplente: Professora Doutora Goiara Mendonça de Castilho  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

*Dedico essa tese de doutorado aos idosos do DF,  
com votos de uma qualidade de vida crescente.*

## Agradecimentos

Agradeço a Deus por concluir mais essa etapa da minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Wânia Cristina de Souza pela generosidade e paciência que teve comigo. Aos membros da banca pela oportunidade generosa de troca de conhecimento.

À Profa. Carla Antloga pela gentil contrinuição na análise qualitativa.

À minha mãe, Terezinha, pelo apoio e carinho, e às minhas irmãs, Camila e Amanda, pelo acolhimento, paciência e contribuições. Amanda, seu apoio, em especial, foi imprescindível para a realização desse trabalho. Aos meus tios e aos meus avós, pelo eterno incentivo em continuar a estudar e a conquistar novos espaços.

Ao meu pai, Robson, pela leitura e releitura da tese e pelas contribuições que fez. À minha “boadrasta”, Salete, pelo apoio.

À pequena Sophia, que traz muita alegria para a minha vida!

Aos queridos: Kilda Mara Sanches y Sanchez (I.M.), Isabelle Chariglione, Josely Guimarães (Jô), Flávia Martins, Adriana Melchedias, Hélida Arrais, Virgínia Fava (muito obrigada!), Lenise Nascimento, Daniela Caldas, Felipe Queiroz, João Ricardo Simczak, Fernanda Morais, Annelise Thierre, Antônio César Jr., Juciléia Souza, Fábio Marães, Flávia Rocha, Cibelli Severo e seus pais, Lúcia e José Aliésio. Agradeço também a Raphael Henrique Matos pelas contribuições pertinentes e precisas à pesquisa.

À ASSECOR, ao SINDMED, ao SINDPOL e à Empresa de Correios e Telégrafos pela parceria e boa vontade na pesquisa.

À Socius e aos alunos de pesquisa, em especial, Giulia Conte, Bruna Lima, Nathália Oliveira, Erik Behr e Rowena Carrara. Agradeço às revisoras Mayara Leite e Camila Rocha. Vocês fizeram um trabalho maravilhoso!

A todos os meus colegas de doutorado, das duas áreas de concentração!

Obrigada pelo apoio e companheirismo e parabéns pelas suas conquistas também!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências do  
Comportamento pelo empenho na pesquisa de seus alunos.

À CAPES pela bolsa concedida.

À Joyce, a Amanda e ao Keules, funcionários competentes e dedicados.

Por fim, aos “velhinhos” que participaram da pesquisa, que puderam  
compartilhar suas experiências de vida nesta pesquisa.

## Resumo

A literatura apresenta pesquisas relacionadas à volta do aposentado ao mercado de trabalho. O trabalho após a aposentadoria parece necessário para a subsistência, por um lado, e por outro, ocorre devido a socialização, a produtividade e a atualização. Portanto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a importância do trabalho sobre a qualidade de vida de quatro grupos de idosos aposentados no DF, considerando os motivos do retorno ao mercado de trabalho. Além disso, descreveu-se o perfil dos estatutários e celetistas, fornecendo base para políticas públicas que os contemplem de forma eficaz. A pesquisa foi dividida em duas etapas. A Etapa 1 referiu-se à aplicação de questionários enquanto a Etapa 2 referiu-se à entrevista. Participaram do estudo 203 idosos, sendo dois grupos de aposentados ativos (celetistas e estatutários), e dois de inativos (celetistas e estatutários). Não houve diferença significativa entre os grupos para a qualidade de vida (QV). A diferença ocorreu para os fatores bem estar físico e material e relação com as outras pessoas para o Subgrupo Lei 2 e para os motivos de retorno ao trabalho, como a renda que influenciou mais a escolha dos celetistas que dos estatutários. Conclui-se que a QV dos aposentados do DF com o perfil descrito é boa, mas os grupos de idosos que não trabalham apresentam algumas vulnerabilidades, tanto para a depressão quanto para fatores de risco à senilidade.

*Palavras-chave:* qualidade de vida; aposentadoria; trabalho.

### Abstract

The literature shows investigations about retired people going back to the labor market. Working after retirement seems necessary for subsistence, on one hand, and on the other, it is due to socialization, productivity and updates. Therefore, the goal of this study was to analyze the importance of work for quality of life for four groups of elderly retirees in Brasília, DF, considering their reasons for returning to the labor market. Furthermore, the objective was to describe the profile of public servant and CLT workers, providing the basis for public policies that address them effectively. The study was divided into two stages: Stage 1 referred to the application of questionnaires while the Stage 2 referred to the interview. The study included 203 elderly, two groups of active retirees (CLT workers and public servants), and two inactive (CLT workers and public servants). There was no significant difference between groups for quality of life (QOL). The difference occurred for some factors that compound QOL and the reasons for returning to work between CLT workers and public servants. Difference occurred for physical and material well-being factors and relationship with other people for subgroup law 2 and for the reasons for returning to work, as income, that most influenced the choice of public servants than CLT workers. It is concluded that the QOL of retirees in Brasília DF with the profile described is good, but the groups of elderly who do not work have some vulnerabilities, both for depression and for risk factors for senility.

*Keywords:* quality of life; retirement; work.

## Sumário

Capítulo 1 - Caracterização do idoso brasileiro e do idoso residente no DF.....	4
Capítulo 2 - Envelhecimento: uma etapa do desenvolvimento .....	9
2.1) A Rede Social do Idoso.....	17
2.2) Envelhecimento Cognitivo.....	20
Capítulo 3 – O que é trabalho? .....	26
Capítulo 4 – Aposentadoria e previdência social .....	29
4.1) Previdência Social.....	29
4.2) Aspectos Psicológicos da Aposentadoria.....	33
Capítulo 5 -A Importância do Trabalho para os Idosos Aposentados .....	36
Capítulo 6 – Leis Federais e Distritais em prol do Envelhecimento. ....	39
6.1) Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso .....	39
6.2) Programas de Inclusão dos Idosos do Distrito Federal .....	41
Capítulo 7 - Qualidade de vida dos idosos .....	44
7.1) Conceito de Qualidade de Vida .....	45
7.2) Instrumentos que medem a QV.....	47
Capítulo 8 - Justificativa.....	50
Capítulo 9 – Objetivos.....	52
9.1) Objetivos gerais .....	52
9.2) Objetivos específicos .....	53
Capítulo 10 - Método.....	55
10.1) Delineamento .....	55

10.2) Participantes.....	55
10.3) Materiais .....	63
10.4) Procedimento .....	65
10.5) Análise dos Dados.....	67
Capítulo 11 - Resultados.....	69
11.1) Resultados Quantitativos .....	69
11.2) Resultados Qualitativos .....	78
Categoria 1: O Significado do Trabalho .....	80
Categoria 2: A Aposentadoria: uma Tomada de Decisão.....	81
Categoria 3: O Envelhecimento .....	83
Categoria 4: Qualidade de Vida.....	85
Capítulo 12 - Discussão.....	88
12.1) Discussão dos Dados Quantitativos .....	88
12.2) Discussão dos Dados Qualitativos .....	90
Categoria 1: O Significado do Trabalho .....	90
Categoria 2: A Aposentadoria: uma Tomada de Decisão.....	92
Categoria 3: O Envelhecimento .....	93
Categoria 4: Qualidade de Vida.....	94
Capítulo 13 – Discussão Geral .....	96
13.1) Aspectos Afetivos .....	97
13.2) Aspectos Sociais .....	97
13.3) Aspectos Cognitivos .....	99

13.4) Aspectos Motivacionais .....	101
13.5) Descrição do perfil dos idosos dos Subgrupos Lei 1, CLT 1, Lei 2 e CLT2.	103
13.6) A Participação do Estado na Qualidade de Vida dos Idosos .....	105
Capítulo 14 - Conclusão .....	109
Capítulo 15 – Considerações Finais .....	110
Capítulo 16 - Referências .....	112
Capítulo 17 - Apêndice.....	130

## Lista de Figuras

Figura 1: Divisão dos participantes em grupos.....	57
Figura 2 : Descrição esquemática do procedimento.....	66
Gráfico 1: Distribuição geográfica dos idosos dos grupos 1 e 2.....	59
Gráfico 2: Distribuição geográfica dos estatutários e celetistas.....	60
Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto à escolaridade.....	61
Gráfico 4: Frequência das atividades não-remuneradas por subgrupo.....	77

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização dos Grupos I, II e III do DF.....	07
Tabela 2: Caracterização da amostra .....	58
Tabela 3: Descrição da amostra que participou das entrevistas.....	62
Tabela 4: ANOVA <i>one-way</i> do MEEM pelos subgrupos.....	69
Tabela 5: ANOVA <i>one-way</i> da EDG pelos subgrupos.....	70
Tabela 6: ANOVA <i>one-way</i> das dimensões da EQVF pelos subgrupos.....	71
Tabela 7: ANOVA <i>one-way</i> das dimensões da EQVF por escolaridade.....	72
Tabela 8: ANOVA <i>one-way</i> das dimensões da EQVF por estado civil.....	73
Tabela 9: Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões da EQVF, o MEEM, a EDG e os motivos de retorno ao trabalho.....	145
Tabela 10: Comparação dos motivos que levaram os idosos dos grupos CLT 1 e Lei 1 a voltarem ao mercado de trabalho.....	76

## Lista de Siglas

ASSECOR: Associação Nacional dos Servidores de Carreira de Planejamento e Orçamento.

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

CLT 1: Grupo de aposentados pela CLT que voltaram a trabalhar.

CLT 2: Grupo de aposentados pela CLT que **não** voltaram a trabalhar.

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal.

DF: Distrito Federal.

DRU: Desvinculação das Receitas da União.

EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

EFI: Ensino Fundamental Incompleto

EFC: Ensino Fundamental Completo

EMI: Ensino Médio Incompleto

EMC: Ensino Médio Completo

ESI: Ensino Superior Incompleto

ESC: Ensino Superior Completo

POS: Pós-graduação

EQVF: Escala de Qualidade de Vida Flanagan.

GDF: Governo do Distrito Federal.

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social.

Lei 1: Grupo de aposentados pela Lei 8.112/90 que voltaram a trabalhar.

Lei 2: Grupo de aposentados pela Lei 8.112/90 que **não** voltaram a trabalhar.

MEEM: Mini-exame do Estado Mental.

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PEA: População Economicamente Ativa

PEC: Ponto de Encontro Comunitário.

PIA: População em Idade Ativa

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPA: Programa de preparação para aposentadoria.

QV: Qualidade de Vida

SEI: Secretaria Especial do Idoso.

SESC: Serviço Social do Comércio

SINDMED: Sindicato dos Médicos do Distrito Federal.

SINDPOL: Sindicato dos Servidores da Polícia Civil.

SM: Salário mínimo.

SPSS: Stastiscal Package for the Social Sciences.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Teoria SOC: Seleção, otimização e compensação.

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*.

WHOQOL-OLD: *World Health Organization Quality of Life*, versão para idosos.

WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life*, versão abreviada.

WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life*, versão com 11 itens.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que desafia a saúde pública contemporânea (Veras, 2009) e os sistemas previdenciários. Os países em desenvolvimento, em especial, têm passado por uma mudança rápida e significativa na pirâmide etária, aumentando a quantidade de idosos, sem oferecer as condições adequadas para assisti-los (Organização Mundial de Saúde, OMS, 1998; Félix, 2007; Lima, 2011). Entende-se por idosos aqueles com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, como o Brasil (Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03), e com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (OMS, 1998).

Essa modificação na pirâmide etária ocorre pela diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade, frutos evidentes de uma melhora econômica e tecnológica nesses países (Freitas, Maruyama, Ferreira, & Motta, 2002; Camarano, Kanso & Mello, 2004; Camarano, 2006; Lima, 2011). O Brasil possuía, em 1991, uma taxa de fertilidade de 2,7 filhos, reduzida em 2008, para 1,89 filhos, índice abaixo da taxa de reposição (Kreling, 2009).

Há a estimativa de que em 2060 o Brasil quadruplicará o número de idosos, passando de 7,4% do total da população em 2013 para 26,7% em 2060 (IBGE, 2014). Esse processo de envelhecimento tem trazido diversas consequências para a garantia efetiva da qualidade de vida (QV) dos idosos.

Para garantir dignidade para os longevos brasileiros, foi feita a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), que estabelece em seu artigo primeiro, o objetivo de "*assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*". Objetiva-se, com isso, oferecer diretrizes sobre o que é adequado para a QV do idoso e assegurá-la (Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo & Biasus, 2009; Ramos, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006) diferencia os conceitos autonomia, capacidade funcional e independência, dentro da perspectiva de envelhecimento ativo, proposto pela OMS (1998). Segundo a portaria, autonomia refere-se ao auto-governo enquanto capacidade funcional envolve as habilidades físicas e mentais para a realização das atividades de vida diária, básicas e instrumentais. A independência, por sua vez, capacita o indivíduo a realizar uma atividade específica. Esses conceitos serão adotados ao longo do texto.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) o *envelhecimento ativo* estabelece como saudável o idoso capaz de manter-se apto a várias funções do cotidiano. Isso significa um incentivo à independência e à produtividade, por meio da manutenção da autonomia (OMS, 1998; Félix, 2007). O objetivo do envelhecimento ativo é assegurar a QV à medida que as pessoas alcançam idades mais avançadas. Proporcionar QV para essa parcela da população envolve a percepção do seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. Além disso, favorece sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, incentivando-os a participar dos processos políticos e de outros aspectos da vida em comunidade. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (Félix, 2007).

Segundo o Centro Internacional de Informações para o Envelhecimento (CIES, citado por Lima, 2011), “a *idade cronológica não é o parâmetro mais importante na velhice para determinar a qualidade de vida do idoso. O mais importante é a capacidade funcional e a autonomia da pessoa*”. A priorização pela manutenção dessa autonomia é um dos fatores relacionados à busca dos idosos por atividades no período pós-aposentadoria, como a escolha pelo trabalho, tema que será abordado nessa pesquisa.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), visando favorecer o exercício de atividades após a chamada inatividade, estabelece que as instituições devem oferecer uma preparação para a aposentadoria com antecedência mínima de um ano. Além disso, o estatuto dedica o seu Capítulo V para abordar os direitos dos idosos à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, reiterando a visão em prol da QV do idoso e o seu Capítulo VI aos aspectos relacionados ao trabalho.

Em vista disso, a compreensão das variáveis relacionadas à QV no envelhecimento evidencia a necessidade de construir a velhice quando ainda se é jovem (Skinner, 1985), aumentando as possibilidades de acrescentar estímulos à vida dos idosos. Essa responsabilidade deve ser compartilhada tanto pela sociedade quanto pelo Estado. Portanto, é importante admitir a importância do idoso na nossa sociedade, valorizando a transmissão de seu conhecimento e de suas experiências.

Em vista do exposto, observa-se que a psicologia pode contribuir na compreensão da perspectiva do idoso acerca da sua QV, sobre as dificuldades que se apresentam no processo de tomada de decisão para aposentar-se e para a escolha das atividades a serem executadas após a aposentadoria, como a opção pelo trabalho remunerado. A caracterização desses fatores pode contribuir de forma significativa para a criação de políticas públicas na área do envelhecimento, que ainda estão aquém do esperado.

## **Capítulo 1 - Caracterização do idoso brasileiro e do idoso residente no DF.**

No Brasil, tem-se observado um crescimento da população idosa de forma rápida e progressiva, aumentando de 4% da população nacional em 1940 (Beltrão, Camarano & Kanso, 2004), para 4,8% em 1991. Em 2000, passaram a ser 5,9% da população, chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2014).

Deud (2011) descreve as projeções demográficas de 2008 do IBGE e compara as taxas de crescimento da população brasileira de 2010 a 2050. Segundo essas informações, a população idosa se destacará com um aumento de 3,05%. Atualmente, a maioria dos idosos reside na região sudeste (46,89%), seguida das regiões nordeste (25,66%), sul (16,44%), centro-oeste (5,96%) e norte (5%), respectivamente (IBGE, 2014).

Em 2000, idosos paulistanos com 60 anos podiam esperar viver, em média, 17,6 anos a mais, dos quais 14,6 (83%) seriam vividos livres de incapacidade funcional. As mulheres na mesma idade podiam esperar viver mais 22,2 anos, dos quais 16,4 anos (74%) seriam livres de incapacidade funcional (Camargos, Perpétuo & Machado, 2005).

Camarano, Kanso e Mello (2004) ampliam essa perspectiva para o contexto nacional e acreditam que, sem as causas de morte evitáveis nos idosos (e.g. quedas), uma pessoa aos 60 anos poderia ter uma expectativa de mais 29,2 anos, isto é, poderia esperar viver até os 89,2 anos. Uma idosa, por sua vez, esperaria viver mais 30,9 anos (o equivalente a 90,9 anos). Considerando que a aposentadoria compulsória no serviço público ocorre aos 70 anos, tem-se 20 anos de pagamento de aposentadoria para esses idosos. Além disso, a aposentadoria compulsória, no caso do estatutário, restringe a liberdade do indivíduo em optar por permanecer no mercado de trabalho, caso esteja apto para isso.

Atualmente, 87,1% dos idosos brasileiros do sexo masculino são responsáveis por suas famílias, 72,6% trabalham 40 ou mais horas por semana e apenas 12,7% recebem rendimento inferior a um salário mínimo mensal (Camarano, 2004). O idoso brasileiro, em sua maioria, reside junto com seus familiares e contribui para a renda familiar, reduzindo o grau de pobreza (Félix, 2007; Ramos, 2003). Esses dados enfatizam o quão participativo o idoso é no contexto familiar, especialmente, do ponto de vista financeiro, o que lhes confere um *status quo* de maior importância, quando comparado às décadas anteriores.

Peixoto e Clavairolle (2005) também recusam a visão de que o idoso não consegue aprender. Dentro dessa perspectiva de envelhecimento ativo, com potenciais da capacidade funcional, eles propõem políticas de inclusão digital da população idosa como forma de esta manter seu vínculo com a sociedade contemporânea, por exemplo.

Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004) ao analisarem as consequências do envelhecimento da População Economicamente Ativa (PEA), concluíram que há necessidade de políticas públicas de emprego, a curto e médio prazos, focadas neste contingente populacional, apesar de sua baixa qualificação. Isso daria mais autonomia para o idoso, porque o trabalho é à base de sua inserção na sociedade. A contribuição ativa e produtiva dos idosos no trabalho formal, informal, nas atividades não-remuneradas em casa e em ocupações voluntárias é importante e vem sendo valorizada em todo o mundo (Camarano, 2001).

Do contrário, com a perda da autonomia, do contato social e da capacidade funcional, ele seria rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos, levando-o ao isolamento e à dependência (Wajnman et al., 2004).

A população idosa do Distrito Federal (DF), conforme a descrição de Silva, Pinto e Guedes (2007) dos dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2004/2005, vem aumentando (de 3,3% em 2000 para 6,4% em 2004). A síntese de informações de 2010 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) registra que a população do DF é de 2.654.059 pessoas. Dessas, 4,08% estavam aposentadas em 2009, sendo 39,05% por tempo de contribuição, 33,37% por idade e 27,58% por invalidez.

Conforme a CODEPLAN, em 2004, 17% da população geral residia em áreas de classe média ou classe média alta, com renda média *per capita* de sete salários mínimos. A concentração das pessoas está nas cidades satélites (60,3%), com renda *per capita* média de 1,5 salários mínimos.

Ao comparar o rendimento médio de trabalhadores com carteira assinada (aposentado pela CLT) com o rendimento dos trabalhadores do serviço público, observou-se que, em 2009, os estatutários ganharam pouco mais de quatro vezes dos celetistas (R\$4.563,00 e R\$1.124,00, respectivamente). Isso evidencia uma grande diferença salarial, a qual pode acarretar diferenças, por exemplo, na QV desses idosos e nos motivos para o retorno ao mercado de trabalho.

O DF possui uma grande concentração de estatutários, que, por se aposentarem com uma renda elevada (CODEPLAN, 2010) podem não sentir a necessidade de continuar trabalhando para complementar o rendimento da família. O complemento de renda é uma possibilidade, contudo não é o único motivo pelo qual um idoso optaria por voltar ao mercado de trabalho (Camarano, 2001; Diener & Oishi, 2000).

Em 2009, havia no DF, 2.110.300 pessoas em idade ativa, sendo 65,30% ocupadas (CODEPLAN, 2010). O anuário estatístico do DF elaborado pela CODEPLAN (2010) divide a população distrital em três grupos. O Grupo I aborda as

informações referentes à população de renda mais alta; o Grupo II contempla a renda intermediária enquanto o Grupo III descreve os dados da população com renda mais baixa. A Tabela 1 caracteriza cada um desses grupos, quanto aos interesses da presente pesquisa. Os dados da *população economicamente ativa* (PEA) referem-se a porcentagem de idosos, considerando a *população em idade ativa* (PIA), destacada em negrito. As informações sobre atividade e rendimento baseiam-se na PIA apenas, pois não foram encontrados dados específicos dos idosos do DF.

Tabela 1. Caracterização dos Grupos I, II e III do DF.

<b>Características</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>	<b>Total/média</b>
PIA total do DF	9,72%	44,55%	45,73%	<b>2.110.300</b>
PEA – 56 a 64 anos	0,51%	1,43%	1,36%	3,30%
Homens				59%
Mulheres				41%
PEA – ≥ 65 anos	-	0,37%	0,28%	0,65%
Homens				67,24%
Mulheres				32,76%
Atividade				
Serviço	3,00%	14,04%	14,68%	31,73%
Adm. Pública	2,06%	4,59%	2,45%	9,10%
Indústria	-	8,53%	1,20%	9,73%
Comércio	-	3,56%	4,80%	8,36%
Construção Civil	-	1,06%	1,68%	2,74%
Rendimento				
Com carteira	R\$ 3.416,00	R\$ 1.256,00	R\$ 875,00	R\$ 1.849,00
Setor público	R\$ 6.945,00	R\$ 4.486,00	R\$ 3.282,00	R\$ 4.904,00

PIA: população em idade ativa; PEA: população economicamente ativa

Fonte: Baseada nos dados do anuário estatístico da CODEPLAN, 2010.

Nela, é possível perceber que a concentração da *população em idade ativa* (PIA) está no Grupo II, representando 44,55% da PIA total. Comparando a *população economicamente ativa* (PEA) de 56 a 64 anos, não se observa muita diferença em termos absolutos entre os Grupos II e III. Contudo, há uma diferença importante entre esses grupos e o Grupo I, evidenciando que há mais idosos na ativa nos grupos II e III. Em relação à renda, ao se comparar o rendimento de trabalhadores com carteira

assinada com o do setor público, observa-se que este paga entre 2 e 3,75 vezes mais que para os celetistas.

A CODEPLAN (2010) destaca que 35,8% dos idosos ganham até 2 salários mínimos enquanto 40,5% ganham acima de 5 salários. Há um índice de 5,3% de analfabetismo entre os idosos, 7,6% com quatro anos de estudo e com oito ou mais anos, tem-se 64,5%. Comparando os dados entre homens e mulheres, estas apresentam, paradoxalmente, taxas mais elevadas tanto no analfabetismo como no ensino com mais de oito anos. Sobre a economia do DF, os dados indicam que é baseada no setor de serviços (respondia por 93,16% em 2007).

## Capítulo 2 - Envelhecimento: uma etapa do desenvolvimento

Silva (2008) explica que a concepção de velhice, como etapa do desenvolvimento humano, surgiu entre os séculos XIX e XX. Para ela, dois fatores foram fundamentais para o destaque à velhice. O primeiro fator, segundo Silva (2008), seria a institucionalização das aposentadorias, que será abordada em tópico específico. O outro relaciona-se com a evolução da medicina, com um olhar voltado para o envelhecimento do corpo humano. A geriatria e a gerontologia estudam o envelhecimento, o qual passa a ser entendido, com base na anatomia patológica, como uma degeneração do corpo.

Dessa forma, a geriatria passa a diferenciar a velhice das outras etapas da vida, mas a associa à doença (Silva, 2008). A gerontologia, área de saber multidisciplinar, por sua vez, começa a destacar os aspectos psicossociais da velhice, aprofundando mais a concepção de velhice e fomentando base para uma nova nomenclatura, *a terceira idade* (Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo & Biasus, 2009).

Silva (2008) coloca como hipótese para o surgimento do conceito terceira idade a:

*“generalização e a reorganização dos sistemas de aposentadoria, a substituição dos termos de tratamento da velhice, o discurso da gerontologia social e os interesses da cultura do consumo” (p.162).*

A terceira idade passa a ter uma conotação mais positiva que a velhice e cita alguns pares opostos para exemplificar:

*“terceira idade em contraposição à velhice, aposentadoria ativa em contraposição à aposentadoria passiva, casa de*

*repouso em contraposição a asilo, gerontologia em contraposição à assistência social”*

(Silva, 2008, p.162)

Peixoto (1998) estudou o uso dos vocábulos ‘velho’ e ‘idoso’ e observou que o termo ‘velho’ relacionava-se aos sinais de decadência física e incapacidade produtiva. Segundo o autor, a partir da década de 60, os documentos oficiais franceses passam a adotar o termo ‘idoso’, que é menos pejorativo, motivo pelo qual será esse o termo abordado no presente trabalho, como sinônimo também de terceira idade.

Para Freitas et al. (2002), no Brasil, embora a velhice seja associada à decadência, as expressões para se referir àqueles com mais de 60 anos, aqui entendidos como idosos, é bem variada e usada como sinônimo em muitas ocasiões. Paralelo a isso, surgem os aposentados de classe média, que associam o envelhecimento à QV (Freitas et al., 2002; Silva, 2008). A nomenclatura terceira idade passa a favorecer uma imagem mais positiva do envelhecimento. Seguindo esse raciocínio, com o aumento da expectativa de vida, passou a surgir a quarta idade, para referir-se à população com 80 anos ou mais (Camarano, 1999).

Para explicar o processo de envelhecimento, foram desenvolvidas algumas teorias sociais. A *teoria da atividade* (Havighurst & Albrecht, 1953), contudo, propunha, que o envelhecimento bem sucedido seria alcançado mediante o cumprimento de tarefas desenvolvimentais, as quais tinham bases biológicas (i.e. a maturação física), psicológicas (i.e. valores), e culturais (i.e. expectativas da sociedade). A manutenção das atividades iniciadas previamente ao envelhecimento garantiriam o sucesso nessa etapa de desenvolvimento (Silva, 2008; Doll, Gomes, Hollerweger, Pecoits & Almeida, 2007).

A *teoria do desengajamento* (Cummings & Henry, 1961) afirmava que era um processo inevitável os idosos se envolverem menos em atividades sociais, levando-os ao isolamento e à exclusão. Tal processo poderia ser em decorrência do próprio envelhecimento ou do sistema social no qual estava inserido e ocorreria de formas distintas entre homens e mulheres, uma vez que os homens teriam papéis sociais mais instrumentais, exercendo a função de provedor, enquanto a mulher teria um papel com atividade social mais intensa, com o olhar mais voltado para a família.

Por fim, tem-se a *teoria da modernização* (Cowgill, 1986), na qual os idosos resistiriam à inovação e às técnicas modernas, como o uso de tecnologias. Essa teoria contempla a imagem e o *status* social dos idosos em vários contextos, como o econômico, político e educacional, por exemplo. Dentro de um contexto político de uma determinada sociedade, o idoso poderia ter uma importância social ao participar de conselhos. No contexto educacional, sua importância poderia estar relacionada à transmissão de conhecimento.

Nesse caso, com o acesso rápido à informação e com a formação de profissionais da área educacional, o idoso perderia seu espaço para passar seu conhecimento adiante, reduzindo seu *status*. Portanto, a teoria depende do contexto e da cultura e está atrelada ao *status*, ao contrário das outras duas teorias, formuladas entre as décadas de 40 e 60, que consideram mais o bem-estar e as atividades do idoso (Doll et al., 2007), conceitos inerentes à QV e próximos ao conceito de envelhecimento ativo estabelecido pela OMS (1998).

A compreensão do envelhecimento pela Psicologia é razoavelmente recente. Até a década de 60, ela entendia o envelhecer como sinônimo de declínio. Conforme Neri (2006), a Psicologia do Desenvolvimento contemplava a produtividade, a autonomia

física e cognitiva do adulto e não conseguia conceber a visão de desenvolvimento entre os longevos pelas crenças sociais da época.

Os avanços na literatura psicológica ocorreram com o envelhecimento populacional, em especial nos países desenvolvidos, durante o século passado. Isso porque os teórico do desenvolvimento começaram a envelhecer também e começaram a questionar as crenças constituídas até então, por não se identificarem com elas. O interesse científico começou a ser direcionado para a caracterização dos padrões evolutivos da terceira idade, como o desempenho cognitivo em idosos (Neri, 2006).

Dessa forma, nasceu a Psicologia do Envelhecimento, adotando a perspectiva do *lifespan*, que é o paradigma dominante na área (Neri, 2006; Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo & Biasus, 2009). Baltes e Smith (2004, citados por Neri, 2006, p.19) definem esse paradigma como sendo “*de índole pluralista, uma vez que considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, é transacional, dinâmico e contextualista*”. Logo, o envelhecimento sofreria influências ontogênicas, biológicas (e.g. climatério) e psicossociais (e.g. aposentadoria) (Neri, 2006).

A teoria *lifespan* é proveniente da década de 70, ainda utilizada nos dias atuais, que coloca o envelhecimento como um processo natural, envolvendo ganhos e perdas. O idoso passa a ter uma diminuição da plasticidade comportamental, para adaptar-se ao meio, e uma diminuição da capacidade de se recuperar de processos de enfermidade. Contudo, apresenta a resiliência individual, amparada pelos apoios sociais e pela própria personalidade (Neri, 2006), para a auto-regulação do *self* (Bandura, 1986). Em decorrência disso, o idoso deve fazer ajustes mentais e afetivos para lidar com as mudanças dos papéis familiares (passa a ser cuidado e deixa de ser o cuidador), com a aposentadoria e com a sexualidade (Paskulin, 2006).

A privação do contato social e da produtividade poderá levar o idoso a desenvolver problemas emocionais, como a depressão, que é muito comum nessa faixa etária (Almeida & Maia, 2010). Com o passar do tempo, muitas consequências negativas aparecerão, como o déficit cognitivo, a perda de auto-estima e o abandono de autocuidados, levando a perda da autonomia e da capacidade funcional (Ramos, 2003).

Lima (2011) afirma que o processo de envelhecimento ocorre de maneira diferente entre as pessoas, uma vez que se vive de forma diferente. Ressalta que muitos dos idosos na faixa etária entre 60 a 75 anos possuem boas condições físicas, realizando tarefas do cotidiano e contribuindo para suas famílias, isso porque existe uma boa parcela da população de idosos que não é dependente. A dependência se refere à falta de autonomia e a ausência de rendimentos (Camarano, Kanso & Mello, 2004).

As habilidades emocional, cognitiva e comportamental que o idoso tem para lidar com suas limitações e potencialidades, com seus ganhos e perdas, o levarão a uma adaptação mais bem sucedida. Essa corrente destaca que o desenvolvimento humano é amplamente influenciado pelo contexto de vida (i.e. atividade, renda, estilo de vida, religião e vivência familiar etc.) e é multideterminado, iniciando no nascimento e perdurando até a morte (Capitanini & Neri, 2004).

Os ganhos e as perdas resultam da interação mútua entre os recursos pessoais e os ambientais. Os recursos pessoais envolveriam a *seleção* (especificação de recursos e metas, pautada na reorganização de hierarquia, isto é, na priorização do que é importante para o indivíduo); a *otimização* (envolve tanto a aquisição quanto a manutenção de recursos internos e externos, sofrendo influência do contexto educacional e social) e a *compensação* (propõe alternativas para a manutenção do funcionamento, como o uso de aparelho auditivo, por exemplo). A interrelação desses três recursos é analisada pela *teoria SOC (seleção, otimização e compensação)*,

proposta por Baltes e Baltes (1990), segundo a qual a atuação dessas habilidades favoreceria um envelhecimento bem sucedido, pois favoreceriam o manejo das mudanças biopsicossociais apresentadas pelas demandas do próprio desenvolvimento.

Em 1991, Carstensen propôs a *teoria da seletividade sócio-emocional*, derivada da teoria SOC, segundo a qual a interação social dos idosos seria resultado de um processo ativo de construção e não uma reação ao contexto social, como propunham as teorias sociais. Para o autor, a redução na socialização no envelhecimento ocorre pela redistribuição dos recursos disponíveis pelo idoso. Uma vez que há a percepção de um tempo de vida mais limitado, a seleção daqueles que ofereçam experiências emocionais mais significativas para o longo prazo passa a ter mais importância.

Neri (2006) explica que, na terceira idade, ocorre uma diminuição nos níveis de alerta e de intensidade de resposta emocional e um aumento na seletividade emocional. Desse modo, o idoso poupa recurso e o direciona para o que é importante para ele, otimizando sua dinâmica afetiva e social.

A literatura da Psicologia do Envelhecimento contempla estudos epidemiológicos (Borges, 2003), relacionados à cognição (Chariglione & Janczura, 2013; Neri, 2006; Leão & Resende, 2004; Yassuda, 2004; Siqueira de & Moi, 2003), ao bem-estar psicológico (Neri, 2006; Capitanini & Neri, 2004; Fortes & Neri, 2004; Lopes, 2003), à QV (Vasques, 2012; Lima, 2011; Torres, Reis, Reis & Fernandes, 2009; Mata, Ferreira, Santana & Maia, 2009; Comerlato, Guimarães & Alves, 2007; Paskulin, 2006; Vechia, Ruiz, Boschi & Corrente, 2005; Tavares, Neri & Cupertino, 2004; Kimura & Ferreira, 2004; Ramos, 2003), à universidade da terceira idade (Kachar, 2010; Santos & Dias, 2008; Pacheco, 2003), às percepções e representações sociais da velhice e da saúde (Comerlato, Guimarães & Alves, 2007; Wachelke, 2007; Park, 2003).

Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo e Biasus (2009) citam a revisão de Lopes, Siqueira, Botelho e Coelho (2002) a respeito do envelhecimento, considerando as pesquisas realizadas a partir da década de 70. Esse estudo destacou quatro aspectos importantes relacionados ao envelhecimento. São eles: as perdas físicas ou biológicas do envelhecimento, no qual a doença é colocada como sinônimo dessa etapa; a posição do idoso na produtividade; sua participação na família e a concepção da velhice como um processo natural do ser humano.

As pesquisas qualitativas (Comerlato, Guimarães & Alves, 2007; Santos & Dias, 2008; Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo & Biasus, 2009), realizadas com grupos de jovens e de idosos, indicaram que estes apresentam uma visão mais favorável e menos estereotipada que aqueles em relação ao envelhecimento.

Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo e Biasus (2009) fizeram um estudo transversal, comparando a visão de adolescentes, adultos e idosos do Serviço Social do Comércio (SESC) de Maringá sobre as representações sociais de idoso e da velhice. Eles observaram que os idosos vincularam o envelhecimento com as relações familiares, com as suas atividades e com a idéia de “espírito jovem”. Os não idosos, todavia, enxergam o envelhecimento como um momento em que ocorrem perdas físicas e psicológicas, mas também como reflexo de experiência e sabedoria. Apesar das visões diferentes, todos concordaram que o envelhecimento é uma etapa de desenvolvimento e não um processo. Esses resultados foram interessantes à medida que grupos intergeracionais passam a mencionar uma visão geral mais positiva de envelhecimento.

O estudo qualitativo de Comerlato, Guimarães e Alves (2007) comparou as representações sociais de idosos e de profissionais da saúde e encontrou similaridades e discordâncias, quando comparado à pesquisa de Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo e Biasus (2009). Eles verificaram que os idosos se sentiam aliviados por não terem

mais algumas responsabilidades, como educar filhos, gerando um sentimento de liberdade, com a possibilidade de cuidar mais de si e de sentir-se independente. Os idosos perceberam, ainda, que a idade poderia trazer-lhes benefícios, como atendimento preferencial. Não foram encontradas menções relacionadas às limitações do envelhecimento, levando os autores a entenderem que esses aspectos provavelmente já teriam sido aceitos pelos longevos.

Os profissionais de saúde, por sua vez, apresentaram uma visão mais mecanicista, associando o envelhecimento à dependência. Esse estudo enfatiza, pois, como a autopercepção do idoso, em sua etapa de desenvolvimento é adaptativa e como a prática dos profissionais de saúde ainda é discrepante do conhecimento teórico, emergindo a necessidade de incentivá-los a se qualificar continuamente com o intuito de proporcionar um atendimento mais integral e personalizado ao idoso.

O envelhecimento, portanto, vinha sendo visto de forma estereotipada, considerando o impacto que os idosos provocam sobre as futuras gerações, devido ao custo elevado de sua manutenção, isto é, da manutenção dos idosos dependentes. Além disso, o estereótipo era pautado na crença de falta de vitalidade, de dinamismo, de incompetência para o trabalho, de desatualização, de improdutividade e de dependência (Santos et al., 2007, apud Lima 2011). O idoso vinha sendo visto como alguém que já cumpriu com suas responsabilidades e que deve esperar pelo fim da sua vida (Lima, 2011). Atualmente, ele está começando a ser visto como participativo:

*“muito antes do que se imagina, teremos indivíduos se aposentando perto dos 60 anos de idade e iniciando um novo ciclo de vida que perdurará por mais de 30 ou 40 anos” (Veras, 2003, p. 8).*

## 2.1) A Rede Social do Idoso

Como visto anteriormente pelas teorias do envelhecimento, observa-se uma redução nas interações sociais dos idosos com o passar do tempo, fazendo-os priorizar os vínculos significativos. Esses vínculos compõem sua rede de apoio e contemplam, especialmente, a família (Gonçalves, Nassar, Daussy, Santos & Alvarez, 2011; Camarano, 2002) e os amigos, que são frutos de escolhas baseadas na troca de experiências e sentimentos (Almeida & Maia, 2010).

Guzman, Huenchuan e Montes de Oca (2003) enfatizam que as redes de apoio social atuam tanto nas questões financeiras quanto nos aspectos emocional e instrumental. O apoio, para eles, significa uma via de mão dupla e não apenas uma recepção de ajuda passiva dos idosos. Entender o apoio dessa maneira é importante porque, embora necessitem de suporte, a experiência de vida deles tem muito a contribuir.

Conforme Camarano (2002), o envelhecimento populacional modifica os arranjos familiares, incluindo o idoso no seio familiar, favorecendo uma maior convivência intergeracional. Então, a família passa a auxiliar o idoso, em especial, aquele com alguma deficiência física ou mental ou que não tem rendimentos – preponderantemente mulheres (Gonçalves, Nassar, Daussy, Santos & Alvarez, 2011; Almeida & Maia, 2010; Camarano, 2002).

Para Gonçalves et al. (2011), os idosos que vivem em situação de cronicidade podem ter mais QV no seio familiar, pois este proporciona autonomia, preservando a sua identidade e a sua dignidade. O cuidado com o idoso em casa vem se tornando frequente e um membro familiar acaba se responsabilizando pelo cuidado por vários motivos, incluindo a obrigação moral, a conjugalidade, a ausência de outros para o cuidado e por questões financeiras. Geralmente, os idosos são cuidados por outros

idosos, assumindo uma carga de estresse muito grande, tornando urgente um apoio psicossocial para o cuidador.

Ao se pesquisar “suporte social”, “família” e “idoso”, a maioria dos artigos listados aborda o cuidado com o idoso doente. Isso é um dado importante, uma vez que mostra a realidade das pesquisas em um contexto de dependência do idoso e destaca a necessidade dos cuidados para o cuidador. Entretanto, evidencia a necessidade crescente de estudos que coloquem o suporte social familiar no contexto do idoso saudável também. A quantidade de problemas cognitivos vem aumentando, mas o número de idosos saudáveis e ativos também. Observar alternativas de suporte para esses idosos é importante para manter a autonomia e a QV deles.

Apesar de todas as ponderações quanto ao suporte recebido pelos idosos no Brasil, a rede de apoio familiar, para Ramos (2003), parece ser mais intensa do que a que os idosos europeus vivenciam, evidenciando um traço cultural que, de certa forma, compensaria o desnível sócio-econômico.

Além disso, o convívio intergeracional permite ao idoso prestar intensa ajuda na forma de bens, serviços e outros, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações (Camarano, 2002).

Faller, Melo, Versa e Marcon (2010) afirmam que a família constitui importante fonte de apoio ao longo da vida e que é fundamental para o bem-estar psicológico. Nesse estudo, avaliou-se a QV de idosos do Paraná e foi observado que idosos saudáveis do sexo masculino que viviam sozinhos tiveram os menores escores de QV. Eles destacam, ainda, o aumento do número de idosos que residem sozinhos, com condição financeira suficiente e boa saúde, ponderando a autonomia de um lado e o

risco de acidentes de outro. Outro aspecto abordado, é que nem toda a família está preparada para receber um idoso dependente.

Os amigos são compreendidos pelos idosos como aqueles que possuem as seguintes características: “*especial, presente, sem interesse, verdadeiro, que compartilha, imprescindível, admirável, que ajuda, confiável e como uma pessoa da família*” (Silva, Menezes, Santos, Carvalho & Barreiros, 2006, citado por Almeida & Maia, 2010). Essas relações de amizade podem variar em grau de afinidade e intimidade, mas geram no idoso a vontade de viver e o prazer em estar com amigos (Garcia & Leonel, 2007).

O amigo pode auxiliar no enfrentamento das adversidades da vida e suprir necessidades psicológicas do idoso, oferecendo-lhe afeto, por exemplo. A função do amigo é tão importante que pode chegar a substituir um familiar ausente. Além disso, a interação deles atenua a solidão, a depressão, a imobilidade e o suicídio (fenômeno que vem crescendo e possui estreita relação com a depressão), gerando um impacto positivo na saúde e aprimorando a QV dos idosos (Almeida & Maia, 2010).

Os estudos citados nessa seção compartilham um tema comum: a necessidade de uma preparação maior para cuidar do idoso e do cuidador. Essa é uma demanda crescente, pela qual o Estado é co-responsável. Em vista disso, é importante que o Estado se organize para enfrentar tais demandas. Do mesmo modo, é importante que as famílias e os indivíduos também se planejem e se preparem para a terceira idade (OMS, 2004; Oliveira, Carvalho, Stella, Higa & D’Elboux, 2011). É necessário que se adotem posturas de práticas saudáveis em todas as etapas da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio, como a família e os amigos, tornem mais fáceis as opções saudáveis.

## 2.2) Envelhecimento Cognitivo

O envelhecimento cognitivo normal pode ser descrito como aquele em que o idoso não se encaixaria nos critérios para demência ou declínio cognitivo leve. É como se ele estivesse em um *continuum*, no qual o lado oposto seria o quadro demencial, com alterações cognitivas importantes.

No envelhecimento normal, são esperadas algumas pequenas alterações voltadas para as habilidades mentais fluidas, como memória, funções executivas, rapidez de processamento, raciocínio, habilidade verbal e numérica e conhecimento geral, as quais são importantes para o cotidiano do indivíduo (Chariglione & Janczura, 2013; Deary, Corley, Gow et al., 2009). Contudo, as habilidades cristalizadas encontram-se preservadas e o desempenho cognitivo pode ser modificado por meio de treino (Chariglione & Janczura, 2013; Yassuda, Batistoni, Fortes & Neri, 2006; Neri, 2006).

As mudanças neurobiológicas associadas envolvem a diminuição do tamanho do cérebro, com um aumento dos espaços ventriculares e do fluido cerebrospinal. Essa atrofia cerebral é potencializada no envelhecimento, mas ela se inicia anteriormente e atinge, em especial, a massa cinzenta (composta pelo corpo celular dos neurônios) (Raz & Rodrigue, 2006). A massa branca (composta pelas fibras nervosas) tem seu declínio após os 70 anos, aproximadamente. (Hedden & Gabrieli, 2004; Raz & Rodrigue, 2006; Sullivan & Pfefferbaum, 2006). A sua integridade pode ser entendida como fator importante para a senescência e o seu prejuízo pode levar a problemas importantes devido a uma maior dificuldade na transferência de informações entre áreas cerebrais distintas (Sullivan & Pfefferbaum, 2006). As modificações naturais do envelhecimento cerebral não implicam, necessariamente, a um declínio cognitivo (Sullivan & Pfefferbaum, 2006; Neri, 2006; Hedden & Gabrieli, 2004; Whalley, Deary, Appleton, & Starr, 2004).

O envelhecimento cognitivo pode ser mais bem entendido com a *teoria da causa comum do envelhecimento* (Deary et al., 2009) e a *hipótese da reserva cognitiva* (Stern, Alexander, Prohovnik & Mayeux, 1992). A teoria da causa comum do envelhecimento postula que uma grande proporção do declínio é atribuída ao envelhecimento dos processos biológicos, influenciados por estresse oxidativo, desregulação hormonal e imunossenescência (Deary et al., 2009).

Por outro lado, Stern et al. (1992) utilizaram o termo reserva cognitiva ao estudarem grupos de idosos com Alzheimer com níveis educacionais diferentes. Os autores concluíram que o nível de escolaridade poderia servir como uma reserva para proteger o indivíduo na manifestação da demência. Para eles, a educação não evita a ocorrência da demência, mas protege o indivíduo da sua progressão.

A partir disso, concebeu-se a hipótese da reserva cognitiva como a capacidade das bases neurais de se protegerem, em certo grau, contra as implicações das neuropatologias (Richards & Deary, 2005; Deary et al., 2009). Ela pode ser passiva, quando envolve a parte estrutural (i.e. densidade neuronal, conectividade sináptica) ou ativa, que seria a reserva cognitiva propriamente dita (Neri, 2006; Richards & Deary, 2005). Na reserva ativa, são contempladas a eficiência das redes neurais e a compensação das redes por vias alternativas diante de um comprometimento cerebral, seja no envelhecimento normal ou patológico (Sullivan & Pfefferbaum, 2006; Hedden & Gabrieli, 2004; Stern, 2002).

Richards e Deary (2005) propõem que a teoria da reserva pode ser aplicada em etapas precoces do curso da vida, da infância ao envelhecimento, pois acreditam que a habilidade cognitiva é modificável em todos os estágios da vida. Essa teoria favorece o idoso no sentido de promover o desenvolvimento e o usufruto de suas potencialidades relacionadas à sua reserva.

A literatura discrimina, como fatores da reserva cognitiva, os níveis educacionais, a complexidade do trabalho e as atividades físicas, sociais e intelectuais, os quais servem como proteção contra a demência (Deary et al., 2009; Salthouse, 2009; Whalley, Deary, Appleton & Starr, 2004; Scarmeas & Stern, 2003; Stern, 2002; Kramer, Hahn, Cohen et al., 1999; Katzman, 1993), e podem aumentar a habilidade cognitiva do indivíduo (Rutter, 1985; Richards & Sacker, 2003). Em contrapartida, baixos níveis educacionais podem dificultar o desenvolvimento cerebral e aumentar o risco para doenças cerebrovasculares (Roman, Erkinjuntti, Wallin, et al., 2002).

Quando se analisa a literatura de pesquisa básica, observa-se a mesma lógica com animais. Kempermann, Gast e Gage (2002) estudaram ratos em ambiente enriquecido e observaram que ocorreu neurogênese no hipocampo do cérebro deles, além de modificações das bases neurais, compatíveis com a diminuição da degeneração relacionada ao envelhecimento, em comparação com o Grupo Controle. Os autores atribuíram a essas mudanças, o aumento na aprendizagem, no comportamento exploratório e na atividade locomotora.

Por isso, é importante entender quais os fatores de risco que contribuem para um declínio cognitivo relacionado à idade e quais os seus mecanismos de funcionamento. A literatura tem destacado contribuições genéticas, fisiológicas, dietéticas e de estilo de vida para o envelhecimento normal (Deary et al., 2009).

As contribuições advindas dos estudos da genética contemplam a busca pela associação entre as variações de um gene específico, como os relacionados às habilidades cognitivas, à demência, às doenças cardiovasculares, ao estresse oxidativo e a longevidade e ao declínio cognitivo pela idade (Deary, Wright, Harris, Whalley, & Starr, 2004). Contudo, esses estudos ainda têm muitas limitações pela dificuldade

natural de entender a biologia do envelhecimento cognitivo e as funções dos genes (Deary et al., 2009).

A literatura (Waldstein, Snow, Muldoon, & Katzel, 2001 e Brown, & Eyster Zorilla, 2001, citados por Deary et al., 2009; Hochstenbach, Mulder, van Limbeek, Donders & Schoonderwaldt, 1998) aponta uma relação importante entre o sistema circulatório e o cérebro, especialmente no caso de uma doença vascular, pois o cérebro pode apresentar prejuízos em seu funcionamento.

Pode-se citar, como sintomas neuropsicológicos decorrente de uma acidente vascular cerebral (AVC), as alterações no estado mental geral, no raciocínio abstrato, na atenção e em algumas funções mnemônicas. A extensão do prejuízo vai depender das áreas afetadas, incluindo a lateralidade hemisférica.

Pessoas que não sofreram nenhum distúrbio neurológico e que convalescem com doença arterial periférica avançada podem apresentar déficits na velocidade psicomotora, na resolução de problemas e no raciocínio abstrato (Rafnsson, Deary, Smith, Whiteman, & Fowkes, 2007). Portanto, a severidade da doença pode predizer o funcionamento cognitivo (Deary et al., 2009). Os infartos cerebrais também são correlacionados com prejuízo cognitivo (Hochstenbach et al., 1998).

A dieta e o estilo de vida também podem influenciar no envelhecimento cognitivo. Idosos que se alimentam de forma adequada, podem atrasar o declínio cognitivo e maximizar suas habilidades cognitivas. A alimentação deve ser rica em vegetais, legumes, frutas, castanhas, cereais, peixes e quantidades moderadas de álcool e de carne vermelha. Essa alimentação é rica em vitaminas do complexo B, antioxidantes e ômega 3 (Ordovas, 2008; Parrott & Greenwood, 2007).

Em relação ao estilo de vida, as escolhas feitas ao longo da vida no que diz respeito a fumar, beber, exercitar-se e dormir trarão conseqüências para o

envelhecimento cognitivo (Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, 2008; Salthouse, 2009). Além disso, estilos de vida mais ativos são vistos como protetores (Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004).

A caminhada, por exemplo, é descrita como um fator que auxilia no envelhecimento (Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, 2008; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004). A atividade física, de um modo geral, pode diminuir os problemas cardiovasculares, que, conforme foi visto anteriormente pode interferir na cognição humana (Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, 2008; Hendrie, Albert, Butters, et al., 2006; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004).

A literatura da área cognitiva aponta uma contradição quanto ao potencial decisório de idosos e jovens. Alguns estudos (Fein, McGillivray & Finn, 2007; Denburg, Recknor, Bechara & Tranel, 2006) sugerem déficit na tomada de decisão dos idosos enquanto outros (Chariglione & Janczura, 2013; Wood, Busemeyer, Koling, Cox & Davis, 2005; Lamar & Resnick, 2004) encontraram potencial equivalente aos adultos jovens em suas pesquisas.

Bakos (2008) comparou o desempenho de adultos jovens e idosos no *Iowa Gambling Task* (IGT), um dos instrumentos mais utilizados para mensurar a tomada de decisão, na versão brasileira, e concluiu que a idade não é um fator influente no IGT, sugerindo, pois, um desempenho equivalente entre jovens e idosos. Contudo, a autora concluiu que as estratégias utilizadas são diferentes nos dois grupos etários (Bakos, 2008; Bakos, Parente & Bertagnolli, 2010).

Bakos (2008) cita Damásio (1996) para explicar que, diante de uma situação em que há tomada de decisão, o organismo passa por uma sensação corporal, relacionada à emoção despertada pela situação, os marcadores somáticos. Após isso, o indivíduo fará escolhas e avaliará as conseqüências a curto e longo prazos, realizando uma análise de

custo-benefício, integrando tanto a parte emocional quanto as várias funções cognitivas correlacionadas.

A tomada de decisão pode ser qualificada como um tipo de função executiva (Gansler, Jerram, VannorDPall & Schretlen, 2011), pois contempla processos cognitivos de alta ordem para que haja uma execução correta. Dentre os fatores que podem influenciar a tomada de decisão, Bakos (2008) cita a memória operacional, o aprendizado reverso e a impulsividade.

Por fim, as atividades intelectuais, quando mantidas no envelhecimento, podem proporcionar o fortalecimento cerebral, seja estrutural ou funcionalmente, como no caso do treino cognitivo em idosos (Chariglione & Janczura, 2013; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004; Kramer, Bherer, Colcombe, Dong, & Greenough, 2004) e do trabalho, que demanda do idoso várias habilidades cognitivas, dentro de um contexto geral, uma vez que trabalhos mais mecânicos exijam menos comparados com trabalhos mais criativos e dinâmicos.

### Capítulo 3 – O que é trabalho?

A literatura apresenta algumas conceituações de trabalho, embora não seja uma questão unânime. Para Marx (1993, citado por Tolfo & Piccinini, 2007), o trabalho pode ser compreendido como a capacidade do ser humano de transformar a natureza para que possa satisfazer suas necessidades. Codo (1997) acrescenta que há uma relação entre o homem e a natureza, resultando em um significado.

O trabalho tem sentido ou significado, conforme Hackman e Oldhan (1975, citado por Tolfo & Piccinini, 2007), quando permite: a utilização de competências diversas; a identificação do trabalhador com a atividade, considerando todo o seu processo de execução; a autonomia para escolher como a executará, gerando, como consequência, o senso de responsabilidade em relação a ela; e a regulação de seu desempenho, mediante *feedback*.

O sentido do trabalho foi evoluindo historicamente até chegar a três fatores importantes, destacados pelos pesquisadores do MOW (*Meaning of Work International Research Team*, em português Grupo de Pesquisa Internacional sobre o Significado do Trabalho, 1987, citado por Tolfo & Piccinini, 2007 e por Morin, Tonelli & Pliopas, 2007). O primeiro fator refere-se à centralidade do trabalho, ou seja, a importância que o trabalho tem para a pessoa em algum momento. O segundo denomina-se normas sociais sobre o trabalho. Tais normas relacionam-se aos valores morais e éticos do trabalho. Por fim, tem-se os resultados valorizados do trabalho, que abordam tanto a perspectiva da sociedade quanto do indivíduo sobre os direitos e deveres relacionados ao trabalho.

Ferreira (2000) entende que atividade é a menor unidade de troca social humana e está inserida no conceito de trabalho. Para ele, o trabalho é multidimensional, pois contempla variáveis biológicas, cognitivas, afetivas e sociais e envolve situações de

resolução de problemas concretas. Além disso, envolve uma relação do indivíduo com o outro, com o meio e consigo.

Oliveira, Piccinini, Fontoura e Schweig (2004) observaram que o trabalho é fundamental para as pessoas e, por meio dele, busca-se utilidade para a organização e para a sociedade. Os fatores destacados para o sentido do trabalho nessa pesquisa foram :

*"variedade na natureza das tarefas, aprendizagem, autonomia, reconhecimento, bem como a função de garantir a sobrevivência e segurança."(p.40).*

Morin, Tonelli e Pliopas (2007), em sua pesquisa qualitativa, observam que o trabalho possui uma configuração central na vida das pessoas. Houve também a associação entre dinheiro e trabalho, destacando o caráter de sobrevivência e de função mantenedora que o trabalho possui.

Em nível individual, existe a independência e a satisfação pessoal. Esta ocorre mediante os desafios, a demanda por responsabilidade e a estimulação do potencial do indivíduo. Ademais, o trabalho possui estreita relação com a identidade e favorece as relações interpessoais (Morin, Tonelli & Pliopas, 2007). Khoury et al. (2010) corroboram com essa conceituação e complementam, explicando que o trabalho permite ao homem criar, planejar e se desenvolver. Mesmo quando o trabalho apresenta limitações nesse sentido, o indivíduo encontrará novos significados para a constituição da sua identidade.

Em vista do exposto, para a presente pesquisa, o trabalho será entendido como a execução de uma atividade *remunerada*, a qual gera sentimento de produtividade e de utilidade, por meio de um processo de identificação com a tarefa e de exploração do potencial do indivíduo. A diferenciação do trabalho formal, como o que ocorre na

presente pesquisa, para o trabalho voluntário restringe-se apenas ao fator financeiro. Isso porque o trabalho voluntário englobaria todas as outras variáveis. Na presente pesquisa, outras atividades serão consideradas (i.e. cuidar de familiar). Essas atividades se aterão ao sentido proposto por Ferreira (2000), como a menor unidade de troca social.

Costa e Soares (2009) consideram que o trabalho pós-aposentadoria poderia ser tanto fruto de um sistema previdenciário deficitário, que não consegue suprir as necessidades do aposentado, quanto uma opção daqueles que se aposentam com boa renda, mas que não conseguem se desvincular do trabalho. Dessa forma, destacam o fenômeno do retorno do idoso aposentado ao trabalho, colocando a importância da questão financeira, mas também a identidade com o trabalho e a dificuldade de se desvincular do mesmo.

## Capítulo 4 – Aposentadoria e previdência social

### 4.1) Previdência Social

Os idosos de hoje, segundo Camarano (2006), possuíram em seu passado uma história de crescimento econômico, com empregos estáveis e formais:

*“Estão, atualmente, usufruindo dos ganhos da Constituição de 1988 no que tange à ampliação da cobertura dos benefícios da seguridade social, principalmente, nas áreas rurais. Em 2003, quase 80% da população idosa recebiam benefícios da seguridade social e 86% residiam em casa própria. Também foram os grandes beneficiários do sistema de financiamento habitacional do Banco Nacional de Habitação (BNH).” (Camarano, 2006)*

Embora tenha havido esses avanços, muitos aposentados ou beneficiários da seguridade social ainda sofrem resquícios de relações de trabalho desvantajosas impostas culturalmente, como é o caso das mulheres. As mulheres tinham que cuidar da família, enquanto o homem provinha o sustento. Esse trabalho não remunerado impunha à mulher uma situação de dependência financeira, em especial, quando ficava bem idosa e, geralmente, viúva. Isso porque sua não inserção em atividades produtivas não lhe permitia renda própria e como tem uma expectativa de vida maior que a do homem, vivia muitas vezes com o benefício da seguridade social. Com a mudança de contexto, ela passou a assumir progressivamente a chefia da família. As aposentadorias e pensões foram responsáveis por 68,9% da renda das mulheres idosas em 1983 e passaram a ser responsáveis por 83,9% em 2003 (Camarano, 2006).

*“Previdência vem de pré videre, ver com antecipação os riscos sociais e procurar compô-los” (Martins, 2000). A Previdência Social Brasileira é assegurada*

mediante contribuição direta de trabalhadores e empregadores e sua gestão é centralizada no Governo Federal (Boschetti & Salvador, 2006).

Existem três regimes de aposentadoria no Brasil (e, especificamente, no DF), os quais se referem ao estatutário, cuja regulamentação é feita pela Lei 8.112/90, ao servidor do GDF, regulamentado pela Lei Complementar n° 840 e ao celetista, que é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (Lei Federal n° 9.962/2000). O estatutário tem, pois, sua relação de trabalho com o Estado regulamentada por lei enquanto o celetista necessita de um contrato de trabalho com empresa do setor privado. O fundo de recolhimento de ambos os regimes é feito pela Previdência Social, mas de formas diferentes. O fator previdenciário incide na aposentadoria dos celetistas, fazendo-os se aposentar, no máximo, com o teto do INSS (R\$3.912,20), mas não incidia nos estatutários, que até então poderiam se aposentar com o valor integral percebido (Ministério da Previdência Social, 2014).

O Projeto de Lei n° 1992/2007, transformado na Lei Ordinária 12.618/2012:

*“institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona, fixa o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência de que trata o art. 40 da Constituição, autoriza a criação de entidade fechada de previdência complementar denominada Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal - FUNPRESP, e dá outras providências.”*

(Câmara dos Deputados, 2012)

A aprovação dessa lei, provavelmente terá um reflexo no mercado de trabalho. Se até o presente momento, um servidor podia se aposentar ganhando, em média, quase quatro vezes mais que um empregado de empresa privada, ele tinha uma liberdade para manter o seu padrão de vida, sem necessariamente, voltar ao mercado de trabalho. Com a nova lei, os servidores idosos que se aposentarem terão uma redução drástica em seus proventos. Ao invés de se aposentar, é possível que esse futuro idoso prefira continuar no mercado de trabalho o máximo de tempo possível.

Segundo Salvador (2008) e o Ministério da Previdência Social (2014), os principais benefícios oferecidos pela Previdência Social são a aposentadoria (por tempo de contribuição, idade ou invalidez) e as pensões por morte. A aposentadoria por idade é um benefício para atender especificamente aos idosos. É destinada aos indivíduos que tenham contribuído por pelo menos 15 anos. Nesse caso, os homens devem ter 65 anos e as mulheres 60.

A aposentadoria por tempo de contribuição, por sua vez, pode ser proporcional ou integral. A integral beneficia os homens com 65 anos de idade, que contribuíram para o sistema por no mínimo 35 anos, e as mulheres com 60 anos, que contribuíram por 30 anos, no mínimo. A aposentadoria por invalidez cobre o indivíduo contribuinte, que, estando ou não em gozo do auxílio-doença, seja considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o trabalho.

Para que houvesse equilíbrio nas contas públicas e sustentabilidade financeira do sistema, foram realizadas duas contra-reformas (1998 e 2003). Nelas, ficou estabelecido o fator previdenciário, entendido como um fator que considera tempo de contribuição, expectativa de vida e idade no cálculo da aposentadoria do trabalhador. Quanto mais precoce for à aposentadoria, menor será o benefício recebido. Sob a perspectiva de Salvador (2008) e Boschetti e Salvador (2006), essa reforma não foi inclusiva, no

sentido da ampliação do acesso ao sistema previdenciário para trabalhadores excluídos da previdência social. O objetivo das reformas foi diminuir o déficit da previdência e não expandir o benefício para os idosos em situação de risco social.

O Estado, ao tomar essa decisão, adota uma perspectiva voltada para a “crise do envelhecimento” (Félix, 2007) ao invés de voltar-se para o planejamento estratégico para lidar com o aumento significativo da população de idosos – e não com a crise do envelhecimento. Desse modo, houve uma tentativa de diminuir os déficits dos cofres públicos. Contudo, há de se mencionar que parte do fundo previdenciário é desviado pela DRU (Desvinculação das Receitas da União) para a composição do superávit primário (Salvador, 2008). Mais especificamente, Boschetti e Salvador (2006) explicam que nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, as emendas constitucionais 10, 17 e 27 garantiram, por meio da DRU, a desvinculação de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais, paradoxalmente, desequilibrando a receita da previdência.

Boschetti e Salvador (2006) alertam que, caso fossem respeitadas as fontes de financiamento exclusivas definidas no art. 195 da Constituição Federal de 1988, as receitas cobririam todas as despesas previstas no âmbito desse orçamento. Tal situação ocorre porque o governo não evidencia, na proposta orçamentária, os recursos que são desvinculados da seguridade social pela DRU e transferidos para o orçamento fiscal. Parece existir a superposição da esfera econômica sobre a social no Brasil, baseada em uma conceituação atrasada do envelhecimento, entendido como fonte de gastos e não como fonte de recursos potencialmente aproveitáveis (OMS, 1998).

Como afirma Camarano e Pasinato (2007), cuidar de uma população idosa saudável é diferente de cuidar de uma população doente. Entender isso é importante para que as políticas de envelhecimento ativo possam se cruzar com projetos mais amplos para reduzir a pobreza em todas as idades. Os pobres de todas as idades

apresentam um risco maior de doenças e deficiências e os idosos estão particularmente vulneráveis (OMS, 1998). Dentro de uma ótica preventiva, diminuir a pobreza do adulto de hoje é garantir uma melhora no envelhecimento do cidadão idoso de amanhã.

#### **4.2) Aspectos Psicológicos da Aposentadoria**

Segundo Boschetti (2003), o início da seguridade social ocorreu na Alemanha, no final do século XIX, por iniciativa do chanceler Otto von Bismarck. Naquela época, tanto os trabalhadores quanto os empregadores poderiam fazer contribuições financeiras, geridas pelo Estado, para assegurar a seguridade social do trabalhador. Na França (Silva, 2008), os legisladores começaram a pensar na velhice em um contexto mais amplo e propuseram um sistema mais especializado para os, naquela época, velhos. A partir desse momento, surgiu a aposentadoria para o idoso e a institucionalização de asilos.

*“Ainda que os primeiros sistemas de aposentadoria tenham sido criados a partir do século XVIII – especificamente os funcionários civis e militares –, a questão das pensões não constituía tema de interesse coletivo até que as primeiras gerações de operários começaram a envelhecer”* (p.159, Silva, 2008) e a parar de trabalhar e de produzir.

As consequências da aposentadoria, conforme Silva (2008), foram o surgimento de profissionais dedicados à gestão do envelhecimento; o aumento da responsabilidade do Estado e a cristalização da velhice enquanto etapa do desenvolvimento. Contudo, nesse contexto, aposentar-se significava ser inválido. O aposentado era visto como incapaz para o trabalho, mas começou a se inserir no mundo político, pois passou a ter direitos e benefícios garantidos pelo sistema previdenciário (Silva, 2008).

Costa e Soares (2009) analisaram o significado etimológico da palavra aposentadoria e atribuíram duas significações. Uma negativa, corroborando a visão apresentada por Silva (2008), considerando o significado de “*retirar-se aos aposentos, de recolher-se ao espaço privado de não-trabalho*” (p.101), pois entendem uma apologia à inatividade e ao abandono. De forma oposta, a aposentadoria poderia carregar a conotação de jubileamento. Nesse caso, a percepção torna-se mais positiva, colocando a aposentadoria como uma conquista, uma recompensa. Em termos trabalhistas, é de fato, uma conquista.

Magalhães, Krieger, Vivian, Straliozzo e Poeta (2004) descrevem três etapas pelas quais os idosos podem passar no processo de aposentadoria. A primeira é chamada de *lua-de-mel*. Nesse momento, o idoso sente-se em uma espécie de férias e tenta realizar as atividades com que sempre sonhou. Essa é uma etapa pautada em fantasias que foram construídas durante o período laboral. Em seguida, com a rotina, poderia vir à *fase do desencantamento*, cenário que favorece sensivelmente o surgimento de um quadro depressivo. Por fim, viriam à *re-orientação e estabilidade*, em que a análise da situação é mais real e os idosos começam a se engajar em novos projetos. Nesse sentido, a volta ao mercado de trabalho poderia ser vista como algo natural, ao se considerar o trabalho como um projeto de vida.

A aposentadoria, contudo, marca uma ruptura inicial do processo produtivo, levando o idoso a sentir-se inútil e incapaz. É um momento de perda da sua produtividade, corroborado pela crença social de que é permitido ele não fazer mais nada. Conseqüentemente, o idoso pode passar a se perceber como deixando “*de ter importância*” (Costa & Soares, 2010, p.102).

Em que pese à importância do trabalho para o indivíduo, a aposentadoria se manifesta com conseqüências muitas vezes devastadoras, pois o processo de se

aposentar envolve uma perda social significativa, podendo afetar a estrutura psicológica do indivíduo, levando a quadros de depressão e de isolamento (França, 1999).

A *Teoria dos Papéis Sociais* explica essa ruptura ao focar a transição dos papéis que o indivíduo passa, saindo de um contexto macro relacionado ao trabalho para outro (França & Soares, 2009). A *Teoria da Continuidade*, em contrapartida, propõe que há uma tendência à manutenção por muito tempo de padrões inerentes aos aspectos afetivos, físicos e sociais do indivíduo e defende a execução de trabalho pós-aposentadoria, com jornada reduzida, que traga satisfação (França & Soares, 2009).

Nesse sentido, a aposentadoria pode ser ressignificada, agregando um sentido adicional de recomeço, com a busca da reestruturação da identidade do indivíduo. Esse processo será feito mediante o autoconhecimento do indivíduo e os seus desejos e projetos. A habilidade técnica do psicólogo poderá ajudar o idoso a encontrar alternativas, como no caso dos Programas de Preparações para Aposentadoria (PPAs) (Costa & Soares, 2010). Projetos personalizados são construídos com planejamento para o futuro e com acompanhamento longitudinal para essa nova etapa de vida.

## **Capítulo 5 -A Importância do Trabalho para os Idosos Aposentados**

Diante da importância do trabalho na vida das pessoas, pode-se entender a aposentadoria, como um momento de perda em todos esses sentidos citados, levando ao sentimento de tristeza, que pode evoluir para uma depressão, muito comum entre os aposentados. Do ponto de vista biopsicossocial, Bossé et al. (1995, apud Lima, 2011) sugerem que a aposentadoria poderia estar relacionada ao declínio na saúde física e mental. Segundo eles, existe uma relação indissociável entre o papel profissional e a formação da identidade. Quando se aposenta, há um rompimento nessa díade, gerando estresse, ansiedade e favorecendo a depressão. Segundo eles, alguns aposentados chegam a adoecer e falecer logo após a aposentadoria.

Por isso, Carlos, Jacques, Larratúa e Heredia (1999) afirmam que o vínculo com o trabalho deve ser mantido após a aposentadoria para evitar a “marginalização social” (p.81). Os dados da PNAD (2012) corroboram com os autores, mostrando um aumento na incidência de aposentados ativos no mercado de trabalho de 33,02%, em 2006, para 45,03% em 2009.

Um dos fatores que pode favorecer tanto a manutenção quanto a volta do idoso no mercado de trabalho é a obtenção/complementação da renda. Nos países em desenvolvimento, os idosos tendem a continuar no mercado de trabalho para sua subsistência (Camarano, 2001).

Para Diener e Oishi (2000), a renda é importante para a satisfação, independente de idade, pois atende às necessidades básicas. Todavia, outros estudos (Pereira, 2002; Ferreira et al., 2005; Khoury, Ferreira, Souza, Matos & Barbagelata-Góes, 2010), mostram que o sentimento de utilidade, produtividade, a convivência e a necessidade de passar a experiência adiante para seu trabalho é vista como mais importante que o aspecto financeiro.

Para Pereira (2002), Ferreira, Matos, Araújo et al. (2005) e Khoury, Ferreira, Souza, Matos e Barbagelata-Góes (2010), a renda não é o único fator voltado para o sentimento de bem-estar. Nos estudos citados, foram comparados idosos com rendas alta e baixa que se aposentaram e voltaram ao mercado de trabalho. Os autores observaram que o motivo “complementar a renda” ficou como o terceiro fator para ambos os grupos. Para o grupo de renda alta, prevaleceram os motivos voltados para conviver com outras pessoas e atualização enquanto o grupo de renda baixa elencou como principais motivos para voltar a trabalhar o sentimento de produtividade e a convivência com as outras pessoas, embora para esse grupo não tenha havido diferença significativa entre os motivos. A explicação encontrada é que a busca pela renda se confunde com necessidades psicossociais, pois há a necessidade de renda para suprir as necessidades básicas como alimentação e moradia.

Quando não estão no trabalho formal, os idosos trabalham informalmente em casa, cuidando do lar e das crianças para que o jovem adulto possa trabalhar. Aqueles idosos com maior qualificação direcionam-se aos trabalhos remunerados ou voluntários. Essas atividades favorecem o aumento dos contatos sociais e o bem-estar psicológico do idoso. Ao mesmo tempo, oferecem uma relevante contribuição para as comunidades (Khoury, Ferreira, Souza, Matos & Barbagelata-Góes, 2010).

Khoury et al. (2010) estudaram a influência de fatores psicossociais na escolha dos aposentados de retornar ao mercado de trabalho. Eles aplicaram um questionário em 217 aposentados, o qual será utilizado também na presente pesquisa (Apêndice A). Nesse estudo, a variável que mais se mostrou relevante significativamente foi o tempo de trabalho após a aposentadoria. Seus dados evidenciaram que quanto maior o tempo de trabalho, maior a satisfação. A necessidade de se sentir produtivo parece ser mais relevante que a renda.

A partir da compreensão de um envelhecimento com um bom potencial, pode-se pensar nos idosos como cidadãos ativos, os quais podem e precisam continuar sendo estimulados para manterem sua autonomia e seu funcionamento cognitivo. Por isso, pode-se entender tanto as atividades quanto o trabalho como uma espécie de enriquecimento ambiental para o ser humano. As atividades laborais envolvem graus diferentes de complexidade, conseqüentemente, exigindo recursos individuais diferenciados. Nesse sentido, o trabalho talvez possa ser entendido como uma atividade complexa em que há a interação dos estímulos ambientais com o indivíduo, que os processa, considerando várias funções cognitivas e a afetivas.

## **Capítulo 6 – Leis Federais e Distritais em prol do Envelhecimento.**

A legislação sobre idosos inclui leis federais (Apêndice B) e distritais (Apêndice C), no caso do DF, as quais estabelecem normas para garantir o bem-estar do idoso em contextos variados. As leis federais incluem a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94), que é uma Lei programática, cujo objetivo é expor a intenção do Estado em relação aos idosos, e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), cujos artigos devem ser cumpridos obrigatoriamente. As distritais englobam tanto a formação de conselhos em prol do idoso, quanto programa de inclusão social dos mesmos. A seguir, será descrito o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, com enfoque no que essas leis preconizam sobre o trabalho. De forma complementar, apresenta-se também, os programas distritais para a promoção da QV dos idosos.

### **6.1) Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso**

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842) data de 1994 enquanto o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), depois de anos em tramitação conseguiu ser aprovado em 2003, com quase uma década de diferença. Apesar do lapso temporal, não houve muita evolução no que se refere ao posicionamento do idoso no mercado de trabalho. As duas políticas preveem o direito ao trabalho, preocupam-se com o preconceito e dão ênfase à preparação para a aposentadoria. Contudo, não há um aprofundamento. É necessário descrever como deve ocorrer o processo de preparação para favorecer a sua implementação.

Os artigos definem, então, o direito, mas não descrevem como atingí-lo, em que pese que o artigo 28 do Estatuto do Idoso ainda precisa ser regulamentado. A garantia de mecanismos contra a discriminação faz-se necessário para promover a inserção do idoso no mercado de trabalho, por exemplo. A definição de incentivos e penalidades

ainda não é clara. A Política Nacional do Idoso, sobre o trabalho e previdência social, objetiva:

*“a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado; b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários, c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.”*

(Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94)

O Estatuto do Idoso rege que:

*“Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. [...] Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de: [...] III - estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.”*

(Lei nº 10.741/03)

Considerando a época em que essas políticas foram feitas, o período de interesse da própria OMS pelo envelhecimento – o qual aconteceu nos anos 90 - e a pouca literatura transdisciplinar sobre o envelhecimento, pode-se inferir que, naquele momento, os dirigentes brasileiros já vislumbravam a mudança da realidade pela qual se passa atualmente. Eles conseguiam prever o envelhecimento populacional e as consequências disso, em especial, para o sistema previdenciário e para a saúde.

As políticas elaboradas foram o começo de um movimento em prol da valorização do idoso e da promoção de sua QV e fomentaram base para vários programas de alguns Ministérios (da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Previdência Social) e da iniciativa privada, como os PPAs, que embora em número reduzido ainda, abordam de forma preventiva áreas como a legislação, a ocupação, as finanças, a moradia, a saúde e as relações sócio-afetivas de dois a cinco anos antes da aposentadoria (Murta, Abreu, França, Pedralho, Seidl, Lira Carvalhedo, Conceição & Gunther, 2014).

Atualmente, o idoso se aposenta e consegue viver mais tempo. Para manter-se funcional, precisa continuar se estimulando e se socializando. O trabalho, dentre outras opções, passa a ser uma boa opção para os idosos e deve ser considerado nos PPAs.

Então, o destaque que os idosos aposentados que voltam a trabalhar vem assumindo na mídia, nos meios acadêmicos e científicos, reproduz os interesses dos governantes em acolher e assumir os idosos, que até há pouco tempo, eram entendidos como um fardo social, para reinseri-los no mercado de trabalho e na economia. Mas reproduz também, o interesse desses idosos, que tem aumentado seu nível de escolarização e de conscientização da sua importância na sociedade.

## **6.2) Programas de Inclusão dos Idosos do Distrito Federal**

Os programas de inclusão social dos idosos do DF também devem ser considerados na presente pesquisa como formas alternativas de estimulação pelas quais alguns idosos que não trabalham podem passar. Entraria, dentro de um contexto sócio-político, como uma estratégia também de enriquecimento ambiental para esses idosos.

Desse modo, buscou-se listar nessa seção os programas oferecidos aos idosos do DF. Esses programas são distribuídos pelas regiões administrativas. O idoso procura o centro de convivência próximo à sua residência, liga na central de atendimento do

Governo do Distrito Federal (GDF) pelo número telefônico 162 ou entra no sítio do GDF ([www.df.gov.br](http://www.df.gov.br)) para obter informações sobre seus programas de interesse.

As informações disponibilizadas nessa seção foram adquiridas no sítio do GDF. No DF, há Secretaria Especial do Idoso (SEI), que segundo o sítio, é uma iniciativa pioneira no país. Pensando no contexto de inclusão e até em um dos cursos oferecidos pelo próprio GDF em parceria com outras instituições, como o de inclusão digital na terceira idade, esperava-se que o site fosse adequado para a manipulação e visualização dos idosos interessados.

O que se observou, foi que havia propagandas ou manchetes dos programas, mas não havia *links* de fácil acesso para quem tivesse interesse nos programas sociais do governo. A informação da central de atendimento do governo também não foi de fácil visualização.

As informações sobre os programas de inclusão, pois, foram obtidas lendo reportagens postadas no sítio, em especial, uma que falava sobre as ações e programas do plano plurianual. Para conhecimento, relaciona-se, a seguir, o que o GDF afirma que oferece à população (informação do sítio do GDF, referente a 2012):

- Secretaria Comunitária, a qual contempla a orientação jurídica, orientação psicológica, atividades físicas, aferição de pressão, medição de glicose, entre outras.
- Caravana da Solidariedade, que visa traçar o perfil do idoso, assistir os mais carentes, detectar os problemas relacionados a eles, como maus tratos e analfabetismo e sensibilizar a população por meio de ciclos de palestras.
- Orientações Físicas nos Pontos de Encontro Comunitário – PEC, dispõe de profissionais de educação física nos PEC's para os idosos com o intuito de beneficiar a saúde do idoso.

- Ciclos de Palestras, objetivando a conscientização da população sobre a valorização do idoso e a explicitação de temas de interesse dessa população.
- Campanhas de Conscientização, usa estratégias diversas para esclarecer crianças, adolescentes e familiares sobre o papel do idoso na família.
- Conselho dos Direitos do Idoso do DF, fiscaliza as instituições que realizam trabalhos com a população idosa no DF.

Com esses programas, observa-se que a configuração dos programas do GDF tende a alcançar um público mais humilde, na tentativa de promover a QV deles.

Contudo, a realidade do DF é privilegiada considerando a realidade nacional e contém idosos com boa renda. A cultura política em que se está inserida é pautada por medidas assistencialistas que tenderão a favorecer os mais humildes, com o possível pretexto de que aqueles com boa renda não precisariam de investimento governamental.

Contudo, o envelhecimento é uma etapa de desenvolvimento e perpassa questões estritamente econômicas. Dessa forma, investimentos adicionais para a QV dos idosos, dentro de um contexto amplo, poderiam ser feitos. Mais especificamente, o lazer e o cuidado com os longevos poderiam ser ampliados. No primeiro caso, projetos temáticos e direcionados para esse público como, por exemplo, um cinema adaptado para idosos, favoreceria a socialização e o lazer. No segundo caso, a oferta de um auxílio maior na capacitação (e.g. psicoeducação e campanhas em prol do envelhecimento) e na estruturação de infra-estrutura para acolher o idoso dependente e o idoso cuidador promoveriam a sua QV (Oliveira et al., 2011).

## Capítulo 7 - Qualidade de vida dos idosos

A qualidade de vida na terceira idade vem sendo estudada devido ao aumento dessa faixa etária na população mundial. Dessa forma, os idosos precisam e merecem envelhecer bem, com os seus potenciais aproveitados e a sua dignidade assegurada (Torres, Reis, Reis & Fernandes, 2009; Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003).

Quando se trata de idosos, as perdas relacionadas ao envelhecimento devem ser consideradas. O envelhecimento biológico é progressivo e envolve a diminuição gradual da capacidade de adaptação do idoso em seu ambiente (Duarte, 2002). Além disso, ocorrem mudanças sociais, em especial, em relação ao seu papel e mudanças afetivas (Roach, 2003). O idoso tem que lidar, por exemplo, com mudanças que envolvem deDPe perdas de parentes até a aposentadoria.

Lima (2011) discorre sobre a idade social, relacionada aos papéis que a sociedade espera que os idosos assumam. A possibilidade de conflito entre as idades cronológica, social e psicológica pode levar ao isolamento do idoso, como ocorre na aposentadoria ou no enfrentamento do luto pela perda de parentes. Nessa circunstância, a morte social antecederia a biológica e traria conseqüências emocionais.

Portanto, o envelhecimento ocorrerá de forma diferente entre os indivíduos, com a idade biológica não necessariamente coincidindo com o desenvolvimento psicológico (Lima, 2011). Segundo Lima (2011), não existe prazo para encerrar o crescimento psicológico de um indivíduo. Dessa maneira, fatores como a personalidade, o ambiente em que vive e as modificações cognitivas e afetivas ocorridas ao longo da vida vão determinar o potencial do idoso, salvo situações patológicas, como as demências.

O ajustamento do idoso à aposentadoria pode ser dificultado por fatores como saúde debilitada, filhos dependentes economicamente, perda do cônjuge, precocidade ao se aposentar. Todavia, pode ser facilitado pela percepção de uma boa saúde física e

mental, convicção na escolha da aposentadoria, bom conforto material, lazer e ter trabalho, formal ou voluntário, além do planejamento prévio da aposentadoria (Wang, Henkens & van Solinge, 2011, citado por Murta et al. 2014).

### **7.1) Conceito de Qualidade de Vida**

O conceito de QV ainda não encontra consenso na literatura. Kimura e Ferreira (2004) explicam que, apesar das visões ainda serem diferentes, há aspectos em comum nas definições de QV. Esses aspectos envolvem as dimensões psicológica, social, espiritual e física.

A QV, para a OMS (1994), é um conceito complexo, difícil de delimitar, que aborda tanto a saúde física, quanto o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com características proeminentes no ambiente. Envolve, pois, múltiplos aspectos, incluindo características objetivas e perspectivas subjetivas.

Conforme Vasques (2012), o grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), integrante da OMS, definiu a QV, numa tentativa de padronizar o conceito e os instrumentos nas pesquisas, como:

*“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”*

(WHOQOL, 1995, citado por Vasques, 2012, p. 2)

Para o idoso, a percepção da QV dependerá da forma como ele vivencia sua velhice e quais os significados que atribui aos seus eventos de vida (Mata, Ferreira, Santana & Maia, 2009). No estudo de Mata et al. (2009), observou-se que a QV em idosos com baixa renda (93,7% da amostra delas possuíam renda entre 1 e 3 salários-

mínimos) envolvia alimentação, relacionamentos interpessoais e saúde. Esse estudo evidencia a QV fundamentada na satisfação das necessidades básicas para idosos de baixa renda.

Vechia, Ruiz, Boschi e Corrente (2005) fizeram um levantamento com uma população idosa sobre o conceito deles de QV por julgar que não havia avaliações consistentes na literatura. A conclusão dos autores é que a QV na terceira idade é composta de dez categorias, que seguem listadas abaixo.

- Categoria 1 - Preservando os relacionamentos interpessoais (49% dos participantes consideram esse fator importante para a QV)
- Categoria 2 – Mantendo uma boa saúde (38,9%)
- Categoria 3 – Mantendo o equilíbrio emocional (34,25%)
- Categoria 4 – Acumulando bens materiais (28,5%)
- Categoria 5 – Tendo lazer (22,46%)
- Categoria 6 – Trabalhando com prazer (16,3%)
- Categoria 7 – Vivenciando a espiritualidade (8,22%)
- Categoria 8 – Praticando a retidão e a caridade (4,93%)
- Categoria 9 – Acessando o conhecimento (4,11%)
- Categoria 10 – Vivendo em ambiente favorável (2,46%)

Observa-se que a Categoria 1 “Preservando os relacionamentos interpessoais” foi a mais enfatizada pelos idosos. Esse dado destaca a relevância do contato social para a QV dos idosos (Silverstein & Parker, 2002) e pode refletir um dos motivos para os idosos manterem-se ativos no mercado de trabalho (Wanjman et al. 2004). O trabalho em si é abordado na categoria 6, mas as implicações dele para a vida do idoso são diversas, podendo incluir as categorias 1, 4 e 9, isto é, socialização, segurança financeira

e conhecimento. O trabalho parece ser, pois, uma atividade que contempla alguns dos principais aspectos relacionados à QV.

Vechia, Ruiz, Boschi e Corrente (2005) também integram os conceitos vistos na literatura, explicando que a QV para os idosos refere-se à:

*“auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.”*

O conceito apresentado por Vechia et al. (2005) se aproxima do envelhecimento ativo proposto pela OMS, descrito anteriormente, e enfatiza a avaliação subjetiva do indivíduo, conforme sugerido por Neri (2003), destacando a sua experiência em detrimento das suas condições de vida (Chatterji & Bickenbach, 2008). Além disso, conceitos como o descrito acima, enfatizam a capacidade do idoso de interagir socialmente, o que é fundamental para a obtenção de apoio social e para garantir melhor QV (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2007). O presente trabalho adotará, pois, esse conceito de QV como referência.

## **7.2) Instrumentos que medem a QV**

A literatura apresenta vários instrumentos para avaliação de QV em idosos (WHOQOL e derivações, Perfil de Saúde Nottingham, Escala de Qualidade de Vida Flanagan), mas a que apresenta maior confiabilidade para a avaliação de idosos é a

Escala de Qualidade de Vida Flanagan (EQVF, Galisteu, Facundim, Ribeiro & Soler, 2006). As escalas WHOQOL, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF e WHOQOL-100 foram encontradas em vários estudos com a população idosa (Serbim & Figueiredo, 2011; Paskulin, 2006; Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006; Chachamovich, 2005).

Dessas, a escala WHOQOL-OLD é sugerida pela OMS para investigar a QV de idosos. Pereira et al. (2006) observaram que os domínios físico, social, psicológico e ambiental da WHOQOL-OLD não explicam completamente a variância do domínio global de QV. Os autores sugerem, inclusive, outros estudos para identificar novas variáveis que influenciem na QV. Serbim e Figueiredo (2011), em um estudo mais recente, utilizaram a escala WHOQOL-OLD, mas se depararam com a escassez de estudos com esse instrumento, dificultando a comparação dos resultados.

Segundo Teixeira-Salmela, Magalhães, Souza, Lima, Lima & Goulart (2004), o Perfil de Saúde Nottingham foi desenvolvido para avaliar a QV de pacientes com doenças crônicas, mas vem sendo usado para avaliar a QV de idosos também. É um instrumento genérico, auto-administrado, com respostas de Sim ou Não. Avalia o nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. Essas categorias são muito adequadas para avaliar enfermos, mas desconsidera variáveis inerentes ao envelhecimento, como a satisfação com a família e a realização pessoal. Além disso, Teixeira-Salmela et al. (2004) explicam que o instrumento é originalmente de língua inglesa. Para ser aplicado em outra cultura, precisaria de tradução, padronização e validação. No estudo psicométrico (Teixeira-Salmela et al., 2004), verificou-se que essa escala pode ser aperfeiçoada para a aplicação em idosos.

A EQVF, por sua vez, enfoca questões inerentes ao envelhecimento, tornando-se mais adequada. Ela contempla o bem-estar sócio-econômico, os relacionamentos

interpessoais, as atividades sociais, comunitárias e cívicas, o desenvolvimento e a realização pessoal e o lazer (Galisteu, Facundim, Ribeiro & Soler, 2006). Na presente pesquisa, durante a aplicação, foi dada ao participante uma escala com uma fonte maior e com os mesmos graus de satisfação da EQVF para facilitar a sua visualização e a sua compreensão ao responder cada item (Apêndice H).

## Capítulo 8 - Justificativa

As Recomendações do Plano Internacional de Ação da ONU, adotado nas Assembléias sobre o Envelhecimento Populacional de Viena, em 1982, e de Madrid, em 2002, abordaram sete áreas de ação, sendo que uma delas foi o trabalho (Félix, 2007). Quanto mais idosos tiverem boa saúde e aptidão para o trabalho, novas estratégias deverão ser adotadas pelas políticas públicas para absorver esse contingente populacional e não deixá-los marginalizados ou excluídos da sociedade. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social (OMS, 1998).

Ademais, a reinserção do idoso no mercado de trabalho pode trazer muitos benefícios. Em primeiro lugar para o próprio idoso, que poderia manter sua autonomia e melhorar seus rendimentos e de sua família, facilitando, inclusive, a distribuição de renda, como visto anteriormente. Em segundo lugar, ele poderia ter mais QV e manter sua capacidade funcional, por meio da melhora da auto-estima, do sentimento de produtividade e de utilidade, que poderia gerar cosequências positivas para o sistema de saúde brasileiro. Em terceiro lugar, a economia seria aquecida pelo novo perfil de consumo. Em quarto, o idoso voltando a trabalhar, voltaria a contribuir para a previdência e/ou retardaria o recebimento desse benefício. Em quinto lugar, o mercado de trabalho também poderia se beneficiar por ter uma possibilidade a mais de contratação, com um contingente mais experiente. Os idosos repassariam a experiência adquirida ao longo da profissão para os mais novos, por exemplo. Dessa forma, a reinserção do idoso no mercado de trabalho favoreceria a sua real valorização e contribuiria para o aumento de sua QV.

Considerando que o trabalho tem um papel fundamental na formação da identidade do indivíduo, na manutenção do desempenho cognitivo e no sentimento de

utilidade e produtividade, formulou-se a hipótese que aqueles idosos que foram reinsertos no mercado de trabalho terão melhor QV. Consequentemente, é possível que os aspectos psicossociais, cognitivos e motivacionais sejam avaliados mais positivamente por aqueles que trabalham quando comparados aos idosos que estão apenas aposentados e sem atividades não-remuneradas.

## **Capítulo 9 – Objetivos**

### **9.1) Objetivos gerais**

O presente trabalho tem por objetivo analisar a relação entre trabalho e QV nos idosos aposentados no DF. Dessa forma, comparou-se os aposentados estatutários com os celetistas, bem como a inserção ou não no mercado de trabalho.

## 9.2) Objetivos específicos

No contexto federal e no distrital, não foram encontradas pesquisas que caracterizassem o perfil dos idosos aposentados como estatutários ou pelo regime da CLT com relação à QV e a sua relação com o trabalho pós-aposentadoria. Portanto, considerando a ausência de estudos voltados para a caracterização dessa população, a presente pesquisa pretende contribuir com a descrição do perfil de quatro grupos de idosos que trabalharam, se aposentaram e tiveram a oportunidade de escolher voltar ou não ao trabalho. A identificação do perfil do idoso do DF é importante para subsidiar a elaboração de políticas públicas, pois pode-se identificar as necessidades de cada grupo de idosos, possibilitando o direcionamento de propostas mais acuradas para eles, beneficiando, portanto, os longevos e a sociedade.

A literatura sobre QV contempla muitos fatores para descrever o grau de satisfação do idoso com a sua situação de vida. Pretende-se comparar a QV dos idosos que trabalham e não trabalham, celetistas e estatutários, por meio da EQVF, bem como sua associação com o trabalho.

Existem quatro grandes áreas intrínsecas à QV que apresentam estreita relação com o trabalho. Logo, pretende-se verificar de forma pormenorizada os:

- 1) Aspectos afetivos, verificando a possível presença de depressão por meio de teste de rastreio e a opinião deles sobre a aposentadoria e o trabalho na entrevista;
- 2) Aspectos cognitivos, envolvendo a aplicação de um teste de rastreio das funções cognitivas dos idosos e a percepção deles sobre suas habilidades cognitivas após a aposentadoria;

- 3) Aspectos sociais, que incluem sexo, escolaridade, estado civil, a renda, em especial o impacto da renda do idoso na sua QV, e o apoio de instituições e do Estado para o envelhecimento saudável;
- 4) Aspectos motivacionais, os quais incluem os motivos que fizeram os idosos optarem pela volta ao mercado de trabalho ou por permanecerem aposentados.

## **Capítulo 10 - Método**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, utilizando a Plataforma Brasil, por meio do parecer nº. 200.705.

### **10.1) Delineamento**

O delineamento da presente pesquisa foi quase experimental. Investigou-se o efeito do trabalho e dos regimes de aposentadoria (variáveis independentes) sobre a QV (variável dependente) dos quatro grupos estudados.

### **10.2) Participantes**

Os aposentados foram contatados por meio das associações de aposentados do DF (Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento - ASSECOR, Sindicato dos Médicos – SINDMED e Sindicato dos Policiais Civis - SINDPOL), de instituições (Empresa de Correios e Telégrafos) e de centros de convivência (Serviço Social do Comércio - SESC - Taguatinga). Além disso, houve a abordagem em Shoppings, igrejas e no Centro Olímpico da UnB. Cada idoso que participou da pesquisa foi solicitado a indicar outros participantes para a pesquisa, dentro do método bola-de-neve.

No caso da indicação dos próprios idosos, foi agendado um horário para aplicação individual dos questionários no local em que o idoso escolhesse (i.e. residência, trabalho). Caso fosse uma abordagem mais direta (e.g. igrejas, Shoppings), procurou-se aplicar os questionários em local reservado, confortável, com cadeiras, minimizando os estímulos distratores para facilitar sua concentração nas respostas.

O contato com os idosos foi permeado de dificuldades. Os idosos justificavam a não participação por medo de golpes ou por estarem ocupados. Alguns idosos, inclusive, aceitaram participar da pesquisa, mas omitiram dados como renda ou bairro

onde residiam, por exemplo. Contudo, a maioria dos que participou foi bem receptiva, em alguns casos, ligando para conhecidos na mesma hora para auxiliar no agendamento.

A pesquisa foi dividida em duas etapas. Na Etapa 1, houve a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice D) e a aplicação de outros cinco instrumentos em 241 idosos. A Etapa 2 referiu-se às entrevistas de 21 desses idosos, selecionados por sorteio. Foram utilizados como critérios de inclusão a idade, que foi igual ou superior a 60 anos e o fato de ter se aposentado no DF, como estatutário (federal pela Lei 8.112/90 ou distrital pela Lei Complementar n° 840) ou como celetista. A divisão dos grupos pelo regime de aposentadoria considerou, dentre os aspectos psicossociais envolvidos, a jornada de trabalho e o tipo de vínculo empregatício como fatores que favorecessem uma história de vida laboral semelhante.

Os critérios de exclusão foram a aposentadoria por invalidez, o comprometimento cognitivo, verificado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e o analfabetismo, pois poderia ser mais difícil a compreensão nesses casos. Quando se aposenta por invalidez, por lei, não se pode voltar ao mercado de trabalho. Além disso, a própria invalidez pode estar associada mais fortemente a variáveis como depressão, por exemplo, pelo fato de perder a independência e a produtividade.

Participaram da Etapa 1 da pesquisa 241 idosos. Contudo, 24 deles obtiveram escore inferior no MEEM e 13 deles se aposentaram pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) como autônomos. Dessa forma, os questionários válidos contemplaram 203 idosos aposentados no Distrito Federal (DF), com idades entre 60 e 89 anos ( $M = 67,42$  ; e  $DP = 6,70$ ), com tempo médio de 11,04 anos de aposentadoria ( $DP = 9,03$  anos).

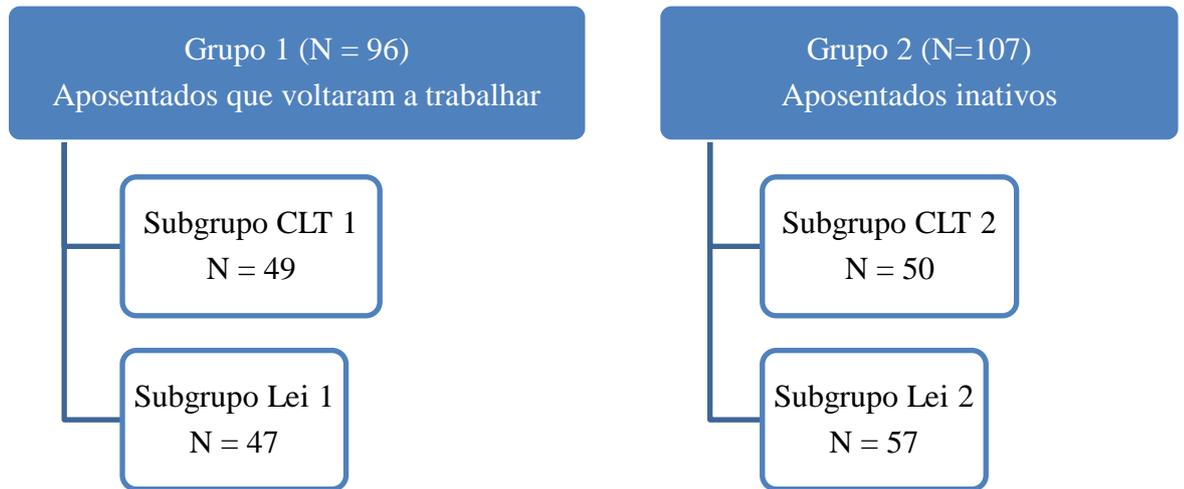


Figura 1: Divisão dos participantes em grupos.

Os participantes foram divididos em dois grandes grupos. O Grupo 1 (N=96, sendo 50 homens e 46 mulheres) foi composto de idosos que tinham se aposentado e voltaram à ativa; o Grupo 2 (N=107, 44 homens e 63 mulheres) contemplou idosos aposentados inativos. Cada um desses grupos foi subdividido em outros dois, conforme o regime de aposentadoria (CLT ou estatutários aposentados). O Grupo 1 foi subdividido nos subgrupos CLT 1 e Lei1, enquanto o Grupo 2 foi subdividido nos subgrupos CLT 2 e Lei 2, conforme a Figura 1.

O Subgrupo CLT 1 (N=49) e o Subgrupo Lei 1 (N=47) foram compostos de idosos aposentados que estão na ativa, isto é, idosos que se aposentaram e voltaram ao mercado de trabalho (Figura 1). O Subgrupo CLT 2 (N=50) e o Subgrupo Lei 2 (N=55) foram compostos de aposentados que optaram por não exercer nenhuma atividade remunerada.

A idade média do Grupo 1 foi de 65,24 anos ( $DP = 5,93$ ), com 12,94 anos médios de aposentadoria ( $DP = 6,22$ ). Nesse grupo, houve uma média de 8,06 anos de trabalho após a aposentadoria ( $DP = 6,31$ ). Portanto, houve um intervalo médio de quatro anos até que o idoso voltasse a trabalhar ou houve um interstício entre um trabalho e outro. A Tabela 2 descreve os dados da amostra estudada.

Tabela 2: Caracterização da amostra.

		Estatutários		Celetistas	
		Lei 1	Lei 2	CLT 1	CLT 2
		(N=47)	(N=55)	(N=49)	(N=50)
Idade	Média	65,20	70,93	65,29	67,46
	<i>DP</i>	5,70	7,24	6,19	5,90
Sexo	Masculino	24	25	26	19
	Feminino	23	29	33	25
Estado civil	Casado	23	29	33	25
	Solteiro	6	6	3	9
	Viúvo	6	13	3	6
	Divorciado	12	6	9	9
	União Estável	0	1	1	1
Escolaridade	Fundamental incompleto	1	1	0	13
	Fundamental completo	1	6	7	5
	Médio incompleto	2	1	1	1
	Médio completo	8	9	7	7
	Superior incompleto	2	2	6	6
	superior completo	16	23	13	13
	Pós-graduação	17	13	15	5
Tempo de aposentadoria	Média	9,77	15,53	8,04	10,42
	<i>DP</i>	6,42	13,01	5,95	6,51
Renda do aposentado	menos de 1 SM	0	1	1	5
	1 a 3 SM	2	1	7	17
	4 a 6 SM	5	7	10	4
	7 a 9 SM	10	4	8	5
	10 ou mais SM	29	40	22	18
Renda familiar	menos de 1 SM	0	0	0	1
	1 a 3 SM	1	0	4	12
	4 a 6 SM	4	2	5	2
	7 a 9 SM	6	4	8	2
	10 ou mais SM	32	38	29	24

Conforme os dados, 58,94% dos idosos desse grupo eram casados, 22,10% divorciados, 9,47% solteiros e, em igual valor, viúvos. O Grupo 2 apresentou média de idade de 69,35 anos ( $DP = 6,79$ ) e 9,24 anos de aposentadoria ( $DP = 10,62$ ). Nesse grupo, 51,4% eram casados, 18,7% viúvos, 14,02% solteiros e, na mesma proporção, divorciados.

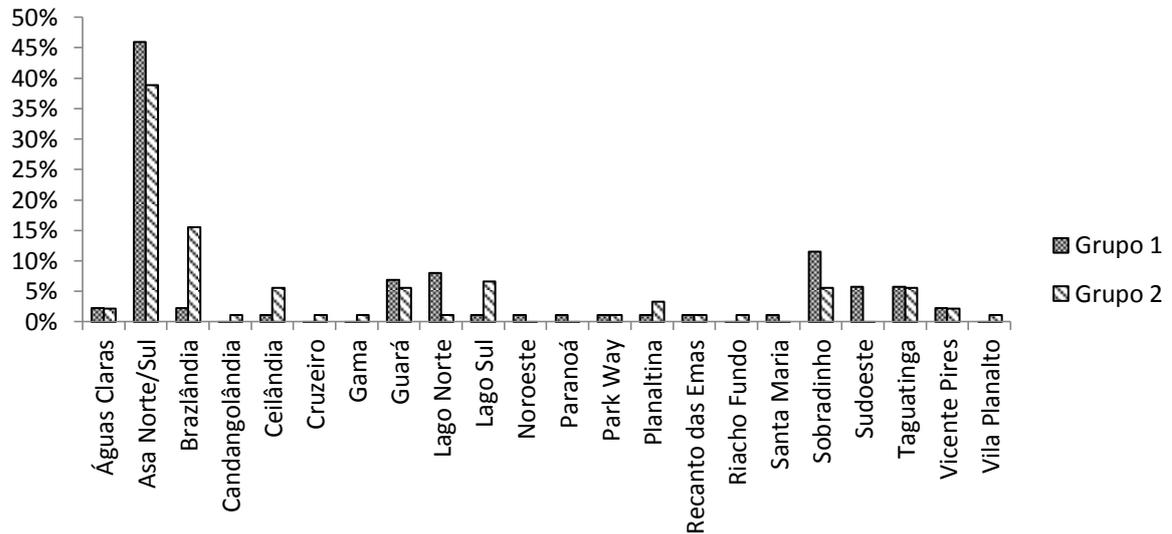


Gráfico 1: Distribuição geográfica dos idosos dos grupos 1 e 2.

A distribuição geográfica dos idosos dos grupos 1 e 2 é mostrada no Gráfico 1. É possível observar uma concentração de idosos do Grupo 1 no Plano Piloto, representando quase 50% da amostra, seguida por Sobradinho, com um percentual de 11,49%. A concentração de idosos no Grupo 2 diminuiu no Plano Piloto e em Sobradinho, quando comparado com o Grupo 1, e aumentou em Brazlândia (15,56% da amostra). Esses dados sugerem que os idosos de ambos os grupos apresentam, no geral, uma boa condição social.

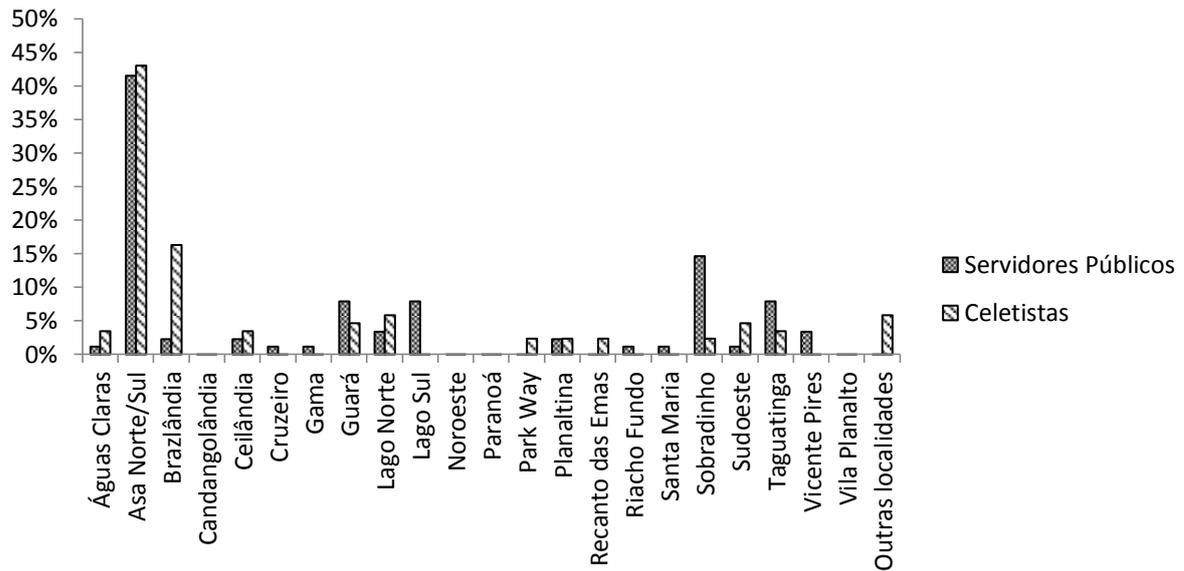


Gráfico 2: Distribuição geográfica dos estatutários e celetistas.

A distribuição geográfica por regime de aposentadoria é mostrada no Gráfico 2, considerando os dados dos estatutários e dos celetistas. Percebe-se que houve uma concentração de servidores no Plano Piloto e em Sobradinho e uma concentração de celetistas no Plano Piloto e em Brazlândia. Novamente, os dados indicam uma boa condição social nos dois regimes de aposentadoria.

Sobre o estado civil, mais da metade dos servidores eram casados (51,48%), 17,82% eram viúvos e, na mesma proporção, divorciados e 11,88% eram solteiros. Considerando os celetistas, a maioria era casada (58,60%), seguida por 18,20% de divorciados, 12,12% de solteiros e 9,1% de viúvos.

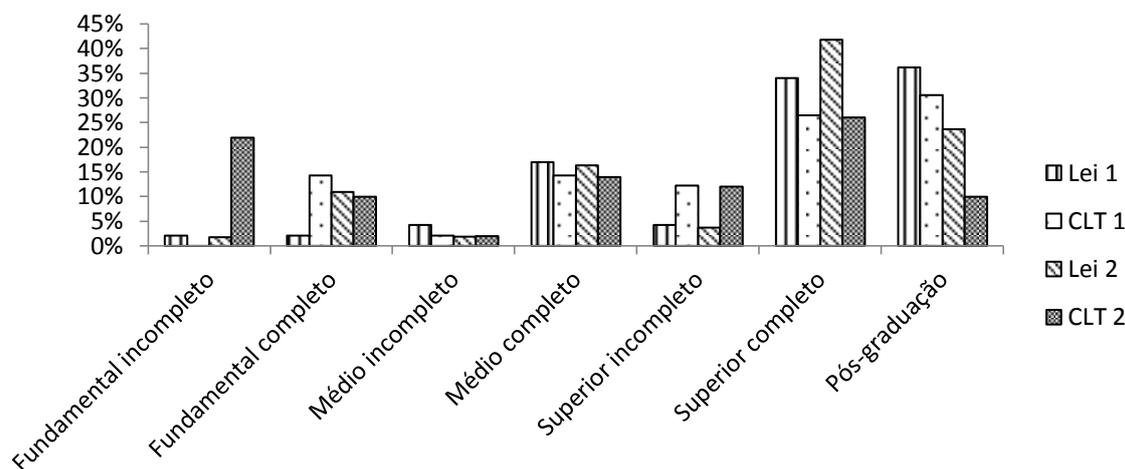


Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto à escolaridade.

O nível de escolaridade do Grupo 1 foi predominantemente caracterizado por nível superior completo (30,21%) e pós-graduação, tanto *stricto* quanto *lato sensu* (33,33%). Aqueles com mais de oito anos de escolaridade (ensino médio completo ou acima) compuseram 91,49% do Grupo Lei 1 e 83,67% do Grupo CLT 1. No Grupo 2, os dados indicam que 34,58% dos idosos concluíram o nível superior, 16,82% fizeram pós-graduação, 15,89% concluíram o ensino médio e 10,28% completaram o fundamental. O percentual de idosos do Grupo Lei 2 com mais de oito anos de escolaridade foi de 85,56% e do Grupo CLT 2 foi de 62,00%. O nível de escolaridade por subgrupos é apresentado no Gráfico 3.

Para compor a Etapa 2 da pesquisa, foram sorteados 66 idosos para conseguir entrevistar 21 participantes dos 203 idosos da Etapa 1, na tentativa de incluir cinco em cada grupo. Contudo, houve problemas técnicos em duas gravações, que foram descartadas. Dessa forma, os dados qualitativos referiram-se a 19 participantes. Os idosos entrevistados foram selecionados por sorteio, após a aplicação de todos os questionários do grupo. A entrevista foi semi-estruturada (Apêndice E) com o objetivo de compreender a percepção dos idosos quanto à sua QV e às mudanças geradas pela aposentadoria ou pela volta ao trabalho.

Tabela 3: Descrição da amostra que participou das entrevistas.

		Lei 1	CLT 1	Lei 2	CLT 2
Homens		1	3	2	3
Mulheres		4	2	2	2
Média de idade		<i>M</i> = 60,20 <i>DP</i> = 1,79	<i>M</i> = 63,00 <i>DP</i> = 3,74	<i>M</i> = 76,00 <i>DP</i> = 8,04	<i>M</i> = 68,20 <i>DP</i> = 5,93
Tempo de trabalho pós- aposentadoria		<i>M</i> = 6,50 <i>DP</i> = 4,87	<i>M</i> = 3,02 <i>DP</i> = 2,55	- -	- -
Renda do idoso	1 a 3 SM	-	-	1	1
	7 a 9 SM	3	1	-	-
	+10 SM	2	4	3	4
Renda familiar	1 a 3 SM	-	-	-	1
	+10 SM	4	5	4	4
MEEM		<i>M</i> = 29,00 <i>DP</i> = 1,22	<i>M</i> = 29,00 <i>DP</i> = 1,22	<i>M</i> = 29,00 <i>DP</i> = 1,41	<i>M</i> = 29,00 <i>DP</i> = 0,71
EDG		<i>M</i> = 3,20 <i>DP</i> = 2,39	<i>M</i> = 5,20 <i>DP</i> = 2,77	<i>M</i> = 6,75 <i>DP</i> = 2,06	<i>M</i> = 6,00 <i>DP</i> = 2,92
Escolaridade					
Fundamental Incompleto		-	-	-	-
Fundamental Completo		-	-	-	1
Médio Incompleto		-	-	-	-
Médio Completo		-	1	1	-
Superior Incompleto		-	-	-	-
Superior Completo		3	1	3	2
Pós-graduação		2	3	-	2

SM, salário mínimo; MEEM, Mini-exame do Estado Mental; EDG, Escala de Depressão Geriátrica.

O contato com esses idosos também ocorreu com obstáculos. Houve um grande número de idosos que ou passaram o telefone errado ou mudaram o número ao longo da pesquisa e outra quantidade de idosos que não quis passar o seu contato no momento da aplicação dos questionários. Por isso foi necessário o sorteio de três vezes o número de

idosos entrevistados. As características da amostra entrevistada estão mostradas na Tabela 3.

### 10.3) Materiais

#### *Etapa 1: Aplicação dos instrumentos nos idosos*

Foram utilizados os seguintes instrumentos na **Etapa 1**: questionário com os dados sócio-demográficos (Apêndice F), Escala de Qualidade de Vida Flanagan (EQVF – Apêndice G), com uma escala visual separada, para facilitar a análise do idoso (Apêndice H), Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Apêndice I), Escala de Depressão Geriátrica - EDG (Apêndice J) e o Questionário de caracterização da amostra e dos motivos para o retorno ao trabalho, utilizado na pesquisa de Khoury et al. (2010, Apêndice A).

#### 1. *Questionário sóciodemográfico* (Apêndice F).

Esse questionário contém as informações voltadas para identificação e caracterização da amostra e foi igualmente utilizado para os grupos. Alguns itens foram colocados para certificar-se sobre os critérios de inclusão (i.e. letra “e” Aposentou-se no DF? ( ) Sim ( ) Não) ou de exclusão, como na letra “f” sobre o tipo de aposentadoria, uma vez que a aposentadoria por invalidez não se adequa aos critérios.

Embora o questionário fosse o mesmo, para o Grupo 1, foram feitas perguntas adicionais, compreendidas pelas letras “i” a “l”, para investigar questões referentes ao trabalho. Esses itens foram respondidos apenas pelos integrantes do Grupo 1. A letra “m” foi respondida por todos e explorava as atividades não-remuneradas que os idosos poderiam estar fazendo, especialmente do Grupo 2.

#### 2. *Escala de Qualidade de Vida Flanagan* (EQVF – Apêndice G).

Ela contempla o bem-estar sócio-econômico, os relacionamentos interpessoais, as atividades sociais, comunitárias e cívicas, o desenvolvimento e a realização pessoal e

o lazer (Galisteu, Facundim, Ribeiro & Soler, 2006). Na presente pesquisa, durante a aplicação, foi dada ao participante uma escala com uma fonte maior e com os mesmos graus de satisfação da EQVF para facilitar a sua visualização e a sua compreensão ao responder cada item (Apêndice H).

### 3. *Mini Exame do Estado Mental – MEEM* (Apêndice I)

Esse instrumento é amplamente usado para rastreio das funções cognitivas dos idosos (Ladislau, 2010; Luzzi, Piccirilli & Provinciali, 2007; Schultz, 2003). Na presente pesquisa, ele foi utilizado para exclusão dos dados daqueles idosos que tivessem algum comprometimento. Adotou-se, como referência de ponto de corte, o estudo de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, Ivan e Okamoto (2003), em que a escolaridade de 1 a 4 anos adotaria o ponto de corte igual a 25; escolaridade de 5 a 8 anos igual a 26 pontos; de 9 a 11 anos, 28; e acima de 11 anos de escolaridade, 29 pontos.

### 4. *Escala de Depressão Geriátrica - EDG* (Apêndice J).

Como a depressão em idosos é muito comum e está muito relacionada à QV (Teixeira, 2010; Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009), optou-se por aplicar a versão com 30 itens da EDG, elaborada por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et al. (1983), para observar sua incidência e sua intensidade nos grupos. Assim como o MEEM, a EDG também é um instrumento de rastreio e não pode servir como diagnóstico, mas como indício de alteração.

### 5. *Questionário dos motivos para retornar ao trabalho* (Apêndice A).

Para averiguar os motivos relacionados à volta ao mercado de trabalho, foi aplicado o mesmo instrumento utilizado por Khoury et al. (2010). Contudo, esse questionário foi aplicado apenas nos Subgrupos CLT 1 e Lei 1, já que são compostos por idosos que voltaram ao mercado de trabalho.

*Etapa 2: Entrevista dos idosos*

Para a **Etapa 2**, foi utilizado um gravador de som. Além disso, foram confeccionados dois roteiros de entrevista diferentes (Apêndice E), um para os Subgrupos CLT 1 e Lei 1 e outro para os Subgrupos CLT 2 e Lei 2. Todas as entrevistas foram gravadas (apenas áudio, com o devido consentimento) e, posteriormente, transcritas para que seu conteúdo pudesse ser analisado.

Os roteiros de entrevista foram confeccionados com o intuito de entender a importância do trabalho após a aposentadoria, o processo de tomada de decisão para a aposentadoria, a rotina atual do idoso (com ou sem trabalho), a sua percepção sobre o envelhecimento, incluindo possíveis alterações cognitivas dentro da senescência, o suporte recebido pelo Estado e a sua percepção de qualidade de vida.

**10.4) Procedimento**

Na Etapa 1, após a abordagem do participante, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Nesse momento, foi informado que a pesquisa envolveria o sorteio de participantes para uma entrevista futura e que talvez fosse necessário contatá-lo novamente. Então, iniciou-se a aplicação dos instrumentos. As instruções dadas ao participante para os instrumentos corresponderam às normatizadas para os mesmos e essa etapa teve duração média de 30 minutos e os questionários não foram auto administrados, foram mediados pela pesquisadora. A esquematização do procedimento pode ser visualizada na Figura 2.

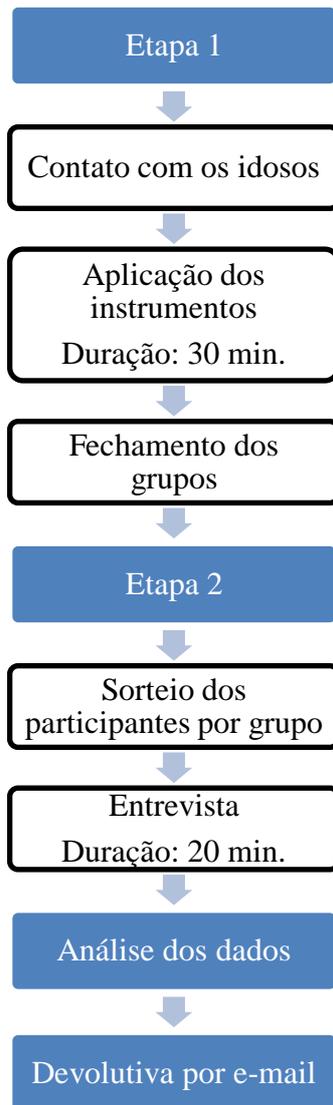


Figura 2: Descrição esquemática do procedimento.

A finalização da Etapa 1 foi caracterizada pelo fechamento dos grupos, com a conclusão da coleta dos questionários. Isso é importante, pois os participantes entrevistados foram sorteados dentro de seu subgrupo e todos concorreram no sorteio com igual probabilidade. Os participantes do Grupo CLT 1, por exemplo, foram selecionados por meio de sorteio após a conclusão da aplicação dos questionários do Grupo CLT 1. Esse procedimento foi repetido com todos os grupos.

A Etapa 2 referiu-se às entrevistas, também individuais (roteiro de entrevista – Apêndice E). Elas ocorreram em local reservado, preferencialmente na residência ou no

trabalho do idoso. Nessa etapa, foi solicitado ao participante que respondesse às perguntas considerando a sua experiência de vida. A entrevista durou, em média, 20 minutos. Por fim, analisou-se os dados e confeccionou-se um relatório padrão, com dados gerais, para enviar aos participantes por e-mail.

Devido à amostra ter um número considerável e o acesso aos participantes ter sido difícil, foi necessário o auxílio de sete alunos de graduação de psicologia na coleta de dados em um primeiro momento. Todos os alunos foram treinados com informações sobre a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, sobre técnicas de pesquisa e sobre as peculiaridades do contato com o idoso. Como a dificuldade persistiu, foi necessário contratar a empresa junior Socius (<http://socius.org.br/>) para auxiliar na divulgação da pesquisa e no recrutamento de idosos, fornecendo uma lista com o contato de idosos dentro do perfil desejado, que pudesse ter interesse em participar da pesquisa. As informações sobre a pesquisa, sobre o perfil desejado e sobre o cuidado na abordagem dos idosos foram expostos para a equipe, destacando o cuidado e as peculiaridades no manejo com as pessoas idosas.

Tanto a pesquisadora quanto os alunos de psicologia participaram da coleta dos dados, entrando em contato com os idosos e aplicando os instrumentos descritos nos materiais. Observa-se que os instrumentos selecionados apresentaram fins de pesquisa e não de diagnóstico, embora a população investigada fosse saudável. Foram dez meses de coleta no total. As entrevistas, entretanto, foram realizadas apenas pela pesquisadora.

#### **10.5) Análise dos Dados**

Os dados quantitativos dos participantes foram compilados em uma planilha do Microsoft Excel 2010. Após essa etapa, realizaram-se as análises exploratórias e inferenciais utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0* - SPSS 20.0.

Para comparar as médias da EDG, do MEEM, da EQVF e dos motivos de retorno ao trabalho entre os grupos foi feita a ANOVA. Utilizou-se a ANOVA também para a comparação das médias dos fatores da EQVF, considerando a escolaridade e o estado civil. Para compreender o efeito da depressão na QV, realizou-se a ANCOVA e para verificar as associações das variáveis, fez-se a correlação de Pearson.

As entrevistas foram analisadas sob a perspectiva de Bardin (2009), com a técnica de análise de conteúdo. A análise se dividiu, pois, em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) interpretação. Foi possível observar as visões dos idosos sobre vários aspectos relacionados ao tema da pesquisa e categorizá-los nas seguintes áreas temáticas: 1) o significado do trabalho; 2) aposentadoria: uma tomada de decisão; 3) o envelhecimento e 4) qualidade de vida.

## Capítulo 11 - Resultados

### 11.1) Resultados Quantitativos

Os grupos obtiveram idades médias semelhantes, mas a escolaridade e o estado civil variaram bastante, como descrito no Método. Conforme os resultados da ANOVA *one-way* [ $F(1,201) = 6,73$ ;  $p = 0,010$ ], o Grupo 1 (grupo dos idosos que voltaram a trabalhar após a aposentadoria) apresentou, no MEEM, média significativamente superior ( $M = 28,46$ ;  $DP = 1,97$ ) ao Grupo 2 (grupo dos aposentados inativos) ( $M = 27,71$ ;  $DP = 2,12$ ).

Tabela 4: ANOVA *one-way* do MEEM pelos subgrupos.

	Estatutários		Celetistas	
	Lei 1	Lei 2	CLT 1	CLT 2
	N=47	N=55	N=49	N=50
Média	<b>28,81</b>	27,84	28,12	27,66
DP	1,51	2,14	2,29	2,16

A Tabela 4 compara as médias do MEEM para cada subgrupo por meio da ANOVA *one-way* [ $F(3,197) = 2,959$ ;  $p = 0,03$ ]. Pode-se observar que o escore médio do Subgrupo Lei 1 foi significativamente superior aos outros (destaque em negrito). Novamente, é possível perceber que os índices foram maiores para os subgrupos CLT 1 e Lei 1, quando comparados com os subgrupos CLT 2 e Lei 2. Isto é, o desempenho no teste de rastreio das funções cognitivas foi maior para aqueles que trabalham.

Esse dado é coerente com a escolaridade mostrada no Gráfico 3 do Método, em que o Grupo 1 possui uma escolaridade média superior ao Grupo 2. Mais especificamente, 91,49% da amostra do Subgrupo Lei 1 apresentou mais de oito anos de escolaridade.

Tabela 5: ANOVA *one-way* da EDG pelos subgrupos.

	Estatutários		Celetistas	
	Lei 1	Lei 2	CLT 1	CLT 2
	N=47	N=55	N=49	N=50
Média	<b>3,60</b>	5,11	4,88	6,08
DP	2,58	3,40	3,88	5,21

A Tabela 5 sugere que as médias da EDG dos subgrupos que voltaram a trabalhar (Lei 1 e CLT 1) são menores que os outros grupos (ANOVA *one-way* [F(3,197) = 3,338;  $p = 0,020$ ]). Embora nenhum subgrupo tenha apresentado indício de depressão, o resultado do Subgrupo Lei 1 se destaca pelo valor mais baixo, sugerindo uma tendência menor à depressão.

Para analisar o impacto da EDG na QV, realizou-se a ANCOVA *one-way* das dimensões da EQVF por grupos e subgrupos. Os resultados indicaram que a EDG é uma covariável da QV para o Subgrupo Lei 2 nas dimensões D1: bem-estar físico e material [F(3,196) = 2,693;  $p = 0,047$ ], D2: relação com outras pessoas [F(3,196) = 3,907;  $p = 0,010$ ] e D5: recreação [F(3,196) = 3,277;  $p = 0,022$ ]. Portanto, quando os idosos do Subgrupo Lei 2 avaliam essas dimensões como insatisfatórias, podem ficar vulneráveis à depressão.

Tabela 6: ANOVA *one-way* das dimensões da EQVF entre os subgrupos.

Dimensões/Itens	Estatutários				Celetistas			
	Lei 1 (N=47)		Lei 2 (N=55)		CLT 1 (N=49)		CLT 2 (N=50)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>D1: Bem-estar físico e material</b>	6,04	0,62	<b>6,20</b>	0,83	6,08	0,73	5,70	1,28
Conforto material	6,38	0,77	6,55	0,72	6,27	0,70	6,04	1,31
Saúde	6,00	0,98	5,96	1,17	5,88	1,13	5,54	1,47
<b>D2: Relação com outras pessoas</b>	6,09	0,80	<b>6,44</b>	0,54	6,33	0,63	6,12	0,85
Relacionamento	6,11	0,97	6,55	0,60	6,43	0,84	6,27	1,02
Filhos	6,53	0,76	6,70	0,54	6,67	0,69	6,20	1,39
Relacionamento íntimo	5,73	1,60	6,26	1,29	5,88	1,68	5,74	1,67
Amigos	6,22	0,87	6,49	0,63	6,49	0,58	6,40	0,78
<b>D3: Atividades sociais, comunitárias e cívicas</b>	5,70	0,91	5,75	0,99	5,67	0,90	5,86	0,98
Ajudar os outros	6,24	0,74	6,31	0,79	6,37	0,64	6,33	0,83
Participação	5,15	1,43	5,26	1,43	4,94	1,54	5,45	1,57
<b>D4: Desenvolvimento pessoal e realização</b>	6,21	0,55	6,04	0,58	6,06	0,72	6,16	0,77
Aprendizagem	6,13	1,03	5,82	1,12	5,69	1,26	5,88	1,17
Autoconhecimento	6,34	0,56	6,16	0,66	6,20	0,74	6,10	0,90
Trabalho	6,34	0,70	6,09	1,01	6,18	0,78	6,02	1,44
Comunicação	6,38	0,57	6,27	1,04	6,27	0,88	6,52	0,58

<b>D5: Recreação</b>	5,64	0,92	5,96	0,90	5,92	0,79	5,90	0,97
Atividades recreativas	5,04	1,52	5,46	1,67	5,50	1,43	5,58	1,49
Entretenimento	6,11	0,73	6,35	0,91	6,20	0,96	6,37	0,88
Socialização	5,83	1,15	6,00	1,14	5,90	1,08	6,06	1,00
Independência	6,66	0,52	6,58	0,63	6,57	0,74	6,42	1,13

A análise da QV pela ANOVA *one-way* comparou as médias de cada subgrupo (Subgrupos Lei1, Lei 2, CLT1 e CLT2) com cada um dos cinco fatores da EQVF (Tabela 6). Pode-se observar que o Subgrupo Lei 2 obteve médias significativamente superiores para as dimensões D1: bem-estar físico e material [ $F(3,197) = 2,894$ ;  $p = 0,036$ ] e D2: relação com outras pessoas [ $F(3,197) = 2,858$ ;  $p = 0,038$ ], destacando a importância do conforto material e dos relacionamentos interpessoais para alcançar uma QV satisfatória. Analisou-se o item independência separadamente, pois não foi contemplado nas dimensões originais. Embora a média tenha sido superior para os idosos do Subgrupo Lei 1 para esse item, não houve diferença significativa.

Tabela 7: ANOVA *one-way* das dimensões da EQVF por escolaridade.

Escolaridade	D1		D2		D3		D4		D5	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fundamental incompleto	<b>6,33</b>	0,58	5,67	0,58	6,00	1,00	6,00	0,00	5,33	0,58
Fundamental completo	5,79	1,31	6,21	0,71	5,94	0,64	5,95	0,71	5,74	1,10
Médio incompleto	6,20	0,45	6,40	0,55	5,80	1,30	<b>6,60</b>	<b>0,55</b>	5,60	1,34
Médio completo	6,06	0,91	6,31	0,59	5,50	1,02	6,00	0,62	5,94	0,80
Superior incompleto	6,25	0,58	6,38	1,03	5,94	0,77	6,38	0,50	6,06	1,12
Superior completo	5,97	0,78	6,21	0,71	5,59	1,05	5,97	0,63	5,89	0,81
Pós-graduação	6,18	0,60	6,40	0,64	5,80	0,90	6,26	0,69	5,82	0,90

A Tabela 7 demonstra os resultados da ANOVA *one-way* das médias das dimensões da EQVF por escolaridade. Os dados sugerem que os idosos com ensino fundamental incompleto obtiveram média superior para a dimensão D1: bem-estar físico e material [ $F(7,195) = 2,227$ ;  $p = 0,034$ ] enquanto aqueles com ensino médio incompleto valorizaram mais a dimensão D4: desenvolvimento pessoal e realização [ $F(7,195) = 2,180$ ;  $p = 0,038$ ]. Esse dado sugere que a QV para os idosos com menor escolaridade relaciona-se às condições de subsistência enquanto a QV para aqueles com ensino médio incompleto contempla, principalmente, atividades intelectuais e laborais.

Tabela 8: ANOVA *one-way* das dimensões da EQVF por estado civil.

	D1		D2		D3		D4		D5	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Casado	5,95	0,87	<b>6,39</b>	0,61	5,69	0,91	6,14	0,58	5,83	0,85
Solteiro	5,58	1,53	6,04	0,81	5,58	1,06	6,08	0,65	5,83	1,01
Viúvo	<b>6,34</b>	0,55	6,31	0,54	6,00	0,96	6,07	0,75	6,00	0,96
Divorciado	6,14	0,64	5,97	1,00	5,81	0,95	6,17	0,78	5,86	0,93
União Estável	6,33	0,58	6,00	0,00	5,00	1,00	5,33	0,58	6,00	1,00

Considerando os resultados referentes ao estado civil, a ANOVA *one-way* (Tabela 8) sugeriu que os viúvos valorizaram mais a dimensão D1: bem-estar físico e material [ $F(4,198) = 2,740$ ;  $p = 0,030$ ]. Os casados, por sua vez, obtiveram média superior para a dimensão D2: relação com outras pessoas [ $F(4,198) = 3,116$ ;  $p = 0,016$ ]. Previsivelmente, os casados consideram a família como fator importante para a QV. Realizou-se ANOVA *one-way* para comparar as médias das dimensões da EQVF pelos grupos 1 e 2, por regime de aposentadoria e por sexo, mas não houve diferenças significativas.

A Tabela 9 (por ser demasiadamente extensa, encontra-se no Apêndice K) mostra as correlações de *Pearson* entre o MEEM, a EDG, os motivos de retorno ao trabalho e as dimensões da EQVF. Essa tabela correlaciona os dados de todos os inventários e, por isso, apresenta muita informação. Desse modo, pode-se observar que quanto maior a idade ou mais agudo o estado emocional do indivíduo, menor o desempenho cognitivo do participante (a idade e a EDG apresentaram uma correlação negativa com o MEEM). Além disso, a cognição se relacionou de modo estreito com a manutenção de uma vida ativa (MEEM foi correlacionado positivamente com o motivo de retorno ao trabalho aposentar-se jovem).

Os dados da Tabela 9 sugerem um sofrimento subjacente a ter que voltar ao trabalho por questões financeiras, uma vez que a EDG apresentou uma correlação positiva com o motivo de retorno ao trabalho aumentar a renda. Contudo, a satisfação no trabalho e as dimensões da EQVF parecem funcionar como protetores em relação à saúde mental (exceto a dimensão D3: atividades sociais, comunitárias e cívicas). Os resultados indicaram uma correlação negativa da EDG com o motivo aposentar-se jovem, que, por sua vez, correlacionou-se positivamente com sentir-se produtivo, preencher o tempo e passar a experiência adiante, além da dimensão D4: desenvolvimento pessoal e realização. A influência desse motivo para retornar ao trabalho após a aposentadoria parece proteger o idoso da depressão, possivelmente porque ao aposentar-se cedo, o indivíduo pode ter um contexto facilitador para se engajar em novos projetos.

Sentir-se produtivo foi correlacionado positivamente com os motivos convivência, realização pessoal, preencher o tempo e passar a experiência; com o grau de satisfação no trabalho; e com a dimensão D3: atividades sociais, comunitárias e

cívicas. Os dados sugerem que o idoso que se sente produtivo parece estar mais inserido socialmente.

O motivo convivência foi correlacionado de forma positiva com os motivos realização pessoal e preencher o tempo, além da satisfação no trabalho, destacando a importância das relações sociais no contexto pessoal e profissional. O motivo de retorno ao trabalho realização pessoal, correlacionou-se de forma positiva com aposentar-se jovem, preencher o tempo e passar a experiência; com a satisfação no trabalho; e com as dimensões D3: atividades sociais, comunitárias e cívicas e D4: desenvolvimento pessoal e realização.

O grau de satisfação na atividade atual foi correlacionada de forma positiva com as dimensões D2: relação com outras pessoas e D4: desenvolvimento pessoal e realização. Para alcançar a satisfação no trabalho, deve-se ter um ambiente de aprendizagem e de interação social.

Considerando as associações entre as dimensões, observou-se que a dimensão D1: bem-estar físico e material foi correlacionada de forma positiva com as dimensões D2: relação com outras pessoas, D4: desenvolvimento pessoal e realização e D5: recreação. Dessa forma, quanto maior for a satisfação com a dimensão D1, maior será a satisfação com as outras três dimensões.

As dimensões D2: relação com outras pessoas e D3: atividades sociais, comunitárias e cívicas foram correlacionadas positivamente com D4: desenvolvimento pessoal e realização e D5: recreação, sugerindo que quanto maior o contato social, maior a disponibilidade de entretenimento e de aprendizagem. A dimensão D4: desenvolvimento pessoal e realização foi correlacionada positivamente com D5: recreação, sugerindo que a satisfação no desenvolvimento pessoal e realização é acompanhada pela satisfação na recreação.

Tabela 10: Comparação dos motivos que levaram os idosos dos grupos CLT 1 e Lei 1 a voltarem ao mercado de trabalho.

	Lei 1	CLT 1
Para me sentir produtivo	<b>M=3,87</b>	<b>M=3,65</b>
[ $F(1,93) = 0,75; p=0,389$ ]	(DP=1,19)	(DP=1,25)
Para aumentar a renda familiar	<b>M=2,91</b>	<b>M=3,57</b>
[ $F(1,93) = 4,89; p=0,029$ ]	(DP=1,41)	(DP=1,49)
Por necessidade de conviver com outras pessoas	<b>M=3,31</b>	<b>M=3,39</b>
[ $F(1,92) = 0,90; p=0,765$ ]	(DP=1,10)	(DP=1,35)
Para me sentir atualizado	<b>M=4,83</b>	<b>M=3,71</b>
[ $F(1,93) = 1,41; p=0,238$ ]	(DP=6,42)	(DP=1,29)
Por necessidade de realização pessoal	<b>M=3,63</b>	<b>M=3,43</b>
[ $F(1,93) = 0,62; p=0,433$ ]	(DP=0,95)	(DP=1,47)
Por ter me aposentado jovem	<b>M=3,15</b>	<b>M=2,51</b>
[ $F(1,93) = 4,50; p=0,037$ ]	(DP=1,45)	(DP=1,50)
Para preencher o tempo	<b>M=3,22</b>	<b>M=2,65</b>
[ $F(1,93) = 4,11; p=0,045$ ]	(DP=1,25)	(DP=1,45)
Para passar minha experiência aos outros	<b>M=3,76</b>	<b>M=3,22</b>
[ $F(1,93) = 4,05; p=0,047$ ]	(DP=1,16)	(DP=1,42)
Satisfação	<b>M=4,13</b>	<b>M=3,92</b>
[ $F(1,93) = 1,09; p=0,299$ ]	(DP=0,86)	(DP=1,10)

Considerando os motivos que levaram os idosos a retornarem ao mercado de trabalho, a Tabela 10 compara as médias (ANOVA *one-way*) dos subgrupos CLT 1 e Lei 1. Pode-se perceber que ambos os grupos retornaram ao trabalho, principalmente,

pele motivo para me sentir atualizado e produtivo (motivos com as maiores médias para os dois grupos).

O motivo para aumentar a renda familiar representou a média mais baixa para o Subgrupo Lei 1, enquanto para o Subgrupo CLT 1, foi o terceiro fator mais alto. Os dados da Tabela 10 indicam que aumentar a renda influencia mais na decisão dos celetistas para voltar a trabalhar do que na decisão dos estatutários.

O item satisfação foi destacado na Tabela 10 por não ser um motivo de retorno ao trabalho. Este item avalia o grau de satisfação com o trabalho atual. Dessa forma, observa-se que o Subgrupo Lei 1 apresentou um grau entre muito e totalmente satisfeito com o trabalho atual enquanto o Subgrupo CLT 1 apresentou satisfação entre moderada e muito.

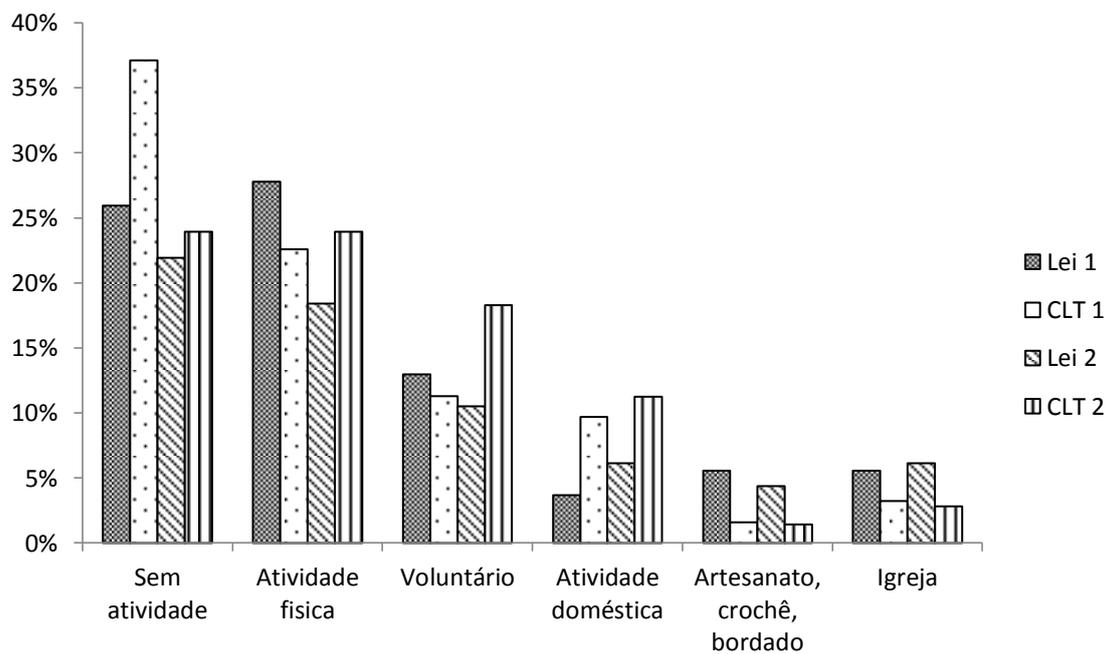


Gráfico 4: Frequência das atividades não-remuneradas por subgrupo.

Além do trabalho, foram consideradas outras atividades para caracterizar a ocupação do idoso, como cuidar de familiar, atividade física e grupos de socialização,

por exemplo. O Gráfico 4 mostra a frequência das principais atividades mencionadas pelos idosos por subgrupo.

Observou-se que 63,54% dos idosos do Grupo 1 e 64,42% dos idosos do Grupo 2 estavam inseridos em atividades, considerando que três pessoas não responderam. Portanto, há um índice de 35,58% de idosos do Grupo 2 que não está inserido em atividades no cotidiano ou não quis mencionar – isso porque os idosos do Grupo 1 estão inseridos, pelo menos, no trabalho. Quando a análise é feita por regime de aposentadoria, os celetistas (61,62%) estão menos inseridos em atividades alternativas ao trabalho que os servidores (67,68%).

Observa-se que, apesar de não haver diferença significativa na QV entre os grupos (1 e 2), os subgrupos (Lei 1, Lei 2, CLT 1, CLT 2) se diferenciaram em duas dimensões e os subgrupos CLT 1 e Lei 1 apresentaram, como principal motivo de retorno ao trabalho, a necessidade de atualização, mas se diferenciaram quanto ao grau de influência dos outros motivos. A seguir, apresentam-se os dados qualitativos das entrevistas de cada subgrupo.

### **11.2) Resultados Qualitativos**

Conforme citado anteriormente, a análise qualitativa pautou-se na perspectiva de Bardin (2009). Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante para conhecer o material. Em seguida, formularam-se questões voltadas para a significação atribuída ao trabalho pelos idosos; para a decisão de se aposentar, bem como para o próprio processo de aposentadoria em suas vidas. Contemplou-se, também, a sua percepção sobre o envelhecimento e os fatores preponderantes para a obtenção de uma QV na terceira e quarta idades.

Na exploração do material, as entrevistas foram compiladas, considerando a intensidade e a frequência da repetição das unidades de registro (i.e. frases, palavras,

temas). Além disso, foram formuladas quatro categorias, as quais representam uma forma geral de conceito ou pensamento demonstrado pelos idosos e embasam a interpretação final. São elas:

**CATEGORIA 1: O SIGNIFICADO DO TRABALHO.** Abordou temas importantes como o complemento de renda, a importância da experiência, do contato com as pessoas, da responsabilidade e do prazer em exercer a profissão.

**CATEGORIA 2: A APOSENTADORIA : UMA TOMADA DE DECISÃO.**

Analisa o significado da aposentadoria para os participantes, considerando sua visão sobre os programas de preparação para aposentadoria e sobre a possibilidade deles trazerem benefícios reais.

**CATEGORIA 3: ENVELHECIMENTO.** Verificou como o idoso se percebe na sociedade.

**CATEGORIA 4: QUALIDADE DE VIDA.** Destacou os fatores que os idosos consideram importantes para a sua QV.

Por fim, na interpretação, utilizou-se a inferência para compreender as informações apresentadas pelos participantes. Além disso, a interpretação baseou-se na conjunção entre os dados obtidos e o referencial teórico. Dessa forma, foi possível atribuir significado aos conteúdos explorados.

Como relatado no método, um dos pontos de interesse a ser verificado na entrevista era sobre a participação do Estado no contexto do envelhecimento e da qualidade de vida. Os resultados das entrevistas permitem entendê-la como omissa ou com programas sociais com os quais os idosos não se identificavam.

*“Esse programinha aí da terceira idade... não quero”*

(Participante 10)

*“...deprimente (...) aqueles encontros com pessoas idosas para dançar,*

*para comer bolo e tudo”*

(Participante 16)

A presença do Estado foi vista apenas do ponto de vista pecuniário, com a concessão do direito à aposentadoria. Não foi montada uma categoria para analisar esse tema, pois as respostas foram evasivas e pouco frequentes, o que por si só, é um dado significativo.

*“A previdência é um tratamento criminoso até com o cidadão que trabalha a vida inteira e passa a receber o que não dá para pagar os remédios, os médicos... nessa etapa da vida”*

(Participante 6)

#### *Categoria 1: O Significado do Trabalho*

A volta ao trabalho para os participantes que estavam exercendo atividades remuneradas com horários flexíveis após a aposentadoria (e.g. psicóloga clínica e vendedora de cosméticos) foi justificada pelo acréscimo à renda, por manterem-se ocupados, pelo contato com as pessoas, pela diminuição da responsabilidade e pelo prazer em exercer a profissão.

Para aqueles participantes que permaneceram com uma rotina intensa de trabalho, havia o sentimento de sobrecarga e a percepção de menos tempo para si. No geral, contudo, os idosos atribuíram a alegria, a disposição, a liberdade de escolha, a satisfação pessoal e profissional, o contato social, a ocupação e o sair de casa ao fato de estarem trabalhando.

*“Trabalhar 8 horas para uma pessoa de 70 anos é fogo, é difícil, ne?”*

(Participante 8)

O trabalho foi visto, pelos aposentados inativos, como meio de adquirir o sustento e a dignidade. Como definição negativa, foi mencionado que a falta do trabalho

levaria à regressão do indivíduo. Previsivelmente, muito pouco foi referido sobre trabalho no Grupo 2, devido à opção de parar de trabalhar. Contudo, surpreende a definição negativa de trabalho levando à regressão, uma vez que essa percepção não foi suficiente para fazer o participante voltar a trabalhar.

A experiência de vida os ajudou na execução do trabalho atual, seja porque permaneceram na mesma área de atuação, seja pelo desenvolvimento de habilidades que foram aproveitadas em outra função. Contudo, foi levantada a possibilidade de conflito intergeracional no contexto de trabalho, em que alguns idosos poderiam não lidar bem com alguns jovens por acreditarem que eles precisam amadurecer mais.

No geral, o trabalho foi visto como uma rejeição da aposentadoria. Disso, infere-se a imagem negativa que se tem da aposentadoria para aqueles que optaram por trabalhar. De forma positiva, o trabalho foi visto como uma atividade que agrega financeiramente e que também é prazerosa. Ele é fonte de realização e de aprendizagem. Além disso, permite a convivência, preenche o tempo, os espaços vazios e exercita a capacidade intelectual:

*“A gente vai tendo consciência daquilo que é bom,  
daquilo que pode ajudar os outros”*

(Participante 7)

*“É sempre um crescimento.”*

(Participante 7)

### *Categoria 2: A Aposentadoria: uma Tomada de Decisão*

Essa categoria está intimamente ligada à categoria anterior, uma vez que a aposentadoria é um marco na vida do trabalhador. A percepção tanto da aposentadoria quanto dos programas de preparação para esses idosos foi heterogênea. Estar aposentado aparece associado a uma crença equivalente a “*ficar em casa*”, gerando o

medo do adoecimento. Essa inatividade traria sofrimento, desperdiçaria a experiência, o tempo e o conhecimento, além de trazer problemas de saúde:

*“O idoso não pode ficar contando tempo para morrer.”*

(Participante 6)

*“... a partir do momento que você (...) fica sem uma atividade de serviço, acho que desequilibra a pessoa, se ela não tiver preparo (...) talvez não tivesse uma atividade para exercitar a mente, aí a gente atrofia”*

(Participante 7)

Uma outra crença associada, por outro lado, referiu-se a aposentadoria como a conclusão de um ciclo, mas com a necessidade implícita de se envolver em alguma atividade, conforme o destaque em negrito na verbalização abaixo. Para esses idosos, houve a necessidade de se aposentar para dar espaço para os jovens:

*“Deu o tempo, vai para casa, **vai fazer outra coisa** e dá lugar para outro”*

(Participante 12)

A decisão pela aposentadoria apresentou relação com o contexto político da época, em que havia uma transição no sistema previdenciário, com uma possível perda de benefícios, caso a decisão fosse postergada. Além disso, essa decisão pautou-se na vantagem observada do ponto de vista pecuniário e no desejo de reduzir as atividades, oferecendo maior liberdade de horário e de escolhas. Ter mais tempo disponível foi visto de forma ambivalente. Esse período precisa ter atividades programadas, tais como atividade física, viagem, leitura, teatro e cinema.

*“É distrair senão é complicado”*

(Participante 18)

*“Passeio muito mais do que quando trabalhava.”*

(Participante 19)

Para alguns idosos, a aposentadoria trouxe uma diminuição das atividades, gerando sentimento de dificuldade de adaptação:

*“Você fica deslocado (...) Não gosta (...) A gente se sente jogado fora, a gente sente muita falta do trabalho. Muita mesmo. Eu sinto.”*

(Participante 11)

Os programas de preparação para aposentadoria foram vistos como importantes e poderiam ter trazido benefícios para a maioria dos idosos (apenas um participante passou por programas do gênero). Contudo, os participantes acreditam que depende do perfil do idoso e do programa. A crença associada foi que esse tipo de programa *“ensina a pintar, bordar, pescar”* (Participante 6), sendo, pois ineficiente e insatisfatório.

*“O funcionário público não está preparado para enfrentar aí fora.”*

(Participante 7)

Os participantes sugeriram, para esse tipo de programa, que o processo de reflexão considere a profissão anterior do aposentado, com o cuidado de não substituir a função técnica por um *hobby* simplesmente, mas favorecendo alternativas que gerem prazer de forma autônoma. Foi dada ênfase na possibilidade do idoso discernir o que é melhor para ele, com orientações sobre o planejamento financeiro e com incentivos para a inclusão digital, para a atualização, para a automotivação, para o fortalecimento da rede de contatos e para a iniciativa deles mesmos de buscarem material adicional, como livros e palestras.

*“ter um suporte permanente”*

(Participante 7)

*“...fiz a minha parte, fiz cursos e me beneficieei.”*

(Participante 20)

*Categoria 3: O Envelhecimento*

O processo de envelhecimento também foi visto com pontos positivos e negativos. Os participantes observaram pouco impacto negativo da idade em seu desempenho, considerando, inclusive, que a idade influenciava de forma “*muito positiva*” (Participante 5). O envelhecimento depende também da história de vida da pessoa e da sua postura ativa:

*“Depende de como você viveu. O que você sente hoje é consequência do passado”*

(Participante 14)

*“[deve-se] manter o condicionamento físico e a atividade intelectual de leitura para não ter que esmorecer.”*

(Participante 16)

*“É a gente que tem que fazer melhorar...”*

(Participante 17)

Vários idosos se observaram como mais experientes, saudáveis (sem alterações cognitivas, sem alterações da idade em seu desempenho) e reconhecidos pela sua experiência e compromisso. Os participantes se percebem como ativos, fazendo o que gostam, mostrando uma visão positiva do envelhecimento.

Por outro lado, houve o sentimento de incômodo de ficar em casa por muito tempo. Uma das participantes observa que, quando fica parada, tende a se deprimir. Observou-se informações carregadas emocionalmente de ansiedade e medo pelo futuro, especialmente ao analisar casos próximos de seus ciclos. Para eles, o avançar da idade está associado a problemas físicos (locomoção, medo de derrames, doenças degenerativas) e à diminuição da convivência.

*“... é a incerteza do amanhã. (...) Chega um ponto que eu não sei exatamente como, mas a gente já vai começando a pensar no futuro (...) e como enfrentar isso, com*

*as limitações que a gente vai tendo (...) Se a pessoa não tiver uma estrutura, entra em parafuso, para não dizer depressão”*

(Participante 7)

*“mas eu acho que quando ficar com setenta, vou ficar [com problemas]... ah, porque você fica velho, né? Em locomover”* (Participante 8)

Outros se viam ativos e diminuíram suas atividades pelo cansaço e por restrições ambientais, como doença do cônjuge, por exemplo. Os ativos não observaram alterações cognitivas enquanto aqueles que se restringiram observaram limites.

*“Como eu não preciso usar minha cabeça para pensar outras coisas, então... acho que vai diminuindo.”*

(Participante 11)

Apesar das diferenças, todos recebem um bom tratamento da sociedade. Uma idosa ressalta que, aqui em Brasília, o tratamento ao idoso é melhor que em sua cidade de origem. Todavia, houve a expectativa de que um dia se modificasse, conforme a verbalização da Participante 16, descrita abaixo. Apenas um idoso queixou-se de preconceito. Ele relacionou essa situação de desrespeito às filas de banco, nas quais há pessoas que não são preferenciais e ocupam o espaço do idoso. Na verbalização do Participante 12, é possível observar sua indignação. Contudo, para ele parece ser natural não tomar providências.

*“...ainda com respeito, alegria e carinho...”*

(Participante 16).

*“A gente não vai mandar eles saírem da fila porque a gente é idoso. Eu mesmo não faço isso.”*

(Participante 12)

*Categoria 4: Qualidade de Vida*

*“É ter as coisas e poder usufruir delas, boa renda, família...”*

(Participante 11)

*“Não ter dívidas, ter alternativas, alimentação, dignidade.”*

(Participante 12)

*“É você ter uma perspectiva boa, ter uma vida condizente com a sua situação.”*

(Participante 13)

Essas foram algumas definições de QV dadas pelos participantes, na qual ressalta-se a importância da situação financeira. A renda foi enfatizada tanto de forma positiva, com a necessidade de ter mais dinheiro para viver melhor, quanto de forma negativa “não ter dívidas”.

A QV, para aqueles que não trabalham, foi relacionada principalmente à viagem, à saúde, à alimentação, à família, ao convívio ético e à liberdade para fazer o que quer e para se cuidar. A principal mudança que ocorreu após a aposentadoria que interferiu na QV deles foi relacionada à rotina. Os participantes observaram que uma rotina mais leve oferece mais liberdade de horário e consideraram que a jornada antes da aposentadoria os aprisionava.

*“Ficava presa oito horas por dia no trabalho.”*

(Participante 1)

Para os que trabalham, a QV foi composta por itens como a redução da jornada de trabalho, aumento da renda, autonomia, saúde, satisfação com o que faz e poder de escolha em relação ao que se quer fazer. Todos consideraram o trabalho como fator importante para a QV.

No geral, a QV foi avaliada como boa e contemplou a renda, família, saúde, autonomia, além da mudança de rotina, em que houve mais liberdade de horários, de fazer o que quer e a diminuição da responsabilidade. As atividades se restringem a casa,

assistindo televisão, lendo, fazendo tricô, palavra-cruzada. Uma participante referiu-se a festas e os outros afirmaram encontrar com os amigos e família no final de semana. Eles mencionaram, ainda, fazer atividade física, pois consideram a saúde importante, e não ter interesse por programas oferecidos pelo Estado.

## Capítulo 12 - Discussão

Como a pesquisa abordou dados quantitativos e qualitativos, optou-se por fazer discussões separadas, integrando-as, posteriormente, na discussão geral.

### 12.1) Discussão dos Dados Quantitativos

Os resultados quantitativos indicaram diferença significativa entre as médias de QV dos subgrupos, com destaque para o Subgrupo Lei 2, com médias maiores para D1: bem-estar físico e material e D2: relação com outras pessoas todos com boa avaliação da QV. Esse dado sugere que esses idosos estão inseridos em um contexto favorável socioeconomicamente. A Tabela 2 do Método destacou que esse grupo é composto por idosos de renda maior, o que corrobora o grau de satisfação avaliado.

Os escores da EDG foram normais para todos os subgrupos, mas com menor índice para o Subgrupo Lei 1. Optou-se por considerar os dados da EDG nessa seção, pois a saúde emocional tem forte impacto na QV do idoso (Teixeira, 2010; Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009; Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2007). Segundo Rodrigues (2006), a incidência de depressão em idosos pode variar de 5 a 50%. A estatística apresentada por Soares, Demartini e Carvalho (2013) é mais discreta, mas ainda preocupante, sugerindo taxas de até 15% de depressão na população brasileira. Diante de tamanha incidência, surpreende que os idosos da presente amostra não tenham apresentado indício de depressão. Os dados da EQVF e da EDG sugeriram que os idosos do DF possuem uma boa QV.

A EDG foi correlacionada de forma positiva com o motivo de retorno ao trabalho aumentar a renda e de forma negativa com aposentar-se jovem e satisfação. Essa correlação sugere que ter que voltar ao trabalho por questões financeiras pode gerar um sofrimento subjacente. Todavia voltar a trabalhar porque se aposentou jovem e se sente satisfeito com o trabalho parece ter um efeito protetor contra a depressão. Bós

e Bós (2005) analisaram os fatores que determinam a depressão em idosos no Brasil e a sua consequência econômica. Segundo os autores, a baixa renda é um fator de risco para depressão e idosos deprimidos tendem a abandonar atividades habituais, como o próprio trabalho.

Negativamente, a EDG foi correlacionada com quatro das cinco dimensões da EQVF. As correlações negativas apresentadas pela EDG enfatizam as variáveis relacionadas ao bem-estar emocional do idoso e destacam que tanto o trabalho quanto as outras atividades a que ele se expõe contribuem de forma significativa para sua QV. Todos esses fatores referem-se à manutenção da autonomia do idoso, favorecendo, pois a QV (Lourenço, Lenardt, Kletemberg, Seima, Tallmann & Neu, 2012).

Para me sentir atualizado, principal motivo de volta ao trabalho, não apresentou correlação com outras variáveis. As correlações de sentir-se produtivo, por sua vez, destacaram como o trabalho pode contribuir para a manutenção da inserção social do idoso e da sua autonomia, fazendo o idoso promover a sua QV, conforme Khoury et al. (2010). Esse dado destacou-se, em especial, quando se observou a correlação com a dimensão D3: atividades sociais, comunitárias e cívicas. Portanto, os subgrupos CLT 1 e Lei1 voltaram para se atualizar, mas implicitamente, voltaram para se socializar. A atualização talvez apareça como um ganho secundário das interações sociais e das atividades laborais que estimulam o aprendizado e o desempenho cognitivo. Afirma-se isso, pois a amostra selecionada (celetistas e estatutários) foi composta especialmente de idosos com atividades laborais mais estimulantes, com maior envolvimento intelectual.

A socialização serviu como um valor agregado ao trabalho, mas não como motivo para escolhê-lo ao se aposentar. Ademais, o trabalho assumiu, como a literatura coloca (Khoury et al., 2010; Costa & Soares, 2010; Morin, Tonelli & Pliopas, 2007)

uma estreita ligação entre a identidade pessoal e a profissional, exercida pela ocupação prazerosa e pelo sentir-se útil, ao passar seu conhecimento adiante.

O grau de satisfação com o trabalho foi correlacionado de forma negativa com aumentar a renda. A interpretação desse dado segue a mesma análise feita com a EDG. Se o idoso voltou a trabalhar apenas para aumentar a renda, assume uma posição de obrigação, de necessidade para manter sua sobrevivência e de sua família. Seria uma escolha forçada para a manutenção da sua subsistência e não uma escolha que traga satisfação com sua atividade laboral.

A literatura coloca a função de sobrevivência do trabalho (Marx, 1993, citado por Tolfo & Piccinini, 2007; Morin, Tonelli & Pliopas, 2007), mas acrescenta outras variáveis, como o significado que ele traz para alcançar a satisfação (Codo, 1997; Hackman & Oldhan, 1975, citado por Tolfo & Piccinini, 2007; Morin, Tonelli & Pliopas, 2007), além da influência de fatores psicossociais (Khoury et al. 2010). A opção de retorno ao trabalho exclusivamente pela renda parece, pois, destituir o significado do trabalho.

## **12.2) Discussão dos Dados Qualitativos**

### *Categoria 1: O Significado do Trabalho*

O trabalho foi descrito como uma atividade que contribui financeiramente, é prazerosa, traz realização, a convivência, aprendizagem e exercita a capacidade intelectual. Segundo a concepção de trabalho adotada por Morin, Tonelli e Pliopas (2007), o trabalho se correlaciona com a independência, a satisfação pessoal e demanda responsabilidade e estimulação do potencial do indivíduo. Os resultados, tanto dos celetistas, quanto dos estatutários enfatizaram a opção de retornar às atividades pela satisfação.

Os motivos de volta ao trabalho não se restringiram à renda. Foram citados outros fatores como manterem-se ocupados e contato com as pessoas, como também foi observado no estudo de Khoury et al. (2010). Neste estudo, os pesquisadores compreendem essas variáveis como fatores psicossociais interferindo na decisão do aposentado. Segundo eles, o grau de influência desses fatores muitas vezes se superpõem ao da subsistência e a explicação encontra-se na definição de trabalho, em que o significado é fundamental para a satisfação e construção/manutenção da identidade.

Um dos pontos levantados pelos dados qualitativos sobre a relação do trabalho com a QV foi a jornada de trabalho. Portanto, uma jornada de trabalho reduzida aumentaria a satisfação com a saúde e contemplaria as necessidades de liberdade de horário para fazer o que quer e para se cuidar, corroborando os dados quantitativos e o estudo já citado de França e Soares (2009).

Conforme Carneiro e Ferreira (2007), a redução da jornada de trabalho pode favorecer tanto a distribuição de renda quanto a produtividade, interferindo também na vida pessoal, aumentando a satisfação por permitir a conciliação entre a vida profissional e a pessoal.

A ênfase na atividade ficou clara ao constatar-se a presença do trabalho como rejeição à aposentadoria. Na percepção dos idosos, há a necessidade de manterem-se ativos. Interessante é o modo como chegaram a essa conclusão. Consideraram a própria experiência, uma vez que aqueles que pararam de trabalhar observaram algumas perdas cognitivas e consideraram as experiências alheias, geralmente de idosos mais velhos, com a saúde em decadência. Portanto, junto ao prazer e o significado que o trabalho proporciona, observa-se a fuga dessa realidade de inatividade. O comportamento, tal como é apresentado, segue o recomendado pela OMS, à luz do envelhecimento ativo.

Contudo, a fuga evidencia a ansiedade e outros possíveis estados emocionais negativos frente a situação de improdutividade, o que é comum, segundo Duarte e Melo-Silva (2009). A relevância desse dado encontra-se na correlação entre ansiedade e auto-relato de queixas de memória (Paulo & Yassuda, 2010). Os participantes da presente pesquisa eram todos saudáveis cognitivamente. Contudo, aqueles que pararam de trabalhar começaram a notar certo declínio. Paulo e Yassuda (2010) referem-se às queixas como parte do conceito de metamemória e consideram que podem predizer um declínio cognitivo.

### *Categoria 2: A Aposentadoria: uma Tomada de Decisão*

Os dados indicaram que a aposentadoria é percebida tanto como a conclusão de um ciclo, como com a crença de “ficar em casa”. Embora parecem visões contraditórias, elas coexistem por estarem inseridas em uma cultura paradoxal. Bulla e Kaefer (2003) entendem que a aposentadoria poderia ser vista como uma conquista, o que justificaria a visão da conclusão de um ciclo. Entretanto, explicam que a sociedade desvaloriza o aposentado ao compreendê-lo como improdutivo. Nesse aspecto, o medo de ficar em casa do próprio idoso destaca a influência da cultura na sua própria visão.

Essa categoria também abordou a percepção dos idosos quanto aos PPA's. A visão foi ambivalente: acreditavam que os programas poderiam trazer benefícios, mas não no formato atual. Destaca-se que a análise foi feita em cima de estereótipos, visto que apenas um participante passou por esse tipo de programa. De forma contributiva, eles consideraram que os programas devem considerar os seus perfis.

A identificação do perfil do idoso para a preparação para a aposentadoria apresenta relação estreita com o autoconhecimento. O pedido, em forma de sugestão para a caracterização do perfil, sugere uma expectativa do idoso de que o meio externo o oriente quanto ao caminho que deve escolher. Nos dados quantitativos, o

autoconhecimento correlacionou-se com a independência. Sentir-se independente, nos dados qualitativos, indicou conseguir fazer as próprias escolhas. Desse modo, sentir-se independente e desejar que o outro o oriente quanto às escolhas faz emergir um conflito que gera sofrimento no idoso no momento de se aposentar. Depositando no outro ou no meio a expectativa de receber uma orientação (paralelo ao medo da aposentadoria já citado), portanto, além de destacar uma possível dificuldade em se autoconhecer, sublinha uma dificuldade em tomar uma decisão importante, amplamente relacionada com sua independência. Não há problemas em buscar ajuda. O psicólogo e outros profissionais relacionados à orientação para a aposentadoria certamente cumprirão seu dever ao ser solicitado. A questão é que, mesmo com a intenção de ajudar o idoso, será que essa ajuda será aproveitada se ele não se autoconhecer?

Murta, Abreu, França, Pedralho, Seidl, et al. (2014) descrevem os fatores que podem facilitar ou dificultar o ajuste na aposentadoria. Dentre os fatores desfavoráveis, encontram-se saúde precária e filhos dependentes financeiramente. Dos favoráveis, decisão própria, estar trabalhando (formal ou informalmente) e planejar a aposentadoria, dentre outros. As autoras propuseram, no programa de PPA que implementaram, módulos vivenciais que incentivavam a promoção de auto-observação, sensibilização, tomada de decisão e enfrentamento, além de prevenção à recaída. Esse estudo reforça, portanto, a discussão suscitada quanto ao autoconhecimento e à tomada de decisão.

### *Categoria 3: O Envelhecimento*

Nessa categoria, a contribuição dos participantes está em perceber o envelhecimento como consequência das escolhas passadas, bem como uma etapa em que dispõem de mais experiência e compromisso. Por outro lado, expõem o medo de limitações futuras e de diminuir a convivência. Ademais, há uma dificuldade de

enfrentamento para defender seus direitos, como exemplificou o idoso que não gostava do comportamento dos jovens de usar a fila preferencial, mas nada fazia.

A literatura (Skinner, 1985; Bulla & Kaefer, 2003; Lima, 2011) propõe que não se deve considerar o envelhecimento de forma homogênea, pois cada idoso construiu uma história de vida diferente. Para as autoras, a classificação etária não significa que os longevos passaram pelas mesmas vivências e, por isso, deve ser tratado com respeito, validando sua opinião.

Ao validar a opinião dos entrevistados na presente pesquisa, observa-se uma dificuldade nas habilidades sociais de enfrentamento, gerando um comportamento de esQUIVA no idoso (Carneiro et al., 2007), ao invés de um comportamento assertivo. Esse tipo de comportamento parece comum no envelhecimento, embora a literatura seja escassa. Carneiro e Falcone (2004) estudaram as habilidades sociais de idosos na terceira idade e constataram que eles tem um bom repertório para adquirir apoio, mas não para situações que envolvem conflito potencial. Assim, identifica-se mais um ponto de intervenção com os idosos.

#### *Categoria 4: Qualidade de Vida*

O conceito de QV envolveu claramente a renda. Os fatores comuns associados para o conceito de QV, tanto para os que trabalham quanto para os que não trabalham, foram a saúde e a independência. A mudança de rotina e a necessidade de atividades também foi contemplado. Ou seja, para conceituar a QV, os idosos destacaram sua experiência em detrimento de suas condições de vida (Chatterji & Bickenbach, 2008).

Ao considerar todas as variáveis referidas pelo idosos, as quais foram diferentes para os Grupos 1 e 2, inclui-se ainda socialização, lazer, liberdade de escolha e satisfação com o que faz. Analisando todas as variáveis, observa-se que o conceito por eles trazido reflete o conceito de envelhecimento ativo proposto pela OMS (1998) e se

aproxima de forma parcial do conceito adotado na presente pesquisa (Vechia et al., 2005). Desse modo, não foram incluídos a auto-estima, os valores culturais e a religiosidade. A ênfase qualitativa dada foi em direção ao conforto material.

## Capítulo 13 – Discussão Geral

### *Aspectos Afetivos, Sociais, Cognitivos e Motivacionais*

Os objetivos específicos da presente pesquisa contemplam os aspectos afetivos, sociais, cognitivos e motivacionais da QV. Eles serão abordados abaixo separadamente para facilitar a descrição das variáveis. É importante esclarecer que eles estão mutuamente relacionados e todos interferem de forma significativa na QV dos idosos.

A hipótese levantada na presente pesquisa, de que aqueles idosos que optaram por se reinserirem no mercado de trabalho teriam mais QV, não foi comprovada, uma vez que todos os grupos obtiveram altos índices de QV. Provavelmente, isso ocorreu por alguns motivos. Em primeiro lugar, devido ao índice de idosos inseridos em atividades alternativas ao trabalho (63,54% dos idosos do Grupo 1 e 64,42% dos idosos do Grupo 2). Em segundo, porque essas atividades poderiam exercer as mesmas funções do trabalho, exceto pela questão financeira.

Como definido no Capítulo 3, a diferença entre o trabalho formal e as outras atividades foi a remuneração, uma vez que ambas traziam significado para o indivíduo. Estar inserido em atividades é preponderante para uma boa QV, conforme o conceito de envelhecimento ativo (OMS, 1998) e a Teoria da Continuidade, defendida, inclusive, com a redução da jornada de trabalho no envelhecimento (França & Soares, 2009).

O terceiro seria a diferenciação da realidade do idoso do DF das outras encontradas pelo Brasil, uma vez que o motivo aumentar a renda não foi suficiente para fazê-los voltar ao trabalho (Khoury et al., 2010), pois, no geral, apresentam um conforto material satisfatório. A realidade distrital pode ser contraposta, por exemplo, à baiana, cujos idosos voltaram a trabalhar para aumentar a renda (Carrera-Fernandez & Menezes (n.d.), citado por Khoury et al., 2010) e não para a própria satisfação, como no DF. A

renda, no DF, apresentou um impacto maior para o retorno dos celetistas às atividades laborais. Contudo, o fator me sentir atualizado foi preponderante.

### **13.1) Aspectos Afetivos**

Os resultados quantitativos indicam que os escores médios da EDG estão dentro da normalidade para os quatro subgrupos e os índices médios da EQVF foram classificados com o grau de “satisfeito”. Dos aspectos afetivos envolvidos no escopo da presente pesquisa, esses claramente são os mais relacionados ao bem-estar emocional dos participantes.

A EDG funcionou como covariável da QV para o Subgrupo Lei 2. Esse resultado demonstra que o grupo de idosos que permaneceu aposentado ficaria suscetível à depressão, caso não estivesse inserido em atividades alternativas ao trabalho. As interações sociais e as atividades lúdicas se apresentam como fatores importantes para a manutenção da saúde mental do idoso que não trabalha, servindo de base para o desenvolvimento de projetos que os incluam, como ocorre, por exemplo, nas universidades da terceira idade, cujos pressupostos são a interdisciplinaridade, a participação social e a promoção da saúde (Veras & Caldas, 2004).

### **13.2) Aspectos Sociais**

Ao considerar os aspectos sociais, os quais foram delimitados como renda, em especial, o impacto da renda do idoso na sua QV, além do apoio de instituições e do Estado para o envelhecimento saudável, observa-se que os fatores conforto material: moradia, alimentação, situação financeira e participação em associações e atividades de interesse público seriam os mais representativos dados quantitativos.

Os dados relacionados à escolaridade evidenciaram que o grau de satisfação daqueles com fundamental incompleto foi significativamente superior para a dimensão D1: bem-estar físico e material, que contempla conforto material e saúde. Sabe-se que

quanto maior a escolaridade, maior a renda (Salvato, Ferreira & Duarte, 2010). Os idosos com menor nível de escolaridade dessa amostra podem estar valorizando mais a saúde do que do conforto material, elevando o grau de satisfação com essa dimensão. Esse hipótese é reforçada pelo grau de satisfação com a dimensão D5: recreação, que tem correlação positiva com a D1, mas esse grupo apresentou a pior satisfação, tanto em relação às outras dimensões, quanto em relação à avaliação dos idosos com outros níveis de escolaridade para a recreação.

Logo, esse fator social apresenta um impacto bastante significativo na QV dos idosos. O fator saúde está também estreitamente ligado ao fator trabalho e ambos se relacionam com o conforto material. É possível que a satisfação com o fator conforto material, para os outros grupos, represente as condições necessárias que o idoso possui para cuidar da saúde, tanto em termos educacionais, quanto em termos ambientais. O trabalho, como visto na literatura (Morin, Tonelli & Pliopas, 2007; Tolfo & Piccinini, 2007), tem como uma de suas funções prover.

Como mencionado, a dimensão D5: recreação obteve correlação positiva com a D1: bem-estar físico e material. Isso pode significar que os idosos do DF possuem condições de acesso a esses fatores, independentemente do Estado. Afirma-se isso, pois não foi encontrado nenhum idoso entrevistado que tenha participado de projetos do governo. A visão deles, inclusive, é depreciativa, conforme visto nos dados qualitativos, ou de desconhecimento do que é oferecido.

Os participantes que foram selecionados pelo SESC participavam de atividades de socialização e lazer, mas representaram um número pequeno de idosos na amostra. A igreja talvez seja a outra instituição identificada na presente pesquisa que auxilie na interação social e, conseqüentemente, na QV (Floriano & Dalgalarrodo, 2007).

Os dados qualitativos levantaram a necessidade de programas de preparação para aposentadoria mais adequados aos idosos, considerando seu perfil e suas necessidades. À princípio, essa seria uma responsabilidade da empresa na qual o idoso se aposentou. Contudo, apenas um idoso participou desse tipo de programa, destacando tanto a omissão das instituições no processo de preparação para a aposentadoria quanto a visão estereotipada ou pejorativa dos idosos, dificultando sua inserção nessas atividades preventivas.

A participação em associações está mais voltada para o desenvolvimento da individualidade do idoso, para o sentimento de produtividade, por meio do exercício de uma atividade que lhe seja prazerosa. Participar de associações, portanto, parece apresentar, em termos de identidade e de atividade, uma estreita relação com a função do trabalho (Morin, Tonelli & Pliopas, 2007; Khoury et al., 2010).

Compreender que essa é uma atividade escolhida pelos idosos, que os satisfaz e que favorece as suas interações sociais fora do contexto lúdico, pode direcionar projetos sociais ou governamentais para esse nicho. Dessa forma, aumenta-se as possibilidades de inserção social do idoso, fornecendo-lhes o sentimento de produtividade.

### **13.3) Aspectos Cognitivos**

Ao avaliar os aspectos cognitivos após a aposentadoria, observa-se que os idosos do Grupo 1, em especial o Subgrupo Lei 1, obtiveram desempenho melhor no MEEM e também uma escolaridade maior, quando comparado aos outros grupos. A literatura (Argimon, Lopes, Terroso, Farina, Wendt & Esteves, 2012) evidencia uma correlação entre grau de escolaridade e desempenho cognitivo. Portanto, quanto maior a escolaridade, melhor o desempenho cognitivo. Além disso, o MEEM foi correlacionado negativamente com a idade e com a EDG. Portanto, idosos mais velhos ou com depressão teriam pior desempenho no MEEM. Dados semelhantes foram encontrados

no estudo de Soares, Demartini e Carvalho (2013), que aplicaram tanto a EDG quanto o MEEM em idosos de Marília para avaliar a relação entre depressão e declínio cognitivo.

O MEEM foi correlacionado positivamente com o motivo de retorno ao trabalho aposentar-se jovem. É possível que se aposentar precocemente favoreça uma abertura maior para novos planos e projetos para o indivíduo, que talvez não seja idoso no ato da aposentadoria. A reinserção do indivíduo no mercado de trabalho pode ter servido como um fator de estimulação cognitiva e pode ter contribuído para a manutenção das suas habilidades cognitivas, assim como a escolaridade alta (Argimon et al., 2012; Soares, Demartini & Carvalho, 2013).

Qualitativamente, na categoria Envelhecimento, o impacto cognitivo advindo do processo de senescência percebido pelos aposentados foi pequeno, mais evidentes naqueles com menos atividades. Contudo, houve a expectativa de que pudesse evoluir negativamente, até pela experiência que tiveram com pessoas próximas.

A categoria 2 *Aposentadoria: uma tomada de decisão* apresenta no próprio título uma habilidade cognitiva. A tomada de decisão envolve um julgamento ou escolha mediante alternativas (Wagner & Parente, 2009). A Hipótese do Marcador Somático pressupõe que a experiência corporal baseada nos esquemas de reforçamento levam o indivíduo a tomar uma decisão (Wagner & Parente, 2009).

Os dados qualitativos mostraram que, em algumas situações, a decisão por se aposentar foi tomada por reforçamento negativo. Dessa forma, optou-se por cessar as atividades laborais para se evitar perdas vindas de um meio externo (e.g. contexto de reforma previdenciária). A decisão também foi tomada por reforçamento positivo, em que a vantagem observada relacionava-se ao ganho financeiro e à redução de atividades, oferecendo maior liberdade de horário e de escolhas.

Nas sugestões para os programas de preparação para aposentadoria, foi enfatizada a necessidade do idoso ter auxílio para discernir o que é melhor para ele, tendo um suporte permanente. Deve-se considerar que vários idosos apresentaram visões estereotipadas sobre esse tipo de programa, uma vez que não passaram por essa experiência e a descrevem de forma pejorativa. Um dos pontos relevantes para a tomada de decisão é ter informações. Essas sugestões colocam a necessidade de auxílio do idoso no processo de tomada de decisão (Murta et al., 2014).

#### **13.4) Aspectos Motivacionais**

Por fim, tem-se os aspectos motivacionais, os quais incluem os motivos que fizeram os idosos optarem pela volta ao mercado de trabalho ou por permanecerem aposentados. Os dados quantitativos contribuem para explicar os motivos de volta ao trabalho dos participantes do Grupo 1. Os dados qualitativos, por sua vez, oferecem indícios do porquê o Grupo 2 optou pela “inatividade”. As perguntas questionam o quanto inativos são esses idosos, uma vez que a grande maioria está inserida em atividades alternativas às laborais.

Os motivos relacionados à opção por trabalhar indicaram que o Subgrupo CLT 1 considerou o fator aumentar a renda como um dos fatores mais importante, assim como no estudo de Camarano (2001), em que a renda seria o motivo principal para os idosos voltarem ao mercado de trabalho. O Subgrupo Lei 1, por sua vez, apresentou média superior para outros três motivos: me sentir atualizado e produtivo. No estudo de Khoury et al. (2010), os idosos de Belém voltaram ao trabalho porque queriam se sentir produtivos, corroborando o presente estudo.

Observa-se, pois, que a diferença salarial entre os grupos influencia mais na decisão dos celetistas para voltar a trabalhar do que na decisão dos estatutários. Isso pode ocorrer por dois prováveis motivos: a diferença salarial entre os aposentados pelos

dois regimes, no qual os celetistas apresentam salários menores, e a necessidade vivenciada pelos estatutários em se engajar em atividades, uma vez que, mesmo no Grupo 2, observa-se uma inserção maior em atividades (i.e. religiosas, de entretenimento e de leitura) quando comparado com os celetistas (67,68% e 61,62%, respectivamente).

Os dados qualitativos da categoria 2 *A aposentadoria: uma tomada de decisão* ressaltam o medo de ficar parado ou adoecer na aposentadoria por aqueles que voltaram a trabalhar. A crença associada da aposentadoria é exatamente o oposto dos motivos para retornar ao trabalho (i.e. desperdiçaria a experiência, o tempo e o conhecimento), motivo pelo qual entendeu-se que o trabalho vinha como uma rejeição à aposentadoria. Os idosos do Grupo 2, por sua vez, entenderam que a aposentadoria é o fechamento de um ciclo e é necessário programar atividades para esse período. A questão temporal foi percebida de forma diferente também. Enquanto para uns gerou empecilho para se adaptar, outros sentiram-se livres para colocar em prática as atividades de interesse.

Tanto no processo decisório quanto nos motivacionais, os dados parecem se diferenciar, em essência, pelo grau de autoconhecimento do indivíduo (Khoury et al., 2010; Costa & Soares, 2010; Morin, Tonelli & Pliopas, 2007). O autoconhecimento é referido implicitamente nos dados qualitativos, uma vez que as sugestões para os programas de preparação para aposentadoria contemplaram a consideração do perfil do idoso, considerando seu interesse e sua profissão, e sugerindo alternativas que lhes satisfizesse, reforçando a importância da descrição dos perfis tanto para os PPA's quanto para auxiliar políticas públicas.

### **13.5) Descrição do perfil dos idosos dos Subgrupos Lei 1, CLT 1, Lei 2 e CLT2.**

Uma das propostas da presente pesquisa foi descrever o perfil dos idosos, segundo os quatro subgrupos. Portanto, o Subgrupo Lei 1 foi composto por idosos com melhores desempenho cognitivo e escolaridade (com 91,49% dos participantes com mais de oito anos de escolaridade). Os motivos relacionados a volta ao mercado de trabalho envolveram me sentir atualizado, me sentir produtivo e passar minha experiência aos outros. Sobre a QV, esses idosos obtiveram média maior para a dimensão D4: desenvolvimento pessoal e realização.

O Subgrupo CLT 1 apresentou um desempenho no MEEM um pouco abaixo do Subgrupo Lei 1, mas acima do Grupo 2. Aqueles com mais de oito anos de escolaridade (ensino médio completo ou acima) compuseram 83,67% da amostra. O aspecto motivacional considerado, que se diferenciou do Subgrupo Lei 1, para optar por trabalhar novamente referiu-se ao fator aumentar a renda, evidenciando a importância da subsistência inerente ao trabalho. A dimensão da EQVF melhor avaliada foi a D2: relação com outras pessoas.

O Subgrupo Lei 2 é caracterizado por 85,56% de idosos com mais de oito anos de escolaridade, índice superior ao dos celetistas. As médias significativas para as dimensões da EQVF envolveram as dimensões D1: Bem-estar físico e material e D2: Relação com outras pessoas. Esse foi o subgrupo mais suscetível à depressão, caso as dimensões não sejam atendidas, e o mais engajado em atividades, tanto lúdicas, como socialização e viagem, como na figura de cuidador de algum ente com necessidade.

Por fim, o Grupo CLT 2 foi composto pelos idosos com MEEM e escolaridade mais baixos (62,00% da sua amostra com oito anos de escolaridade ou mais). Assim como o Subgrupo Lei, a maior média foi para D4: desenvolvimento pessoal e

realização. Contudo, houve uma média inferior para a dimensão D1: bem-estar físico e material, classificada no limiar entre pouco satisfeito e satisfeito.

Observando esses dados, percebe-se que os estatutários adotam uma postura mais ativa, socialmente e intelectualmente, e apresentam uma situação financeira satisfatória, favorecendo o acesso a lazer e outras atividades. A volta ao trabalho está mais relacionada a sua individualidade do que a sua necessidade, como ocorre no Subgrupo Lei 1. Para o subgrupo CLT 1, o trabalho exerce tanto sua função mais básica, de prover, como também oferece significado à atividade, ao considerar a atualização.

Dessa forma, caracteriza-se os subgrupos dos celetistas como aqueles que carecem de mais atenção para o aprimoramento da QV, principalmente no que concerne ao conforto material e ao desenvolvimento das potencialidades do indivíduo. Os celetistas, em especial, o Subgrupo CLT 2, encontram-se em risco para uma progressão senil do envelhecimento. Políticas públicas se tornam imperativas para remediar e prevenir o adoecimento dessa amostra. Isso seria possível com a psicoeducação, proporcionando uma construção ativa do envelhecimento na juventude (Skinner, 1985; Bulla & Kaefer, 2003; Lima, 2011), e com a inserção em mais atividades, em especial, as intelectuais, como fazem as universidades da terceira idade (Veras & Caldas, 2004). A implementação de atividades que estimulem cognitivamente os idosos é fundamental para se evitar a depressão e a senilidade.

Segundo Rodrigues (2006), há uma associação entre depressão e doenças crônicas. Além de piorar o prognóstico das doenças crônicas, interfere na adesão ao tratamento. A autora destaca que os idosos de baixa renda subestimam os sintomas depressivos e, muitas vezes, não fazem tratamento. O tratamento da depressão seria

mais aceito se integrado aos serviços básicos de saúde ao invés de clínicas especializadas.

### **13.6) A Participação do Estado na Qualidade de Vida dos Idosos**

Os programas de preparação para a aposentadoria, estabelecidos pela Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto do Idoso, estão começando a surgir. Alguns idosos mostraram certo preconceito, associando que programa iria ensinar um técnico a bordar; outros acreditam que depende do perfil do idoso, uma vez que existem alguns que já tem um pensamento mais estratégico nesse momento.

Na percepção dos idosos, a preparação para a aposentadoria deve ser aperfeiçoada. Ela deve acompanhar os últimos anos de trabalho, considerando suas habilidades e interesses, além da programação financeira. A necessidade apontada pelos participantes parece envolver uma preparação mais personalizada.

Nesse sentido, talvez fosse interessante uma parceria do Estado com as instituições no processo de preparação. As instituições poderiam fazer uma sensibilização para a importância da preparação para a aposentadoria, dessensibilizando os idosos da visão estereotipada do programa e realizando uma espécie de triagem. O Estado, por sua vez, poderia pensar em uma parceria da Secretaria Especial do Idoso com o Ministério da Previdência Social e/ou com os órgãos de classe, criando uma central de preparação para aposentadoria, considerando as idiossincrasias de cada profissão e o planejamento financeiro.

A triagem realizada pelas instituições encaminharia para essa central, que tentaria orientar de forma mais personalizada o idoso. Isso seria interessante, pois sair do contexto de trabalho ao qual o idoso está inserido, permite a ele se socializar, ver alternativas e facilitar seu processo de tomada de decisão.

Haveria, ainda, a possibilidade de um banco de informações unificado, com cadastro de currículos de idosos interessados em exercer alguma atividade, mostrando as possibilidades de atuação do idoso na sociedade, seja de forma remunerada ou não. Essa sugestão baseia-se nos modelos apresentados pelo Japão e pela Austrália e nos dados coletados, mas adaptados a uma realidade distrital.

O Governo do Japão criou os Centros de Recursos Humanos Silver (traduzido do termo original Silver Human Resource Centers). Esses centros oferecem trabalhos leves ou temporários na comunidade e/ou atividades voluntárias para aposentados que procurem oportunidades de se inserirem na sociedade. Segundo o Governo Japonês, em 2010, havia 1332 centros com 790 mil membros. O Governo da Austrália formulou o projeto Experience+ com o objetivo de incentivar os idosos a permanecerem no mercado de trabalho, seja trabalhando ou desenvolvendo habilidades para supervisionar outros trabalhadores (ONU, 2011).

Os dados da presente pesquisa descrevem as atividades, remuneradas ou voluntárias, como importantes para os idosos se sentirem ativos. Isso ocorre, pois a inserção em atividades funciona como uma forma de enriquecimento ambiental, mantendo o idoso disposto e saudável, conforme o conceito de envelhecimento ativo preconizado pela OMS (1998).

Investimentos na parte de saúde também são importantes. Como foi visto, uma porcentagem significativa de aposentados se ocupam com atividades de cuidado com familiares. Em muitos dos casos, o familiar a ser cuidado é o cônjuge ou os pais. Nesse sentido, seguindo o mesmo raciocínio dos investimentos voltados para os bebês e com o cuidado de não infantilizar os idosos, talvez seja possível estruturar algo que auxilie no processo de cuidado, pois essa é uma tarefa muito onerosa para a QV, já que esse tipo de atividade pode tirar o idoso do mercado de trabalho. Como sugestão, poderia-se

pensar no “auxílio-cuidador” (dentro de condições específicas), equivante ao auxílio-creche, para agregar um cuidador no seio familiar, otimizando o cuidado com o idoso enfermo.

Poderia-se considerar também a redução da jornada de trabalho daqueles envolvidos no processo de cuidado. Por fim, poderia-se estruturar programas de apoio governamental para os próprios cuidadores, uma vez que é comum o adoecimento emocional do cuidador. O estudo de Gratao, Vendruscolo, Talmelli, Figueiredo, Santos e Rodrigues (2012) mostra que 57,6% dos cuidadores apresentam sobrecarga leve a moderada, gerando fator de risco para o desconforto emocional.

Para se garantir um envelhecimento saudável, é importante pensar na prevenção e promoção da saúde, com medidas educativas para idosos (Rocha, Klein & Pasqualatti, 2014). Por exemplo, atualmente, as doenças cardiovasculares e o diabetes estão atingindo a população infanto-juvenil. O gasto do SUS (Sistema Único de Saúde) com doenças comuns no envelhecimento está se estendendo para essa população que um dia envelhecerá sobrecarregada com doenças e isso implicará em mais custos para o Estado e em uma população mais doente.

Lima-Costa e Veras (2003) explicam que o idoso consome mais serviços de saúde, apresentando doenças crônicas e múltiplas, que exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos, muitas vezes, necessitando de internações hospitalares. O SUS cobre essas despesas da população que não utiliza o serviço privado, cujo custo é elevado.

O dinheiro para arcar com essas despesas vem dos cofres públicos. Caso houvesse um planejamento a longo prazo, poderia-se investir em campanhas de sensibilização e conscientização das questões do envelhecimento, tanto nas mídias como em instituições mais próximas da população. Poderia haver intervenções nas

escolas, para que trabalhassem com a visão de longo prazo da saúde das crianças e dos adolescentes. A prevenção também pode ser econômica, haja vista o exemplo da Austrália, que buscou um sistema de aposentadoria que contemplasse uma parceria da sociedade com os setores público e privado. As pensões são destinadas aos idosos que cumprirem determinados critérios de permanência no país e de tempo de produtividade, independente de cultura ou língua, incluindo, pois, imigrantes e refugiados. Assim, existe uma parte da aposentadoria que é fomentada pelo Estado e outra que é relacionada à previdência privada. Há equipes do governo que orientam o cidadão sobre os investimentos para o envelhecimento. O Governo Australiano investiu entre 2010 e 2011 o equivalente a 9% dos gastos nacionais (ONU, 2011).

## Capítulo 14 - Conclusão

O presente estudo mostrou que os idosos no DF apresentaram uma situação socioeconômica mais favorável que no restante do país e com QV satisfatória. Os motivos que os fizeram retornar ao mercado de trabalho referiram-se mais à atualização do que completar a renda. Contudo, aqueles que tiveram a necessidade de trabalhar por subsistência, ficaram mais suscetíveis ao sofrimento emocional. Além disso, aumentar a renda exerceu maior influência na escolha dos celetistas para trabalhar novamente do que na dos estatutários.

Os idosos parecem estar inseridos em um contexto de enriquecimento ambiental. Isso porque houve uma grande porcentagem de atividades não-remuneradas exercidas por eles. Contudo, os 35,58% dos idosos do Grupo 2 que não apresentaram nenhuma atividade merecem atenção. A justificativa para não ter sido encontrada diferença de QV entre os grupos foi justamente a inserção em atividades, remuneradas ou não. Essa parcela da amostra encontra-se mais vulnerável. Em especial o grupo CLT 2, que apresentou pior grau de instrução, de rastreio cognitivo e inserção em atividades. Em termos de investimentos no contexto das políticas públicas, o grupo CLT 2 é o que necessita de mais atenção.

## Capítulo 15 – Considerações Finais

As contribuições da pesquisa referem-se à descrição da relação do trabalho com a QV no contexto específico de estatutários e celetistas, bem como a descrição do perfil de cada um dos quatro subgrupos abordados. Dessa forma, fomentou-se base para o planejamento de políticas públicas que contemplem esses e os futuros idosos, uma vez que a intervenção que se iniciar hoje nos jovens, construirá um envelhecimento mais saudável no futuro.

Além disso, a presente pesquisa levantou informações importantes acerca da visão dos idosos sobre os programas de preparação para aposentadoria, bem como levantou a sua percepção sobre suas necessidades no processo de tomada de decisão para se aposentar e para planejar a nova etapa de vida, com ou sem trabalho.

As limitações da pesquisa referem-se a dificuldade de acesso da população idosa, com o perfil desejado, e a sua distribuição geográfica. Caso os idosos aposentados como autônomos tivessem sido contemplados, a seleção da amostra seria facilitada. Contudo, o nível sócioeconômico dos idosos da presente pesquisa provavelmente diferiria dos autônomos, com possíveis repercussões para a QV deles. Além disso, a conveniência das indicações das associações e centros de convivência facilitou o acesso aos idosos inseridos em atividade, o que poderia ser um viés na amostra. A distribuição geográfica tentou contemplar várias regiões administrativas do DF. Todavia, a concentração da amostra em locais mais nobres pode ter favorecido a conclusão de maior QV. Dessa forma, a presente pesquisa utilizou uma amostra muito específica, inserida em um contexto distrital diferenciado, trazendo limitações na generalização dos resultados.

Esse é um campo vasto para pesquisas. A realização de um protocolo de preparação para a aposentadoria mais amplo e sofisticado, bem como a avaliação de seu

impacto na sociedade são fundamentais para se pensar em alternativas para o envelhecimento da população brasileira. Pesquisas que contemplem especificamente os processos envolvidos na tomada de decisão para a aposentadoria desses idosos também podem contribuir para a escolha consciente da aposentadoria ou do trabalho e para a redução dos estados emocionais negativos que precedem tal decisão.

## Capítulo 16 - Referências

- Almeida, A.K., & Maia, E.M.C. (2010). Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, p.743-750.
- Argimon, I.I.L., Lopes, R.M.F., Terroso, L.B., Farina, M., Wendt, G., & Esteves, C.S. (2012). Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*, 38-39, p. 153-161.
- Bakos, D. Di G. S. (2008). Iowa Gambling Task: considerações desenvolvimentais e implicações neuropsicológicas e psicométricas. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Bakos, D. S., Parente, M. A. de M. P. & Bertagnolli, A. C. (2010). A tomada de decisão em adultos jovens e em adultos idosos: um estudo comparativo. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(1), 162-173.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensations. In: P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal. Edições 70, LDA, 2009.
- Beltrão, K. I., Camarano, A., & A. Kanso, S. (2004). Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. *Texto para Discussão, n. 1.034*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Borges, M. C. M. (2003). O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In O. R. Simson, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 79-104). Campinas, SP: Alínea.

- Bós, A. M. G., & Bós, A. J. G. (2005). Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(2), 36-46.
- Boschetti, I. (2003). Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília: GESST/SER/UnB, 2 ed.
- Boschetti, I., & Salvador, E. (2006). O financiamento da seguridade social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta? *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, p.1-23.
- Brucki, S.M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H., Ivan, H., & Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(3A): 532-536.
- Bulla, L.C., & Kaefer, C.O. (2003). Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista virtual textos & contextos*, 2(1), 1-8.
- Câmara dos Deputados. Acessado em 21/05/12. Disponível em:  
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=36685>  
1
- Camarano, A. A.(org.) (1999). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A. (2001). O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A.A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *Texto para discussão n° 858*. Rio de Janeiro: IPEA
- Camarano, A.A. (2004). Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?, Rio de Janeiro, IPEA.

- Camarano, A.A. (2006). Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. *Texto para discussão n° 1179*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A.A., Kanso, S., & Mello, J.L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A.A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A.A., & Pasinato, M.T. (2007). Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. *Texto para discussão N° 1292*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camargos, M.C.S., Perpétuo, I.H.O., & Machado, C.J. (2005). Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública, 17*(5/6), 379-386.
- Capitanini, M. E. S., & Neri, A. L. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. Em A. L. Neri & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 71-90). Campinas, SP: Papirus.
- Carlos, S. A., Jacques, M. G. C., Larratúa, S. V., & Heredia, O. C. (1999). Identidade, aposentadoria e terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 1*, 77-89.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (2), 229-237.
- Carneiro, T.L., & Ferreira, M.C. (2007). Redução de jornada melhora a qualidade de vida no trabalho? A experiência de uma organização pública brasileira. *Psicologia, 7*(1), 131-158.

- Carstensen, L.L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in lifespan contexto. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Chachamovich, E. (2005). Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Chariglione, I.P.F., & Janczura, G.A. (2013). Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF*, 18(1), 13-22.
- Chatterji, S., & Bickenbach J. (2008). Considerações sobre a qualidade de vida. In M. P. de A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 40-46). São Paulo: Artmed.
- CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Acessado em 10/04/2012. Disponível em: [www.codeplan.df.gov.br](http://www.codeplan.df.gov.br)
- Codo, W. (1997). Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In. A. Tamayo, J. Borges-Andrade & W. Codo (Eds.), *Trabalhando, organizações e cultura* (p. 21-40). São Paulo, SP: Cooperática de Autores Associados.
- Comerlato, E.M.B., Guimarães, I., & Alves, E.D. (2007). Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista eletrônica de enfermagem*, 9(3), p. 736-747.
- Conselho Nacional do Idoso: Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- Costa, A.B., & Soares, D.H.P. (2009). Orientação psicológica para a aposentadoria. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 9(2), 97-108.
- Cowgill, D.O. (1986). *Aging around the world*. Wadsworth Publishing Company.
- Cummings, E.S. & Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

- Deary, I.J., Corley, J., Gow, A.J., Harris, S.E., Houlihan, L.M., Marioni, R.E., Penke, L., Rafnsson, S.B., & Starr, J.M. (2009) Age-associated cognitive decline. *British Medical Bulletin* 92, 135–152.
- Deary, I.J., Wright, A.F., Harris, S.E., Whalley, L.J., & Starr, J.M. (2004). Searching for genetic influences on normal cognitive ageing. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 178–184.
- Denburg, N.L., Recknor, E.C., Bechara, A. & Tranel, D. (2006). Psychophysiological anticipation of positive outcomes promotes advantageous decision-making in normal older persons. *International Journal of Psychophysiology*, 61(1), 19-25.
- Deud, C.A.F. (2011). Reforma da Previdência Social: um Tema Recorrente. Acessado em 21/05/12. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/fiquePorDentro/temas/reforma\\_previdencia/documento-de-referencia-da-consultoria-legislativa-1](http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/fiquePorDentro/temas/reforma_previdencia/documento-de-referencia-da-consultoria-legislativa-1)
- Diener, E., & Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. In: Diener, E. & Suh, E.M. (Eds.). *Culture and subjective well-being*. (pp.185-218), Cambridge: MIT Press.
- Doll, J., Gomes, A., Hollerweger, L., Pecoits, R.M., & Almeida, S.T. (2007). Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 12, 7-33.
- Duarte, Y. (2002). Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: Papaléo Netto (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento numa visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Duarte, C.V., & Melo-Silva, L.L. (2009). Expectativas diante da aposentadoria: Um estudo de acompanhamento em momento de transição. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 10(1), 45-54.

- Estatuto do idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- Faller, J.W., Melo, W.A., Versa, G.L.G.S., & Marcon, S.S. (2010). Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(4), 803-810.
- Fein, G., McGillivray, S., & Finn, P. (2007). Older adults make less advantageous decisions than younger adults: Cognitive and psychological correlates. *Journal of the International Neuropsychology Society*, 13(3), 480-489.
- Felix, J. S. (2007). Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. PUC-SP.
- Ferreira, A. J. C., Matos, A. P., Araújo, D., Souza, R. A., Barbagelata-Góes, S., & Khoury, H. T. T. (2005). Retorno ao trabalho remunerado entre aposentados: Alguns fatores psicossociais. Relatório de pesquisa não publicado. Universidade Federal do Pará.
- Ferreira, M. C. (2000). Atividade, categoria central na conceituação de trabalho em ergonomia. *Revista Alethéia*, 1(11), 71-82.
- Fleck, M.P.A., Chachamovich, E. & Trentini, C.M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Floriano, P. J. & Dalgalarrodo, P. (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 162-170.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008) Final Project Report. London: The Government Office for Science.

- Fortes, A. C. G. & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em L. Neri & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 51-70). Campinas, SP: Papyrus.
- França, L. H. F. (1999). Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: R. P. Veras (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição* (11-34). São Paulo: Relume Dumará/UERJ.
- França, L. H. F. & Soares, D.H.P. (2009). Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. *Psicologia, ciência e profissão*, 29(4), 738-751.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3, 343–353.
- Freitas, M.C., Maruyama, S.A.T., Ferreira, T.F., & Motta, A.M.A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 221-228.
- Galisteu, K.J., Facundim, S.D., Ribeiro, R.C.H.M. & Soler, Z.A.S.G. (2006). Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 13(4), 209-214.
- GDF. Governo do Distrito Federal. Sítio: [www.df.gov.br](http://www.df.gov.br). Acessado em 10/04/2014.
- Gansler, D.A., Jerram, M.W., VannorDPall, T.D. & Schretlen,D.J. (2011). Does the Iowa Gambling Task Measure Executive Function? *Archives of Clinical Neuropsychology* (26)8, 706-717.
- Garcia, A. & Leonel, S.B. (2007). Relacionamento interpessoal e terceira idade: a mudança percebida nos relacionamentos com a participação em programas sociais para a terceira idade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 130-139.

- Gonçalves, L.H.T., Nassar, S.M., Daussy, M.F.S., Santos, S.M.A. & Alvarez, A.M. (2011). O convívio familiar do idoso da quarta idade e seu cuidador. *Ciência, Cuidado e Saude*, 10(4), 746-754.
- Gratao, A.C.M., Vendrúscolo, T.R.P., Talmelli, L.F.S., Figueiredo, L.C., Santos, J.L.F. & Rodrigues, R.A.P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 304-312.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, Z. (2003). Redes de apoio social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77. Santiago, Chile. Publicação das Nações Unidas.
- Havighurst, R.J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York, NY: Longmans, Green.
- Hedden, T., & Gabrieli, J.D.E. (2004). Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5, 87–96.
- Hendrie, H.C., Albert, M.S., Butters, M.A. et al. (2006). The NIH Cognitive and Emotional Health Project: Report of the Critical Evaluation Study Committee. *Alzheimers Dementia*, 2, 12–32.
- Hochstenbach, J., Mulder, T., van Limbeek, J., Donders, R., & Schoonderwaldt, H. (1998). Cognitive decline following stroke: A comprehensive study of cognitive decline following stroke. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 503–517.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em 10/03/2014.  
Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- Kachar, V. (2010). Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), 131-147.

- Katzman, R. (1993) Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43,13–20.
- Kempermann, G., Gast, D., & Gage, F.H. (2002). Neuroplasticity in old age: Sustained fivefold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment. *Annals of Neurology*, 52, 135–143.
- Kimura M., & Ferreira, K. (2004). Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Leão, E & Chaves, L. Dor: 5º sinal vital. *Reflexões e intervenções de enfermagem*, 60-73.
- Khoury, H. T. T., Ferreira, A. J. C., Souza, R. A., Matos, A. P., & Barbagelata-Góes, S. (2010). Por que aposentados retornam ao trabalho? O papel dos fatores psicossociais. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), 147-165.
- Kramer, A.F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong, W., & Greenough, W.T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *The Journals of Gerontology*, 59A, 940–957.
- Kramer, A.F., Hahn, S., Cohen, N.J., et al. (1999). Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature*. 400, 418–419.
- Kreling, N.H. (2009). O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. Secretaria do Planejamento e Gestão Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. *Texto para Discussão n° 71*, Porto Alegre.
- Ladislau, R. (2010). Percepção de expressões faciais emocionais em idosos com Doença de Alzheimer. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília.
- Lamar, M., & Resnick, S.M. (2004). Aging and prefrontal functions: Dissociating orbitofrontal and dorsolateral abilities. *Neurobiology of Aging*, 25(4), 553-558.

- Leão, R., Jr. & Resende, M. C. de (2004). Auto-eficácia, memória e envelhecimento. Em A. L. Neri & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 127-140). Campinas, SP: Papirus.
- Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Casa Civil, Presidência da República.
- Lei Complementar nº 840 Lei Federal nº 9.962/2000.
- Lei Ordinária 12.618 de 30 de abril de 2012. Casa Civil, Presidência da República.
- Lima, C.R.V. (2011). Políticas públicas para idosos: A realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados.
- Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), Rio de Janeiro.
- Lopes, A. (2003). Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In O. R. de M. V. Simson, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 129-140). Campinas, SP: Alínea.
- Lopes Siqueira, R., Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & saúde coletiva*, 7(4), 899-906.
- Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., Tallmann, A. E. C., & Neu, D. K. M. (2012). Capacidade funcional no idoso longevo : uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 176-185.
- Luzzi, S., Piccirilli, M. & Provinciali, L. (2007) Perception of emotions on Happy/Sad Chimeric Faces in Alzheimer Disease: Relationship with Cognitive Functions. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 21(2), 130-135.
- Magalhães, M. O., Krieger, D. V., Vivian, A. G., Stralio, M. C. S., & Poeta, M. P. (2004). Padrões de ajustamento na aposentadoria, *Alethéia*, 19, 57-68.

- Magnabosco-Martins, C.R., Vizeu-Camargo, B. & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8, 831- 847.
- Martins, S.P. (2000). Fundamentos de direito da seguridade social. 2 ed. São Paulo: Atlas.
- Mata, A.N.S., Ferreira, C.L., Santana, P.F., & Maia, E.M.C. (2009). Percepção de qualidade de vida por um grupo de idosos usuários da rede básica de saúde. III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia.
- Ministério da Previdência Social. Acessado em 07/05/2012. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=15>
- Morin, E., Tonelli, M.J. & Pliopas, A.L.V. (2007). O trabalho e seus sentidos. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), Edição especial, 47-56.
- Murta, S. G., Abreu, S., França, C. L., Pedralho, M., Seidl, J., Lira, N. P. M., Carvalhedo, R. K. M., Conceição, A. C., & Gunther, I. A. (2014). Preparação para a Aposentadoria: Implantação e Avaliação do Programa Viva Mais!. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 1-9.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida na velhice. In: J. R. Rebelatto & J. R. S. Morelli (Eds.), *Fisioterapia geriátrica* (pp. 9-34). São Paulo: Manole.
- Neri, A.L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Oliveira, D.C., Carvalho, G.S.F., Stella, F., Higa, C.M.H., & D'Elboux, M.J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 234-40.
- Oliveira, S. R., Piccinini, V. C., Fontoura, D. S., & Schweig, C. (2004). Buscando o sentido do trabalho [CD-ROM]. In *Anais do XXVIII Encontro da Associação*

*Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, p.283. Porto Alegre, RS: ANPAD.

OMS (1994, 1998, 2004) - Organização Mundial de Saúde. Acessado em 14/01/2012.

Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int)

ONU - Organização das Nações Unidas. Acessado em 05/03/2012. Disponível em:

<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>

Ordovas, J.M. (2008). Nutrition and cognitive health. In Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project Report. London: The Government Office for Science.

Pacheco, J. L. (2003). As universidades abertas à terceira idade como espaço de convivência entre gerações. Em O. R. Simson, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp.223-250). Campinas, SP: Alinea.

Park, M. B. (2003). O ciclo de vida representado nas páginas dos almanaques de farmácia brasileiros. Em O. R. de M. V. Simson, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 55-78). Campinas, SP: Alínea.

Parrott, M.D. & Greenwood, C.E. (2007). Dietary influences on cognitive function with aging: From high-fat diets to healthful eating. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 389–397.

Paskulin, L. M. G. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de idosos um distrito sanitário de Porto Alegre/RS. 2006, 165 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo.

Paulo, D.L.V. & Yassuda, M.S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1): 23-26.

- Peixoto, C. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idosos, terceira idade... In: Barros, M.M.L. de (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: FGV, p. 69-84.
- Peixoto, C. E., & Clavairolle, F. (2005). *Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias*, São Paulo, Editora FGV.
- Pereira, D. E. C. (2002). *Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com trabalho no grupo de terceira idade “Amor e Carinho” de Santa Terezinha de Itaipu*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Sampaio, R.F., Priore, S.E. & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1): 27-38.
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acessado em 10/03/2012.
- Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3).
- Rafnsson, S. B., Deary, I. J., Smith, F. B., Whiteman, M. C., & Fowkes, F. G. R. (2007). Cardiovascular diseases and decline in cognitive function in an elderly community population: The Edinburgh Artery Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 425–434.
- Raz, N., & Rodrigue, K.M. (2006). Differential aging of the brain: Patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 730–748.

- Richards, M., & Deary, I.J. (2005) A Life Course Approach to Cognitive Reserve: A Model for Cognitive Aging and Development? *Annals of Neurology*, 58, 617–622.
- Richards, M.& Sacker, A. (2003). Lifetime determinants of cognitive reserve. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 614–624.
- Roach, S. (2003). Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rocha, J.P., Klein, O.J.& Pasqualatti, A. (2014).Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 115-128.
- Rodrigues, M.A.P. (2006). Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde. Tese de doutorado. Universidade Federal de Pelotas.
- Roman, G.C., Erkinjuntti, T., Wallin, A., et al. (2002). Subcortical ischaemic vascular dementia. *The Lancet Neurology*, 1, 426–436.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 683–704.
- Salvador, E. (2008). Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Tese de doutorado. Universidade de Brasília. Brasília – DF.
- Salvato, M. A., Ferreira, P. C. G., & Duarte, A. J. M. (2010). O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estudos em Economia*, 40(4), 753-791.
- Salthouse, T. A. (2009). When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiology of Aging*, 30, 507–514.

- Santos, I. E., & Dias, C. M. S. (2008). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.
- Scarmeas, N. & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 625–633.
- Schultz, R. (2003). Memória emocional, volume do corpo amigdalóide e Doença de Alzheimer. Departamento de neurologia e Neurocirurgia. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. Doutorado.
- Serbim, A. K., & Figueiredo, A. E. P. L. (2011). Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*, 21(4), 166-172.
- Silva, L. R. F. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, 15(1), 155-168.
- Silva, F. S., Pinto, M. J. M., & Guedes, M. L. A. L. (2007). Análise de políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa com deficiência no Brasil e no Distrito Federal. Universidade de Brasília.
- Silverstein, M. & Parker, M. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547.
- Siqueira, M. E. C. de, & Moi, R. C. (2003). Estimulando a memória em instituições de longa permanência. In O. R. Simson, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 165-186). Campinas, SP: Alinea.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.

- Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. Trad. Anita Liberalesso Neri. São Paulo: Summus.
- Soares, E. S., Demartini, S. M., & Carvalho, S. M. R. (2013). Indicadores de depressão e de declínio cognitivo em idosos institucionalizados: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 10(1), p. 30-41.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448–460.
- Stern, Y., Alexander, G. E., Prohovnik, I., & Mayeux, R. (1992). Inverse relationship between education and parietotemporal perfusion deficit in Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 32, 371–375.
- Sullivan, E. V., & Pfefferbaum, A. (2006). Diffusion tensor imaging and aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 749–761.
- Tavares, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2004). Saúde emocional após a aposentadoria. In A. L. Neri & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 91-110). Campinas, SP: Papirus.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa.
- Teixeira-Salmela, L. F., Magalhães, L. C., Souza, A. C., Lima, M. C., Lima, R. C. M., & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Caderno de Saúde Pública*, 20(4), 905-914.

- Tolfo, S.da R., & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade* (19)1, 38-46.
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 39-44.
- Vasques, A.T. (2012). Relação entre qualidade de vida e doença de alzheimer leve e moderada. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3).
- Veras, R. (2003). A longevidade da população: desafios e conquistas. *Serviço Social & Sociedade*, ano XXIV, 75, 5 – 18.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-54.
- Veras, R. P., & Caldas, P. C. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciências saúde coletiva*, 9(2).
- Wajnman, S., Oliveira, A. M. H. C., & Oliveira, E. L. (2004). Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. In. Camarano, A.A. (org.). Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?, Rio de Janeiro, IPEA.
- Wachelke, J. F. R. (2007). Efeitos de instruções de questões abertas na ativação de elementos de representações sociais. Dissertação de Mestrado não publicada, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

- Wagner, P. G., & Parente, M. A. M. P. (2009). O desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 425-433.
- Whalley, L. J., Deary, I. J., Appleton, C. L., & Starr, J. M. (2004). Cognitive reserve and the neurobiology of cognitive aging. *Ageing Research Reviews*, 3, 369–382.
- Wood, S., Busemeyer, J., Kolling, A., Cox, C., & Davis, H. (2005). Older adults as adaptative decision-makers: Evidence from the Iowa Gambling Task. *Psychology and Aging*, 20(2), 220-225.
- Yassuda, M. S. (2004). Desempenho da memória e percepção de controle no envelhecimento saudável. In A. L. Néri & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 111-126). Campinas, SP: Papyrus.
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 470-481.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

## Capítulo 17 - Apêndice

Apêndice A - Questionário de caracterização da amostra e dos motivos para o retorno ao trabalho (Khoury et al., 2010)

### GRUPO 1

1. 1ª Parte – Motivos para o Retorno ao Trabalho (Folha de Respostas preenchida pelo pesquisador). Que razões, dentre estas, fizeram você voltar ao mercado de trabalho?

	Não Influenciou	Influenciou Pouco	Influenciou Moderadamente	Influenciou Muito	Influenciou Totalmente
Para me sentir produtivo					
Para aumentar a renda familiar					
Por necessidade de conviver com outras pessoas					
Para me sentir atualizado					
Por necessidade de realização pessoal					
Por ter me aposentado jovem					
Para preencher o tempo					
Para passar minha experiência aos outros					

2ª Parte – Satisfação com a atividade atual (Esta parte é realizada de forma semelhante à primeira).

1. Quanto você está satisfeito com a atividade de trabalho que exerce atualmente?

	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Grau de satisfação com a nova atividade					

2. O que mais lhe deixa satisfeito no seu trabalho atual?

---

---

## Apêndice B - Legislação sobre o Idoso – Leis Federais

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.

LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

LEI Nº 11.433, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006 - Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso.

DECRETO Nº 5.109, DE 17 DE JUNHO DE 2004 - Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências.

DECRETO Nº 5.934, DE 18 DE OUTUBRO DE 2006 - Estabelece mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do disposto no art. 40 da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e dá outras providências.

Fonte: <http://www.idoso.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>

Apêndice C - Legislação sobre o idoso - Leis Distritais

LEI Nº 3.575, DE 08 DE ABRIL DE 2005 - Dispõe sobre a criação do Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal e dá outras providências.

LEI Nº 3.822, DE 08 DE FEVEREIRO DE 2006 - Dispõe sobre a Política Distrital do Idoso e dá outras providências.

PORTARIA Nº 32, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2009 - Disciplina os procedimentos operacionais para implantação do Serviço de Convivência para Idosos – “Mestre do Saber”, instituído no inciso VIII, do artigo 2º, do Decreto nº 29.970, de 22 de janeiro de 2009.

PORTARIA Nº 223, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2007 - Dispõe sobre a concessão da Carteira do Idoso como meio de comprovação de renda para pessoas idosas do Distrito Federal, que não possuem meios de comprovar renda igual ou inferior a 2 salários mínimos, para fins da gratuidade no valor das passagens no sistema de transporte coletivo interestadual e dá outras providências.

Fonte: <http://www.idoso.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>

#### Apêndice D - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL: UMA COMPARAÇÃO ENTRE OS IDOSOS APOSENTADOS E OS IDOSOS QUE TRABALHAM”, de responsabilidade de Roberta Ladislau Leonardo, aluno(a) de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação existente entre aposentadoria, mercado de trabalho e QV dos idosos no DF, considerando a situação dos que optaram por ficar aposentados e aqueles que optaram por voltar ao mercado de trabalho. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas (no caso dos participantes sorteados após esta etapa), ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionários e entrevistas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Espera-se com esta pesquisa entender o quanto o trabalho e a aposentadoria interferem na QV dos idosos no Distrito Federal. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone ou pelo e-mail.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um relatório com o resumo dos principais resultados por e-mail ou correio, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Apêndice E - Roteiros de entrevista

### Grupos CLT 1 e Lei 1

**Nome:**

**Data de Nascimento:**

- 1) Me fale sobre como era seu trabalho, sua atividade, antes de se aposentar...
- 2) Por que o Senhor se aposentou?
- 3) O Senhor acha importante participar de programas de preparação para aposentadoria? Acha que se tivesse passado por um programa de preparação para aposentadoria, sua adaptação seria melhor?
- 4) Qual função você exerce atualmente?
- 5) Sua experiência o ajuda no seu trabalho? Como?
- 6) Como a idade pode interferir nas suas atividades?
- 7) Como você é tratado no seu local de trabalho?
- 8) O que o motivou a retornar ao mercado de trabalho?
- 9) Você percebeu alguma diferença na sua atenção, na sua memória, no seu pensamento, raciocínio deDPe que voltou a trabalhar?
- 10) Você participa de algum programa social do governo para idosos? Quais?  
Por quê?
- 11) O que mudou na sua vida deDPe que voltou ao trabalho?
- 12) O que é qualidade de vida para você?
- 13) Na sua opinião, o trabalho faz parte da qualidade de vida? Como?
- 14) Como o senhor avalia sua qualidade de vida?
- 15) O que falta para melhorar a qualidade de vida do senhor?
- 16) O senhor gostaria de fazer mais algum comentário?

Obrigada pela entrevista!

## **Grupos CLT 2 e Lei 2**

**Nome:**

**Data de Nascimento:**

- 1) Me fale sobre como era seu trabalho sua atividade, antes de se aposentar...
- 2) Por que o Senhor se aposentou?
- 3) O Senhor acha importante participar de programas de preparação para aposentadoria?
- 4) Me conta como é um dia típico seu. Tem alguma diferença na rotina entre dia de semana e final de semana?
- 5) Como a idade pode interferir nas suas atividades?
- 6) Como você é tratado no seu dia-a-dia?
- 7) Você percebeu alguma diferença na sua atenção, na sua memória, no seu pensamento, raciocínio deDPe que a senhora se aposentou?
- 8) Você participa de algum programa social do governo para idosos? Quais? Por quê?
- 9) O que mudou na sua vida deDPe que se aposentou?
- 10) O que é qualidade de vida para você?
- 11) Como o Senhor avalia sua qualidade de vida?
- 12) O que falta para melhorar a qualidade de vida do Senhor?
- 13) O Senhor gostaria de fazer mais algum comentário?

Obrigada pela entrevista!

## Apêndice F – Questionário Sócio-Demográfico

Idade:

- a) Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino
- b) Estado civil:  
 ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) divorciado(a) ( ) união estável
- c) O senhor estudou até que nível?  
 ( ) sem instrução ( ) ensino médio completo  
 ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino superior incompleto  
 ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino superior completo  
 ( ) ensino médio incompleto ( ) pós-graduação
- d) Tempo de aposentadoria: \_\_\_\_\_
- e) Aposentou-se no DF? ( ) Sim ( ) Não
- f) Tipo de aposentadoria:  
 ( ) tempo de serviço  
 ( ) por idade  
 ( ) invalidez  
 ( ) proporcional
- g) Aposentou-se pela: ( ) Lei 8.112 ( ) CLT ( ) INSS
- h) Função exercida ao se aposentar? Quantas horas de trabalho por semana?  
 \_\_\_\_\_

**GRUPO 1- Pessoas que voltaram ao mercado de trabalho**

- i) Trabalho atual/Função exercida hoje: \_\_\_\_\_
- j) Quantas horas semanais você trabalha? \_\_\_\_\_
- k) **Se assalariado:** Quais benefícios sua empresa oferece?  
 ( ) Auxílio transporte ( ) Auxílio refeição ( ) Seguro de vida  
 ( ) Plano de saúde ( ) Participação nos lucros e rendimentos  
 ( ) Plano odontológico ( ) Auxílio família ( ) Auxílio capacitação
- l) Tempo de trabalho pós-aposentadoria: \_\_\_\_\_

**m) Você exerce alguma (outra) atividade atualmente (atividades de grupo, artística, trabalho voluntário, atividade física, doméstica....)? Se sim, qual(is) atividade(s)? Quantas horas semanais você se dedica a elas?**

---

---

---

n) Quantas pessoas residem com você? Qual o grau de parentesco?

---

o) Qual a sua renda mensal (aproximadamente)?

- menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 678,00)
- de 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,00 a R\$2034,00)
- de 4 a 6 salários mínimos (de R\$2035,00 a R\$4068,00)
- de 7 a 9 salários mínimos (de R\$4069,00 a R\$ 6102,00)
- 10 salários mínimos ou mais (R\$ 6103,00 ou mais)

p) Qual a renda mensal familiar (aproximadamente)?

- menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 678,00)
- de 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,00 a R\$2034,00)
- de 4 a 6 salários mínimos (de R\$2035,00 a R\$4068,00)
- de 7 a 9 salários mínimos (de R\$4069,00 a R\$ 6102,00)
- 10 salários mínimos ou mais (R\$ 6103,00 ou mais)

q) O senhor tem alguma doença (pressão alta, diabetes, problema na tireóide, de colesterol...)? Qual(is)?

---

r) O senhor faz uso de algum medicamento?

Qual(is)? \_\_\_\_\_

s) Obrigada pela sua participação. O Sr. (a). gostaria de indicar alguém para participar da pesquisa?

## Apêndice G – Escala de Qualidade de Vida Flanagan - EQVF

A escala EQVF busca a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões

lingüísticas :

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Indiferente	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Qual a sua satisfação em relação a :	1	2	3	4	5	6	7
1. Conforto material : moradia, alimentação, situação financeira.							
2. Saúde : sentir-se fisicamente bem e com energia.							
3. Relacionamento com parentes, conviver, comunicar-se, ajudar.							
4. Constituir família : ter e criar os filhos.							
5. Relacionamento íntimo com cônjuge ou parceiro(a).							
6. Relacionamento com amigos.							
7. Ajudar e apoiar outras pessoas.							
8. Participação em associações e atividades de interesse público.							
9. Aprendizagem : ter a oportunidade de aumentar seus conhecimentos gerais.							
10. Auto-conhecimento : saber sobre seus							

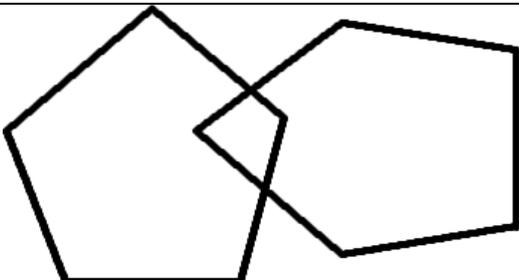
potenciais e limitações, saber o que quer, objetos importantes para sua vida.							
11. Trabalho no emprego ou em casa.							
12. Conseguir se comunicar.							
13. Participação em atividades recreativas e esportivas.							
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos.							
15. Socialização : fazer amigos.							
16. Independência : sentir-se capaz de fazer coisas por si mesmo.							

## Apêndice H – Escala Visualizada pelo Idoso na Aplicação da EQVF



Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Indiferente	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

## Apêndice I – Mini Exame do Estado Mental - MEEM

		Resposta	Escore
Orientação Temporal	Ano		
	Mês		
	Dia do Mês		
	Dia da Semana		
	Hora		
Orientação Espacial	Estado		
	Cidade		
	Bairro		
	Local		
	Andar		
Repetição	Mesa		
	Cadeira		
	Papel		
Atenção e Cálculo Ou MUNDO ao Contrário	100-7		
	93-7		
	86-7		
	79-7		
	72-7=65		
Memória de Evocação	Mesa		
	Cadeira		
	Papel		
Nomeação	Relógio		
	Caneta		
Repetição	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		
Comando (3)	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"		
Escrever uma frase completa	Você é inteligente!		
Ler e executar	"FECHE OS OLHOS"		
Pentágono			

## Apêndice J – Escala de Depressão Geriátrica - EDG

1) Você está satisfeito com sua vida?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
2) Você deixou de fazer muitas de suas atividades de interesse?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
3) Você sente que sua vida está vazia?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
4) Você frequentemente se sente chateado?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
5) Você se sente cheio de esperança com o futuro?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
6) Você é perturbado por pensamentos que não saem de sua cabeça?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
7) Você está bem-humorado na maior parte do tempo?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
8) Você está com medo de que alguma coisa ruim aconteça com você?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
9) Você se sente feliz na maior parte do tempo?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
10) Você frequentemente se sente desamparado?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
11) Você frequentemente fica impaciente, nervoso, agitado e inquieto?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
12) Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
13) Você frequentemente se preocupa com o futuro?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
14) Você sente que tem mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
15) Você acha que é maravilhoso estar vivo agora?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
16) Você frequentemente se sente deprimido e triste	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
17) Você se sente inútil do jeito que é agora?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
18) Você se preocupa muito com o passado?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
19) Você acha a vida excitante?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
20) É difícil para você se empenhar em um novo projeto?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
21) Você se sente cheio de energia?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
22) Você acha que sua situação é desesperançosa, incorrigível?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
23) Você acha que a maioria das pessoas está melhor do que você agora?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
24) Você frequentemente fica transtornado, perturbado com coisas pequenas?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
25) Você frequentemente sente que vai chorar? (ou quer chorar)	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
26) Você tem problema de concentração?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
27) Você gosta (sente prazer) de acordar de manhã?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
28) Você prefere evitar eventos sociais?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
29) É fácil para você tomar decisões?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
30) A sua mente é tão clara como antes, como costumava ser?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>





Continuação da Tabela 9

		Motivos de retorno ao trabalho									Dimensões da EQVF						
		MEEM	EDG	Sentir produtivo	Aumentar a renda	Convivência	Sentir-se atualizado	Realização pessoal	Aposentar -se jovem	Preencher o tempo	Passar experiência	Satisfação	D1	D2	D3	D4	D5
Preencher o tempo	Pearson									1	,142	,249*	-,064	-,177	,103	,105	-,163
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)										,168	,014	,539	,084	,319	,310	,113
	N										96	96	96	96	96	96	96
Passar experiência	Pearson										1	,387**	-,137	-,078	,046	,104	-,141
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)											,000	,185	,451	,657	,312	,172
	N											96	96	96	96	96	96
Satisfação	Pearson											1	,076	,241*	,093	,288**	-,017
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)												,464	,018	,369	,004	,872
	N												96	96	96	96	96

Continuação da Tabela 9

		Motivos de retorno ao trabalho									Dimensões da EQVF						
		MEEM	EDG	Sentir produtivo	Aumentar a renda	Convivência	Sentir-se atualizado	Realização pessoal	Aposentar -se jovem	Preencher o tempo	Passar experiência	Satisfação	D1	D2	D3	D4	D5
D1	Pearson												1	,329**	,068	,181**	,357**
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)													,000	,333	,010	,000
	N												203	202	203	203	
D2	Pearson													1	,043	,264**	,324**
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)														,543	,000	,000
	N														202	203	203
D3	Pearson														1	,282**	,256**
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)															,000	,000
	N															202	202

## Continuação da Tabela 9

		Motivos de retorno ao trabalho									Dimensões da EQVF						
		MEEM	EDG	Sentir produtivo	Aumentar a renda	Convivência	Sentir-se atualizado	Realização pessoal	Aposentar -se jovem	Preencher o tempo	Passar experiência	Satisfação	D1	D2	D3	D4	D5
D4	Pearson															1	,263**
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)																,000
	N																203
D5	Pearson																1
	Correlation																
	Sig. (2-tailed)																
	N																

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).