



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Universidade Aberta à Terceira Idade: efeitos sobre a
qualidade de vida percebida**

Keika Inouye

SÃO CARLOS
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Universidade Aberta à Terceira Idade: efeitos sobre a
qualidade de vida percebida**

Keika Inouye

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação Especial.
(Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial)

Profa. Dra. Elisete Silva Pedrazzani (Orientadora)
Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini (Co-Orientadora)

São Carlos
2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

I58ua

Inouye, Keika.

Universidade Aberta à Terceira Idade : efeitos sobre a
qualidade de vida percebida / Keika Inouye. -- São Carlos :
UFSCar, 2011.

97 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,
2011.

1. Educação especial. 2. Gerontologia. 3. Qualidade de
vida. 4. Idosos. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Tese de **Keika Inouye**

Profa. Dra. Elisete Silva Pedrazzani
(UFSCar)

Ass. Ernesto Pedrazzani

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
(UFSCar)

Ass. Sofia Pavarini

Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham
(UFSCar)

Ass. Elizabeth Barham

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
(UNICAMP/Campinas)

Ass. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Marcia Maria Pires Camargo Novelli
(UNIFESP/Santos)

Ass. Marcia Novelli

*“De tudo ficaram 3 coisas:
A certeza de que estamos sempre começando;
A certeza de que precisamos continuar;
A certeza de que seremos interrompidos antes
de terminar.*

*Portanto, devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo;
Da queda, um passo de dança;
Do medo, uma escada;
Do sonho, uma ponte;
Da procura, um encontro”.*

(Fernando Sabino)

*“Nunca comece a parar.
Nunca pare de começar”.*

(José Monteiro do Amaral)

(...)

*Permita-me ensinar o pouco que sei
e aprender o muito que não sei,
traduzir o que os mestres ensinaram
e compreender a alegria
com que os simples traduzem suas experiências;
respeitar incondicionalmente
o ser;
o ser por si só,
por mais nada que possa ter além de sua essência,
auxiliar a solidão de quem chegou,
render-me ao motivo de quem partiu
e aceitar a saudade de quem ficou.*

*Que eu possa amar e ser amado.
Que eu possa amar mesmo sem ser amado,
fazer gentilezas quando recebo carinhos;
fazer carinhos mesmo quando não recebo gentilezas.*

*Que eu jamais fique só,
mesmo quando eu me queira só.*

Amém.

(Trecho da “Oração a mim mesmo”
De Oswaldo Antônio Begiato
Publicado no Recanto das Letras em 04/06/2008)

DEDICATÓRIA COM AGRADECIMENTO ESPECIAL

Dedico este trabalho a duas mulheres que inspiram minha “caminhada”,

Profa. Dra. **Elisete Silva Pedrazzani** e Profa. Dra. **Sofia Cristina Iost Pavarini**

(Minhas queridas **Li** e **Sô**),

Presentes nos momentos mais importantes da minha vida acadêmica,
Confiaram no meu trabalho desde o início,
Incentivando meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Vocês me indicaram os melhores métodos,
Respeitaram minhas ideias,
Corrigiram meus enganos,
E me convidaram a ser uma pessoa melhor.

Com vocês,
Este trabalho foi mais suave e prazeroso.

Obrigada pela oportunidade de desenvolver este estudo,
Pelo conhecimento repartido,
Pela experiência amigavelmente compartilhada.

Obrigada pelas horas a mim dedicadas,
Pelos inúmeros conselhos,
Pela alegria que me proporcionaram nestes muitos anos de convívio.

Enfim,
Obrigada por fazerem parte da minha história.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por estar sempre presente em minha vida e tornar tudo possível.

À minha orientadora **Profa. Dra. Elisete Silva Pedrazzani**, pela dedicação incondicional, pelo profissionalismo e pela confiança durante o desenvolvimento de nosso trabalho. Também, não menos importante, pela convivência amigável e pela disposição em contribuir de maneira doce e agradável para o meu crescimento.

À minha co-orientadora **Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini**, por me emprestar “milhões” de livros, revistas e artigos científicos, por me ajudar a preparar apresentações e pela disposição espontânea em me apontar caminhos sempre que precisei.

À **Profa. Dra. Elizabeth (Lisa) Joan Barham**, por me *apresentar* o mundo árduo e fascinante das *análises estatísticas* e pela oportunidade de trabalharmos juntas em *Estudos Avançados*.

Às **Profas. Dras. Anita Liberalesso Neri e Marcia Maria Pires Camargo Novelli**, pelos textos publicados que inspiraram meus primeiros questionamentos científicos e sugestões apresentadas no Exame de Qualificação que contribuíram para a melhoria deste trabalho.

Às **Profas. Dras. Ana Lúcia Rossito Aiello, Tânia Maria Santana de Rose, Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi, Maria Stella (Teíta) Coutinho de Alcântara Gil e Thelma Simões Matsukura**, pelos ensinamentos metodológicos indispensáveis para que eu pudesse organizar os propósitos de minha

investigação, contando com a qualidade e o intenso espírito científico de seus conselhos.

Às **Profas. Dras. Maria Amélia Almeida, Enicéia Gonçalves Mendes, Cristina Yoshie Toyoda e Fátima Elisabeth Denari**, pela generosidade e competência com que compartilharam seus conhecimentos e suas experiências na área de Educação Especial.

À todos os professores da Gerontologia, em especial **Profs. Fabiana de Souza Orlandi, Luana Talmelli, Luzia Cristina Antoniossi Monteiro, Márcia Regina Cominetti, Marisa Silvana Zazzetta, Vania Aparecida Gurian Varoto e Wilson José Alves Pedro**, que dividiram comigo horas prazerosas de trabalho e muitos conhecimentos na área do envelhecimento e a **todos os alunos do curso** que me acolheram e compartilharam a alegria de minha primeira experiência docente.

Aos amigos (**Aline, Gerusa, Jonas, Lucas, Camila, Maria Fernanda, Miron e Antônia**), pelo convívio sempre muito alegre e prazeroso. Foram tantas aulas, tantos cafés, tantas discussões construtivas...

Aos funcionários da secretaria do PPGEs que me atenderam com sorriso e boa vontade sempre que necessário.

Aos meus pais, **Silvia e Mitsuo**, que me presentearam com uma sólida formação moral e humana, que incentivaram meu desenvolvimento intelectual e me deram a oportunidade de estudar, estudar e estudar. Obrigada pelo carinho, pelo respeito e pelo suporte para que eu pudesse enfrentar todos os desafios da vida. Nosso “lar” é um lugar especial, repleto de felicidade e harmonia, fruto do que só o verdadeiro amor é capaz.

À minha irmã, **Kellen**, que é minha melhor amiga e está sempre torcendo por mim.

Ao meu namorado, **Davi**, por me amar assim como eu sou (estudando de madrugada e em muitos finais de semana).

Aos “Forgerini’s”, **Sueli, Maurinho, Isis (Zí), Raissinha e Carol**, cúmplices de todos os momentos. Como é bom sermos tão unidos.

Aos **coordenadores e funcionários da UATI** que me abriram suas portas para eu conhecer melhor seus alunos.

Aos **participantes da pesquisa** que sempre me receberam com muito carinho, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa, pelos votos de boa sorte e sucesso.

...MUITO OBRIGADA!!!

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiv
LISTA DE SIGLAS.....	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvii
RESUMO	xix
ABSTRACT.....	xx
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Envelhecimento populacional: a luta contra a exclusão e o respeito à diversidade.....	1
1.2 Um breve histórico sobre as Universidades Abertas à Terceira Idade.....	3
1.3 As Universidades Abertas à Terceira Idade no Brasil.....	5
1.4 Características das Universidades Abertas à Terceira Idade no Brasil.....	8
1.5 Qualidade de vida, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e afetos....	10
1.6 Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na velhice.....	15
1.7 Sobre a qualidade de vida dos alunos das Universidades Abertas à Terceira Idade.....	23
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 Objetivo geral.....	32
2.2 Objetivos específicos.....	32
3 MÉTODO.....	33
3.1 Local e caracterização do programa Universidade Aberta à Terceira Idade deste estudo.....	33
3.2 Período do estudo.....	36
3.3 Participantes.....	37

3.4	Instrumentos.....	38
3.4.1	Ficha de Caracterização dos Idosos.....	38
3.4.2	Critério de Classificação Econômica Brasil.....	39
3.4.3	Escala de Qualidade de Vida.....	40
3.4.4	Escala para Medida de Satisfação com a Vida.....	41
3.4.5	Escala de Ânimo Positivo e Negativo.....	41
3.5	Procedimento de coleta dos dados.....	42
3.6	Análise dos dados.....	45
3.7	Aspectos éticos.....	45
4	RESULTADOS.....	46
4.1	Perfil sócio-demográfico dos grupos.....	46
4.2	Qualidade de vida antes e após frequentar a UATI (no início e término do ano letivo): análise do GA ₂₀₀₉ ao longo do tempo.....	50
4.3	Qualidade de vida ao término do programa e doze meses depois (<i>follow-up</i>): análise do grupo que permaneceu no programa no ano seguinte (GA ₂₀₀₈).....	52
4.4	Qualidade de vida ao término do programa e doze meses depois (<i>follow-up</i>): análise do grupo que não permaneceu no programa no ano seguinte (Gex-A ₂₀₀₈).....	55
4.5	Correlação entre as alterações percebidas na QV e características sócio-demográficas dos participantes.....	57
4.6	Percepção de satisfação com a vida e de ânimos (positivos e negativos) dos alunos e ex-alunos da UATI em coleta de dados em corte transversal	59
4.7	Correlação entre características sócio-demográficas, percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos alunos da UATI.....	65
5	DISCUSSÃO.....	66
6	CONCLUSÕES.....	70
7	REFERÊNCIAS.....	73

8	ANEXOS.....	85
8.1	Anexo A - Ficha de Caracterização do Idoso.....	85
8.2	Anexo B - Critério de Classificação Econômica Brasil.....	87
8.3	Anexo C - Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA).....	88
8.4	Anexo D - Escala para Medida de Satisfação com a Vida.....	89
8.5	Anexo E - Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN).....	90
8.6	Anexo F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos.....	91
8.7	Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
8.8	Anexo H - Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de oito meses para o grupo de estudo quase-experimental (GA ₂₀₀₉).....	93
8.9	Anexo I - Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento que frequentou o programa neste intervalo de tempo (GA ₂₀₀₈).....	95
8.10	Anexo J - Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento que não frequentou o programa neste intervalo de tempo (Gex-A ₂₀₀₈).....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente vascular cerebral
GA ₂₀₀₈	Grupo de alunos da UATI-2008
Gex-A ₂₀₀₈	Grupo de ex-alunos da UATI-2008
GA ₂₀₀₉	Grupo de alunos da UATI-2009
QV	Qualidade de vida
U3A	University of the Third Age
UATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNITI	Universidade da Terceira Idade
UTA	University Third Age
UTI	Universidade da Terceira Idade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Composição das amostras frente ao universo de alunos da UATI matriculados no Módulo 1 nos anos de 2008 e 2009.....	38
Figura 2.	Desenho metodológico do estudo.....	44
Figura 3.	Comparativo da pontuação geral de satisfação com a vida entre os grupos segundo escores obtidos por meio da Escala para Medida de Satisfação com a Vida.....	62
Figura 4.	Comparativo da diferença padronizada de ânimos positivos e negativos dos grupos segundo escores obtidos por meio da Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN).....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Comparativo da distribuição da amostra de alunos da UATI com a média nacional no que se refere ao nível socioeconômico.....	47
Gráfico 2.	Distribuição do número de sujeitos do GA ₂₀₀₉ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA no início (<i>medida antes</i>) e no fim do ano letivo (<i>medida depois</i>).....	51
Gráfico 3.	Distribuição do número de sujeitos do GA ₂₀₀₈ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2).....	54
Gráfico 4.	Distribuição do número de sujeitos do Gex-A ₂₀₀₈ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2).....	57
Gráfico 5.	Distribuição dos sujeitos de cada grupo segundo o tipo de alteração (melhora ou piora) na QV.....	59

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
AIUTA	Association Internationale des Universites du Troisieme Âge
ANEP	Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado
APA	American Psychological Association
ASP	Academic Search Premier
BOAS	Brazilian Old Age Schedule
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
EAPN	Escala de Ânimo Positivo e Negativo
EMG	Escola Municipal de Governo
FESC	Fundação Educacional São Carlos
GDS	Geriatric Depression Scale / Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFP	Inventário Fatorial de Personalidade
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQV	Inventário de Qualidade de Vida
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NAI	Núcleo de Assistência ao Idoso
NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NIEATI	Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PID	Programa de Inclusão Digital
PNI	Política Nacional do Idoso
PUC/Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
QdV-DA	Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer
QuiLL	Quality of Life in Later Life
REVT	Projeto de Revitalização Geriátrica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESC	Serviço Social do Comércio
SF-12	Short-Form 12 - Medical Outcomes Study
SF-36	Short-Form 36 - Medical Outcomes Study
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UATI/UNIFESP	Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo
UATI/USC	Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Sagrado Coração
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UnATI/UCG	Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás
UnATI/UERJ	Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNITrabalhador	Universidade Aberta do Trabalhador
WHOQOL-breve	World Health Organization Quality of Life Assessment Abreviado
WHOQOL-Group	World Health Organization Quality of Life Working Group

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Trabalhos encontrados que tratavam, em seus objetivos gerais ou específicos, da avaliação da QV de alunos da UATI - busca realizada entre 2008 e 2011.....	25
Tabela 2.	Caracterização da produção científica segundo a metodologia empregada, número de coletas, programa avaliado e local de estudo.....	27
Tabela 3.	Síntese das pesquisas com apresentação dos objetivos, instrumentos para coleta de dados, amostra e resultados em relação à variável QV.....	29
Tabela 4.	Estimativa da renda média familiar por níveis socioeconômicos.....	39
Tabela 5.	Associações entre os itens da escala QdV-DA e os domínios do WHOQOL-breve.....	41
Tabela 6.	Descrição dos instrumentos aplicados e período em que ocorreram as entrevistas.....	43
Tabela 7.	Distribuição comparativa dos tipos de arranjos familiares (co-residentes) dos grupos de alunos da UATI.....	48
Tabela 8.	Frequências das variáveis sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, número de filhos, arranjo familiar, percepção de saúde e participação religiosa segundo o grupo estudado.....	49
Tabela 9.	Frequências das percepções de cada item de QV do GA ₂₀₀₉ antes e após frequentar a UATI.....	50
Tabela 10.	Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item e do escore total de QV dos sujeitos do GA ₂₀₀₉ no início (<i>medida antes</i>) e fim do ano letivo (<i>medida depois</i>) por meio do Teste de <i>Wilcoxon</i>	52
Tabela 11.	Frequências das percepções de cada item de QV do GA ₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois frequentando o programa neste intervalo de tempo (<i>follow-up</i>).....	53
Tabela 12.	Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item e do escore total de QV dos sujeitos do GA ₂₀₀₈ ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2) por meio do Teste de <i>Wilcoxon</i>	54

Tabela 13.	Frequências das percepções de cada item de QV do Gex-A ₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois sem frequentar o programa neste intervalo de tempo (<i>follow-up</i>).....	55
Tabela 14.	Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item da QV e do escore total de QV dos sujeitos do Gex-A ₂₀₀₈ ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2) por meio do Teste de <i>Wilcoxon</i>	56
Tabela 15.	Frequência relativa dos dados descritivos e análises comparativas da satisfação com a vida dos grupos.....	60
Tabela 16.	Frequência relativa dos dados descritivos e análises comparativas de ânimos positivos e negativos dos grupos.....	63
Tabela 17.	Resultado das análises correlacionais entre as variáveis sócio-demográficas e os escores totais de percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos idosos participantes da pesquisa por meio do teste correlacional de <i>Spearman</i> (ρ).....	65

RESUMO

Universidade Aberta à Terceira Idade: efeitos sobre a qualidade de vida percebida

A educação na velhice tem como finalidade promover a aquisição de conhecimentos que determinam redimensionamentos para o fomento da qualidade de vida (QV) a partir de pressupostos de interdisciplinaridade, participação social e promoção da saúde. Com o objetivo de avaliar os efeitos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Fundação Educacional São Carlos (FESC) na QV dos participantes antes e após a intervenção e um ano após seu término, entrevistamos 56 idosos divididos em grupos, assim denominados: (a) Grupo de alunos da UATI-2008 (GA₂₀₀₈): formandos do Módulo 1 da UATI em 2008 que optaram por continuar no programa em 2009 mesmo após o término do módulo obrigatório (Módulo 1); (b) Grupo de ex-alunos da UATI-2008 (Gex-A₂₀₀₈): formandos do Módulo 1 da UATI em 2008 que não continuaram no programa em 2009; (c) Grupo de alunos da UATI-2009 (GA₂₀₀₉): formandos do Módulo 1 da UATI em 2009. Os instrumentos de coleta de dados foram: Ficha de Caracterização do Idoso, Critério de Classificação Econômica Brasil, Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA), Escala para Medida de Satisfação com a Vida e Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN). Todos os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, para realização de análises estatísticas não-paramétricas. Os resultados mostraram que: (a) O perfil do aluno da UATI pesquisada aponta para um idoso jovem ($M = 68,04$ anos, $DP = 5,78$, $x_{\min} = 60$, $x_{\max} = 84$), do sexo feminino (91,1%, $n = 51$), com nível de escolaridade alto (30,4% com nível superior, $n = 17$) e nível socioeconômico favorecido (50,0% no nível B, $n = 28$); (b) Existe diferença positiva entre os escores totais de QV de idosos alunos da UATI antes e após a intervenção (no início e término do ano letivo) ($Z = -4,541$, $p < 0,001$); (c) Não existe diferença entre os escores totais de QV de idosos alunos da UATI entre o final do primeiro e do segundo ano de intervenção (*follow-up*) ($Z = -1,477$, $p = 0,140$); (d) Existe diferença negativa entre os escores totais de QV de idosos ex-alunos da UATI que não frequentaram o programa no segundo ano de intervenção (*follow-up*) ($Z = -2,810$, $p = 0,055$); (e) Existe relação entre as alterações percebidas na QV e características sócio-demográficas dos alunos da UATI; (f) Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas, escolaridade e nível socioeconômico e as percepções de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos ou negativos) dos participantes. Uma vez que os resultados apontaram que a participação no programa UATI é favorável às percepções de QV, em termos de melhoria ou manutenção, advogamos a favor deste tipo de intervenção. Assim, é preciso que os programas educacionais incluam os idosos, pois a educação pode ser uma importante fonte de apoio para o enfrentamento de mais uma etapa do ciclo vital.

Palavras-chave: Gerontologia Educacional, qualidade de vida, idosos, Universidade Aberta à Terceira Idade.

ABSTRACT

University of the Third Age: effects on perceived quality of life

The education in the old age is intended to promote the acquisition of knowledge that determines the resizing for the fomentation of the quality of life (QoL) from the assumptions of interdisciplinarity, social participation and health promotion. With the objective of evaluating the effects of the University of the Third Age (UTA) from the Fundação Educacional São Carlos (FESC) on the QoL of the participants prior to and after the intervention and one year after their conclusion, we interviewed 56 elderly, divided in groups, thus denominated: (a) Group of students from the UTA-2008 (GA₂₀₀₈): graduating of Module 1 from UTA in 2008, who chose to continue in the program in 2009 even after the end of the mandatory module (Module 1); (b) Group of former students from UTA-2008 (Gex-A₂₀₀₈): graduates of Module 1 from UTA in 2008 that opted not to continue in the program in 2009 after the conclusion of the mandatory module; (c) Group of students from UTA-2009 (GA₂₀₀₉): graduates of Module 1 from UTA in 2009. The instruments for the data collection were: Elderly Characterization Form, Brazilian Economic Classification Criteria, Measure of Quality of Life (QdV-DA), Scale to Measure the Satisfaction with the Life and Scale of the Positive and Negative Mood (EAPN). All the obtained data were entered into a database in the *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), version 13.0, to perform non-parametric statistical analysis. The results showed that: (a) The profile of the researched students from UTA points to a young elderly (M = 68,04 years, DP = 5,78, $x_{min} = 60$, $x_{max} = 84$), of the female sex (91,1%, n = 51), with a high level of education (30,4% had a bachelor's degree, n = 17) and high social-economic levels (50,0% in level B, n = 28); (b) There is a difference between the total scores on the QoL of the elderly students from UTA before and after the intervention (in the beginning and conclusion of the school year) and this difference is a positive one (Z = -4,541, p < 0,001); (c) There is no difference among the total scores of QoL of the elderly students from UTA in the second year of intervention (*follow-up*), the total scores remain (Z = -1,477, p = 0,140); (d) There is a difference between the total scores of QoL of the elderly students from UTA who did not attend the program for a year (*follow-up*) and this difference is a negative one (Z = -2,810, p 0,055); (e) There is a relationship between the perceived changes in the QoL and the socio-demographics characteristics of the students from UTA; (f) There is relationship among the socio-demographics, schooling variables and socio-economic level and the perceptions of QoL, satisfaction with life and moods (positive or negative) of the participants. Since the results pointed that the participation in the UTA program is favorable to the perceptions of the QoL, in terms of improvement or maintenance, we advocate in favor of this type of intervention. Therefore, is necessary that educational programs include the elderly, because the education can be an important source of support to facing another phase of the life cycle.

Key-words: Educational Gerontology, quality of life, elderly, University of the Third Age.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional: a luta contra a exclusão e o respeito à diversidade

“No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, p.191). Este fenômeno é consequência da redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida ao nascer. Os avanços tecnológicos na área de saúde e as melhorias nas condições de vida da população acarretaram num aumento de mais de 27 anos na expectativa de vida do brasileiro. Em 1940, este vivia, em média, 45,5 anos, e, em 2008, 72,7 anos. Segundo projeção, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando o patamar de 81,29 anos, em 2050 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

No período de 1999 a 2009, a proporção relativa de idosos na população passou de 9,1% para 11,3%. Visto que o censo demográfico de 2010 apontou uma população total de 191 milhões de habitantes, o contingente de indivíduos com mais de 60 anos era de 21 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Entre os idosos, o grupo com 75 anos ou mais se destacou em crescimento: 49,3% entre 1991 e 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

Neste cenário, a luta contra a exclusão abarca não apenas as diferenças de gênero, raça, sexualidade e deficiência, mas também questões relacionadas à idade e ao convívio intergeracional (SKLIAR, 2006). Num mundo em que a juventude não é apenas uma etapa da vida, mas um objeto de desejo, os idosos distanciam-se deste padrão social. A palavra “velho” carrega preconceitos, estereótipos e conotações pejorativas. Em extremidades opostas, temos a representação da juventude atrelada à vida, à beleza, ao vigor físico e sexual; e do outro lado, temos a visão da velhice, vinculada à morte, à feiura e à inatividade (SALZEDAS; BRUNS, 2007; SANTOS, 2002).

Embora os argumentos de riqueza da diversidade, de preocupação com o outro, de respeito e aceitação ornamentem os discursos, a medida em que as pessoas envelhecem, elas se tornam alvo da intolerância, da não aceitação e da exclusão social. Expressões de discriminação se materializam na vida cotidiana deste segmento etário por meio de ações e discursos generalistas, muitas vezes desabonadores e outras vezes piedosos que não evidenciam a diversidade do processo de envelhecimento (MERCADANTE; BERZINS, 2010; NERI, 2007a).

De acordo com as teorias do desenvolvimento, a vida é estruturada em fases - infância, adolescência, vida adulta e velhice – em que os indivíduos se comportam de maneira a atender às expectativas sociais por meio de tarefas evolutivas específicas, tais como ir à escola na infância e na adolescência, trabalhar na vida adulta e aposentar-se na velhice. As construções culturais fundamentadas em classificações etárias desenham uma existência que atinge seu ápice na juventude e na vida adulta, mas que sofre declínio à medida que o indivíduo envelhece (JOHNSON, 1995; KRAUSE, 2006; SIQUEIRA; NERI, 2007). Parece que o imaginário popular esqueceu-se que existem velhos ativos, sadios e participantes, e que a doença, a inatividade e a morte podem ocorrer em qualquer faixa etária (SANTANA, 2003).

Visto que a diversidade entre as pessoas com mais de 60 anos abarca desde idosos que preservam capacidades semelhantes às do adulto, bem como indivíduos fragilizados e dependentes, existe uma ampla demanda de programas de atenção (SANTANA, 2003). Extremamente heterogênea, a velhice contém perfis frágeis, mas também acomoda indivíduos ativos e produtivos que fogem aos estereótipos. Assim, mais que intervenções médicas e sanitárias, é preciso multiplicar as oportunidades e o acesso a programas de lazer, educação, atividades físicas e convivência (FENALTI; SCHWARTZ, 2003; TODARO, 2009). A desmarginalização dos idosos deve ser parte integrante de políticas que se caracterizem como inclusivas. O desafio diante do envelhecimento é disseminar recursos que habilitem uma atuação crítica e transformadora para a construção da história individual e coletiva (INOUYE, 2008).

As mudanças na estrutura etária da população têm servido de incentivo para a união de diferentes áreas do conhecimento que convergem esforços teóricos e metodológicos a fim de elevar o fenômeno do envelhecimento populacional a uma conquista não apenas quantitativa, mas, sobretudo qualitativa. Orientados pelo objetivo de combater o preconceito de que o avanço da idade seja em si algo negativo, profissionais de diversas áreas do conhecimento são convidados a reunir saberes para afastar estereótipos. Sem fantasiar o tema, a velhice traz adversidades. Contudo, existem dimensões positivas não menos reais quando analisamos o envelhecer como um processo natural e não como uma incapacitação (OLIVEIRA, 2001).

Enquanto a atenção voltada às pessoas com mais de 60 anos não ultrapassar a visão patológica e a intervenção for preconizada nos processos de reabilitação, haverá pouco lugar para considerar a velhice como uma fase normal do ciclo de vida em que o idoso é um indivíduo que, além de perdas fisiológicas, tem uma história, uma identidade, um lugar social

e uma capacidade extremamente diversificada de adaptar-se e compensar suas dificuldades (NERI; JORGE, 2006).

Mais que tratadas na velhice, as pessoas devem se preparar para envelhecer. Os planos e projetos fazem parte destes preparativos e demandam criatividade, autonomia e educação permanente. Preconceitos em relação ao envelhecimento prejudicam a melhoria da sociedade e de suas instituições, de seus grupos sociais e de seus indivíduos (NERI; JORGE, 2006). Nesta perspectiva, muitos autores reconhecem a importância da contribuição das Ciências Humanas e especificamente da área de Educação no contexto do envelhecimento (FENALTI; SCHWARTZ, 2003).

1.2 Um breve histórico sobre as Universidades Abertas à Terceira Idade

As primeiras atividades culturais e de sociabilidade surgiram na França, no final da década de 60. Denominadas “universidades do tempo livre”, estas foram concebidas como um espaço voltado às atividades culturais e à sociabilidade, com o objetivo de ocupar o tempo livre e favorecer as relações sociais entre aposentados (HEBESTREIT, 2006; VELOSO, 2004). De acordo com Cachioni (2003) e Ramos (2008), Pierre Vellas, professor de Direito Internacional da Universidade de Ciências Sociais de Toulouse, ao conduzir uma investigação sobre os trabalhos de organizações internacionais e as políticas para a velhice praticadas pelos países industrializados e levantar as atividades de organizações não-governamentais, chegou à conclusão de que muitos dos processos patológicos tinham como origem o problema da exclusão social, já que as oportunidades oferecidas aos idosos eram quase inexistentes.

Em 1973, a primeira Universidade da Terceira Idade (*Université du Troisième Âge*) voltada para o ensino e a pesquisa foi criada em Toulouse por idealização de Pierre Vellas (HEBESTREIT, 2006; SWINDELL; THOMPSON, 1995; YENERALL, 2003). A proposta inovadora de abrir a universidade aos idosos sem distinção de classe social ou escolaridade tinha como princípio o preenchimento produtivo do tempo livre por meio de atividades episódicas de cunho intelectual, artístico, de lazer e de atividades físicas. A intenção era minimizar o isolamento, favorecer o fomento da saúde, do bem-estar e do interesse pela vida que modificaria a imagem pessimista do envelhecer (VELOSO, 2004). Embora a intenção e os objetivos da proposta fossem louváveis, na ocasião da primeira oferta do programa, apenas 40 pessoas se inscreveram. No entanto, com a promoção das impressas

local e internacional, poucos meses depois mais de mil idosos se inscreveram (CACHIONI; NERI, 2008; RAMOS, 2008).

No ano seguinte, 1974, a Universidade da Terceira Idade de Toulouse tornou-se um programa regular com cursos que duravam o ano inteiro. Por meio de acordos com associações e municípios para a obtenção de subvenções, Vellas criou unidades satélites em estações de verão (terapêuticas termais) e de inverno (esqui na neve) para preencher a lacuna das férias acadêmicas. Concomitantemente, universidades e instituições em outras localidades passaram a instituir programas similares. Isto possibilitou aos idosos cursar disciplinas tradicionais do ensino superior independentemente da sua escolaridade e valorizou as relações intergeracionais (CACHIONI; NERI, 2008; FORMOSA, 2010; RAMOS, 2008).

Em 1975, o programa Universidade da Terceira Idade se expandiu não só pelas universidades francesas, como também por universidades da Bélgica, Suíça, Polônia, Itália, Espanha, Canadá e Estados Unidos. A *Association Internationale des Universités du Troisième Âge* (AIUTA) foi fundada neste mesmo ano com o objetivo de agrupar instituições universitárias que, em qualquer parte do mundo, contribuíssem para a melhoria das condições de vida dos idosos, para a formação, a pesquisa e o serviço à comunidade. Em 1981, havia mais de 170 instituições associadas a ela e em 1999 contava com mais de 5 mil instituições catalogadas (CACHIONI, 2002; SWINDELL; THOMPSON, 1995).

Com a significativa aceitação e procura por parte dos idosos, as Universidades da Terceira Idade passam a ser um campo de investigação fértil para as pesquisas acadêmicas idealizadas por especialistas. Este momento é caracterizado como a segunda geração do programa. A terceira geração ocorre na década de 80, quando os programas passam a valorizar a participação, autonomia e integração. Os cursos universitários são formalizados e dão direito a créditos e diplomas. Além disso, os estudantes passam a contribuir com a produção do conhecimento nas pesquisas por meio de seus depoimentos e experiências e, até mesmo, pela autonomia na condução de trabalhos com rigor metodológico-científico (CACHIONI; NERI, 2008).

Como se pode observar, o modelo pioneiro francês, que predomina na Espanha, Alemanha, Suíça, França, Bélgica, Polônia, Portugal, Japão, Suécia e Argentina, conserva os princípios do sistema tradicional acadêmico por meio do acesso a diferentes cursos universitários, aulas, grupos de estudo, oficinas de trabalho, excursões e programas de saúde. Os ajustes são feitos de acordo com as necessidades, heterogeneidade e nível de autonomia dos estudantes (HEBESTREIT, 2006; SWINDELL; THOMPSON, 1995).

Um outro modelo importante de Universidade da Terceira Idade surge em 1981 na *Cambridge University* por intermédio de Peter Laslett e Michael Young. Este é conhecido como o modelo britânico, que defende que a formação e as experiências ao longo da vida constituem um rol de conhecimentos importantes para serem compartilhados com os pares e com outras gerações. A principal inovação do modelo britânico foi a possibilidade dos estudantes exercerem o papel tanto de alunos como de professores. Aprender e ensinar seria produto do convívio de pessoas com diferentes histórias de vida num contexto de *self-help* e *self-sufficiency* não necessariamente vinculado a uma instituição acadêmica de ensino tradicional. As atividades podiam ser oferecidas em prefeituras, bibliotecas, centros comunitários, escolas, dentre outros. Além disso, os participantes têm liberdade para ajudar na construção do currículo, assim como nas condições e métodos de ensino e aprendizagem numa perspectiva colaborativa e de reciprocidade. Outras vantagens seriam a acessibilidade pela flexibilidade de horários, pelo custo reduzido e pela ausência de restrição acadêmica para o ingresso, bem como a ampla variedade de cursos oferecidos pelos próprios frequentadores. O contexto de *self-help* e *self-sufficiency* britânico é bem aceito e predominante na Grã-Bretanha, Austrália e Nova Zelândia (FORMOSA, 2010; HEBESTREIT, 2006; SWINDELL; THOMPSON, 1995; YENERALL, 2003).

Para atender as necessidades e a heterogeneidade da população idosa, os dois modelos clássicos inspiraram outras localidades, que mesclaram e adaptaram-nos a diferentes contextos locais e institucionais (HEBESTREIT, 2006). A coexistência dos modelos francês e inglês existe principalmente nos Estados Unidos, Canadá, Holanda, Itália, China e Finlândia (CACHIONI; NERI, 2008; FORMOSA, 2010; YENERALL, 2003).

1.3 As Universidades Abertas à Terceira Idade no Brasil

Até o início dos anos 60, o Brasil ainda era um país de jovens com pouco mais de 5% de pessoas com 60 anos ou mais. O número relativamente reduzido e o isolamento social dos idosos acarretavam em insuficiente visibilidade para as questões educacionais e sociais deste contingente. As poucas ações sociais da época tinham caráter assistencialista para auxiliar carências básicas e atenuar o sofrimento decorrente da miséria e da doença. Na sua maior parte, as ações ocorriam por meio de instituições asilares, mantidas pelo Estado ou por congregações religiosas, com a finalidade de garantir a sobrevivência física do idoso. Não havia alternativas de convivência e participação para o idoso saudável (FERRIGNO; LEITE; ABIGALIL, 2006).

(...), naquele momento a inexistência de políticas governamentais para melhorar sua qualidade de vida; as precárias condições culturais em prol de um envelhecimento sadio; as baixas aposentadorias; a inadequação das cidades às condições físicas dos velhos; a progressiva transformação da família extensa para a família nuclear, as dificuldades de acesso a programas de cultura e lazer, entre outros fatores, foram decisivas para a marginalização dos velhos, gerando sentimentos de solidão, insegurança e baixa auto-estima (FERRIGNO; LEITE; ABIGALIL, 2006, p. 1436).

O primeiro espaço para a realização de atividades educativas e culturais voltadas para os idosos que revolucionou o trabalho de assistência, que até então cuidava principalmente de questões asilares, surgiu no Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo em 1963 (CAMARANO; PASINATO, 2005). “Na década de 60 essa organização fundou os primeiros *Grupos de Convivência* e na década de 70, as primeiras *Escolas Abertas para a Terceira Idade*” (CACHIONI; NERI, 2008, p. 39). As atividades eram diversificadas e englobavam programas de preparação para aposentadoria (MUNIZ, 1996), atualização cultural, atividades físicas, expressão e lazer, dentro das perspectivas de educação permanente, desenvolvimento de potencialidades, novos projetos de vida e estímulo a participação ativa do idoso na família e na comunidade em prol de um envelhecimento sadio. Posteriormente, outros grupos surgiram em outros centros do SESC da capital e do interior de São Paulo e, em outros centros sociais em outros estados (CACHIONI; NERI, 2008).

Em 1984, um ano após a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena, surgiu o primeiro programa brasileiro de extensão universitária denominado “Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI)”, na Universidade Federal de Santa Catarina - Portaria 0484/GR/83 (NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE DA UFSC, 2007). Neste mesmo ano, o Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Santa Maria iniciou o Projeto GAFTI - Grupos de Atividades Físicas para a Terceira Idade. Dez anos depois, em 1994, esse projeto deu origem ao programa NIEATI - Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NÚCLEO INTEGRADO DE ESTUDOS E APOIO À TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE DE SANTA MARIA, 2009). Em 1988, a Universidade Estadual do Ceará iniciou as atividades da Universidade Sem Fronteiras (UNIVERSIDADE SEM FRONTEIRAS, 2007). Ainda no final da década de 80, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro criou o Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI) que deu origem à Universidade Aberta à Terceira Idade em 1993 (VERAS; CALDAS, 2004).

Em 1990, em parceria com o SESC, a Universidade da Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas criou a Universidade da Terceira Idade da PUC/Campinas. Este programa se aproxima muito da proposta francesa. A sua criação representa um marco importante na evolução da gerontologia educacional no Brasil, uma vez que serviu de modelo para outras universidades nos estados de São Paulo, Pará, Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Pernambuco, Goiás, Maranhão, Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Este, também, foi o primeiro programa a ser divulgado na mídia em caráter nacional, fato que marcou o início de um grande incremento de instituições congêneres em todo o país (LACERDA, 2009).

Na década de 90, houve expansão da extensão universitária e de programas de outras instituições voltados à terceira idade no Brasil (LACERDA, 2009). Cachioni e Palma (2006) identificaram cerca de 200 desses programas, em 18 estados brasileiros. Destes, São Paulo concentrava a maior fração, 37% do total, seguido do Rio Grande do Sul, com 11 %, Minas Gerais e Paraná com 10%, Santa Catarina com 9%, Rio de Janeiro com 7% e Bahia com 5%.

Este *boom* foi influenciado pela legislação. A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842 de 1994 (BRASIL, 1994), foi um marco importante. Sob influência da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1992 que aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, o Brasil regulamentou um conjunto de ações com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos. Coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e com a participação dos Ministérios da Cultura, Educação e do Desporto, Justiça, Saúde, Trabalho e Planejamento, por meio da Secretaria de Política Urbana e do Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto, a referida lei é composta por quatro capítulos, formando 22 artigos. Esses têm por objetivo criar condições para promover autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade.

Com relação à educação, a PNI determina a inserção de conteúdos sobre o processo de envelhecimento nos cursos superiores e nos diversos níveis do ensino formal, assim como o desenvolvimento de programas educativos sobre o assunto de forma a eliminar preconceitos. Há resoluções legais de apoio do governo na criação de universidades abertas para a terceira idade como meio de universalizar as diferentes formas do saber e também o desenvolvimento de programas que adotem modalidades de ensino à distância adequadas às condições do idoso, compatibilizando currículos, metodologias e material didático (OLIVEIRA, 2006).

Outro marco ocorreu em 2003, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionado o Estatuto do Idoso, com 118 artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção, reforçando as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). O Estatuto do Idoso representa uma peça legal que concentra muitas das leis e políticas já aprovadas e incorpora novos enfoques, dando tratamento integral e visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar das pessoas com mais de 60 anos (PINHEIRO, 2008).

No que tange a educação, o Estatuto determina garantia de acesso com adequação de currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados aos mais velhos, visando sua integração à vida moderna e aos avanços tecnológicos, bem como convívio com as demais gerações. O artigo 25 menciona o apoio à criação de universidades abertas para as pessoas idosas e o incentivo à publicação de livros e periódicos de conteúdo e padrão editorial adequados, de forma a facilitar a leitura, considerando a natural redução da capacidade visual (PINHEIRO, 2008). A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MENDONÇA, 2010).

1.4 Características das Universidades Abertas à Terceira Idade no Brasil

Atualmente, as instituições de ensino superior particulares são as que mais investem nas Universidades Abertas à Terceira Idade, seguidas das estaduais e federais. O vínculo com instituições acadêmicas formais, bem como algumas exigências em termos de horários e assiduidade, evidenciam a influência do modelo francês no Brasil. No entanto, não se pode omitir que muitos ajustes são feitos de acordo com as necessidades dos estudantes de cada instituição com o objetivo de capacitação e organização dos indivíduos para serem autores de suas histórias no âmbito da saúde, do lazer, da recreação e da espiritualidade (CACHIONI; NERI, 2008; KRUG, 2005; LACERDA, 2009). Pontarolo e Oliveira (2008) listaram as seguintes características da educação de pessoas idosas:

- Ênfase menor no conteúdo acadêmico e enfoque maior no empoderamento, de maneira a despertar autoconfiança, autonomia e minimizar expectativas negativas.
- Fomento do senso de responsabilidade em melhorar a própria saúde física e mental.

- Estímulo das relações com outras pessoas idosas, bem como com pessoas de outras gerações a fim de minimizar o isolamento e a solidão.
- Emprego de conhecimentos práticos específicos sobre saúde, aposentadoria, opções laborais, atividades físicas, socioculturais e artísticas.
- Incentivo à troca de experiências intergeracionais para a compreensão dos diferentes comportamentos nas diversas fases da vida.

É importante salientar que os programas educacionais voltados para os idosos não têm cunho puramente assistencialista ou de lazer, visto que esta conotação não deixa de ser uma forma sutil de marginalizar essa clientela na sociedade. A criação de um ambiente acolhedor é importante, porém, a preocupação deve ir além de meramente manter os idosos ocupados, mas torná-los produtivos, com incentivo a criatividade e o desenvolvimento do potencial individual. O que se busca é privilegiar a aprendizagem e romper o preconceito de que os idosos não têm capacidade para tanto (OLIVEIRA, 2001; PONTAROLO; OLIVEIRA, 2008).

Segundo Delors (1998), quatro aprendizagens são fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Dentro da Universidade da Terceira Idade, estas aprendizagens podem ser traduzidas como:

- (a) *Aprender a conhecer*: dominar os próprios instrumentos do conhecimento constituídos por habilidades cognitivas, tais como compreensão, pensamento analítico e abstrato, flexibilidade de raciocínio para entender situações novas, tomar decisões e solucionar problemas.
- (b) *Aprender a fazer*: extrapolar a questão da formação para uma visão de competência pessoal e social. O indivíduo deve ser agente de mudança e seus esforços devem ser direcionados para a ação, a gestão e a resolução de conflitos.
- (c) *Aprender a viver juntos*: incluir o fortalecimento de uma cultura de respeito ao outro por meio do conhecimento da diversidade, além da formação de uma ética de convivência solidária, interdependente e partilhada.
- (d) *Aprender a ser*: construir pensamentos autônomos e críticos, juízos de valor próprios, de modo a decidir como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

Por meio de procedimentos pedagógicos variados, que vão desde a colocação de idosos em salas de cursos regulares comuns a outras gerações até currículos específicos, os objetivos finais das Universidades da Terceira Idade desembocam no ponto comum de valorização pessoal, convivência grupal, fortalecimento da participação social para promover

autonomia, satisfação e qualidade de vida. Em essência, busca-se privilegiar o indivíduo e sua relação com o aprendizado por meio da qualidade do tempo livre e do estímulo ao desenvolvimento. Isto muda as expectativas do idoso em relação a suas possibilidades e enfatiza a importância de se preservar uma vida ativa. Mais do que a simples melhora das relações interpessoais, o idoso poderá gerar mudanças de atitudes e fazer valer os princípios de justiça social (FENALTI; SCHWARTZ, 2003; FORMOSA, 2010).

No que se refere aos conteúdos, de maneira geral, há valorização das áreas de saúde, cultura, esportes, lazer, cidadania, trabalho e voluntariado. Cada uma das áreas busca complementar-se a fim de promover ao máximo a expectativa de vida ativa com altos níveis de autonomia. A promoção do envelhecimento sustentável envolve orientação sobre hábitos de vida saudáveis, como práticas regulares de saúde preventiva, de exercícios físicos, de alimentação balanceada, além de formas para aliviar as tensões psíquicas e emocionais. Também, há esforço em favorecer a participação no processo de produção e consumo cultural por meio de vivências artísticas, música, dança, artes plásticas e cênicas, não colocando de lado a vida social, a contribuição para a melhoria da sociedade, a participação na promoção e defesa dos direitos humanos (FENALTI; SCHWARTZ, 2003).

Como qualquer outro programa educacional, os currículos das Universidades da Terceira Idade não são definitivos, eles são dinâmicos visto que atendem pessoas com necessidades em transformação (FORMOSA, 2010; VERAS; CALDAS, 2004; YENERALL, 2003). Seus princípios estão fundamentados no diálogo igualitário, na inteligência cultural, na capacitação para a mudança, na dimensão instrumental e na solidariedade. É um modelo de atenção baseado na diversidade e na equidade num contexto em que todos têm o mesmo direito de pensar e viver de forma diferente, de aprender o que deseja e o que necessite em busca de uma boa qualidade de vida (MARTUCCI; PURQUÉRIO, 2005).

1.5 Qualidade de vida, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e afetos

O avanço tecnológico na área de saúde prolonga a expectativa de vida da população e conseqüentemente, o número de indivíduos que convivem com doenças crônicas aumenta. Na década de 70, a preocupação com a maneira como os indivíduos vivem os anos a mais e o movimento de humanização da medicina levaram à introdução do conceito de qualidade de vida (QV) (BOWLING, 2005; FLECK, 2008; LAWTON, 1991). Ainda que perdurem questões conceituais, a produção científica sobre o tema tem apresentado crescimento exponencial em diversas áreas do conhecimento, com destaque para a medicina,

a psicologia e a sociologia (BOWLING, 2005; LAWTON, 1991; NERI, 2005; PASCHOAL, 2006).

O construto QV apresenta intersecções com aspectos biológicos, como condição de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência (BOWLING, 2005; LAWTON, 1991); vertentes psicossociais, como bem-estar, satisfação e felicidade (DIENER; SUH, 1997; LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005) e fatores econômicos (BOWLING, 2005; LAWTON, 1991). Fleck (2008) descreve dois modelos teóricos de QV, o modelo da satisfação e o modelo funcionalista. Este último parte do princípio que uma boa QV depende do desempenho satisfatório em papéis sociais e funções valorizadas pelo indivíduo. As doenças, por minimizarem o desempenho desses papéis, reduziriam a QV. Portanto, neste modelo, ter saúde seria indispensável. No entanto, a base teórica funcionalista é insuficiente quando estudos demonstram que existem indivíduos severamente doentes que relatam equilíbrio entre corpo e mente, espiritualidade, relações ambientais e sociais satisfatórias contribuindo para uma boa ou excelente QV (ALBRECHT; DEVLIEGER, 1999).

Muitas vezes, as avaliações auto-relatadas têm baixa correlação com as avaliações fisiológicas (CHATTERJI; BICKENBACH, 2008). Patrick (2008) observa que dois pacientes com o mesmo estado clínico ou fisiológico podem ter reações completamente diferentes à doença. Por exemplo, ao avaliar pacientes com dores nas costas, com a mesma amplitude de movimentos e níveis similares de dores, comumente estes apresentam diferentes capacidades de trabalho. Dependendo de fatores individuais e ambientais, alguns podem continuar a trabalhar e a cuidar de suas famílias, enquanto outros param de trabalhar e ficam em casa. Em última análise, o ponto de vista da pessoa e seu comportamento são de fundamental importância quando se trata de QV.

“Estado de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são conceitos que costumam ser usados sem muita exatidão e de forma alternada. Não existe um consenso ou uma definição amplamente adotada de qualidade de vida, porque o termo é usado em contextos diferentes por pessoas diferentes” (PATRICK, 2008, p. 32-33). Contudo, há uma considerável concordância que o construto é mais abrangente do que o de estado de saúde, sendo este apenas um domínio.

Utilizando as pesquisas sobre satisfação com a vida na área econômica, Patrick (2008) listou indicadores que tinham influência significativa. O fator principal foi a renda, mas outros aspectos também foram importantes: saúde, liberdade, emprego, vida em família, clima, estabilidade política, segurança, igualdade entre os sexos e vida na comunidade. As preocupações humanas globais podem afetar o estado de saúde mas a avaliação do estado de

saúde não inclui os itens relacionados a renda, liberdade e respeito. Este dado reforça que a saúde é um entre muitos outros aspectos da vida.

O modelo de satisfação baseia-se em teorias psicológicas de bem-estar. O bem-estar subjetivo é “uma avaliação que o indivíduo realiza sobre as suas capacidades, as condições ambientais e a sua qualidade de vida, a partir de critérios pessoais combinados com os valores e as expectativas que vigoram na sociedade” (NERI, 2005, p. 26). Seus indicadores mais importantes são satisfação com a vida e os afetos (positivos e negativos).

A satisfação com a vida é fundamentada numa comparação a múltiplos padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, níveis considerados ideais, necessidades ou objetivos (DIENER et al., 1999). Este constructo coloca em julgamento as discrepâncias entre aspirações e realizações sendo, portanto, uma experiência cognitiva. Suas medidas incluem fatores temporais e sociais, a percepção de sentido de vida, autoimagem, otimismo e satisfação com diferentes domínios, como saúde, trabalho, relacionamentos, atividades e padrão de vida (BOWLING, 2005; FLECK, 2008).

Os afetos são estados emocionais (FLECK, 2008). Afeto positivo é um sentimento transitório de prazer ativo, ou seja, um estado de contentamento. Por outro lado, o afeto negativo refere-se a um estado de engajamento desagradável que também é transitório, mas, que inclui emoções desprazíveis (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). As pesquisas apontam que afetos negativos dependem principalmente de fatores internos, incluindo a saúde física. Contrariamente, os afetos positivos estão associados fortemente a componentes sócio-ambientais extrínsecos, como as redes de apoio e os recursos disponíveis. Por isso, é de fundamental importância que a ciência avance na identificação de ambientes que possam maximizar as oportunidades de experiências positivas (DIENER; EMMONS, 1984; LAWTON, 1991).

Em termos de ocorrência, afetos positivos e negativos são independentes. Isso significa que é possível que afetos opostos ocorram ao mesmo tempo e que experimentar estados positivos não isenta o sujeito de sentimentos negativos (CACIOPPO; GARDNER; BERNTSON, 1999; HUPPERT; WHITTINGTON, 2003; ZAUTRA; POTTER; REICH, 1997). Por isso, Diener (2000) recomenda medi-los separadamente, no entanto o balanço afetivo também é considerado um indicador importante denominado felicidade. A felicidade é um sentimento de curto prazo, com possibilidade de flutuação maior em relação aos outros conceitos. Bowling (2005) definiu felicidade como o grau em que o indivíduo julga a qualidade geral de sua vida como favorável ou desfavorável e geralmente está associada com fatores subjetivos, mas com uma pequena contribuição de fatores objetivos.

A definição de felicidade leva em consideração a frequência e a intensidade das emoções, sendo desejável a presença de sentimentos positivos de bem-estar e prazer e a minimização de sentimentos negativos (FLECK, 2008). Neste entendimento, Diener (1984) ressalva que uma única grande carga emocional positiva costuma ser rara e não é suficiente para tornar um indivíduo feliz, o que também é verdadeiro para os sentimentos negativos. As pessoas mais felizes afirmam ter maior frequência de afetos positivos, mas não necessariamente em maior intensidade. O mesmo autor estabelece que sentimentos de êxtase, na carreira ou nas relações amorosas, por exemplo, não são prognósticos de felicidade e podem levar a decepções maiores (DIENER, 2000).

Dela Coleta e Dela Coleta (2006) analisaram os conteúdos descritos por 138 sujeitos adultos como momentos vividos ou imaginados de felicidade. As categorias associadas à felicidade foram: família, dinheiro, trabalho, estudo, lazer, afeto, religião e *self*. Os mesmos autores também realizaram levantamento com 555 sujeitos universitários e grupos de trabalhadores que foram convidados a responder a seguinte questão: "O que está faltando em sua vida para que seja mais feliz?". As respostas foram categorizadas nas dimensões: pessoal, afetiva, material, transcendente, acadêmica e profissional (trabalho, estudo, profissão), espiritual/religiosa, do lazer e da saúde (DELA COLETA; DELA COLETA, 2006).

Embora exista concordância entre os autores sobre a importância de avaliar a QV genérica e que os instrumentos que se propõem a avaliá-la se multipliquem exponencialmente, o constructo possui muitas questões conceituais não resolvidas. No aspecto genérico da QV, as condições de saúde e funcionalidade, os aspectos sociais, ambientais e econômicos são domínios importantes inclusos no constructo, mas que não podem por si só representar a totalidade. A QV é abrangente e inclui domínios diversos que podem ser afetados pela saúde e por condições sócio-ambientais (PATRICK, 2008).

A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ajusta-se bem à extensão do construto de QV. O *World Health Organization Quality Of Life Working Group* (WHOQOL-Group) a definiu 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" (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WORKING GROUP, 1995, p.1405). Essa definição coloca QV como um conceito bastante amplo, que incorpora os domínios saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos significativos do meio ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WORKING

GROUP, 1995). O WHOQOL-*Group* posiciona a QV entre o modelo da satisfação e o modelo funcionalista, não descartando as condições externas e objetivas como gatilho de condições internas e subjetivas (PATRICK, 2008).

Algumas características fundamentais estão implícitas no conceito do WHOQOL: (a) subjetividade: perspectiva do indivíduo determinada pela importância e percepção do significado atribuído às experiências inter e intra-individuais; (b) multidimensionalidade: relaciona-se ao fato de que a vida compreende múltiplas dimensões, tais como social, mental, material, física, cultural, econômica, dentre outras; (c) dinamismo: característica inconstante no tempo e espaço, ou seja, podemos atribuir importância diferente a cada domínio ao longo da vida; (d) bipolaridade: possui dimensões positivas e negativas, ou seja, existem elementos desejáveis que estejam presentes (como mobilidade, papéis sociais e autonomia) e outros que devem estar ausentes (dor, fadiga e dependência) (FLECK, 2008; PASCHOAL, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WORKING GROUP, 1995).

Num enfoque psicossocial e demográfico, a QV deve ser compreendida a partir de três dimensões: (a) *Ter/Having*, que inclui aspectos objetivos como condições de saúde, nutrição, habitação, salário, educação, emprego e transporte; (b) *Amar/Loving*, que representa os relacionamentos sociais e seus aspectos afetivos como amor, amizade e solidariedade; e (c) *Ser/Being*, que engloba as exigências subjetivas, como auto-atualização, autoestima e controle. Este modelo tridimensional aponta a hierarquização de necessidades. Uma vez satisfeitas as necessidades relacionadas à simples sobrevivência (fisiológicas), outros grupos de necessidades dominariam o indivíduo hierarquicamente (ter, amar, ser), fazendo-o avançar em suas condições de bem-estar. Assim, sustenta-se que a QV se eleva numa escala de valores que avança desde a satisfação das necessidades básicas do ser humano em direção ao sentimento de bem-estar subjetivo e social (RODRIGUES, 2007).

Fleck (2008), em revisão de literatura, aponta que uma boa QV está presente quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo modificadas pela idade e pela experiência são satisfeitas. Para o autor, a definição de QV tem algumas implicações: (a) só pode ser descrita pelo próprio indivíduo; (b) precisa levar em conta vários aspectos da vida; (c) está relacionada aos objetivos e às metas de cada um; (d) a melhora está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objetivos; (e) as doenças e seus respectivos tratamentos podem modificar esses objetivos; (f) os objetivos necessariamente precisam ser realistas, já que o indivíduo precisa manter a esperança de poder atingi-los; (g) a ação é

necessária para diminuir a distância entre os objetivos e as expectativas, e essa ação pode se dar por meio do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros.

Paschoal (2004) propôs a seguinte definição “Qualidade de vida é a percepção de bem-estar de uma pessoa, que deriva de sua avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento” (p.62). Na mesma direção, Martin e Stockler (1998) sugerem que QV seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor a distância, melhor. É uma noção individual, produto da cultura definida pela sociedade, derivada da combinação dos graus de satisfação encontrados na vida familiar, amorosa, social, ocupacional, ambiental e existencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). É um conceito que se funde na literatura com bem-estar subjetivo. Também, não raramente, é tratado como sinônimo de satisfação com a vida e felicidade, embora existam *nuances* conceituais e estes não sejam intercambiáveis (BOWLING, 2005; FLECK, 2008; FRISCH, 2006).

1.6 Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na velhice

Na área da Gerontologia Social, prevalecem as associações entre QV na velhice, satisfação e atividade; na Psicologia, muitos estudos a relacionam às crenças de controle, auto-eficácia, bem-estar, competência social e cognitiva. Na Medicina, os critérios principais são longevidade, saúde e capacidade funcional. Na Bioética, prevalecem avaliações de autonomia e dignidade (NERI, 2005).

Embora as percepções de bem-estar e de QV tenham muitos componentes subjetivos, a literatura aponta alguns fatores objetivos relevantes. Segundo a OMS, “à medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 14). De acordo com revisão de literatura de Neri (2006a), a idade é um fator que pode influenciar a QV. Idosos jovens, entre 60 e 70 anos, que dispõem de condições socioeconômicas razoáveis e condições para a continuidade de papéis geralmente apresentam bons níveis de bem-estar subjetivo. Contudo, nos anos mais avançados da velhice, a diminuição da plasticidade comportamental e da resiliência biológica aumentam a vulnerabilidade aos eventos estressores, incapacidades e morbidades.

A pobreza, a baixa escolaridade e o baixo nível ocupacional expõem os idosos ao risco de sofrer maus tratos, abandono, violência, acidentes, discriminação nos serviços

públicos, catástrofes naturais, dentre outros eventos adversos que têm potencial de evocar e intensificar emoções negativas. No entanto, é importante lembrar que os indivíduos não sofrem passivamente os efeitos dos eventos críticos. De formas variadas, eles agem sobre os eventos, interagem com as influências dos contextos socioculturais e podem modificá-los por meio de suas ações. Estas ações são respostas da percepção entre aquilo que esperavam e aquilo que obtiveram no curso de desenvolvimento (NERI; FORTES, 2006).

O bem-estar subjetivo é um constructo complexo que envolve relações entre fatores objetivos e subjetivos. Essas relações são multivariadas e explicam as inúmeras maneiras como os idosos avaliam sua QV ainda que condições objetivas sejam contrárias aos relatos. Quanto mais rico e flexível for o *self*¹ para interpretar experiências e lidar com o ambiente, maior o bem-estar subjetivo. Conhecimento, capacidade de generalização e flexibilidade para criar estratégias para lidar com os problemas são fundamentais para elevar a QV. “Quanto mais estruturado o sistema de competências do *self*, melhor será a adaptação dos idosos e melhor poderão lidar com a velhice” (NERI, 2007b, p. 29). Os princípios fundamentais de um envelhecimento com QV descrevem o idoso como pró-ativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis à adaptação e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar num mundo mutante e nem sempre propício (FIERRO, 2004).

Existe expressiva variabilidade quanto à maneira como os idosos respondem a experiências positivas ou negativas. Essa variabilidade é afetada por mecanismos internos em interação com recursos sócio-ambientais (LEVENTHAL et al., 1997; NERI, 2006b; NERI, 2007b). Dados de pesquisas sociológicas, econômicas e epidemiológicas apontam que as variáveis objetivas como nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero, idade e saúde são preditivos insuficientes para determinar a QV como um todo. “Explicações mais satisfatórias são alcançadas quando as variáveis objetivas são consideradas junto com aspectos subjetivos” (NERI, 2007b, p. 14). Ponderar fatores objetivos interagindo com os subjetivos ajuda no entendimento da atividade, envolvimento social, produtividade e a manutenção da saúde física e da funcionalidade, mesmo sob condições objetivas adversas dos idosos (NERI, 2007b).

De acordo com Lawton (1991), o bem-estar subjetivo é um dos domínios da QV na velhice. O modelo multidimensional construído por este autor foi gerado em ambiente de cuidado a idosos e leva em consideração quatro domínios inter-relacionados:

¹ *Self* é produto de um processo de construção social e pode ser definido como um sistema multifacetado de estruturas que regulam e medeiam o comportamento orientado aos mundos interno e externo.

1. Competência comportamental: representa a avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. É referenciada a normas ou parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais e comporta vários graus de objetividade na observação. Medidas de capacidade funcional são as mais correntes em Geriatria.
2. Condições ambientais: dizem respeito ao contexto ecológico e ao construído pelo homem e tem relação direta com a competência comportamental. O ambiente construído deve oferecer aos idosos adequadas condições de acesso, manejo, conforto, segurança, variabilidade, interesse e estética. Isso inclui a disponibilidade de instrumentos, equipamentos e adaptações construtivas nas cidades, organizações e nas residências.
3. Qualidade de vida percebida: refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Seus principais indicadores são: saúde percebida, doenças relacionadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição e senso de auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo.
4. Bem-estar subjetivo: reflete a avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. É referenciado a dois tipos de indicadores, cognitivos e emocionais. Os cognitivos incluem satisfação global com a vida e a satisfação referenciada a domínios (Ex.: saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade). Os emocionais incluem medidas de estados afetivos positivos ou negativos (NERI, 2005, p. 164).

Especialistas sobre envelhecimento defendem que o bem-estar subjetivo inclui avaliação global e de domínios específicos de satisfação, tais como saúde física e mental, relações sociais e espiritualidade, além de afetos positivos e negativos. As avaliações subjetivas de QV são mediadas por um sistema de predisposições que determina o nível de excitabilidade, intensidade e qualidade das respostas emocionais. O aspecto central da QV e do bem-estar subjetivo é a avaliação feita pelo indivíduo com base em critérios pessoais, padrões e expectativas sociais mediante a um critério de comparação (LAWTON, 1991, NERI, 2007b).

Quando idosos reportam sobre sua QV por meio de instrumentos de medida, a discrepância percebida entre as suas expectativas e a realidade sobre o que são, têm e fazem são transformadas em dados quantitativos. No caso da satisfação com a vida, as comparações são feitas por meio de valores pessoais e socioculturais, com base no passado e em outras pessoas da mesma idade (BOWLING, 2005). Quando há harmonia entre o real e o esperado, o balanço entre emoções positivas e negativas são favorecidas e o idoso tende a elevar os sentidos de controle, auto-eficácia e autoestima. “O senso de ajustamento pessoal é, assim, um elemento que interage com a satisfação e com as emoções. Em conjunto, eles interagem com o senso de qualidade de vida” (NERI, 2007b, p. 24).

Carstensen e colaboradores (2000) conduziram um estudo descritivo enfocando a frequência, intensidade, complexidade e consistência da experiência emocional na vida cotidiana de pessoas com idades entre 18 e 94 anos (n=184). Os resultados mostraram que ser mais jovem não estava relacionado com a frequência de experiências emocionais positivas. Adultos mais velhos com até 60 anos experimentavam tantas emoções positivas quanto os adultos jovens, contudo, os mais velhos experimentavam menos emoções negativas. Também, entre os mais velhos, os períodos de experiência emocional positiva foram mais duradouros e os de experiências emocionais negativas foram menos estáveis. Ao longo da vida, existem relações recíprocas entre emoções e satisfação, indivíduos que conseguem alcançar um equilíbrio favorável entre afetos positivos e negativos e uma boa satisfação geral tendem a otimizar a qualidade de sua vida (FRISCH, 2006).

Os domínios mais importantes para cada fase da vida singularizam a avaliação de QV nas diferentes etapas do ciclo vital. Os domínios, ora extremamente importantes, ora menos, têm relação com o funcionamento global das pessoas e com suas relações com a sociedade. Bowling (1995) apontou que, na determinação de QV, idosos diferem das outras faixas etárias por atribuírem menor importância a alguns domínios considerados importantes pelos mais jovens. Com o objetivo de determinar tais domínios, a autora analisou as respostas espontâneas sobre fatores importantes (bons ou maus) na vida de pessoas com 16 anos ou mais. Os resultados mostraram que a saúde era avaliada como fator importante por 65% dos indivíduos com idade entre 65 e 75 anos e por 38% dos indivíduos entre 45 e 55 anos; o padrão de vida foi mencionado por 63% dos indivíduos entre 45 e 55 anos e 35% daqueles com idade superior a 75 anos; a habilidade para o trabalho era citada por 22% dos indivíduos entre 45 e 55 anos e 4% dos idosos entre 65 e 75 anos. Nesse estudo, a avaliação positiva da vida como "muito boa" ou "a melhor que poderia" não se relacionava a ser mais jovem, ao contrário, os mais velhos tinham percepções melhores.

Farquhar (1995) investigou definições sobre QV em indivíduos acima de 65 anos por meio de cinco perguntas abertas padronizadas:

1. Como o(a) senhor(a) descreve a sua qualidade de vida? Baseado em que fatores o(a) senhor(a) pensa nisso?
2. Que fatores acrescentam qualidade à sua vida?
3. Que fatores retiram qualidade de sua vida?
4. Que fatores fazem a sua qualidade de vida melhor?
5. Que fatores fazem a sua qualidade de vida pior? (Farquhar, 1995, p. 1442)

Os dados foram analisados para as faixas etárias entre 65 e 85 anos e acima de 85 anos, e entre regiões da Inglaterra (Essex e Hackney). A avaliação geral de QV não variou entre as faixas etárias e a maioria dos entrevistados a considerou positiva ou muito positiva (67% dos indivíduos de Hackney entre 65 e 85 anos e 56% com mais de 85 anos; e 69% dos indivíduos de Essex). Entre os fatores que determinavam uma percepção positiva de QV, os idosos destacaram, em ordem de importância: contato social, saúde/mobilidade/habilidade, circunstâncias materiais e atividades. Os indivíduos com percepção negativa afirmam que a desesperança, saúde ruim, infelicidade, desejo de ser mais jovem e circunstâncias materiais levavam a piora da QV. Os itens importantes para melhorar a QV citados foram família com crianças, atividade, contatos sociais, saúde e circunstâncias materiais.

Evans e colaboradores (2005) organizaram grupos de discussão com profissionais e idosos, no intuito de gerar itens relevantes para o desenvolvimento de um instrumento para aferição de QV em idosos, o *Quality of Life in Later Life* (QuiLL). A investigação foi feita por meio de questões abertas sobre mudanças de vida decorrentes do envelhecimento, fatores que favorecem ou desfavorecem a QV em idosos e fatores que a implementariam (se presentes e ou ausentes). Os pesquisadores perceberam que os determinantes de QV agrupavam-se em quatro domínios específicos da velhice – autoestima, disposição, modo como é tratado pelos outros, transporte e mobilidade – e oito domínios não específicos da velhice – ocupação do tempo, lazer, vida social, saúde, finanças, ambiente em que vive, segurança, fé e religião. Nos relatos dos profissionais, os autores observaram que havia ênfase às perdas e não às capacidades preservadas. Os fatores relacionados à dignidade e autonomia foram citados como determinantes. Além disso, houve tendência dos profissionais avaliarem a QV dos idosos de maneira mais negativa do que a percepção dos próprios idosos.

No Brasil, Fleck, Chachamovich e Trentini (2003), seguindo metodologia padronizada pelo WHOQOL Group, realizaram estudo com cinco grupos focais. Por meio de método amostral de conveniência, dezoito idosos e cinco cuidadores forneceram dados sobre aspectos de QV de idosos. Os grupos focais dividiram-se em: idosos doentes com idade entre 60 e 80 anos, idosos saudáveis com idade entre 60 e 80 anos, idosos saudáveis com mais de 80 anos, idosos doentes com mais de 80 anos e cuidadores. Os autores observaram que os idosos doentes, com idade entre 60 e 80 anos, definiram QV em termos de bem-estar, dinheiro e sentir-se bem e colocaram como importantes a saúde e o oferecimento de suporte social aos outros. Idosos da mesma faixa etária, que se consideravam saudáveis, definiram QV em termos de ter alegria na vida, amor e amizade e deram importância às atividades voluntárias,

religião, saúde, relacionamento com a família, atividade, suporte social, convívio, aprendizado, leitura e comer bem. No caso dos idosos mais velhos, com mais de 80 anos, os saudáveis definiram QV como saúde, espiritualidade e ter boas condições de vida, também mencionaram a importância da participação social e da sensação de felicidade. Por outro lado, os idosos com mais de 80 anos doentes definiram a QV em termos de independência, cognição, liberdade e saúde, seus componentes importantes foram saúde (especialmente a mental), motivação, contato com filhos e netos, comer bem e dinheiro. Os cuidadores definiram QV como viver bem (sem doenças), ter atividade intelectual, expectativas para o futuro e ser respeitado.

Paschoal (2004) realizou um estudo, na cidade de São Paulo/SP, com 193 idosos em situação de saúde e enfermidade, para levantamento de determinantes de boa ou má QV para a construção de um instrumento de medida. Os participantes foram entrevistados em duas fases. Na primeira, chamada de *fase espontânea*, os idosos foram solicitados a dizer quais fatores melhoravam a sua QV e quais a pioravam, levando em conta a fase do ciclo vital que estavam vivenciando. Na segunda fase, chamada de *estimulada*, quando os entrevistados não se lembravam de mais nenhum fator, uma lista de itens gerada anteriormente (PASCHOAL, 2000) era apresentada e, para os itens que não haviam sido identificados espontaneamente na primeira fase, perguntava-se quais melhoravam e quais pioravam a QV. Um dado interessante do estudo de Paschoal (2004) foi o agrupamento dos itens citados pelos idosos em:

- (a) *Itens de unanimidade*: neste grupo, os itens foram considerados por todos os respondentes, sem exceção, como determinantes de boa ou má QV. Por exemplo, 100% dos entrevistados diziam que saúde, alegria, disposição, poder cuidar de si mesmo, ter paz e tranquilidade eram importantes para uma boa QV. Por outro lado, o abandono da família, a falta de lugar para morar, as más companhias, os desentendimentos com a família e a falta de higiene foram determinantes de má QV.
- (b) *Itens não-problemáticos*: neste grupo, nem todos os respondentes consideravam o item como determinante de QV. No entanto, para os indivíduos que o consideravam, não havia discordância sobre sua influência (positiva ou negativa). Por exemplo, havia idosos que não achavam importante morar bem, ter boa aposentadoria, sentir que os filhos estão bem e ter fé em Deus, mas, entre os que achavam importante, todos consideravam que estes eram determinantes de boa QV. Para este grupo, falta de memória, mau humor,

depressão e falta de respeito da sociedade com os idosos foram considerados determinantes de má QV.

- (c) *Itens de maioria*: neste grupo, os itens foram avaliados em concordância por pelo menos 95% dos idosos. Por exemplo, a maioria dos idosos mencionou que fazer o bem (solidariedade), ter facilidade para dormir e fazer atividades físicas eram determinantes de boa QV, por outro lado, existiam aqueles que consideravam tais itens como determinantes negativos. Também, existia uma minoria que não achava ruim ter vícios, comer mal, não fazer nada e solidão.
- (d) *Itens polêmicos*: neste grupo, os itens não eram avaliados da mesma forma pelos idosos. Por exemplo, não havia um consenso de que ter relação sexual, dirigir automóvel, namorar, tomar conta de netos, não ter hora para dormir, morar com familiares (noras, genros, filhos, netos etc.) e usar transporte público eram importantes para determinar a QV e se estes eram desejáveis como presentes ou ausentes.

Os itens de maioria e os polêmicos ilustram como as percepções podem variar bastante entre os sujeitos. Os dados do estudo de Paschoal (2000; 2004) levaram Paschoal, Jacob Filho e Litvoc (2007; 2008) a determinarem oito domínios de QV dos idosos no contexto brasileiro, são eles: saúde física, capacidade funcional/autonomia, psicológico, social/família, econômico, hábitos/estilos de vida, espiritualidade/transcendência e meio ambiente.

Xavier e colaboradores (2003) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar a prevalência de octogenários que avaliavam sua QV como preponderantemente positiva (ou negativa) e quais eram os aspectos determinantes desta percepção. Idosos com mais de 80 anos (n=77) residentes em Veranópolis/RS foram entrevistados por meio de três instrumentos, um questionário semi-estruturado de QV, a *Geriatric Depression Scale* (GDS) e o Índice de Saúde Geral *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). Os resultados revelaram que mais da metade da amostra (57%) definia sua QV como positiva e apenas 18% como negativa. Comparados com os satisfeitos, os insatisfeitos tinham mais problemas de saúde e mais sintomas depressivos. A maior fonte de bem-estar no dia a dia era o envolvimento com atividades rurais ou domésticas. Os determinantes de uma QV positiva foram saúde satisfatória (43%), bom relacionamento com familiares (32%) e segurança financeira (28%). Por outro lado, os fatores negativos mencionados foram problemas de saúde (96%), trabalho (17%) e insatisfação com família e amigos (13%).

Marrano, Moreira e Simões (2006) conduziram uma investigação no município de Piracicaba/SP com o objetivo de identificar o significado de QV de uma comunidade idosa de imigrantes italianos. A amostra incluiu 13 mulheres praticantes de atividades físicas, com idades entre 52 e 76 anos, que se manifestaram frente à seguinte questão: “O que significa para você qualidade de vida?”. Os resultados encontrados foram: 84,6% dos sujeitos acreditavam que a prática de atividades físicas era importante em suas vidas para que se sentissem bem, em especial a prática de hidroginástica, dança e caminhada; 61,6% indicaram que QV é ter saúde para realizar atividades de lazer, integrar-se na vida comunitária e estar bem emocional e corporalmente; 46,1% associaram à boa convivência familiar; e finalmente 30,7% relacionaram ao direito de ser cidadão com acesso ao trabalho, a um salário digno, direito às férias e à assistência médica.

Segundo Neri (2006a), uma boa QV na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Os resultados das pesquisas a pouco descritas evidenciam que dentre os itens priorizados, os sujeitos colocaram necessidades afetivas, espirituais e cognitivas além de necessidades materiais. Uma velhice satisfatória resulta da qualidade de interação entre pessoas em mudança, vivendo em uma sociedade em mudança. Essas transformações abrangem todo o curso de vida e são contextualizadas por fatores histórico-culturais e fatores ligados à história de vida individual (NETUVELI; BLANE, 2008). Avaliar a QV na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicologia e sócio-estrutural.

Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos) (NERI, 2006a, p. 9-10).

Calman (1984), ao definir a QV como a distância entre as expectativas e as realizações, colocou que o indivíduo pode atingir um bom nível buscando um aumento de suas realizações ou diminuindo suas expectativas. Aquele que se volta para a busca da realização sente a satisfação com o sucesso. Por outro lado, o que reduziu suas expectativas experimenta a satisfação por meio da resignação. Ambos estão satisfeitos, embora, qualitativamente, as experiências do sucesso e da resignação sejam afetivamente diferentes. Segundo Fleck (2008), existem circunstâncias para as quais a estratégia mais viável é a resignação. Embora o autor não tenha citado claramente quais são estas circunstâncias, com o

envelhecimento e o decorrente aumento da vulnerabilidade, poderíamos concluir, não genericamente, que as pessoas idosas estão mais vulneráveis à resignação.

Ainda que o envelhecimento leve a maior susceptibilidade às condições adversas do meio social, afetivo e de saúde, e que muitos idosos apresentem, pelo menos, uma doença crônica, nem todas as pessoas que envelhecem estão limitadas por estas doenças. Com suas enfermidades controladas, muitos indivíduos expressam satisfação com a vida. O bem-estar pode ser atingido por fatores subjetivos, muitas vezes difíceis de serem observados, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003).

Os aspectos subjetivos da QV podem diferir e variar não apenas de pessoa para pessoa, mas também com relação à própria pessoa nas diversas etapas de sua vida (ROLIN, 2005). A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença crônica, um distúrbio mental ou um acidente são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a QV e a independência funcional. O bem-estar na velhice seria o produto do equilíbrio entre várias dimensões, sem necessariamente constituir inexistência de problemas (RAMOS, 2003).

Assis (2004) observa que, para as dimensões mais tangíveis de QV, cabem às políticas públicas garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação) e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programas de distribuição de medicamentos e programas educacionais como as UATIs. Especialmente sobre este último, Formosa (2010) afirma que “a UATI representa um esforço extremamente louvável para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas ao lidar com o aumento da longevidade e contestar as suposições errôneas de associação do envelhecimento com declínio físico e mental predestinado” (p. 11). Queiroz e Papaléo Netto (2007) acrescentam que “a sociabilidade e a educação são dois dos maiores responsáveis pela promoção do envelhecimento saudável e como consequência, pela melhora da qualidade de vida” (p. 814).

1.7 Sobre a qualidade de vida dos alunos das Universidades Abertas à Terceira Idade

Buscamos na literatura estudos que tratavam, em seus objetivos gerais ou específicos, da avaliação da QV genérica, bem-estar subjetivo ou satisfação com a vida de

alunos de programas multidisciplinares denominados Universidade Aberta à Terceira Idade² (UATI)³. Os trabalhos encontrados são apresentados na Tabela 1.

Neste momento, vale a observação de que foram excluídas todas as pesquisas cujo tipo de análise estava voltado para um único domínio da QV ou que tinham outros indicadores de avaliação, como depressão, habilidades sociais, mudanças de hábitos alimentares e prática de atividades físicas. Trabalhos cujos dados foram divulgados mais de uma vez, em formato de monografia e artigo (IRIGARAY, 2006; CASTRO, 2007; CASTRO et al. 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; 2008b) ou em artigos diferentes cujos mesmos dados foram usados para análises com objetivos diferentes (ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA; KĘDZIORA-KORNATOWSKA; CIEMNOCZOŁOWSKI, 2010; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA et al. 2011) não serão descritos em duplicidade. O critério para escolha foi priorizar publicações em periódicos especializados recentes que tratavam com maior detalhamento da variável de interesse.

² Foram inclusos os programas denominados Universidade Aberta à Terceira Idade, os programas multidisciplinares oferecidos dentro deste programa (Assis, 2004) ou programas similares com características e objetivos muito semelhantes, que têm características do modelo britânico, como o estudo de Loeser (2006).

³ Por se tratar de revisão de literatura, temos variações como: Universidade *Aberta* à Terceira Idade (UATI ou UnATI), Universidade *para a* Terceira Idade (UNITI) e Universidade *da* Terceira Idade (UTI ou U3A).

Tabela 1 - Trabalhos encontrados que tratavam, em seus objetivos gerais ou específicos, da avaliação da QV de alunos da UATI - busca realizada entre 2008 e 2011

ANO	AUTOR (ES)	TÍTULO	PUBLICAÇÃO	BASE
1996	ERBOLATO, R.M.P.L.	Impacto da universidade da terceira idade: modificações de vida relativas ao envelhecimento	Boletim de psicologia	LILACS
1997	MITCHELL, R.A.; LEGGE, V.; SINCLAIR-LEGGE, G.	Membership of the University of the Third Age (U3A) and perceived well-being	Disability and Rehabilitation	PsycArticles (APA) Medline Wiley Online Library
1998	ANDERSON; M.I.P. et al.	Saúde e qualidade de vida na terceira idade	Textos sobre Envelhecimento	Google Scholar
1998	CACHIONI, M.	Envelhecimento bem-sucedido e participação numa universidade para a terceira idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco	Dissertação - Universidade Estadual de Campinas, Campinas	Biblioteca Digital da UNICAMP
2001	LOURES, M.C.	Avaliação da depressão, do <i>stress</i> e da qualidade de vida em alguns idosos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás	Dissertação - Universidade de Brasília, Brasília	LILACS
2003	CRUZ, S.R.B.	Bem-estar subjetivo em adultos e idosos	Dissertação - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas	Biblioteca Digital da PUC/Campinas
2004	ASSIS, M.	Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ	Tese - Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ, Rio de Janeiro	LILACS
2004	MACHADO, F.F.	Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade do Sagrado Coração (UATI/USC): estudo de caso	Dissertação – Universidade Estadual Paulista, Botucatu	Produção Científica da UNESP
2006	LOESER, V.	Educação e envelhecimento: um curso na vida dos idosos de Porto Alegre	Dissertação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre	LUME - Repositório Digital da UFRGS
2007	CASTRO, P.C. et al.	Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) e do Programa de Revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos	Revista Brasileira de Fisioterapia	LILACS SciELO
2007	CIESLAK, F. et al.	Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade na cidade de Ponta Grossa – PR	Lecturas Educación Física y Deportes	Google Scholar
2007	DE LIMA, A.P. et al.	A visão de novos idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo (UATI/UNIFESP)	X Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde	Google Scholar
2007	JACOB, L.	A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida de seniores em Portugal	Medicina Avançada	Google Scholar

2008	ALVES, V.C.P.	<i>Stress</i> e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação	Dissertação - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas	Biblioteca Digital da PUC/Campinas
2008a	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade	Estudos de Psicologia (Campinas)	SciELO
2008b	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas	Psicologia: Teoria e Pesquisa	SciELO
2008	MELLO, A.N.	A qualidade de vida na fala dos egressos da Universidade Aberta à Terceira Idade / Universidade Federal de São Paulo (UATI / UNIFESP)	Dissertação – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo	Google Scholar
2010	LOURES, M.C. et al.	Women's quality of life: University of the Third Age, Goiás, Brazil	Revista de Salud Pública (Bogota, Colombia)	LILACS Medline
2011	SONATI, J.G. et al.	Body composition and quality of life (QoL) of the elderly offered by the "University Third Age" (UTA) in Brazil	Archives of Gerontology and Geriatrics	Academic Search Premier - ASP (EBSCO) PsycArticles (APA) Medline ScienceDirect (Elsevier)
2011	ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA H. et al.	The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A)	Archives of Gerontology and Geriatrics	Medline ScienceDirect (Elsevier)

Dentre os estudos, o mais antigo é de Erbolato (1996) e o mais recente de Zielińska-Więczkowska e colaboradores (2011). Percebemos que houve grande dispersão das investigações ao longo dos anos e aumento no número de pesquisas a respeito da temática. Provavelmente, este interesse ampliado ocorre por causa da expansão e maior visibilidade dos programas denominados UATIs oferecidos à população (VERAS; CALDAS, 2004).

Para uma melhor compreensão no que se refere à caracterização metodológica, o número de coletas, o programa (ou os programas, quando se trata de análises comparativas) avaliado e o local de estudo, apresentamos estes dados em formato de tabela (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da produção científica segundo a metodologia empregada, número de coletas, programa avaliado e local de estudo

ANO	AUTOR (ES)	METODOLOGIA EMPREGADA	NÚMERO DE COLETAS	PROGRAMA AVALIADO	LOCAL DO ESTUDO
1996	ERBOLATO, R.M.P.L.	Descritiva	1 coleta	UATI	Campinas (SP)
1997	MITCHELL, R.A.; LEGGE, V.; SINCLAIR- LEGGE, G.	Descritiva	1 coleta	U3A/Sidney	Sidney (Austrália)
1998	ANDERSON; M.I.P. et al.	Descritiva	1 coleta	Projeto de Promoção à Saúde na UnATI/UERJ	Rio de Janeiro (RJ)
1998	CACHIONI, M.	Descritiva	1 coleta	Universidade da Terceira Idade São Francisco Itatiba	Itatiba (SP)
2001	LOURES, M.C.	Quase-Experimental (antes e depois)	2 coletas t_0 = (início da UATI) t_1 = (término da UATI)	UNATI/ Universidade Católica de Goiás	Goiânia (GO)
2003	CRUZ, S.R.B.	Descritiva	1 coleta (transversal)	- UATI - Clube sócio-recreativo - Grupo Católica	Cidade do interior do estado de SP
2004	ASSIS, M.	Avaliação de Programa	2 coletas t_0 t_1 = (2 anos depois)	Projeto de Promoção à Saúde na UnATI/UERJ	Rio de Janeiro (RJ)
2004	MACHADO, F.F.	Descritiva	1 coleta	UATI/USC	Bauru (SP)
2006	LOESER, V.	Descritiva	2 coletas t_0 = (logo após) t_1 = (11 meses depois)	Espaço Aberto da Terceira Idade	Porto Alegre (RS)
2007	CASTRO, P.C. et al.	Quase-Experimental (antes e depois)	2 coletas t_0 = (início) t_1 = (término)	- UATI - REVT (programa de atividades físicas)	São Carlos (SP)
2007	CIESLAK, F. et al.	Descritiva	1 coleta	UATI	Ponta Grossa (PR)
2007	DE LIMA, A.P. et al.	Descritiva	1 coleta	UATI/UNIFESP	São Paulo (SP)
2007	JACOB, L.	Quase-Experimental (comparação entre grupos de alunos e não-alunos)	1 coleta	UTI	Santarém, Almeirim e Lisboa (Portugal)
2008	ALVES, V.C.P.	Descritiva	1 coleta	- UATI - Grupo religioso - Asilo	Região metropolitana de São Paulo (SP)
2008a	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Descritiva	1 coleta	UNITI/UFRGS	Porto Alegre (RS)
2008b	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Descritiva	1 coleta	UNITI/UFRGS	Porto Alegre (RS)
2008	MELLO, A.N.	Descritiva	1 coleta	UATI/UNIFESP	São Paulo (SP)

2010	LOURES, M.C. et al.	Quase-Experimental (antes e depois)	2 coletas t_0 = (início) t_1 = (término)	UNATI/UFG	Goiás (GO)
2011	SONATI, J.G. et al.	Descritiva	1 coleta	UATI /USP	Piracicaba (SP)
2011	ZIELIŃSKA- WIĘCZKOWSKA H. et al.	Descritiva	1 coleta	U3A	Bydgoszcz (Polônia)

Observamos que a maior parte dos estudos sobre a QV de alunos da UATI são descritivos com dados coletados em um único encontro (ALVES, 2008; ANDERSON et al., 1998; CACHIONI, 1998; CASTRO et al., 2007; CIESLAK et al., 2007; CRUZ, 2003; DE LIMA et al., 2007; ERBOLATO, 1996; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008b; JACOB, 2007; MACHADO, 2004; MELLO, 2008; MITCHELL; LEGGE; SINCLAIR-LEGGE, 1997; SONATI et al., 2011; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA et al., 2011) e a ênfase das investigações não é a avaliação do programa educacional UATI. Sobre os estudos que fizeram mais de uma coleta de dados, Assis (2004) realizou entrevistas com os alunos antes e após a intervenção, no entanto, o programa avaliado era um projeto com ênfase em promoção da saúde da UnATI/UERJ, ou seja, o foco da pesquisa não estava no programa educacional como um todo. Loeser (2006) realizou entrevistas logo após a intervenção e 11 meses depois, o que caracteriza um estudo de seguimento com análises qualitativas, porém, a falta de uma linha de base no início do estudo surge como uma limitação no que se refere a eficácia da intervenção. Apenas os estudos de Loures (2001) e Loures e colaboradores (2010) foram realizados com duas coletas, no início e ao término da intervenção. Os dados quantitativos e as análises estatísticas destes autores geraram apontamentos de eficácia do programa educacional UATI sobre a QV dos participantes.

Complementando a síntese das pesquisas, apresentamos os objetivos, os instrumentos para coleta de dados, a amostra e os resultados em relação à variável QV na Tabela 3.

Tabela 3 – Síntese das pesquisas com apresentação dos objetivos, instrumentos para coleta de dados, amostra e resultados em relação à variável QV

ANO	AUTOR (ES)	OBJETIVO	INSTRUMENTO PARA A MEDIDA DE QV	AMOSTRA	SÍNTESE DO RESULTADO RELACIONADO À VARIÁVEL DE INTERESSE
1996	ERBOLATO, R.M.P.L.	Identificar a percepção de mudanças na vida decorrente de cursar uma UATI	- Roteiro de entrevista semi-estruturado	n=24, divididos em três grupos: ex-alunos (n=8), alunos atuais (n=8) e ingressantes (n=8)	A maior parte dos participantes, em todos os grupos, relataram mudanças positivas relacionadas à participação na UATI.
1997	MITCHELL, R.A.; LEGGE, V.; SINCLAIR- LEGGE, G.	Descrever a percepção de bem-estar dos membros da U3A (estudo com ênfase em saúde)	- Short-Form 36 - Medical Outcomes Study (SF36)	n=975 (respostas por correio)	Escore obtido por meio do instrumento evidenciaram que os membros da U3A apresentam percepções de saúde física, mental e geral elevadas. Os autores acreditam que a U3A auxilia na percepção positiva do bem-estar.
1998	ANDERSON; M.I.P. et al.	Descrever os participantes do Projeto de Promoção à Saúde na UnATI/UERJ	- Roteiro de entrevista semi-estruturado construído com base no <i>Brazilian Old Age Schedule (BOAS)</i>	n=93	76% dos idosos informaram ter boa satisfação em viver e 66% disseram ter pelo menos um projeto para o futuro. Quanto ao nível de saúde e QV, houve prevalência de um padrão positivo.
1998	CACHIONI, M.	Identificar opiniões avaliativas sobre as mudanças no bem-estar subjetivo e autoimagem decorrentes da participação na UATI, iniciadas um ano antes	- Escala contendo três sessões de avaliação: atendimento das expectativas iniciais, contribuição para o próprio bem-estar e mudanças geradas nos outros a respeito do aluno.	n=40 (mulheres)	O programa apontou benefícios relacionados ao auto-conceito, senso de auto-eficácia, bem-estar subjetivo e perspectiva sobre o curso de vida.
2001	LOURES, M.C.	Avaliar a QV dos alunos da UNATI/UCG no início e término do curso	- Questionário de Qualidade de Vida Afetiva de Lipp e Rocha	n=85	Os níveis de QV dos alunos, antes e depois do curso, foram de 49,41% e 57,65%. Embora a mudança tenha sido positiva, não foi significativa.
2003	CRUZ, S.R.B.	Identificar fatores responsáveis pelo bem-estar subjetivo apontados por idosos participantes de diferentes grupos de convívio	- Escala do tipo Likert elaborada pela pesquisadora - 3 questões abertas	n=92, divididos em três grupos: UATI (n=54), clube recreativo (n=15) e grupo religioso (n=23)	As pessoas com satisfação mais elevada foram as que tinham índices mais elevados de escolaridade, sem relação com a participação ou não na UATI.
2004	ASSIS, M.	Avaliar o Projeto de Promoção à Saúde na UnATI/UERJ	- Roteiro de entrevista semi-estruturado construído com base no <i>Brazilian Old Age Schedule(BOAS)</i>	to: n=59 tl: n=41	Os indicadores sugeriram certo grau de estabilização considerado positivo em se tratando de população idosa.

2004	MACHADO, F.F.	Descrever o significado de vida dos alunos da UATI/USC	- Roteiro de entrevista semi-estruturado construído com base no <i>Brazilian Old Age Schedule (BOAS)</i>	n=60	Os participantes tinham características sócio-demográficas favoráveis e afirmaram estar satisfeitos com a vida; apresentavam gosto e prazer em viver, tinham interesse em aprender, conhecer e utilizar as novas tecnologias.
2006	LOESER, V.	Identificar as contribuições do programa na promoção da qualidade de vida dos idosos	- Diário de campo - Roteiro de entrevista semi-estruturado	n=23	Os idosos relataram utilizar os conhecimentos adquiridos para melhorar a QV, iniciando a prática de exercícios físicos, a mudança de hábitos alimentares e começaram a sair para passear, visitar amigos e realizar atividades culturais.
2007	CASTRO, P.C. et al.	Comparar dois programas, um restrito a atividades físicas (REVT) e outro interdisciplinar (UATI)	- Short-Form 36 - Medical Outcomes Study (SF36) - WHOQOL-BREF	n=70, divididos em dois grupos: UATI (n=57) e REVT (n=13)	Não havia evidências de superioridade de um programa interdisciplinar sobre um programa restrito a atividades físicas, ambos melhoraram a QV dos sujeitos.
2007	CIESLAK, F. et al.	Avaliar a qualidade de vida de mulheres idosas participantes do programa UATI	- WHOQOL-BREF	n=50 (mulheres)	O resultado geral de QV era satisfatório. Os domínios melhor avaliados foram o físico, o psicológico e as relações sociais.
2007	DE LIMA, A.P. et al.	Identificar a influência que UATI/UNIFESP causa na vida dos idosos	- Roteiro de entrevista semi-estruturado	n=4	Os idosos relataram melhoria na QV, no convívio social, na aparência, autoestima e aquisição de conhecimentos.
2007	JACOB, L.	Avaliar a influência da UTI na qualidade de vida dos participantes	- Short-Form 12 - Medical Outcomes Study (SF12)	n=150, divididos em dois grupos: alunos da UTI (n=75) e não-alunos (n=75)	Quanto à QV, os dados apontaram que 76% dos alunos da UTI a percebiam como “boa” ou “muito boa”, e apenas 23% da amostra de não-frequentadores da UTI a percebiam da mesma maneira.
2008	ALVES, V.C.P.	Identificar os sintomas de estresse e sua incidência, e relacioná-los ao nível da qualidade de vida nos grupos comparativos	- Inventário de Qualidade de Vida (IQV)	n=60, divididos em três grupos: UnATI (n=20), asilar (n=20) e religioso (n=20)	O nível de QV foi baixo para os três grupos (UnATI, asilar e religioso). Os praticantes religiosos tinham a melhor percepção da variável, seguido pelos alunos da UnATI.
2008a	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Relacionar o tempo de participação na UNITI/UFRGS e os aspectos de personalidade, depressão e qualidade de vida	- Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) - WHOQOL-BREF - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	n=103 (mulheres)	Foi encontrada diferença significativa entre o tempo de participação e as variáveis depressão e QV (domínios: físico, psicológico e social) que tendiam índices bons em pessoas com maior tempo de participação. Quanto aos fatores de personalidade, as diferenças encontradas não foram significativas.
2008b	IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.	Examinar as mudanças ocasionadas pela participação na UNITI/RS	- Roteiro de entrevista composto por questões abertas	n=103 (mulheres)	Os idosos relataram ausência de solidão, melhor autoestima, aquisição de conhecimentos, mais alegria, prazer em viver e conquista de um sentido de vida. A UNITI contribuiu positivamente para o bem-estar dos idosos, atuando como possível preditor de uma velhice bem-sucedida.

2008	MELLO, A.N.	Identificar mudanças na qualidade de vida dos alunos egressos da UATI/UNIFESP	- Roteiro de entrevista semi-estruturado	n=14	Os relatos dos participantes apontaram que a UATI tem alcançado seus objetivos no que tange melhoria da QV, integração social, reconstrução de planos de vida, desenvolvimento e transformação pessoal.
2010	LOURES, M.C. et al.	Avaliar a qualidade de vida das alunas da UATI	- WHOQOL-BREF - WHOQOL-OLD	n=38 (mulheres)	Em relação aos dados obtidos com o WHOQOL-BREF, houve melhora significativa nas pontuações gerais, mas não nos domínios. Em relação ao WHOQOL-OLD, houve melhora significativa para os domínios funcionamento dos sentidos e morte e morrer.
2011	SONATI, J.G. et al.	Descrever a qualidade de vida de alunos da UATI em diferentes faixas etárias	- WHOQOL-BREF	n=81, divididos em três grupos etários: 60-64 anos (n=21), 65-69 anos (n=29) e 70 anos ou mais (n=31)	As médias das pontuações de QV e dos domínios físico, psicológico e meio ambiente foram altas, mas diminuíam levemente nos grupos de maior idade. O domínio social apresentou resultado oposto, os idosos mais velhos foram os mais satisfeitos.
2011	ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA H. et al.	Descrever a qualidade de vida de alunos da U3A	- WHOQOL-BREF	n=237	Os escores médios de QV foram 13.87, 13.30, 13.55 e 13.67 pontos para os domínios físico, mental, social e ambiental, respectivamente. Os autores consideraram os escores satisfatórios para esta fase da vida.

Os estudos comparativos não evidenciaram maior eficácia da UATI em relação a outros programas com enfoque específico em participação social, recreação, religião ou atividades físicas (ALVES, 2008; CASTRO, 2007). Excetuando o trabalho de Cruz (2003), que apontou que as pessoas mais satisfeitas eram aquelas com índices elevados de escolaridade sem relação com a participação na UATI, todos os outros conjecturam que programas educacionais para idosos podem fomentar ou ao menos manter a QV dos participantes. No entanto, os escores elevados obtidos por meio de instrumentos variados e os depoimentos positivos não podem ser conclusivos no que se refere à eficácia das intervenções quando não se estabelece uma linha de base para a amostra.

Percebemos que a maior parte dos estudos não avaliaram a intervenção em si, mas investigaram associações entre QV e variáveis diversas como as sócio-demográficas, psíquicas e de saúde. A constatação de que ainda faltam investimentos em metodologias mais sofisticadas, pois os delineamentos com uma única coleta de dados são os mais abundantes até o momento, serviu de inspiração para este trabalho no qual realizamos investigação comparativa antes e depois da intervenção e um estudo de seguimento acerca da QV dos participantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o efeito do programa UATI na QV dos participantes idosos por meio de medidas:
 - Antes e após a intervenção (no início e término do ano letivo);
 - Ao término da intervenção⁴ e doze meses depois em um grupo de idosos que permaneceu no programa no ano seguinte e outro que não permaneceu.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos participantes da UATI;
- Descrever e comparar a QV dos idosos antes e após a intervenção (no início e ao término do ano letivo);
- Descrever e comparar a QV ao término do programa e doze meses depois (seguimento) em um grupo de idosos que permaneceu no programa no ano seguinte e outro que não permaneceu;
- Identificar a relação entre as médias das alterações em cada item de QV e características sócio-demográficas em cada grupo;
- Descrever os escores de satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) de idosos alunos e ex-alunos da UATI em coleta de dados em corte transversal e identificar diferenças destas variáveis entre os grupos;
- Identificar a relação entre características sócio-demográficas⁵, percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos participantes.

⁴Ao término do ano letivo.

⁵ As características sócio-demográficas utilizadas para esta análise foram idade, nível de escolaridade e pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009).

3 MÉTODO

3.1 Local e caracterização do programa Universidade Aberta à Terceira Idade deste estudo

O presente estudo foi realizado em São Carlos, um município de porte médio, situado na região central do estado de São Paulo a uma distância de 230 quilômetros da capital. Segundo dados do IBGE, em 2001, sua população era de 192.998 habitantes e, destes 10,53% tinham 60 anos ou mais. Em 2010, a população chegou a 221.936 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A UATI está inserida na Fundação Educacional São Carlos (FESC), uma instituição administrada pelo município que promove a educação de jovens, adultos e idosos em todos os ramos do saber. Neste espaço existem outros programas educacionais como a Universidade Aberta do Trabalhador (UNITrabalhador), Programa de Inclusão Digital (PID), Escola Municipal de Governo (EMG), Universidade Aberta do Brasil (UAB) e TV Educativa, além de projetos desenvolvidos em parceria com as universidades do município (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008).

A estrutura física da FESC conta com dois *campi*. O *campus* I localiza-se na região central da cidade, numa área com 16.000 m². Possui salas para administração, área externa verde, estacionamento e espaços esportivos: campo de futebol, pista de atletismo e saltos, pista de caminhada, quadra de vôlei de areia, parque infantil e vestiários masculino e feminino. Os espaços de ensino compreendem 7 salas de aula, 1 auditório, 2 salas de atividades físicas, 1 ateliê de artes, 1 tele-centro de informação e 1 biblioteca comunitária. O *campus* II localiza-se em um bairro antigo, na região sudoeste da cidade, e é uma obra eleita pelos moradores da grande Vila Prado no Orçamento Participativo. Com aproximadamente 600 m² de área, o local possui 1 sala para atividades culturais, 4 salas de aula, sala com computadores, saguão de entrada, área para convivência, espaço ao ar livre e sala para administração⁶.

A UATI foi aberta à comunidade em 1995, constituindo uma política pública de enfrentamento da exclusão por meio da democratização do conhecimento e da difusão dos valores de cidadania à medida que a população envelhece. Em 2005, com a inauguração do

⁶ Dados fornecidos pela instituição.

segundo campus, o mesmo programa foi disponibilizado em dois pontos do município. O objetivo geral da UATI é

Oferecer programa de educação permanente para pessoas adultas e idosas, com processos formativos nas áreas de saúde, cultura, esportes, lazer, cidadania e trabalho, permitindo a constante atualização de conhecimentos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e participação plena na sociedade (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008, p. 3).

O programa educacional está estruturado em quatro áreas curriculares pelas quais são estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

(a) Na área da Saúde,

- I. Proporcionar a compreensão do envelhecimento em sua dimensão biológica, psico-afetiva e social e dos cuidados na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde;
- II. Promover a identificação das aptidões corporais e das capacidades psicomotoras e de sua relação com o ambiente;
- III. Desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, através de atividades físicas, que proporcionem melhoramento na tonificação muscular, nos movimentos articulares e nas funções cardiorrespiratórias e na manutenção das habilidades motoras, para contribuir na continuidade da vida ativa, com maior grau de autonomia e independência (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008, p. 3).

(b) na área da Cultura:

- I. Facilitar o acesso ao processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- II. Estimular a capacidade criativa, aproveitar as potencialidades e os talentos na realização de atividades artístico-culturais;
- III. Resgatar e garantir a continuidade da identidade cultural da pessoa adulta e idosa, pelo registro e divulgação de sua memória (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008, p. 3-4).

(c) na área de Esportes/Lazer:

- I. Proporcionar a prática de atividades físicas, esportivas e lúdico-recreativas, visando a promoção da saúde e a facilitação do convívio e da integração;
- II. Fomentar a participação em espetáculos, eventos, passeios, visitas e viagens turísticas (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008, p. 4).

(d) na área de Cidadania/Trabalho:

- I. Favorecer o pleno exercício dos direitos do idoso, pelo conhecimento da legislação e das políticas públicas concernentes à pessoa idosa;

- II. Buscar formas de socializar e tornar produtivos para a sociedade o conhecimento adquirido e a experiência dos alunos, transformando-os em multiplicadores educacionais, especialmente para segmentos sociais em situações de risco;
- III. Criar mecanismos que favoreçam a qualificação e requalificação profissional;
- IV. Estimular a reinserção na vida socioeconômica, buscando formas de trabalho voluntário ou de complementação de renda (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008, p. 4).

O currículo escolar é organizado em módulos. O módulo I corresponde ao primeiro ano do curso, constituindo a parte fixa do currículo, no qual são oferecidas as disciplinas obrigatórias para os alunos ingressantes. As seis disciplinas que compõem este módulo são: *Fisioterapia e promoção à saúde I; Tai Chi – Chi Kung I; Cultura e memória; Artes cênicas I; Educação musical I; Expressão corporal I*. O módulo II equivale ao segundo ano do curso, no qual são oferecidas disciplinas optativas, de livre seleção pelos alunos para satisfação das diferentes necessidades de aprendizagem. Neste Módulo, algumas disciplinas exigem como pré-requisitos disciplinas obrigatórias do Módulo I, são elas: *Fisioterapia e promoção à saúde II; Tai Chi – Chi Kung II; Artes cênicas II; Educação musical II; Expressão corporal II*. Neste segundo ano, também é oferecida a disciplina *Cidadania e terceira idade*.

Em ambos os módulos, a grade curricular é organizada em dois turnos, matutino (das 8 às 10h) e vespertino (das 14 às 16h), em três dias da semana com duas aulas de 50 minutos. Caso exista interesse do aluno, após os horários das disciplinas ocorrem oficinas com temas artístico-culturais e de promoção à saúde. A seguir, apresentamos os objetivos e ementa das disciplinas oferecidas:

DISCIPLINA - FISIOTERAPIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE I e II

Objetivos: Promover o auto-conhecimento e o auto-cuidado na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Iniciar exercícios de fisioterapia preventiva, promovendo domínio do corpo e segurança.

Ementa: O processo de envelhecimento e suas características biológicas e físicas. As patologias mais comuns na terceira idade e sua relação com o sedentarismo. Riscos de acidentes no lar. Fatores predisponentes a traumatismos ortopédicos. Noções de anatomia de articulações mais importantes. Prática de exercícios: flexibilidade, respiração, esquema corporal, equilíbrio.

DISCIPLINA - TAI CHI – CHI KUNG I e II

Objetivos: Possibilitar ao aluno o relaxamento corporal e o despertar da energia curativa, bem como o fortalecimento dos órgãos interiores.

Ementa: Fang son gong (relaxamento). Filosofia taoísta. Quiang zhuang gong (fortalecimento da energia interior). Pai to (auto-massagem e fortalecimento dos órgãos internos).

DISCIPLINA - CULTURA E MEMÓRIA

Objetivos: Resgatar e registrar a história da pessoa idosa e proporcionar o diálogo com o mundo contemporâneo.

Ementa: Histórias de vida e identidade cultural. Registro e difusão da memória da pessoa idosa. Identidade local e globalização.

DISCIPLINA - ARTES CÊNICAS I e II

Objetivos: Possibilitar formas diferentes de criação espontânea com concentração na busca de elementos para a concretização do imaginário. Utilizar o jogo dramático para dinamizar o campo sensível (sensibilidade, percepção, criatividade, espontaneidade) e o campo intelectual (senso estético, senso crítico).

Ementa: Formas de criação espontânea e concretização do imaginário. Jogos dramáticos de desinibição, integração, percepção sensorial, de imaginação e criatividade.

DISCIPLINA - EDUCAÇÃO MUSICAL I e II

Objetivos: Estimular a capacidade criativa, aproveitar as potencialidades e os talentos dos idosos na realização de atividades musicais.

Ementa: Exercícios rítmicos e melódicos. Exercícios de relaxamento para aquecimento e extensão vocal. Exercícios vocais. Exercícios musicais. Canto. Bandinha rítmica. Audição musical.

DISCIPLINA - EXPRESSÃO CORPORAL I e II

Objetivos: Resgatar a identidade corporal e a autoestima.

Ementa: Movimentos e exercícios simples com música. Atividades corporais expressivas e criativas.

DISCIPLINA - CIDADANIA E TERCEIRA IDADE

Objetivos: Introduzir e problematizar as questões sócio-culturais relativas à velhice. Contribuir para a ampliação da participação do idoso na vida social.

Ementa: O processo de envelhecimento, suas teorias e seus aspectos biopsicossocial e cultural. A relação intergeracional e familiar. O mundo do trabalho e do pós-trabalho. A Política Nacional do Idoso. Ações de apoio à pessoa idosa: programas e projetos (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008).

Para que o aluno seja considerado um formando é necessária frequência mínima de 75% (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2008).

3.2 Período do estudo

A coleta de dados do estudo de seguimento e do estudo quase experimental foram realizadas concomitantemente⁷.

No estudo de seguimento, o primeiro conjunto de entrevistas foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2008, ao término do ano letivo, e o segundo conjunto, um ano depois, nos mesmos meses do ano de 2009.

No estudo quase experimental, as entrevistas iniciais (no início do ano letivo) foram feitas em março de 2009 e as entrevistas finais (ao término do ano letivo) ocorreram em novembro e dezembro do referido ano.

⁷ Portanto os grupos do estudo de seguimento e do estudo quase experimental não são compostos pelos mesmos indivíduos.

3.3 Participantes

Nosso estudo contou com a participação de 56 sujeitos de pesquisa oriundos dos dois campi, divididos em grupos, assim denominados:

- Grupo de alunos da UATI-2008 (GA₂₀₀₈): formandos do Módulo 1 da UATI em 2008 que optaram por continuar no programa em 2009, após o término do módulo obrigatório (Módulo 1);
- Grupo de ex-alunos da UATI-2008 (Gex-A₂₀₀₈): formandos do Módulo 1 da UATI em 2008 que não continuaram no programa em 2009, após o término do módulo obrigatório;
- Grupo de alunos da UATI-2009 (GA₂₀₀₉): formandos do Módulo 1 da UATI em 2009.

Os critérios de inclusão foram:

- ter completado os dois semestres do Módulo 1 do curso com a frequência mínima de 75% exigida e, por mérito, ter seu certificado de conclusão de curso expedido pela instituição;
- ter 60 anos ou mais, ou seja, ser considerado cronologicamente um idoso segundo critérios preconizados pela OMS;
- aceitar pessoalmente participar como sujeito de pesquisa de forma livre e esclarecida.

A UATI estudada conta com a participação de alunos adultos (maiores de 40 anos) e idosos (maiores de 60 anos). Com o auxílio da secretaria da instituição, fizemos um levantamento de todos os possíveis componentes do GA₂₀₀₈ e Gex-A₂₀₀₈ em 2008 e GA₂₀₀₉ em 2009. Todos os alunos da UATI que atendiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. A Figura 1 apresenta a composição das amostras frente ao universo de alunos da UATI matriculados no Módulo 1 nos anos de 2008 e 2009, bem como o contingente de sujeitos que não fizeram parte de banco de dados por recusa de participação, idade inferior a 60 anos ou não cumprimento da frequência mínima.

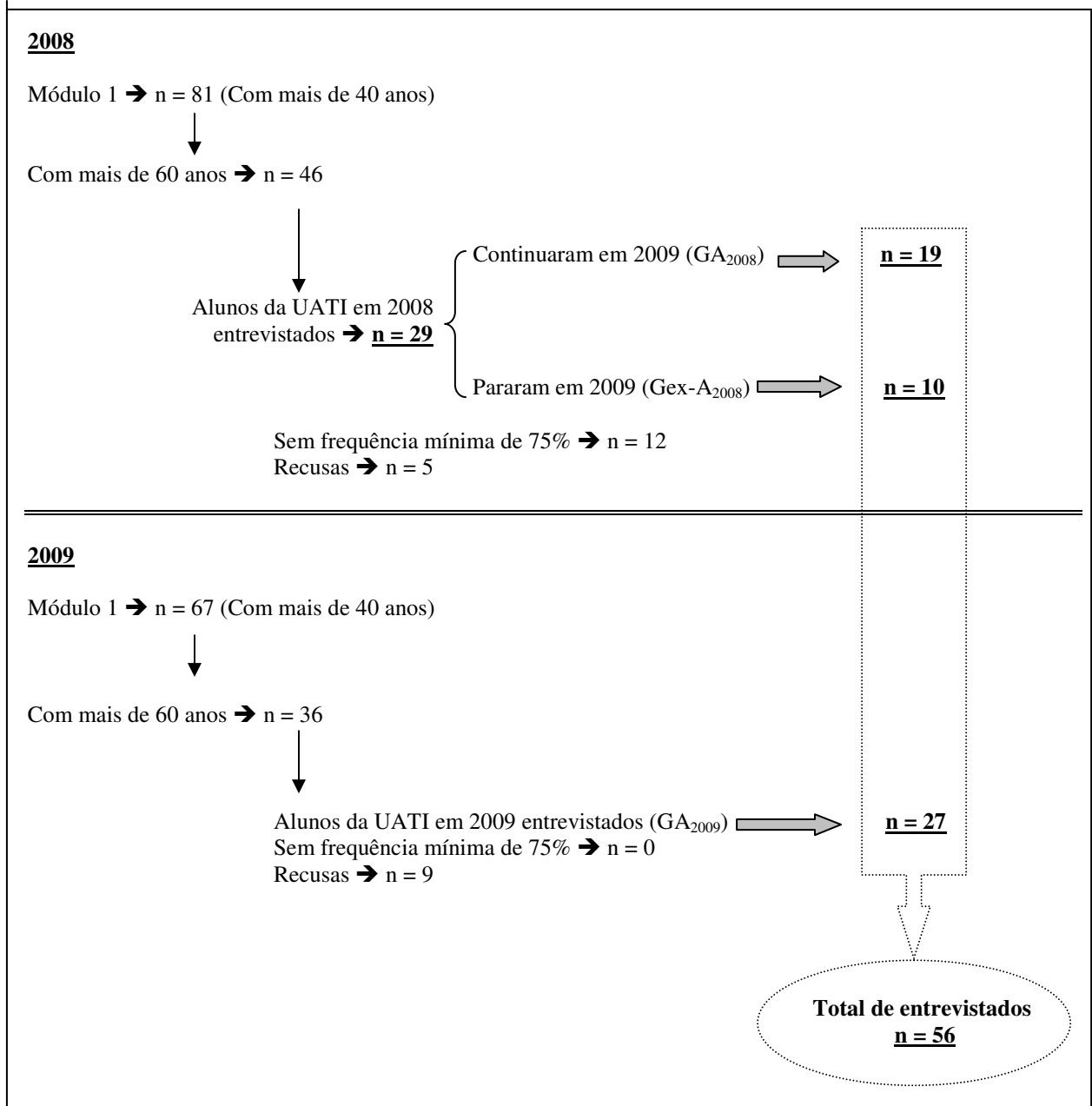


Figura 1 – Composição das amostras frente ao universo de alunos da UATI matriculados no Módulo 1 nos anos de 2008 e 2009

3.4 Instrumentos

3.4.1 Ficha de Caracterização do Idoso

A Ficha de Caracterização do Idoso (ANEXO A) teve como finalidade a coleta de dados pessoais e sócio-demográficos dos idosos. Para o preenchimento da ficha, solicitamos os seguintes dados: nome, endereço, telefone, local da intervenção (*campus* 1 ou

2), sexo, idade, habilidade de leitura e escrita, escolaridade, estado conjugal, número de filhos, estrutura familiar (quem eram as pessoas que moravam com o idoso na mesma casa), problemas de saúde (se apresentava ou não algum problema de saúde) e participação em grupo religioso (se frequentava ou não uma instituição, ao menos quinzenalmente – dado complementar para caracterização).

3.4.2 Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO B) é utilizado para avaliar o nível socioeconômico, por meio do poder aquisitivo familiar, baseando-se na quantidade de posse de bens de consumo duráveis, do grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a presença de empregada doméstica. Este critério divide a população em oito níveis (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E) cuja renda média familiar estimada nos anos de 2006 e 2007 é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Estimativa da renda média familiar por níveis socioeconômicos

NÍVEL	RENDA MÉDIA FAMILIAR EM REAIS (R\$)
	2007
A1	14.250
A2	7.557
B1	3.944
B2	2.256
C1	1.318
C2	861
D	573
E	329

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009, p. 3.

Os critérios para classificação social no Brasil foram estabelecidos pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA), pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) e pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) com base no levantamento socioeconômico de 2006 e 2007 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009)⁸.

⁸ Embora a coleta de dados tenha sido iniciada em 2008, foi possível utilizar o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2009 pois este era composto pelas mesmas questões exceto uma, a quantidade de aspiradores de pó que existiam na residência do entrevistado. A mudança na distribuição dos pontos e a alocação dos sujeitos nos níveis econômicos foram reorganizadas pela pesquisadora em 2009 para uniformidade e atualização dos dados para todos os grupos.

3.4.3 Escala de Qualidade de Vida

A Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA) (ANEXO C) é uma escala de QV cujos 13 itens de avaliação (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e vida em geral) foram selecionados a partir de revisão da literatura em populações geriátricas e de indivíduos com doenças crônicas. Os itens do instrumento devem ser quantificados pelo participante em uma escala de quatro pontos, atribui-se 1 para “ruim”, 2 para “regular”, 3 para “bom” e 4 para “excelente”. A pontuação geral mínima é de 13 e a máxima de 52. Os índices mais elevados denotam melhor QV (LOGSDON et al., 1999; NOVELLI, 2003; 2006).

A escala foi traduzida, adaptada transculturalmente para a cultura brasileira e validada por Novelli (2003; 2006). Justificamos a escolha do instrumento por este ter sido elaborado a partir de revisão da literatura de QV em populações geriátricas e ter sido validado para a cultura brasileira tanto para idosos com alterações cognitivas quanto para seus cuidadores que não necessariamente apresentam problemas de saúde ou idade superior a 60 anos, sendo assim, é adequado para qualquer pessoa adulta. Também, visto que na população mundial, taxas médias de prevalência de demência variam de 1,17% na faixa de 65-69 anos, a 54,83% na faixa acima de 95 anos (LOPES, BOTTINO, 2002), e que Inouye (2008) encontrou, em sua pesquisa de Mestrado, 2 indivíduos da UATI entre os 53 participantes diagnosticados com demência tipo Alzheimer, buscamos um instrumento que não excluísse nenhum idoso do programa de intervenção educacional como sujeito de pesquisa.

Em termos de rapidez e facilidade de compreensão, o instrumento é bastante apropriado e leva em consideração domínios de relevância específica para a população idosa, bem como domínios genericamente importantes (Tabela 5). Na validade de critério, a escala apresenta correlações significativas com o instrumento clássico da OMS, o WHOQOL-breve (NOVELLI, 2006).

Tabela 5– Associações entre os itens da escala QdV-DA e os domínios do WHOQOL-breve

ITENS DA QdV-DA	DOMÍNIOS DO WHOQOL-breve
Saúde física	Domínio físico
Disposição	Domínio físico
Humor	Domínio psicológico
Moradia	Meio ambiente
Memória	Não tem comparação - item específico
Família	Relações sociais
Casamento	Relações sociais
Amigos	Relações sociais
Você em geral	Não tem comparação - item específico
Capacidade de fazer tarefas	Domínio físico
Capacidade de fazer atividades de lazer	Domínio psicológico e meio ambiente
Dinheiro	Meio ambiente
Vida em geral	Geral
Pontuação total	Somatório

Fonte: NOVELLI, 2006, p. 47-48.

3.4.4 Escala para Medida de Satisfação com a Vida

A Escala para Medida de Satisfação com a Vida (ANEXO D) foi desenvolvida por Neri (2006c) para mensurar quatro itens de satisfação com a vida, são eles: saúde, capacidade física, capacidade mental e envolvimento social. Tais itens são avaliados a luz de três referenciais:

- situação atual: como o sujeito avalia o presente para cada item;
- comparações temporais: o presente em relação a cinco anos atrás;
- comparações sociais: a situação presente comparada com a de outros indivíduos da mesma idade.

A avaliação é feita por meio de uma escala de 5 pontos, atribuindo-se valor 1 para “muito pouco satisfeito”; 2 para “pouco satisfeito”; 3 para “mais ou menos satisfeito”; 4 para “muito satisfeito” e 5 para “muitíssimo satisfeito”. A pontuação final varia de 12 a 60, respectivamente para a pior e melhor situação, e se dá pela somatória das 12 questões.

3.4.5 Escala de Ânimo Positivo e Negativo

A Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN) (ANEXO E) é um instrumento de medida desenvolvido e validado por Siqueira, Martins e Moura (1999) composto por 14 itens que avaliam seis ânimos positivos (feliz, alegre, animado, bem, satisfeito e contente) e oito ânimos negativos (irritado, desmotivado, angustiado, deprimido, chateado, nervoso, triste e desanimado). De acordo com as autoras da medida, os ânimos positivos compõem uma sub-escala com índice de confiabilidade (alfa de Cronbach) de 0,87,

enquanto os afetos negativos compõem uma sub-escala com índice de 0,88. As respostas são dadas numa escala de cinco pontos (1 = nada; 2 = pouco; 3 = mais ou menos; 4 = muito; 5 = extremamente). As pontuações de ânimos positivos e negativos variam, respectivamente, de 6 a 30 e de 8 a 40 pontos, com pontuações elevadas indicando alto índice do ânimo (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

3.5 Procedimento de coleta dos dados

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) sob o parecer nº 233/2008 (ANEXO F) entramos em contato com os coordenadores da UATI para esclarecer formalmente os objetivos e a justificativa do estudo. De posse da anuência para a realização da coleta de dados com os alunos da UATI, fizemos o levantamento dos possíveis sujeitos com o auxílio da secretaria da instituição em:

- Novembro de 2008, para o estudo de seguimento (coletas ao término da intervenção e um ano depois).
- Março de 2009, para o estudo quase experimental (coletas no início e ao término da intervenção).

Todos que atenderam os critérios de inclusão foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e convidados a serem participantes. Os concordantes responderam aos instrumentos citados no item anterior em duas entrevistas conforme descrito na Tabela 6 de acordo com desenho metodológico apresentado na Figura 2.

Tabela 6 – Descrição dos instrumentos aplicados e período em que ocorreram as entrevistas

	MOMENTO DA COLETA		
	GRUPO	Primeira entrevista	Segunda entrevista
Período em que cada instrumento foi aplicado nos grupos	GA₂₀₀₈	Nov e Dez/2008	Nov e Dez /2009
	Gex-A₂₀₀₈	Nov e Dez/2008	Nov e Dez /2009
	GA₂₀₀₉	Mar/2009	Nov e Dez /2009
INSTRUMENTOS			
Ficha de Caracterização do Idoso (ANEXO A)		X	
Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009) (ANEXO B)		X	
Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA) (NOVELLI, 2006) (ANEXO C)		X	X
Escala para Medida de Satisfação com a Vida (NERI, 2006c) (ANEXO D)			X
Escala de ânimo positivo e negativo (EAPN) (SIQUEIRA; MARTINS; MOURA, 1999) (ANEXO E)			X

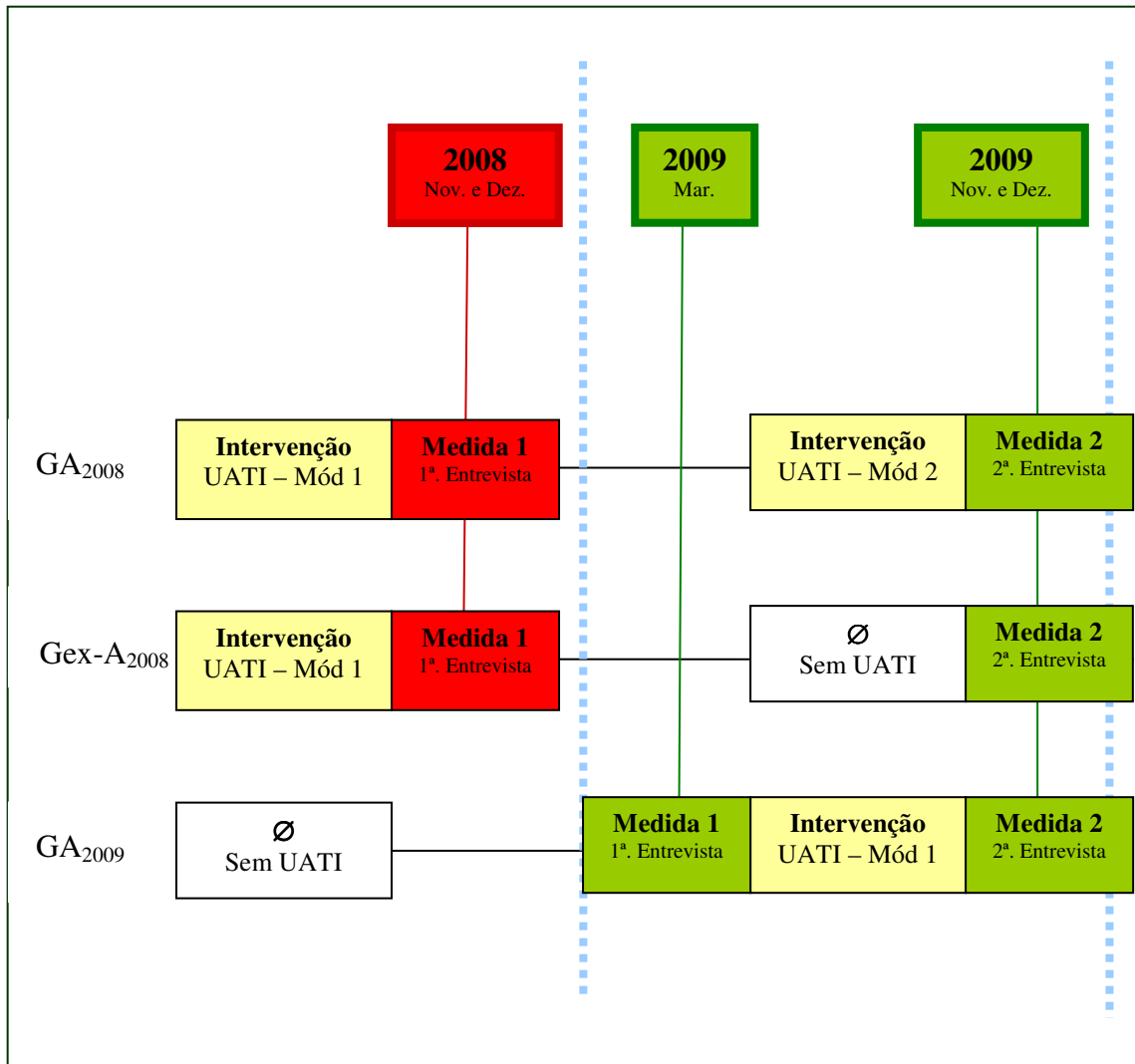


Figura 2 - Desenho metodológico do estudo

Para os alunos que estavam participando das atividades da UATI, as entrevistas foram realizadas preferencialmente dentro da instituição. A pesquisadora foi diariamente ao campus nos meses descritos na Tabela 6 ficando disponível para aplicar os instrumentos. Para os alunos não localizados dentro da instituição e para os alunos que desejassem, havia a possibilidade da pesquisadora ir até a residência do sujeito para a coleta de dados. Os dados foram considerados de acordo com as respostas obtidas por meio da aplicação dos instrumentos, sem a intervenção de outrem.

3.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, para realização de:

- Análises descritivas (frequência absoluta e relativa) para caracterizar o perfil sócio-demográfico dos participantes;
- Teste de Qui-Quadrado de Pearson para comparar as proporções das variáveis sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, número de filhos, arranjo familiar, percepção de saúde e participação religiosa entre os grupos a fim de apontar quais diferenças poderiam explicar a saída dos indivíduos do Gex-A₂₀₀₈ do programa educacional;
- Teste de *Wilcoxon* para identificar mudanças ocorridas, num intervalo de doze meses para os grupos de idosos do estudo de seguimento e de oito meses para os grupos do estudo quase-experimental, para cada dimensão e os escores totais de QV;
- Análise correlacional de *Spearman*, para relacionar as mudanças de QV quantificadas em cada dimensão, no intervalo de tempo entre as duas coletas de dados, e as variáveis sócio-demográficas dos sujeitos;
- Análises descritivas (frequência relativa) para caracterizar o perfil de satisfação com a vida e de ânimos (positivos ou negativos) dos idosos;
- Teste de Kruskal-Wallis para variáveis divididas em três ou mais categorias independentes, seguido de teste post-hoc/comparações múltiplas para identificar diferenças de satisfação com a vida e de ânimos (positivos ou negativos) entre os grupos;
- Análise correlacional de *Spearman* para relacionar características sócio-demográficas, percepção de QV, de satisfação com a vida e de ânimos (positivos e negativos).

3.7 Aspectos éticos

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Portaria 196 de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

A coleta de dados teve início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (ANEXO F) e dos coordenadores do programa UATI.

Todos os participantes foram consultados sobre sua disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo de suas informações individuais. Somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO G), os participantes foram entrevistados.

Nenhum sujeito foi exposto a atividades que ocasionassem desconforto, humilhação ou risco. Não foi observado nenhum tipo de dano físico com a utilização dos instrumentos propostos neste estudo. Foi assegurado ao participante, a qualquer momento durante a coleta de dados, o direito de interromper sua participação sem compromisso de justificativa.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sócio-demográfico dos grupos

Dos 56 alunos da UATI entrevistados (GA₂₀₀₈, Gex-A₂₀₀₈ e GA₂₀₀₉), 91,1% eram do sexo feminino (n = 51) e 8,9% eram do sexo masculino (n = 5). A média das idades do grupo GA₂₀₀₈ foi de 69,05 anos (DP = 6,29, x_{\min} = 62, x_{\max} = 84), do Gex-A₂₀₀₈ de 66,10 anos (DP = 5,80, x_{\min} = 60, x_{\max} = 78) e do GA₂₀₀₉ de 68,04 anos (DP = 5,42, x_{\min} = 60, x_{\max} = 78). Em conjunto, a média das idades de todos os grupos foi de 68,04 anos (DP = 5,78, x_{\min} = 60, x_{\max} = 84).

Apenas um idoso da amostra (1,8%) era analfabeto. A condição de escolaridade muito baixa foi rara (1,8 % com apenas a educação infantil, n =1) e a maior parte dos idosos (46,4%, n = 26) possuía ensino fundamental (antigos primário e ginásio) incompleto. Quanto ao nível socioeconômico obtido por meio da pontuação no Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009), a maior concentração percentual ficou no nível B (50,0%, n=28). Uma vez que a amostra não foi composta com a expectativa de ser representativa, é interessante observar que o nível socioeconômico tendia a um deslocamento positivo em relação aos dados nacionais (Gráfico 1).

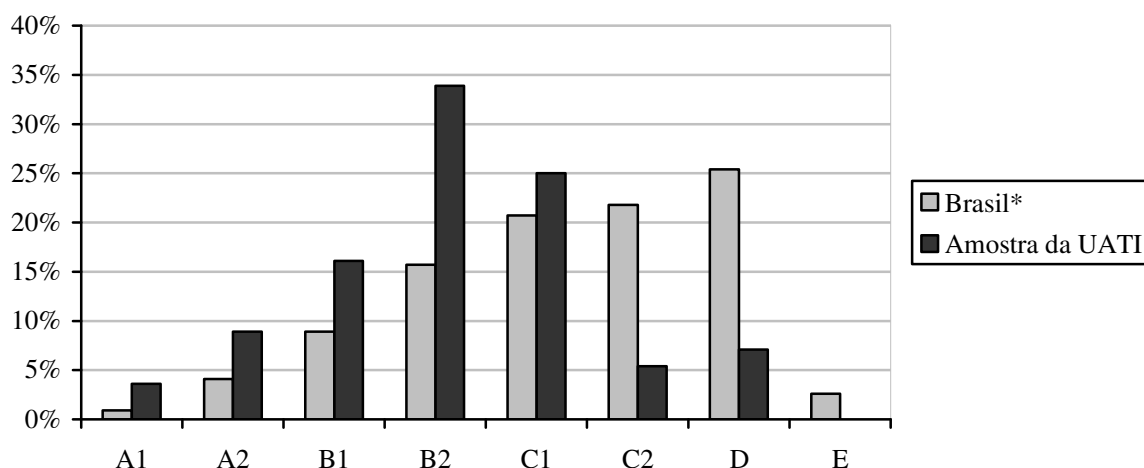


Gráfico 1 – Comparativo da distribuição da amostra de alunos da UATI com a média nacional no que se refere ao nível socioeconômico
* dados da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2009)

No que diz respeito à situação conjugal, observamos que 5,4% ($n = 3$) dos entrevistados eram solteiros, 3,6% ($n = 2$) eram separados, muitos eram viúvos ($n = 23$, 41,1%) e a maioria dos idosos era casada ou morava com um companheiro ($n = 28$, 50,0%). O número médio de filhos do grupo GA₂₀₀₈ foi de 2,63 ($DP = 1,17$, $x_{mín} = 1$, $x_{máx} = 5$), do Gex-A₂₀₀₈ de 2,40 ($DP = 1,71$, $x_{mín} = 0$, $x_{máx} = 5$) e do GA₂₀₀₉ foi de 3,19 filhos ($DP = 2,50$, $x_{mín} = 0$, $x_{máx} = 10$). O número médio de filhos de todos os entrevistados foi de 2,86 ($DP = 2,00$, $x_{mín} = 0$, $x_{máx} = 10$). Quanto ao arranjo familiar, a maioria dos idosos morava com outra(s) pessoa(s) ($n = 45$, 80,4%) e 11 indivíduos (19,6%) moravam sozinhos. O companheiro co-residente mais frequente era o cônjuge ($n = 15$, 26,8%), seguido pela composição cônjuge mais filhos ($n = 11$, 19,6%) e apenas filhos ($n = 9$, 16,1%). As proporções dos arranjos familiares para cada grupo estão na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição comparativa dos tipos de arranjos familiares (co-residentes) dos grupos de alunos da UATI

GRUPO	GA ₂₀₀₈		Gex-A ₂₀₀₈		GA ₂₀₀₉		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Co-residentes								
Sozinho	6	31,6	2	20,0	3	11,1	11	19,6
Cônjuge	5	26,3	3	30,0	7	25,9	15	26,8
Cônjuge e filhos	4	21,1	2	20,0	5	18,5	11	19,6
Cônjuge, filhos e netos	-	-	-	-	4	14,8	4	7,1
Filhos	3	15,8	3	30,0	3	11,1	9	16,1
Filhos e netos	1	5,3	-	-	1	3,7	2	3,6
Filhos e sobrinha	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8
Irmãos	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8
Tia	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8
Empregada	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8
Total	19	100	10	100	27	100	56	100

Ao perguntarmos “*Quais são os principais problemas de saúde que você está enfrentando?*”, 12 idosos (21,4%) responderam que não estavam enfrentando qualquer problema de saúde e 44 (78,6%) citaram doenças ou sintomas diversos como hipertensão, arritmia cardíaca, diabetes, osteoporose, artrite, artrose, reumatismo, tendinite, neoplasias, “esquecimentos”, depressão, perdas sensoriais, incontinência urinária, gastrite, sequela de acidente vascular cerebral (AVC) entre outros. Ao analisarmos cada grupo separadamente, percebemos que todos apresentavam proporção maior de indivíduos que diziam ter problemas de saúde (Tabela 8).

As instituições religiosas, por meio de proposta espiritual, proporcionam aos seus frequentadores sentido de pertencimento, coerência da vida e controle sobre a mesma. O apoio social que as igrejas proporcionam podem se relacionar com a manutenção ou recuperação da saúde, nos seus diversos aspectos – físico, social e/ou mental (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; VALLA, 1999). Desta forma, analisamos a religiosidade dos participantes por meio da frequência em igrejas, templos ou salões. Mediante a pergunta “*Você frequenta igreja (ao menos quinzenalmente)?*”, 45 idosos (80,4%) responderam que sim e 11 (19,6%), que não.

As proporções detalhadas das variáveis sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, número de filhos, arranjo familiar, percepção de saúde e participação religiosa para cada grupo são apresentadas detalhadamente na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequências das variáveis sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, número de filhos, arranjo familiar, percepção de saúde e participação religiosa segundo o grupo estudado

GRUPOS		GA ₂₀₀₈		Gex-A ₂₀₀₈		GA ₂₀₀₉		Todos os grupos		χ^2 *	gl	p*
VARIÁVEIS		n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo										0,486	2	0,784 ^{ns}
	Feminino	18	94,7	9	90,0	24	88,9	51	91,1			
	Masculino	1	5,3	1	10,0	3	11,1	5	8,9			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Idade										6,371	4	0,173 ^{ns}
	60 – 69 anos	12	63,2	8	80,0	15	55,6	35	62,5			
	70 – 79 anos	5	26,3	2	20,0	12	44,4	19	33,9			
	80 anos ou mais	2	10,5	-	-	-	-	2	3,6			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Escolaridade**										6,951	6	0,679 ^{ns}
	Até Ed. Infantil											
	Analfabeto	1	5,3	-	-	-	-	1	1,8			
	Infantil	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8			
	Fundamental											
	Incompleto	11	57,9	5	50,0	10	37,0	26	46,4			
	Completo	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Médio											
	Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Completo	2	10,5	1	10,0	7	25,9	10	17,9			
	Superior											
	Incompleto ou magistério	-	-	-	-	1	3,7	1	1,8			
	Completo	5	26,3	4	40,0	8	29,6	17	30,4			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Nível socioeconômico **										1,925	4	0,750 ^{ns}
	A											
	A1	-	-	-	-	2	7,4	2	3,6			
	A2	1	5,3	2	20,0	2	7,4	5	8,9			
	B/C											
	B1	3	15,8	2	20,0	4	14,8	9	16,1			
	B2	7	36,8	2	20,0	10	37,0	19	33,9			
	C1	4	21,1	3	30,0	7	25,9	14	25			
	C2	3	15,8	-	-	-	-	3	5,4			
	D/E											
	D	1	5,3	1	10,0	2	7,4	4	7,1			
	E	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Situação conjugal										5,982	6	0,425 ^{ns}
	Com companheiro	7	36,8	5	50,0	16	59,3	28	50,0			
	Viúvo	11	57,9	4	40,0	8	29,6	23	41,1			
	Separado	-	-	-	-	2	7,4	2	3,6			
	Solteiro	1	5,3	1	10,0	1	3,7	3	5,4			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Filhos										4,696	4	0,320 ^{ns}
	0	-	-	2	20,0	3	11,1	5	8,9			
	1 a 3 filhos	14	73,7	5	50,0	14	51,9	33	58,9			
	4 filhos ou mais	5	26,3	3	30,0	10	37,0	18	32,1			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Arranjo familiar										2,961	2	0,228 ^{ns}
	Sozinho	6	31,6	2	20,0	3	11,1	11	19,6			
	Mora com outra(s) pessoa(s)	13	68,4	8	80,0	24	88,9	45	80,4			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Percepção de saúde										4,025	2	0,134 ^{ns}
	Afirmaram não ter problemas de saúde	5	26,3	4	40,0	3	11,1	12	21,4			
	Afirmaram ter problemas de saúde	14	73,7	6	60,0	24	88,9	44	78,6			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			
Participação em grupo religioso										3,094	2	0,213 ^{ns}
	Não participa	5	26,3	-	-	6	22,2	11	19,6			
	Participa	14	73,7	10	100	21	77,8	45	80,4			
	Total	19	100	10	100	27	100	56	100			

^{ns} = não significativo.

*Qui-Quadrado de Pearson

**Para análise, os níveis de escolaridade e socioeconômicos foram agrupados em categorias.

Por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson, percebemos que não existem diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis sócio-demográficas (Tabela 8) que poderiam explicar a saída dos indivíduos do Gex-A₂₀₀₈ do programa educacional.

4.2 Qualidade de vida antes e após frequentar a UATI (no início e término do ano letivo): análise do GA₂₀₀₉ ao longo do tempo

A percepção de cada item de QV obtida por meio da QdV-DA do GA₂₀₀₉ antes e após frequentar a UATI (no início e término do ano letivo) é apresentada, em frequência absoluta e relativa, na Tabela 9.

Tabela 9 - Frequências das percepções de cada item de QV do GA₂₀₀₉ antes e após frequentar a UATI

DIMENSÕES DA QV	PERCEPÇÃO / NOTA							
	RUIM / 1		REGULAR / 2		BOM / 3		EXCELENTE / 4	
Coleta em relação à intervenção	Antes (t ₀)	Depois (t ₁)	Antes (t ₀)	Depois (t ₁)	Antes (t ₀)	Depois (t ₁)	Antes (t ₀)	Depois (t ₁)
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. Saúde Física	4 14,8	2 7,4	10 37,0	4 14,8	6 22,2	11 40,7	7 25,9	10 37,00
2. Disposição	5 18,5	2 7,4	8 29,6	5 18,5	6 22,2	9 33,3	8 29,6	11 40,7
3. Humor	3 11,1	2 7,4	1 3,7	2 7,4	18 66,7	13 48,1	5 18,5	10 37,0
4. Moradia	1 3,7	1 3,7	5 18,5	4 14,8	17 63,0	18 66,7	4 14,8	4 14,8
5. Memória	8 29,6	2 7,4	7 25,9	3 11,1	3 11,1	9 33,3	9 33,3	13 48,1
6. Família	4 14,8	2 7,4	4 14,8	5 18,5	11 40,7	12 44,4	8 29,6	8 29,6
7. Casamento	2 7,4	1 3,7	5 18,5	5 18,5	8 29,6	8 29,6	12 44,4	13 48,1
8. Amigos	3 11,1	1 3,7	6 22,2	2 7,4	8 29,6	4 14,8	10 37,0	20 74,1
9. Você em geral	5 18,5	2 7,4	7 25,9	6 22,2	9 33,3	9 33,3	6 22,2	10 37,0
10. Capacidade para fazer tarefas	5 18,5	2 7,4	5 18,5	4 14,8	10 37,0	9 33,3	7 25,9	12 44,4
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	4 14,8	2 7,4	10 37,0	5 18,5	8 29,6	12 44,4	5 18,5	8 29,6
12. Dinheiro	3 11,1	2 7,4	17 63,0	17 63,00	2 7,4	3 11,1	5 18,5	5 18,5
13. A vida em geral	3 11,1	2 7,4	12 44,4	3 11,1	10 37,0	17 63,0	2 7,4	5 18,5

Quanto ao escore final, a média no início do ano letivo (*medida antes*) foi de 34,96 pontos (DP = 8,68, $x_{\min} = 22$, $x_{\max} = 51$) e no fim (*medida depois*), de 39,67 pontos (DP = 6,97, $x_{\min} = 27$, $x_{\max} = 52$). O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com os escores totais de QV em cada coleta. Neste, vale observar o deslocamento da amostra para a direita, para escores mais elevados, após a intervenção.

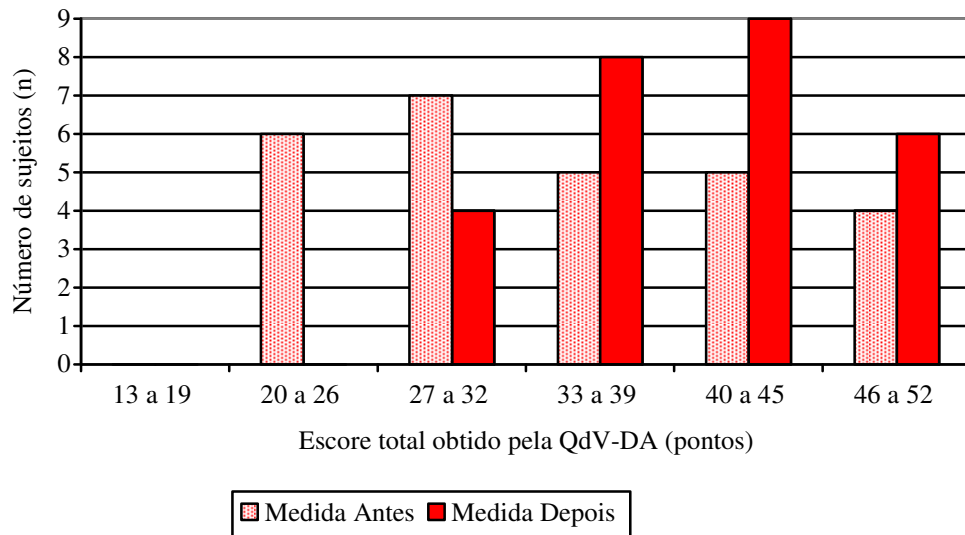


Gráfico 2 - Distribuição do número de sujeitos do GA₂₀₀₉ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA no início (*medida antes*) e fim do ano letivo (*medida depois*)

As análises dos dados mostraram que existem diferenças significativas nas medidas antes e depois dos seguintes itens de QV: saúde física, disposição, humor, memória, amigos, você em geral, capacidade para fazer tarefas, capacidade para fazer atividades de lazer, a vida em geral, bem como nos escores totais. Por outro lado, os itens moradia, família, casamento e dinheiro não apresentaram diferenças significativas (Tabela 10). Esta estabilidade era esperada pelo fato do programa educacional não poder modificar diretamente estes itens.

Tabela 10 – Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item e do escore total de QV dos sujeitos do GA₂₀₀₉ no início (*medida antes*) e fim do ano letivo (*medida depois*) por meio do Teste de Wilcoxon

DIMENSÕES DA QV	Média		Z	p
	Antes	Depois		
1. Saúde Física	2,59	3,07	-3,127	0,002
2. Disposição	2,63	3,07	-2,972	0,003
3. Humor	2,93	3,15	-2,121	0,034
4. Moradia	2,89	2,93	-0,577	0,564 ^{ns}
5. Memória	2,48	3,22	-3,134	0,002
6. Família	2,85	2,96	-1,342	0,180 ^{ns}
7. Casamento	3,11	3,22	-1,732	0,083 ^{ns}
8. Amigos	2,93	3,59	-3,140	0,002
9. Você em geral	2,59	3,00	-3,317	0,001
10. Capacidade para fazer tarefas	2,7	3,15	-2,762	0,006
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	2,57	3,96	-2,144	0,032
12. Dinheiro	2,33	2,41	-1,414	0,157 ^{ns}
13. A vida em geral	2,41	2,93	-3,500	< 0,001
14. Escore total obtido na QdV-DA	34,96	39,67	-4,541	< 0,001

^{ns} = não significativo.

4.3 Qualidade de vida ao término do programa e doze meses depois (*follow-up*): análise do grupo que permaneceu no programa no ano seguinte (GA₂₀₀₈)

A descrição da percepção de cada item de QV do GA₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois, ainda frequentando o programa neste intervalo de tempo, é apresentada, em frequência absoluta e relativa, na Tabela 11.

Tabela 11 - Frequências das percepções de cada item de QV do GA₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois frequentando o programa neste intervalo de tempo (*follow-up*)

DIMENSÕES DA QV	PERCEPÇÃO / NOTA							
	RUIM / 1		REGULAR / 2		BOM / 3		EXCELENTE / 4	
Coleta em relação à intervenção	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)
	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Saúde Física	2 10,5	1 5,3	6 31,6	4 21,1	6 31,6	9 47,4	5 26,3	5 26,5
2. Disposição	0 0	1 5,3	4 21,1	3 15,8	8 42,1	6 31,6	7 36,8	9 47,4
3. Humor	0 0	1 5,3	3 15,8	2 10,5	9 47,4	9 47,4	7 36,8	7 36,8
4. Moradia	0 0	1 5,3	2 10,5	2 10,5	13 68,4	12 63,2	4 21,1	4 21,1
5. Memória	0 0	1 5,3	3 15,8	3 15,8	6 31,6	5 26,3	10 52,6	10 52,6
6. Família	0 0	0 0	1 5,3	1 5,3	10 52,6	11 57,9	8 42,1	7 36,8
7. Casamento	0 0	0 0	2 10,5	2 10,5	8 42,1	8 42,1	9 47,4	9 47,4
8. Amigos	0 0	1 5,3	1 5,3	1 5,3	10 52,6	4 21,1	8 42,1	13 68,4
9. Você em geral	0 0	0 0	3 15,8	3 15,8	9 47,4	6 31,6	7 36,8	10 52,6
10. Capacidade para fazer tarefas	2 10,5	2 10,5	1 5,3	1 5,3	7 36,8	5 26,3	9 47,4	11 57,9
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	2 10,5	3 15,8	2 10,5	1 5,3	8 42,1	6 31,6	7 36,8	9 47,4
12. Dinheiro	4 21,1	4 21,1	12 63,2	12 63,2	1 5,3	1 5,3	2 10,5	2 10,5
13. A vida em geral	1 5,3	2 10,5	6 31,6	1 5,3	9 47,4	12 63,2	3 15,8	4 21,1

Quanto ao escore final, a média na primeira coleta (medida t₁) foi de 39,95 pontos (DP = 7,79, x_{mín} = 24, x_{máx} = 51) e na segunda coleta (medida t₂), de 40,58 pontos (DP = 8,59, x_{mín} = 17, x_{máx} = 52). O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos sujeitos segundo as pontuações finais da QdV-DA em cada entrevista.

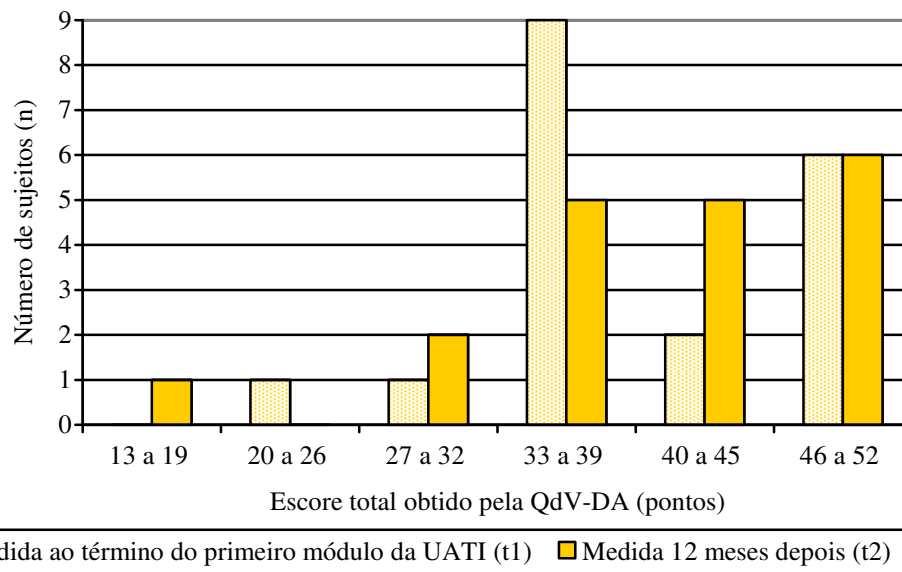


Gráfico 3 - Distribuição do número de sujeitos do GA₂₀₀₈ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2)

Os resultados mostram que as diferenças entre as duas medidas não são significativas, fato que sugere manutenção da percepção de todos os itens bem como do escore total de QV (Tabela 12).

Tabela 12 – Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item e do escore total de QV dos sujeitos do GA₂₀₀₈ ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2) por meio do Teste de *Wilcoxon*

DIMENSÕES DA QV	Média		Z	p
	Antes	Depois		
1. Saúde Física	2,74	2,95	-1,633	0,102 ^{ns}
2. Disposição	3,16	3,21	-0,577	0,564 ^{ns}
3. Humor	3,21	3,16	-0,577	0,564 ^{ns}
4. Moradia	3,11	3,00	-1,414	0,157 ^{ns}
5. Memória	3,37	3,26	-1,414	0,157 ^{ns}
6. Família	3,37	3,32	-0,577	0,564 ^{ns}
7. Casamento	3,37	3,37	0,000	1,000 ^{ns}
8. Amigos	3,37	3,53	-1,000	0,317 ^{ns}
9. Você em geral	3,21	3,37	-1,732	0,083 ^{ns}
10. Capacidade para fazer tarefas	3,21	3,32	-1,000	0,317 ^{ns}
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	3,05	3,11	-0,577	0,564 ^{ns}
12. Dinheiro	2,05	2,05	0,000	1,000 ^{ns}
13. A vida em geral	2,74	2,95	-1,414	0,157 ^{ns}
14. Escore total obtido na QdV-DA	39,94	40,57	-1,477	0,140 ^{ns}

^{ns} = não significativo.

4.4 Qualidade de vida ao término do programa e doze meses depois (*follow-up*): análise do grupo que não permaneceu no programa no ano seguinte (Gex-A₂₀₀₈)

A descrição da percepção de cada item de QV do Gex-A₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois, sem frequentar o programa neste intervalo de tempo, é apresentada, em frequência absoluta e relativa, na Tabela 13.

Tabela 13 - Frequências das percepções de cada item de QV do Gex-A₂₀₀₈ ao término do ano letivo do primeiro módulo da UATI e doze meses depois sem frequentar o programa neste intervalo de tempo (*follow-up*)

DIMENSÕES DA QV	PERCEPÇÃO / NOTA							
	RUIM / 1		REGULAR / 2		BOM / 3		EXCELENTE / 4	
Coleta em relação à intervenção	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)	2008 (t ₁)	2009 (t ₂)
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. Saúde Física	0 0	1 10,0	2 20,0	1 10,0	5 50,0	7 70,0	3 30,0	1 10,0
2. Disposição	0 0	0 0	0 0	4 40,0	7 70,0	6 60,0	3 30,0	0 0
3. Humor	0 0	0 0	0 0	3 30,0	7 70,0	6 60,0	3 30,0	1 10,0
4. Moradia	0 0	0 0	0 0	0 0	8 80,0	9 90,0	2 20,0	1 10,0
5. Memória	1 10,0	2 20,0	0 0	2 20,0	0 0	5 50,0	9 90,0	1 10,0
6. Família	0 0	0 0	0 0	0 0	2 20,0	4 40,00	8 80,0	6 60,0
7. Casamento	0 0	0 0	0 0	0 0	2 20,0	5 50,0	8 80,0	5 50,0
8. Amigos	0 0	0 0	0 0	3 30,0	4 40,0	6 60,0	6 60,0	1 10,0
9. Você em geral	0 0	0 0	0 0	2 20,0	4 40,0	8 80,0	6 60,0	0 0
10. Capacidade para fazer tarefas	0 0	2 20,0	1 10,0	0 0	3 30,0	7 70,0	6 60,0	1 10,0
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	0 0	2 20,0	2 20,0	2 20,0	4 40,0	5 50,0	4 40,0	1 10,0
12. Dinheiro	0 0	0 0	9 90,0	9 90,0	0 0	1 10,0	1 10,0	0 0
13. A vida em geral	0 0	0 0	0 0	2 20,0	8 80,0	8 80,0	2 20,0	0 0

Observamos que a proporção de idosos do Gex-A₂₀₀₈ que apresentava percepções positivas na segunda coleta de dados diminuiu significativamente para os itens

disposição, humor, memória, amigos, você em geral, capacidade para fazer tarefas, capacidade para fazer atividades de lazer, a vida em geral, bem como para os escores totais de QV. É interessante notar que os itens estáveis não modificados pela participação na UATI no GA₂₀₀₉, moradia, família, casamento e dinheiro, não sofreram declínio com a falta da intervenção educacional. Este dado reforça a estabilidade destes itens em relação a intervenção oferecida. Também, a manutenção da saúde física sugere que não foram por razões de doença que os integrantes deste grupo pararam de frequentar o programa (Tabela 14).

Tabela 14 – Resultados das análises estatísticas comparativas de cada item da QV e do escore total de QV dos sujeitos do Gex-A₂₀₀₈ ao término do primeiro módulo da UATI (t_1) e doze meses depois (t_2) por meio do Teste de *Wilcoxon*

DIMENSÕES DA QV	Média		Z	p
	Antes	Depois		
1. Saúde Física	3,10	2,80	-1,134	0,257 ^{ns}
2. Disposição	3,30	2,60	-2,646	0,008**
3. Humor	3,30	2,80	-2,236	0,025*
4. Moradia	3,20	3,10	-1,000	0,317 ^{ns}
5. Memória	3,70	2,50	-2,588	0,010*
6. Família	3,80	3,60	-1,414	0,157 ^{ns}
7. Casamento	3,80	3,50	-1,732	0,083 ^{ns}
8. Amigos	3,60	2,80	-2,530	0,011*
9. Você em geral	3,60	2,80	-2,530	0,011*
10. Capacidade para fazer tarefas	3,50	2,70	-2,333	0,020*
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	3,20	2,50	-2,121	0,034*
12. Dinheiro	2,20	2,10	-1,000	0,317 ^{ns}
13. A vida em geral	3,20	2,80	-2,000	0,046*
14. Escore total obtido na QdV-DA	43,50	36,60	-2,810	0,005**

^{ns} = não significativo.

Quanto ao escore final, a média na primeira coleta (medida t_1) foi de 43,50 pontos (DP = 5,44, x_{\min} = 33, x_{\max} = 52) e na segunda coleta (medida t_2), de 36,60 pontos (DP = 6,04, x_{\min} = 26, x_{\max} = 43). O Gráfico 4 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com as pontuações totais da QdV-DA em cada coleta. Neste, vale observar o deslocamento da amostra para a esquerda, para escores mais baixos, após doze meses sem frequentar a UATI.

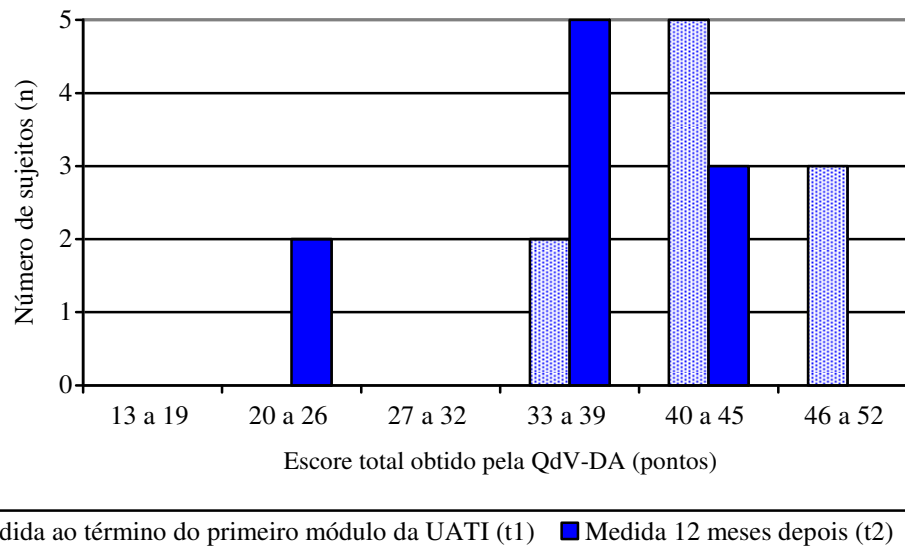


Gráfico 4- Distribuição do número de sujeitos do Gex-A₂₀₀₈ segundo as pontuações totais obtidas por meio da QdV-DA ao término do primeiro módulo da UATI (t₁) e doze meses depois (t₂)

4.5 Correlação entre as alterações percebidas na QV e características sócio-demográficas dos participantes

Quantificamos as alterações percebidas, para cada um dos entrevistados, por meio da diferença entre os escores de cada item, bem como entre os escores totais de QV.

$$*\Delta X = X_{t2} - X_{t1}^9$$

As alterações percebidas num intervalo de oito meses para o grupo do estudo quase-experimental (GA₂₀₀₉) foram em média todas positivas, embora alguns sujeitos isoladamente apresentassem algumas perdas em algum item isolado (sujeitos 1, 10, 11 e 25) – vide Anexo H, nas páginas 93 e 94. Os resultados reforçam a importância da UATI em termos de melhoria da QV no primeiro ano de intervenção.

As características sócio-demográficas dos participantes utilizadas para análise de correlação foram idade, nível de instrução e pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009). Os resultados apontaram que a idade não se relacionou com as alterações de nenhum item de QV. O grau de escolaridade teve relação inversamente proporcional às alterações na

⁹ Δ = alteração;

X = item de QV;

X_{t1} = item de QV na primeira coleta de dados;

X_{t2} = item de QV na segunda coleta de dados.

percepção de saúde física ($\rho = -0,437$, $p = 0,023$), disposição ($\rho = -0,563$, $p = 0,002$), dinheiro ($\rho = -0,391$, $p = 0,044$) e o escore total de QV ($\rho = -0,504$, $p = 0,007$). A pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil se relacionava no mesmo sentido com as alterações de percepção na saúde física ($\rho = -0,473$, $p = 0,023$), disposição ($\rho = -0,492$, $p = 0,009$) e moradia ($\rho = -0,408$, $p = 0,034$). Essa relação inversamente proporcional aponta para um provável significado maior da UATI para idosos menos favorecidos, que tiveram menores oportunidades de estudo e bens de consumo ou de padrões diferenciados de perceber as melhorias quantitativas nas diferentes condições socioeconômicas. Também, as percepções bastante positivas na primeira coleta de dados dos indivíduos com nível de escolaridade e socioeconômico elevado minimizavam as possibilidades de se detectar melhorias.

Para os entrevistados do estudo de seguimento que frequentaram o segundo ano do programa oferecido na UATI (GA₂₀₀₈), a diferença entre os escores de cada item e dos escores totais de QV estão apresentados no Anexo I (vide páginas 95 e 96). Os resultados apontam que, em relação ao módulo 2, os ganhos de QV são menores, em média, que os ganhos obtidos pelo GA₂₀₀₉, avaliado antes e ao final do primeiro ano. Alguns sujeitos do GA₂₀₀₈ apresentam decréscimo na sua percepção de QV – total (sujeitos 1, 2, 12 e 18) e em itens específicos como disposição (sujeito 2), humor (sujeitos 2 e 3), moradia (sujeitos 2 e 9), memória (sujeitos 2 e 6), família (sujeitos 12 e 18), amigos (sujeito 1), capacidade para fazer tarefas (sujeito 2), capacidade para fazer atividades de lazer (sujeito 2) e a vida em geral (sujeitos 1, 2, 12 e 18). No entanto, o panorama dos dados evidencia maior número de alterações positivas ou ao menos manutenção das percepções de QV. Para este grupo, apenas a pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil tinha relação diretamente proporcional com as alterações de percepção na saúde física ($\rho = 0,639$, $p = 0,003$). Não foram encontradas quaisquer outras correlações.

As diferenças entre os escores do Gex-A₂₀₀₈ num intervalo de doze meses sem frequentar o programa neste intervalo de tempo são apresentadas no Anexo J (vide página 97). Para este grupo, vale observar que houve perdas de QV em todos os itens e, portanto, a escala de correlação é invertida. A análise apontou que idosos com idades mais elevadas tinham alterações maiores e mais pessimistas em relação à vida em geral ($\rho = -0,715$, $p = 0,020$) e, os sujeitos com níveis de instrução mais elevados apresentavam alterações menos pessimistas da capacidade para fazer atividades de lazer ($\rho = 0,726$, $p = 0,017$). Não foram encontradas outras correlações significativas.

Entre as observações, vale lembrar que 26 idosos (96,3%) do GA₂₀₀₉ têm seus escores totais de QV aumentados ($Z = -4,470$, $p = 0,000$), o mesmo ocorre com 9 idosos (47,4%) do GA₂₀₀₈ ($Z = -1,477$, $p = 0,140$). Por outro lado, 10 idosos (100%) do Gex-A₂₀₀₈ sofrem decréscimo nos escores totais de QV ($Z = -2,810$, $p = 0,005$) (Gráfico 5). Estes dados apontam a UATI como provável provedora de melhoria na QV.

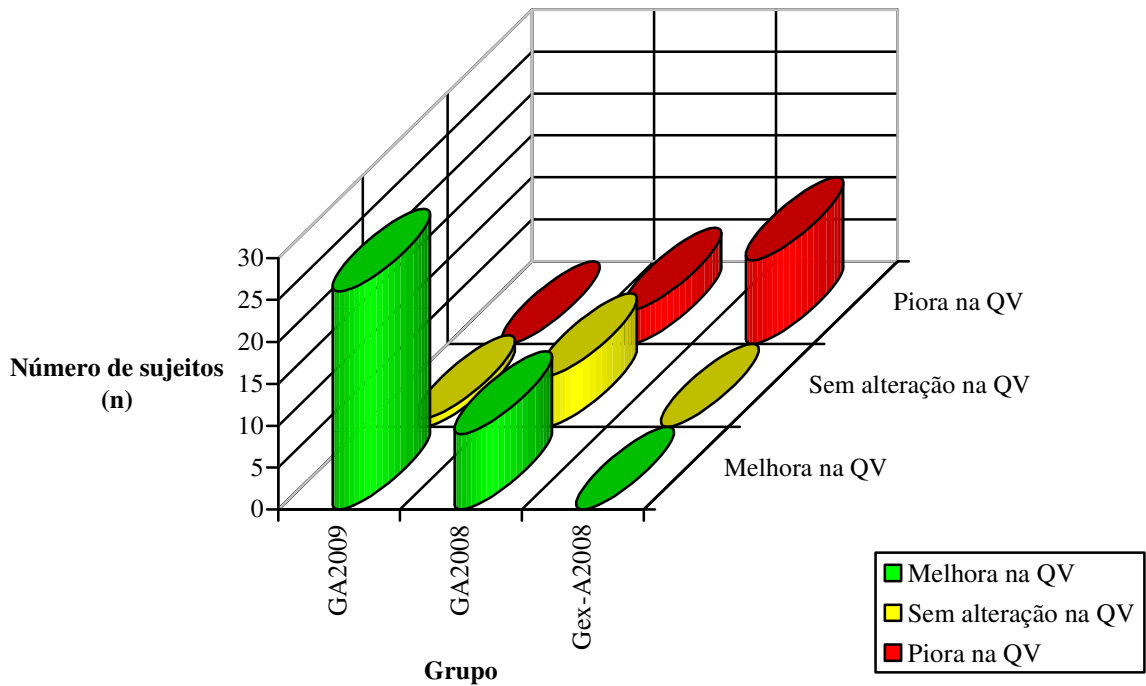


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos de cada grupo segundo o tipo de alteração (melhora ou piora) na QV

4.6 Percepção de satisfação com a vida e de ânimos (positivos e negativos) dos alunos e ex-alunos da UATI em coleta de dados em corte transversal

A frequência relativa das respostas obtidas por meio da Escala para Medida de Satisfação com a Vida (NERI, 2006c) dos grupos GA₂₀₀₉, GA₂₀₀₈ e Gex-A₂₀₀₈ e as análises estatísticas comparativas são apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15 – Frequência relativa dos dados descritivos e análises comparativas da satisfação com a vida dos grupos

ITENS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA	GRUPO	FREQUÊNCIA PERCENTUAL DOS DADOS DESCRITIVOS						ANÁLISE ESTATÍSTICA COMPARATIVA			
		1. Muito pouco satisfeito	2. Pouco satisfeito	3. Mais ou menos satisfeito	4. Muito satisfeito	5. Muítoíssimo satisfeito	Média	dp	χ^2*	dp	p
1. Sua saúde.	GA ₂₀₀₉	3,7	-	22,2	51,9	22,2	3,93	0,78	1,427	2	0,490 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	21,1	26,3	47,4	4,11	1,10			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	20,0	-	60,0	20,0	3,80	1,03			
2. Sua capacidade física.	GA ₂₀₀₉	3,7	-	18,5	55,6	22,2	3,96	0,76	3,575	2	0,167 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	10,5	31,6	52,6	4,26	1,05			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	20,0	-	60,0	20,0	3,80	1,03			
3. Sua saúde hoje, comparada com a de 5 anos atrás.	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	51,9	37,0	4,26	0,66	10,000	2	0,007
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	26,3	42,1	26,3	3,84	1,01			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	10,0	50,0	20,0	10,0	3,10	1,10			
4. Sua capacidade física hoje, comparada com a de 5 anos atrás.	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	51,9	37,0	4,26	0,66	10,015	2	0,007
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	21,1	47,4	26,3	3,89	0,99			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	10,0	50,0	20,0	10,0	3,10	1,10			
5. Sua saúde, comparada com a de outras pessoas da sua idade.	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	40,7	48,1	4,37	0,69	4,325	2	0,115 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	-	15,8	78,9	4,63	0,96			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	10,0	30,0	50,0	4,10	1,29			
6. Sua capacidade física comparada com a de outras pessoas da sua idade.	GA ₂₀₀₉	-	-	7,4	44,4	48,1	4,41	0,64	7,652	2	0,022
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	-	5,3	89,5	4,74	0,93			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	10,0	30,0	50,0	4,10	1,29			
7. Sua capacidade mental hoje.	GA ₂₀₀₉	-	7,4	22,2	40,7	29,6	3,93	0,92	7,956	2	0,019
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	10,5	21,1	63,2	4,37	1,07			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	40,0	40,0	10,0	3,40	1,07			
8. Sua capacidade mental atual, comparada com a de 5 anos atrás.	GA ₂₀₀₉	-	-	14,8	48,1	37,0	4,22	0,70	12,983	2	0,002
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	10,5	31,6	52,6	4,26	1,05			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	60,0	30,0	-	3,10	0,88			
9. Sua capacidade mental comparada com a de outras pessoas da sua idade.	GA ₂₀₀₉	-	-	18,5	33,3	48,1	4,30	0,78	8,995	2	0,011
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	-	5,3	89,5	4,74	0,93			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	20,0	30,0	40,0	3,90	1,29			
10. Seu envolvimento social hoje.	GA ₂₀₀₉	-	-	7,4	22,2	70,4	4,63	0,63	6,790	2	0,034
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	5,3	-	89,5	4,74	0,81			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	10,0	40,0	40,0	4,10	0,99			
11. Seu envolvimento social atual, comparado com o de 5 anos atrás.	GA ₂₀₀₉	-	-	7,4	11,1	81,5	4,74	0,59	9,019	2	0,011
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	5,3	-	89,5	5,74	0,81			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	-	20,0	30,0	40,0	3,90	1,29			
12. Seu envolvimento social atual, comparado com o de outras pessoas da sua idade.	GA ₂₀₀₉	-	-	7,4	14,8	77,8	4,70	0,61	8,692	2	0,013
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	5,3	-	89,5	5,74	0,81			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	30,0	20,0	40,0	3,90	1,10			
Total	GA ₂₀₀₉	-	-	-	-	-	51,70	5,76	9,013	2	0,011
	GA ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	53,00	9,88			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	44,30	11,57			

^{ns} = não significativo.

* Teste de *Kruskal-Wallis*

Na análise de cada item de satisfação com a vida, verificamos que existia pelo menos uma diferença entre os grupos em relação as avaliações: (a) no momento da coleta de dados sobre a capacidade mental e o envolvimento social, (b) nas comparações temporais em relação à saúde, capacidade física, capacidade mental e envolvimento social; (c) nas

comparações com outras pessoas da mesma idade em relação à capacidade física, capacidade mental e envolvimento social e (d) o escore total.

Para identificar as diferenças apontadas pelas análises foi aplicado o teste de comparações múltiplas que apontaram: (a) os alunos que participaram por mais tempo do programa educacional (GA₂₀₀₈) estavam mais satisfeitos que os alunos que estavam a menos tempo (GA₂₀₀₉) no que se refere aos itens capacidade mental atual ($Z = -1,988$, $p = 0,047$) e nas comparações com outras pessoas da mesma idade no que se refere à saúde ($Z = -1,975$, $p = 0,048$), capacidade física ($Z = -2,666$, $p = 0,008$) e mental ($Z = -2,685$, $p = 0,007$); (b) também, aqueles (GA₂₀₀₈) estavam mais satisfeitos que os indivíduos que ficaram um ano sem participar do programa (Gex-A₂₀₀₈) em relação aos itens capacidade mental ($Z = -2,616$, $p = 0,012$) e envolvimento social ($Z = -2,510$, $p = 0,050$) atuais; nas comparações com outras pessoas da mesma idade no que se refere a capacidade mental ($Z = -2,685$, $p = 0,035$) e envolvimento social ($Z = -2,569$, $p = 0,045$); nas comparações temporais em relação à capacidade física ($Z = -2,071$, $p = 0,050$), mental ($Z = -3,086$, $p = 0,002$) e envolvimento social ($Z = -2,567$, $p = 0,045$); bem como no escore total ($Z = -2,762$, $p = 0,005$); (c) o grupo de alunos que estava há um ano na UATI (GA₂₀₀₉) manifestou-se mais satisfeito que os indivíduos do Gex-A₂₀₀₈ nas comparações com outras pessoas da mesma idade no que se refere ao envolvimento social ($Z = -2,396$, $p = 0,048$); nas comparações temporais em relação à saúde ($Z = -3,111$, $p = 0,002$), capacidade física ($Z = -3,111$, $p = 0,002$), mental ($Z = -3,335$, $p = 0,001$), envolvimento social ($Z = -2,485$, $p = 0,044$) e no escore total ($Z = -2,069$, $p = 0,040$). Estes dados indicam que os participantes das atividades da UATI têm escores mais elevados de satisfação com a vida (Figura 3).

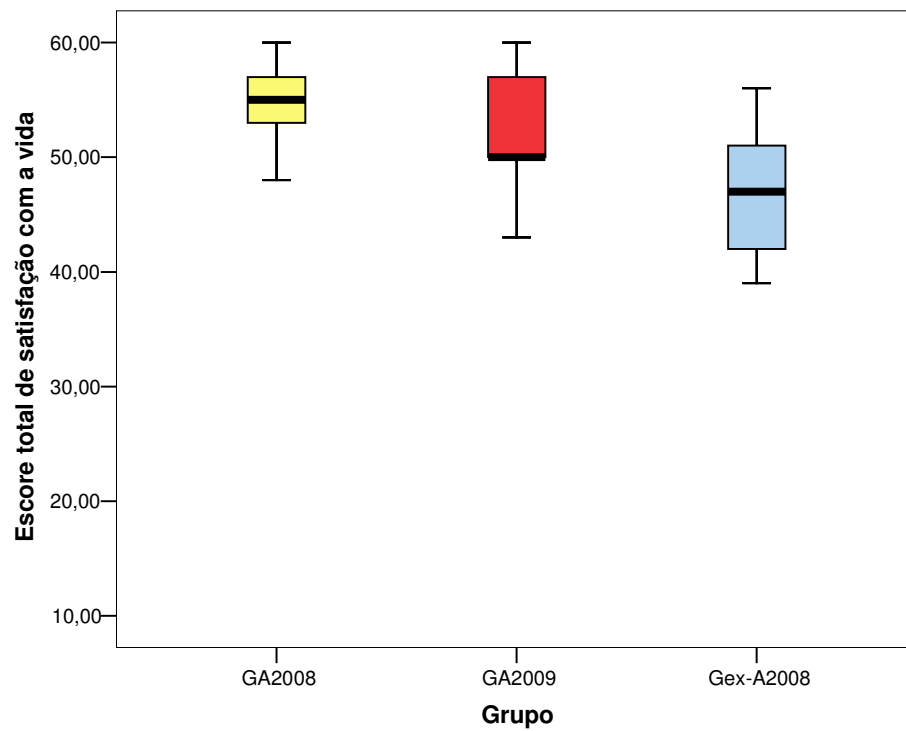


Figura 3– Comparativo da pontuação geral de satisfação com a vida entre os grupos segundo escores obtidos por meio da Escala para Medida de Satisfação com a Vida

No que tange os ânimos positivos e negativos dos grupos, a frequência relativa dos dados descritivos e as análises comparativas são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 – Frequência relativa dos dados descritivos e análises comparativas de ânimos positivos e negativos dos grupos

ITENS DE ANIMO POSITIVO E NEGATIVO	GRUPO	FREQUÊNCIA PERCENTUAL DOS DADOS DESCRITIVOS							ANÁLISE ESTATÍSTICA COMPARATIVA		
		1. Nada	2. Pouco	3. Mais ou menos	4. Muito	5. Extremamente	Média	dp	χ^2*	dp	p
1. Irritado	GA ₂₀₀₉	51,9	37,0	11,1	-	-	1,59	0,69	7,106	2	0,029
	GA ₂₀₀₈	47,4	26,3	21,1	5,3	-	1,84	0,96			
	Gex-A ₂₀₀₈	10,0	40,0	50,0	-	-	2,40	0,70			
2. Feliz	GA ₂₀₀₉	-	-	22,2	55,6	22,2	4,00	0,68	2,885	2	0,236 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	10,5	42,1	42,1	4,21	0,85			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	30,0	40,0	20,0	3,70	0,95			
3. Alegre	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	44,4	44,4	4,33	0,68	4,267	2	0,118 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	10,5	31,6	52,6	4,32	0,89			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	30,0	40,0	20,0	3,70	0,95			
4. Animado	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	37,0	51,9	4,41	0,69	6,689	2	0,035
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	5,3	21,1	68,4	4,47	1,02			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	50,0	10,0	30,0	3,60	1,07			
5. Desmotivado	GA ₂₀₀₉	70,4	22,2	7,4	-	-	1,37	0,63	8,746	2	0,013
	GA ₂₀₀₈	78,9	15,8	-	5,3	-	1,32	0,75			
	Gex-A ₂₀₀₈	30,0	30,0	30,0	10,0	-	2,20	1,03			
6. Angustiado	GA ₂₀₀₉	48,1	48,1	3,7	-	-	1,56	0,58	6,274	2	0,043
	GA ₂₀₀₈	73,7	15,8	5,3	-	5,3	1,47	1,02			
	Gex-A ₂₀₀₈	30,0	30,0	30,0	10,0	-	2,20	1,03			
7. Bem	GA ₂₀₀₉	-	-	11,1	51,9	37,0	4,26	0,66	1,266	2	0,531 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	5,3	-	-	68,4	26,3	4,11	0,88			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	20,0	60,0	20,0	4,00	0,67			
8. Deprimido	GA ₂₀₀₉	33,3	66,7	-	-	-	1,67	0,48	3,098	2	0,212 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	68,4	15,8	10,5	-	5,3	1,58	1,07			
	Gex-A ₂₀₀₈	40,0	30,0	30,0	-	-	1,90	0,88			
9. Chateado	GA ₂₀₀₉	25,9	74,1	-	-	-	1,74	0,45	5,511	2	0,064 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	52,6	42,1	-	-	5,3	1,63	0,96			
	Gex-A ₂₀₀₈	20,0	50,0	30,0	-	-	2,10	0,74			
10. Satisfeito	GA ₂₀₀₉	-	-	14,8	63,0	22,2	4,07	0,62	2,543	2	0,280 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	15,8	31,6	47,4	4,21	0,92			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	40,0	40,0	20,0	3,80	0,79			
11. Nervoso	GA ₂₀₀₉	44,4	55,6	-	-	-	1,56	0,51	4,169	2	0,124 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	31,6	52,6	10,5	5,3	-	1,89	0,81			
	Gex-A ₂₀₀₈	30,0	30,0	40,0	-	-	2,10	0,88			
12. Triste	GA ₂₀₀₉	66,7	33,3	-	-	-	1,33	0,48	1,442	2	0,486 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	84,2	10,5	-	-	5,3	1,32	0,95			
	Gex-A ₂₀₀₈	70,0	20,0	10,0	-	-	1,40	0,70			
13. Contente	GA ₂₀₀₉	-	-	14,8	55,6	29,6	4,15	0,66	7,725	2	0,021
	GA ₂₀₀₈	-	5,3	5,3	36,8	52,6	4,37	0,83			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	10,0	20,0	70,0	-	3,60	0,70			
14. Desanimado	GA ₂₀₀₉	81,5	18,5	-	-	-	1,19	0,40	12,125	2	0,002
	GA ₂₀₀₈	78,9	15,8	-	-	5,3	1,37	0,96			
	Gex-A ₂₀₀₈	30,0	30,0	30,0	10,0	-	2,20	1,03			
TOTAL POSITIVO	GA ₂₀₀₉	-	-	-	-	-	25,26	3,29	5,916	2	0,052 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	25,89	4,75			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	22,40	4,38			
TOTAL NEGATIVO	GA ₂₀₀₉	-	-	-	-	-	12,00	2,53	5,716	2	0,057 ^{ns}
	GA ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	12,42	6,20			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	16,50	5,87			
DIFERENÇA PADRONIZADA DE ÂNIMOS**	GA ₂₀₀₉	-	-	-	-	-	54,19	16,62	6,161	2	0,046
	GA ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	55,26	30,51			
	Gex-A ₂₀₀₈	-	-	-	-	-	33,42	29,07			

^{ns} = não significativo.* Teste de *Kruskal-Wallis*

**(Ânimos positivos – Ânimos negativos)

As análises evidenciaram diferenças entre os grupos em relação às avaliações dos ânimos positivos animado e contente, bem como dos negativos irritado, desmotivado, angustiado e desanimado. Fizemos teste de comparações múltiplas que apontaram: (a) os grupos de alunos da UATI (GA₂₀₀₈ e GA₂₀₀₉) relataram ser menos desmotivados ($Z = - 2,620$, $p = 0,021$ e $Z = - 2,508$, $p = 0,026$, respectivamente) e desanimados ($Z = - 2,593$, $p = 0,024$ e $Z = - 3,294$, $p = 0,005$, respectivamente), mais animados ($Z = - 2,282$, $p = 0,040$ e $Z = - 2,185$, $p = 0,040$, respectivamente) e apresentavam proporcionalmente mais ânimos positivos que negativos ($Z = - 2,204$, $p = 0,027$ e $Z = - 2,071$, $p = 0,037$, respectivamente) quando comparados com os indivíduos que ficaram um ano sem participar do programa (Gex-A₂₀₀₈); (b) os alunos que participaram por mais tempo do programa educacional (GA₂₀₀₈) relataram ser menos angustiadados ($Z = - 2,223$, $p = 0,050$) e mais contentes ($Z = - 2,644$, $p = 0,014$) e o grupo de alunos que estava há um ano na UATI (GA₂₀₀₉) se declarou menos irritado ($Z = 2,769$, $p = 0,008$) que os integrantes do Gex-A₂₀₀₈. Estes dados indicam que os alunos da UATI têm, em média, maior número de ânimos positivos e menor número de negativos se comparados com os ex-alunos (Gex-A₂₀₀₈) (Figura 4).

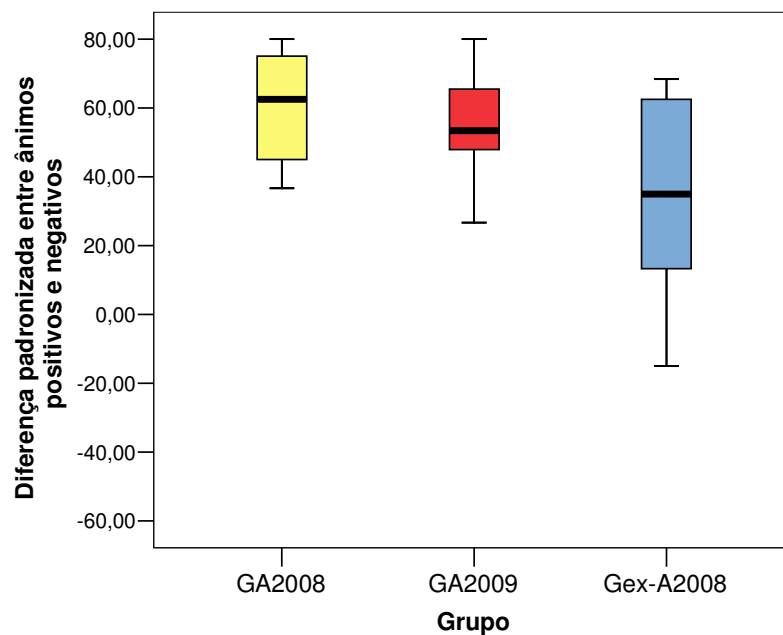


Figura 4– Comparativo da diferença padronizada de ânimos positivos e negativos dos grupos segundo escores obtidos por meio da Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN)

4.7 Correlação entre características sócio-demográficas, percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos alunos da UATI

As análises correlacionais entre as variáveis sócio-demográficas idade, nível de escolaridade e pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009) e os escores totais de percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos idosos participantes da pesquisa foram realizadas utilizando os dados de todos os idosos entrevistados (GA₂₀₀₉, GA₂₀₀₈ e Gex-A₂₀₀₈) (Tabela 17).

Tabela 17 – Resultado das análises correlacionais entre as variáveis sócio-demográficas e os escores totais de percepção de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos e negativos) dos idosos participantes da pesquisa por meio do teste correlacional de *Spearman* (ρ)

Correlação entre		Idade	Nível de escolaridade	Pontuação no Critério Brasil	Escore total de QV (Coleta 2)	Escore total de satisfação com a vida	Escore total de ânimos positivos
Pontuação no Critério Brasil	ρ	-0,281	0,648	1,000	–	–	–
	p	0,036	<0,001	–	–	–	–
Escore total de QV (Coleta 2)	ρ	-0,166	0,766	0,495	1,000	–	–
	p	0,222 ^{ns}	<0,001	<0,001	–	–	–
Escore total de satisfação com a vida	ρ	-0,008	0,622	0,312	0,904	1,000	–
	p	0,956 ^{ns}	<0,001	0,019	<0,001	–	–
Escore total de ânimos positivos	ρ	-0,054	0,591	0,291	0,822	0,849	1,000
	p	0,694 ^{ns}	<0,001	0,030	<0,001	<0,001	–
Escore total de ânimos negativos	ρ	0,126	-0,540	-0,310	-0,784	-0,785	-0,849
	p	0,353 ^{ns}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

^{ns} = não significativo.

A partir dos dados apresentados na Tabela 17, verificamos que:

(a) a idade, nesta análise, não apresentou correlações com os escores totais de QV, satisfação com a vida e ânimos;

(b) o nível de escolaridade apresentava relação moderada e diretamente proporcional com a satisfação com a vida ($\rho = 0,622$, $p = 0,000$) e os ânimos positivos ($\rho = 0,591$, $p = 0,000$), também havia relação forte e direta com os escores totais de percepção de

QV ($\rho_{2^a, coleta} = 0,766$, $p = 0,000$). Aquela mesma variável tinha relação moderada e inversamente proporcional com os ânimos negativos ($\rho = -0,540$, $p = 0,000$);

(c) a pontuação no questionário de classificação econômica Critério Brasil tinha relação moderada e diretamente proporcional com os escores totais de percepção de QV ($\rho_{2^a, coleta} = 0,495$, $p = 0,000$), relação fraca com a satisfação com a vida ($\rho = 0,312$, $p = 0,000$) e os ânimos positivos ($\rho = 0,291$, $p = 0,000$) e relação fraca e inversamente proporcional com os ânimos negativos ($\rho = -0,310$, $p = 0,000$);

(d) os escores de QV se relacionavam de maneira forte e diretamente proporcional com a satisfação com a vida ($\rho_{2^a, coleta} = 0,904$, $p = 0,000$) e os ânimos positivos ($\rho_{2^a, coleta} = 0,822$, $p = 0,000$) e inversamente proporcional com os ânimos negativos ($\rho_{2^a, coleta} = -0,784$, $p = 0,000$);

(e) a satisfação com a vida se relacionava fortemente com os ânimos positivos (de forma diretamente proporcional, $\rho = 0,849$, $p = 0,000$) e os ânimos negativos (de forma inversamente proporcional, $\rho = -0,785$, $p = 0,000$);

(f) os ânimos positivos apresentavam relação forte e inversamente proporcional com os ânimos negativos ($\rho = -0,849$, $p = 0,000$).

5 DISCUSSÃO

De acordo com o IBGE (2010), em 2009, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais sem instrução ou com menos de um ano de estudo era de 9,7%. Contudo, havia apenas um idoso analfabeto (1,8%) na amostra de alunos estudada e 48,2% ($n = 27$) tinha escolaridade alta (ensino médio ou superior completo). Isso sugere que a amostra não representa genericamente os idosos da comunidade, os indivíduos que procuram as UATI's têm nível de escolaridade mais alto e pertencem a níveis socioeconômicos mais favorecidos quando comparados aos dados da população brasileira, tal condição favorável é sustentada por outros autores (BARRETO et al., 2003; FENALTI; SCHWARTZ, 2003; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008b; LEITE et al., 2006; LOURES, 2001; LOURES et al., 2010; ORDONEZ; BATISTONI; CACHIONI, 2011; SWINDELL, 1990; YENERALL, 2003; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA et al., 2011).

O perfil do aluno da UATI pesquisada corrobora diversos estudos que descrevem um idoso jovem, com idade média inferior a 75 anos (ANDERSON et al., 1998; BARRETO et al., 2003; CASTRO et al., 2007; CIESLAK et al., 2007; FENALTI; SCHWARTZ, 2003; IRIGARAY, 2006; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; IRIGARAY;

SCHNEIDER, 2008b; LEITE et al., 2006; LOURES, 2001; LOURES et al., 2010; ORDONEZ; BATISTONI; CACHIONI, 2011; PEREIRA, 2003; SONATI et al., 2011; SWINDELL, 1990; YENERALL, 2003), do sexo feminino (BARRETO et al., 2003; CACHIONI, 1998; CIESLAK et al., 2007; CRUZ, 2003; FENALTI; SCHWARTZ, 2003; HEBESTREIT, 2006; IRIGARAY, 2006; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008b; LEITE et al., 2006; LOESER, 2006; LOURES, 2001; LOURES et al., 2010; MACHADO, 2004; ORDONEZ; BATISTONI; CACHIONI, 2011; PEREIRA, 2003; SONATI et al., 2011; SWINDELL, 1990; WILLIAMSON, 2000; YENERALL, 2003; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA et al., 2011). Quanto às variáveis relacionadas ao convívio familiar, a maior parte da amostra tinha um companheiro ou era viúva, morava com um co-residente, geralmente o cônjuge, e tinha no mínimo um filho. Este tipo de arranjo familiar foi encontrado em outras pesquisas (ANDERSON et al., 1998; BARRETO et al., 2003; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008a; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008b; LEITE et al., 2006; LOURES, 2001; LOURES et al., 2010; ORDONEZ; BATISTONI; CACHIONI, 2011; YENERALL, 2003).

O número de indivíduos morando sozinho também foi expressivo (n=11; 19,6% do total de entrevistados) e evidencia o aumento crescente de idosos nesta condição (ANDERSON et al., 1998; BARRETO et al., 2003; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007), especialmente quando estes estão saudáveis e independentes como os alunos da UATI. Segundo Anderson e colaboradores (1998), “morar sozinho não significa um problema em si, já que pode ser uma *opção*, além de uma condição somente possível, via de regra, com níveis financeiro e de saúde satisfatórios” (p. 44).

Mesmo não sendo objeto de estudo deste trabalho, na análise de **todos** os idosos (n = 56), percebemos que o fato de morar sozinho não foi um fator determinante de percepções inferiores de QV ($U_{1a. coleta} = 243,00$, $z = -0,093$, $p = 0,926$; $U_{2a. coleta} = 236,50$, $z = -0,227$, $p = 0,820$), de satisfação com a vida ($U = 214,50$, $z = -0,683$, $p = 0,494$), ânimos positivos ($U = 233,00$, $z = -0,301$, $p = 0,764$) ou de percepções superiores de ânimos negativos ($U = 231,00$, $z = -0,343$, $p = 0,732$) quando comparados com os idosos que dividiam a residência com outras pessoas. Alinhando-se a este dado, um número maior de filhos ou residentes na mesma casa também não tem relação com escores elevados de QV. Capitanini e Neri (2008) afirmam que viver só não é sinônimo de solidão ou de um contexto negativo, principalmente se o idoso for capaz de manter relações de intimidade à distância ou puder contar com filhos, velhos amigos e outros idosos vivendo por perto. Isso mostra a

importância de se equacionar quantidade e qualidade das interações intra-familiares e a importância das relações de livre escolha além das obrigatórias.

O grande percentual de idosos que frequentavam a igreja na amostra (80,4%, n = 45) corrobora dados dos estudos de Loures (2001) e de Loures e colaboradores (2010). Na velhice, as atividades religiosas gradativamente ocupam postos mais importantes como forma de compensação pelas outras atividades e papéis que são diminuídos ou modificados com a aposentadoria, viuvez ou término de responsabilidades ligadas à parentabilidade (GOLDSTEIN; NERI, 2006). De acordo com Levin e Chatters (1998) e Floriano e Dalgalarro (2007), a religiosidade é um suporte emocional que pode contribuir para o bem-estar na velhice, com repercussões nas áreas da saúde física e mental, o que pode também ter influenciado os escores elevados de QV e de satisfação com a vida encontrados na amostra.

Sobre a saúde, a maioria dos idosos (78,6%, n = 44) afirmou ter algum problema, mencionando-o quando questionado. No entanto, não estavam limitados pelas doenças citadas e muitos levam vida normal, com as enfermidades controladas. Isto significa que nem sempre a percepção de boa QV e satisfação com a vida se associam à ausência de doenças (presença de doenças X escore total de QV: $U_{2a. coleta} = 231,50$, $z = -0,650$, $p = 0,516$; presença de doenças X escore total de satisfação com a vida: $U = 264,00$, $z = -0,000$, $p = 1,000$).

Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. (...), já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003, p. 794).

Em relação às mudanças nos escores totais de QV, percebemos que os ganhos mais significativos aconteceram no primeiro ano de intervenção (+4,71 pontos; 9,05%). No segundo ano, há apenas manutenção (+0,63 pontos; 1,21%) que, segundo Assis (2004), em revisão de literatura, é positivo quando ponderamos as perdas fisiológicas normais e o contexto sócio-ambiental que cerca o processo de envelhecimento.

Os alunos que não frequentaram a UATI pelo período de aproximadamente doze meses, apresentaram diminuição na percepção de QV (-6,90 pontos; -13,27%). Este resultado corrobora dados da pesquisa conduzida por Loeser (2006) que apontou que os

idosos que param de participar das atividades deixam de apresentar mudanças positivas significativas. As investigações futuras poderiam focar se as características biopsicossociais ou a falta da intervenção estariam associadas ao decréscimo da QV para os idosos que deixaram a UATI.

Na análise das mudanças de percepção de cada item de QV (ΔX), no primeiro ano de intervenção, os ganhos mais expressivos se relacionam à memória, amigos e vida em geral (ANEXO H, vide páginas 93 e 94) e, no segundo ano, à saúde, vida em geral, amigos e você em geral (ANEXO I, vide páginas 95 e 96), nesta ordem. Por outro lado, as maiores perdas dos alunos que ficaram sem a UATI por doze meses foram nos itens amigos, capacidade para fazer tarefas e você em geral (ANEXO J, vide página 97). Estes dados apontam para a eficácia do programa avaliado que atingiu os objetivos gerais contidos em seu projeto pedagógico (ver item 3.1) pelo menos para os alunos que permaneceram no programa.

A relativa manutenção dos itens moradia, família, casamento e dinheiro apresentada em todos os grupos (Tabelas 10, 12 e 14) pode ser explicada pelo fato destes tenderem a estabilidade em curto prazo e do programa educacional não poder modificar diretamente estes itens.

Em termos de correlação entre as variáveis sócio-demográficas e as alterações percebidas em cada item de QV, quanto maior a idade dos idosos que ficaram sem frequentar a UATI por doze meses, maior a queda nos escores de percepção da vida em geral. Para o mesmo grupo, níveis mais altos de escolaridade levaram ao aumento na capacidade de fazer atividades de lazer. Isto pode ter ocorrido por algum idoso ter trocado a UATI por outra atividade identificada pelo mesmo como de lazer. Maiores pontuações no Questionário de Classificação Econômica Critério Brasil se relacionaram com alterações positivas nas percepções de saúde física para os alunos da UATI (GA₂₀₀₈ e GA₂₀₀₉). O nível de escolaridade apresentou relação diretamente proporcional entre a percepção de disposição, dinheiro e escore total de QV e o nível socioeconômico, entre a disposição e a moradia nas análises do GA₂₀₀₉.

Estas correlações podem ser explicadas por dados como os de Larsen, Halzen e Martin (1997) e Marchi Netto (2004) que afirmaram que em idades avançadas, algumas perdas sensoriais e motoras podem deixar o indivíduo mais vulnerável. Também, os altos níveis de escolaridade estão relacionados com pontuações altas de classificação econômica e, ambas as variáveis são fatores de proteção para a QV do idoso que teria uma gama maior de recursos internos e externos necessários à adaptação. Estas variáveis podem influenciar até a frequência, a quantidade e os tipos de serviços de saúde que os idosos utilizam

(FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999). Idosos com poder aquisitivo satisfatório não precisam optar entre a compra de eletrodomésticos ou produtos de primeira necessidade como alimentos e medicamentos e, por isso, têm maior conforto em suas moradias, fato que pode ter contribuído para maior satisfação na avaliação deste item (CESAR et al., 2008).

Em termos gerais, todos os grupos apresentaram escores médios elevados de QV, satisfação com a vida e ânimos positivos. Isto pode ter ocorrido pelo fato dos entrevistados serem funcionalmente independentes e autônomos. Os resultados favoráveis não destoam de revisões de literatura (NETUVELI; BLANE, 2008) e supomos que a participação nas atividades da UATI tenha influência positiva sobre os indivíduos. No entanto, o desenho metodológico não nos permite uma afirmação conclusiva. Existe a hipótese de que pessoas com melhores condições nestas variáveis tendam a procurar por intervenções visando melhorar suas vidas. Assim, esta condição de “superioridade” de estratégias seria intrínseca aos indivíduos que buscaram a UATI e não o resultado da participação na mesma.

No que se refere às análises correlacionais entre as características sócio-demográficas com QV, satisfação com a vida e ânimos, observou-se que, de forma geral, os dados seguem uma lógica coerente. Primeiro, existe uma relação diretamente proporcional entre o nível de escolaridade e a pontuação no Questionário de Classificação Econômica Critério Brasil independente do grupo, isso significa que os idosos com os níveis mais elevados de instrução pertenciam a níveis socioeconômicos mais favorecidos e estes, por sua vez, mostravam-se mais satisfeitos com a vida, apresentavam maior quantidade de ânimos positivos e menor de ânimos negativos.

Sobre a metodologia, esperamos que a rapidez e facilidade de aplicação dos instrumentos assim como a possibilidade destes serem aplicados por quaisquer profissionais incentivem pesquisas futuras a optar pelos mesmos a fim de termos parâmetros de comparação.

6 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo, os resultados apresentados permitiram as seguintes conclusões **pontuais**:

- O perfil do aluno da UATI pesquisada aponta para um idoso jovem, do sexo feminino, com nível de escolaridade alto e nível socioeconômico favorecido.

- Existe diferença entre os escores totais de QV de idosos alunos da UATI antes e após a intervenção (no início e término do ano letivo) e esta diferença é positiva;
- Não existe diferença significativa entre os escores totais de QV de idosos alunos da UATI no segundo ano de intervenção (*follow-up*), estes se mantêm;
- Existe diferença entre os escores totais de QV de idosos alunos da UATI que não frequentaram o programa por um ano (*follow-up*) e esta diferença é negativa;
- Existe relação entre as alterações percebidas na QV e características sócio-demográficas dos alunos da UATI;
- Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas escolaridade e nível socioeconômico e as percepções de QV, satisfação com a vida e ânimos (positivos ou negativos) dos participantes.

Uma vez que os resultados apontaram que a participação no programa UATI foi favorável às percepções de QV, satisfação com a vida, relação de ânimos positivos e negativos, em termos de fomento ou manutenção, advogamos a favor deste tipo de intervenção. É preciso que os programas educacionais incluam os idosos, pois esta pode ser uma importante fonte de apoio nesta etapa do ciclo vital. Sendo assim, o estímulo e o fortalecimento de parcerias entre universidades, fundações educacionais e profissionais de várias áreas para o seu oferecimento podem minimizar as dificuldades de planejamento de atividades significativas, prazerosas e de qualidade.

Por meio de esforços conjuntos, será possível pensar em medidas preventivas e intervenções que garantam novos sentimentos que estejam livres de estereótipos associados ao envelhecimento. O desenvolvimento de práticas de ações, que atendam às dimensões de QV passíveis de fomento, reúne-se em torno de uma significação inclusiva, flexível e dinâmica que leve em conta o valor da opinião do próprio idoso. As intervenções educacionais devem apoiar a construção de conhecimentos e aptidões que proporcionem encorajamento para que os idosos se sintam aceitos e compreendidos em suas habilidades, capacidades, dificuldades e limitações.

O comprometimento com o idoso, em suas perspectivas mais amplas, deve abarcar objetivos que ultrapassem a visão simplista de cuidados em saúde e manutenção da vida. A QV e a satisfação com a vida têm caráter mais abrangente e reconhecem a importância da participação em relações sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis por meio de um processo contínuo de educação, atualização e realização pessoal.

Identificar o perfil dos alunos da UATI possibilita uma reflexão dos motivos pelos quais os indivíduos procuram intervenções e este dado pode ser importante para o planejamento de programas futuros que possam incluir um número maior de idosos. Integrar preservação e melhoria da sensação de bem-estar de todos os coletivos deve ser alvo de discussões e planos de ação para que as últimas etapas da vida sejam acompanhadas de satisfação.

Esta investigação é parte do conjunto de trabalhos que contribuem para ampliar os conhecimentos sobre o envelhecimento e a importância dos programas educacionais voltados aos idosos. Por esse motivo, é interessante que investigações semelhantes sejam feitas em outras realidades. Os resultados de tais investigações permitirão abordar e planejar programas que atendam às principais necessidades dos envolvidos nesse *status quo*.

Nossa idade - velho ou moço - pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos
e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza,
a exata beleza que vem dos gestos espontâneos
e do profundo instinto de subsistir
enquanto as coisas ao redor se derretem e somem
como nuvens errantes no universo estável.
(Drummond de Andrade, 2002, p. 1427)

7 REFERÊNCIAS

ALBRECHT, G.L.; DEVLIEGER, P.J. The disability paradox: high quality of life against all odds. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 8, p. 977-988, 1999.

ALBUQUERQUE, A.S.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 153-164, 2004.

ALVES, V.C.P. **Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação**. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2008.

ANDERSON, M.I.P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1-44, 1998. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59281998000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: novembro. 2009.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ**. 2004. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**, 2009. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=12>>. Acesso em: novembro. 2009.

BARRETO, K.M.L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: agosto. 2011.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 3. ed. Buckingham: Open University Press, 2005.

_____. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500113L>>. Acesso em: agosto. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196>>. Acesso em: abril. 2006.

_____. **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 [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1994. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em: dezembro. 2009.

CACHIONI, M. **Envelhecimento bem-sucedido e participação numa universidade para a terceira idade:** a experiência dos alunos da Universidade São Francisco. 1998. 104 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de Universidade da Terceira Idade.** 2002. 276 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidade da Terceira Idade. Campinas: Alínea, 2003.

CACHIONI, M.; NERI, A.L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. **Velhice bem-sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. 3. ed. Campinas: Papirus, 2008. p. 29-50.

CACHIONI, M.; PALMA, L.S. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e o idoso. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1456-1465.

CACIOPPO, J.T.; GARDNER, W.L.; BERNTSON, G.G. The affect system has parallel and integrative processing components: form follows function. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 76, n. 5, p. 839-855, 1999.

CALMAN, K.C. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. **Journal of Medical Ethics**, Manchester (Reino Unido), v.10, n. 3, p. 124-127, 1984. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374977/?page=1>>. Acesso em: março. 2010.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os idosos e os seus novos papéis sociais.** Rio de Janeiro: IPEA, 2005, p. 251-289.

CAMARGOS, M.C.S; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, 2007.

CAPITANINI, M.E.S.; NERI, A.L. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (Orgs.). **Velhice bem-sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. 3. ed. Campinas: Papirus, 2008. p.71-89.

CARSTENSEN, L.L. et al. Emotional experience in everyday life across the adult life span. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 79, n. 4, p. 644-655, 2000.

CASTRO, P.C. **Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) e do Programa de Revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos.** 2007. 77 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

CASTRO, P.C. et al. Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) e do Programa de Revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 461-467, 2007.

CESAR, J.A. et al. Perfil dos idosos residentes de dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, 2008.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. et al. (Orgs.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.40-47.

CIESLAK, F. et al. Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade na cidade de Ponta Grossa – PR. **Lecturas, Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 12, n. 113, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd113/estudo-da-qualidade-de-vida-de-mulheres-idosas.htm>>. Acessado em: maio. 2008.

CRUZ, S.R.B. **Bem-estar subjetivo em adultos e idosos**. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2003.

DE LIMA, A.P. et al. A visão de novos idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo (UATI/UNIFESP). In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 10., 2007. São Bernardo do Campo. **Anais...** São Bernardo do Campo: s/ed., 2007. p. 1-19. Disponível em: <http://www.projektoradix.com.br/arq_artigo/X_06.pdf>. Acesso em: agosto. 2011.

DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a08.pdf>>. Acesso em: março. 2010.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 1998. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000009.pdf>>. Acesso em: agosto. 2009.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

_____. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DIENER, E.; EMMONS, R.A. The independence of positive and negative affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, n. 5, p. 1105-1117, 1984.

DIENER, E.; SUH, E.M. Subjective well-being and age: an international analysis. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, v. 8, p. 304-324, 1997.

DIENER, E. et al. Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 125, n. 2, p. 276-302, 1999.

DRUMMOND DE ANDRADE, C. **Poesia Completa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

ERBOLATO, R.M.P.L. Impacto da universidade da terceira idade: modificações de vida relativas ao envelhecimento. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 46, n. 105, p. 61-77, 1996.

EVANS, S. et al. Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 5, p. 1291-1300, 2005.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science & Medicine**, New York, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995.

FENALTI, R.C.S.; SCHWARTZ, G.M. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 131-141, 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/eef/rpef/v17n22003/v17n2p131.pdf>>. Acesso em: janeiro. 2010.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERRIGNO, J.C.; LEITE, M.L.C.B.; ABIGALIL, A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1436-1443.

FIERRO, A. O desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 404-420.

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. et al. (Orgs.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 193-799, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>>. Acesso em: agosto. 2011.

FLORIANO, P.J; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FORMOSA, M. Lifelong learning in later life: the Universities of the Third Age. **Lifelong Learning Institute Review**, v. 5, p. 1-12, 2010. Disponível em: <http://www.usm.maine.edu/olli/national/pdf/LLI%20Review/LLI_Review2010.pdf#page=9>. Acesso em: agosto. 2011.

FRISCH, M.B. Quality of life theory. In: FRISCH, M.B. **Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006, p. 18-36. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: agosto. 2011.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS. **Regimento interno da Universidade Aberta da Terceira Idade**, 2008. Disponível em: <<http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br/arquivos/pdfs/Microsoft20Word20-20Projeto%20Pedagógico%20UATI.pdf>>. Acesso em: agosto. 2009.

GOLDSTEIN, L.; NERI, A.L. Tudo bem, graças à Deus: religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 6. ed. Campinas: Papirus, 2006. p. 109-136.

HEBESTREIT, L.K. **An evaluation of the role of the University of the Third Age in the provision of lifelong learning**. 2006. 247 f. Thesis (Doctorate in Education) – School of Education, University of South Africa, Pretória, 2006. Disponível em: <<http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1498/thesis.pdf?sequence=1>>. Acesso em: dezembro. 2010.

HUPPERT, F.A.; WHITTINGTON, J.E. Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. **British Journal of Health Psychology**, v. 8, n. 1, p. 107-122, 2003.

INOUYE, K. **Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp101396.pdf>>. Acesso em: dezembro. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: março. 2011.

_____. **Projeção da população do Brasil, 2008 – IBGE: população brasileira cresce em ritmo acelerado**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: julho. 2010.

_____. **Síntese de indicadores sociais – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: julho. 2010.

IRIGARAY, T.Q. **Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS)**. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 25, n. 4, p. 517-525, 2008a.

_____. Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 211-216, 2008b.

JACOB, L. **A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida seniores em Portugal**. Medicina Avançada, 2007. Disponível em: <http://www.socialgest.pt/_dl/ImportanciadasUniversidadesdaTerceiraIdadenaquidadedevidadossenioresemportugal.pdf>. Acessado em: maio. 2008.

JOHNSON, M.L. Lessons from the Open University: third-age learning. **Educational Gerontology**, v. 21, n. 5, p. 415-427, 1995.

KRAUSE, N. Social relationships in late life. In: BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (Orgs.). **Handbook of aging and the social sciences**. 6. ed. San Diego, CA: Academic Press, 2006. p. 181-200.

KRUG, J. G. A política, a educação social e a terceira idade. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 8, p. 51-66, 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4774/2681>>. Acesso em: fevereiro. 2010.

LACERDA, S.M. **Universidade aberta à terceira idade: representações da velhice**. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

LARSEN, P.D.; HALZEN, S.E.; MARTIN, J.L. Assessment and management of sensory loss in elderly patients. **AORN Journal**, Denver (Colorado), v. 65, n. 2, p. 432-437, 1997.

LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J.E. et al. (Orgs.). **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego: Academic Press, 1991. p. 3-27.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: agosto. 2011.

LEVENTHAL, H. et al. Does stress-emotion cause illness in elderly people? In: SCHAIE, K.W.; LAWTON, M.P. (eds.). **Annual review of gerontology and geriatrics - focus on emotion and adult development**. New York: Springer, 1997, v. 17, p. 138-184. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: agosto. 2011.

LEVIN, J.S.; CHATTERS, L.M. Religion, health and psychological well-being in older adults: findings from national surveys. **Journal of Aging and Health**, Galveston (Texas), v. 10, n. 4, p. 504-531, 1998. Disponível em: <<http://jah.sagepub.com/cgi/reprint/10/4/504>>. Acesso em: junho. 2010.

LOESER, V. **Educação e envelhecimento**: um curso na vida dos idosos de Porto Alegre. 2006. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LOGSDON, R.G. et al. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. **Journal of Mental Health & Aging**, v. 5, n. 1, p. 21-32, 1999.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.

LOURES, M.C. **Avaliação da depressão, do stress e da qualidade de vida em alguns idosos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás**. 2001. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

LOURES, M.C. et al. Women's quality of life: University of the Third Age, Goiás, Brazil. **Revista de Salud Pública** (Bogota, Colombia), v. 12, n. 3, p. 391-401, 2010.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.A.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect. **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 6, p. 803-855, 2005.

MACHADO, F.F. **Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade do Sagrado Coração (UATI/USC)**: estudo de caso. 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2004. Disponível em: <<http://www.athena.biblioteca.unesp.br>>. Acesso em: agosto. 2011.

MARCHI NETTO, F.L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/67/66>>. Acesso em: junho. 2010.

MARRANO, M.M.N.O.; MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. Qualidade de vida para os idosos imigrantes italianos: o caso da comunidade trentina de Piracicaba/SP. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 11, n. 98, 2006. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/efd98/idos.htm>>. Acesso em: maio. 2007.

MARTIN, A.J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Evaluation & Health Professions**, Los Angeles, v. 21, n. 2, p. 141-156, 1998.

MARTUCCI, E.M.; PURQUÉRIO, M.C.V. **Universidade aberta da terceira idade**: projeto pedagógico, 2005. Disponível em: <<http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br/arquivos/pdfs/Microsoft%20Word%20-%20Projeto%20Pedagógico%20UATI.pdf>>. Acesso em: agosto. 2008.

MELLO, A.N. **A qualidade de vida na fala dos egressos da Universidade Aberta à Terceira Idade / Universidade Federal de São Paulo (UATI / UNIFESP)**. 2008. Resumo. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em:

<http://www.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_a_40.pdf>. Acesso em: agosto. 2008.

MENDONÇA, J.M.B. Direitos humanos e pessoa idosa. In: BERZINS, M.V.; MALAGUTTI, W. (Orgs.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 61-70.

MERCADANTE, E.F.; BERZINS, M.V. Discriminação e perversidade contra pessoas idosas reveladas nas piadas. In: BERZINS, M.V.; MALAGUTTI, W. (Orgs.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 125-143.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18. 2000.

MITCHELL, R.A.; LEGGE, V.; SINCLAIR-LEGGE, G. Membership of the University of the Third Age (U3A) and perceived well-being. **Disability and Rehabilitation**, v. 19, n. 6, p. 244-248, 1997.

MUNIZ, J.A. PPA: programa de preparação para o amanhã. **Estudos de Psicologia** (Natal), Natal, v. 2, n. 1, p. 198-204, 1996.

NERI, A.L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: _____. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007a. p. 33-46.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.

_____. Escala para medida da satisfação com a vida. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006c. p. 1524.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007b. p. 13-60.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: _____. **Qualidade de vida na idade madura**. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2006a. p. 9-56.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b. p. 58-77.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1277-1288.

NERI, A.L.; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de**

Psicologia (Campinas), Campinas, v. 23, n. 2, p.127-137, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: dezembro. 2009.

NETUVELI, G.; BLANE, D. Quality of life in older ages. **British Medical Bulletin**, v. 85, n. 1, p. 113-126, 2008. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/reprint/85/1/113>>. Acesso em: julho. 2010.

NOVELLI, M.M.P.C. **Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer**. 2003. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. **Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares**. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE DA UFSC. **História do núcleo de estudos da terceira idade**, 2007. Disponível em: <<http://www.neti.ufsc.br/historia.php>>. Acesso em: dezembro. 2009.

NÚCLEO INTEGRADO DE ESTUDOS E APOIO À TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE DE SANTA MARIA. **Histórico do NIEATI da Universidade de Santa Maria**, 2009. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/cefd/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=87>. Acesso em: janeiro. 2010.

OLIVEIRA, F.S. **A implementação do Estatuto do Idoso nas áreas de saúde e educação pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2006.

OLIVEIRA, R. Docência para a terceira idade. **Olhar de Professor**, Ponta Grossa, v. 4, n. 1, p. 21-32, 2001. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/684/68440103.pdf>>. Acesso em: fevereiro. 2010.

ORDONEZ, T.N.; BATISTONI, S.S.; CACHIONI, M. Depressive symptoms in older adults studying at a third age open university. **Revista Española de Geriatria y Gerontologia**, 2011. Disponível em: <http://www.unboundmedicine.com/ebm/journal/Revista_espanola_de_geriatria_y_gerontologia>. Acesso em: junho. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de GONTIJO, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: novembro. 2009.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico**. 2004. 227 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. **Qualidade de vida do idoso:** elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 147-153.

PASCHOAL, S.M.P.; JACOB FILHO, W.; LITVOC, J. Development of Elderly Quality of Life Index - EqoLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. **Clinics**, v. 62, n. 3, p. 279-288, 2007.

_____. Development of Elderly Quality of Life Index - EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. **Clinics**, v. 63, n. 2, p. 179-188, 2008.

PATRICK, D.L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M.P.A. et al. (Orgs.). **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

PEREIRA, M.C.S. A face (des)conhecida do idoso na Universidade Aberta da Terceira Idade da Unicentro. **Revista Kairós**, v. 6, n. 2, p. 193-204, 2003.

PINHEIRO, N.M. Capítulo V: da educação, cultura, lazer e esporte. In: PINHEIRO, N.M. (Org.) **Estatuto do Idoso comentado**. 2. ed. Campinas: Cervanda, 2008. p. 187-210.

PINHEIRO, R.S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PONTAROLO, R.S.; OLIVEIRA, R.C.S. Terceira idade e educação: uma breve discussão. **Publicatio UEPG Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Lingüística, Letras e Artes**, Ponta Grossa, v. 16, p. 115-123, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/624/612>>. Acesso em: fevereiro. 2009.

QUEIROZ, Z.P.V.; PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento bem-sucedido: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Importância da sociabilidade e da educação. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 807-815.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

RAMOS, V. **Velhas e velhos conquistam espaços nas universidades de São Paulo:** política, sociabilidade e educação. 2008. 254 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

RODRIGUES, D.M. **Os aspectos cognitivos da qualidade de vida:** um estudo entre as variáveis do locus de controle e as do bem-estar subjetivo. 2007. 140 f. Tese (Doutorado em

Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ROLIM, F.S. **Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento**. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SALZEDAS, P.L.; BRUNS, M.A.T. O corpo em transformação. In: BRUNS, M.A.T.; DEL-MASSO, M.C.S. (Orgs.). **Envelhecimento humano: diferentes perspectivas**. Campinas: Alínea; 2007. p. 13-22.

SANTANA, J. A. Do peso e da leveza: sobre a velhice. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/leveza.html>. Acesso em: dezembro. 2009.

SANTOS, G.A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/937/717>>. Acesso em: dezembro. 2009.

SIQUEIRA, M.E.C.; NERI, A.L. Qualidade de vida das pessoas que envelhecem com deficiência mental. In: NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p. 251-278.

SIQUEIRA, M.M.M.; MARTINS, M.C.F.; MOURA, O.I. Construção e validação fatorial da EAPN: Escala de Ânimo Positivo e Negativo. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 34-40, 1999.

SIQUEIRA, M.M.M.; PADOVAM, V.A.R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>>. Acesso em: dezembro. 2009.

SKLIAR, C. A inclusão que é “nossa” e a diferença que é do “outro”. In: RODRIGUES, D. (Org.). **Inclusão e educação**. São Paulo: Summus, 2006. p. 15-34.

SONATI, J.G. et al. Body composition and quality of life (QoL) of the elderly offered by the "University Third Age" (UTA) in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 52, n. 1, p. 31-35, 2011.

SWINDELL, R.F. Characteristics and aspirations of older learners in an Australian University of the Third Age program. **Educational Gerontology**, v. 16, n. 1, p. 1-26, 1990.

SWINDELL, R.; THOMPSON, J. An international perspective on the University of the Third Age. **Educational Gerontology**, v. 21, n. 5, p. 429-447, 1995.

TODARO, M.A. Crianças e velhos: oposição ou complementaridade? In: _____. **Vovô vai à escola: a velhice como tema transversal no ensino fundamental**. Campinas: Papirus, 2009. p. 11-23.

UNIVERSIDADE SEM FRONTEIRAS. **Universidade Sem Fronteiras**, 2007. Disponível em: <<http://www.unisf.com.br/história>>. Acesso em: novembro. 2009.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.7-14, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>>. Acesso em: junho. 2010.

VELOSO, E.M.C. **Políticas e contextos educativos para os idosos**: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal. 2004. 405 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2004.

VERAS, R.P; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>>. Acesso em: outubro. 2009.

WILLIAMSON, A. Gender issues in older adults' participation in learning: viewpoints and experiences of learners in the University of the Third Age (U3A). **Educational Gerontology**, v. 26, n. 1, p. 49-66, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP - WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

XAVIER, M.F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

YENERALL, J.D. Educating an aging society: the University of the Third Age in Finland. **Educational Gerontology**, v. 29, n. 8, p. 703-716, 2003.

ZAUTRA, A.J.; POTTER, P.T.; REICH, J.W. The independence of affects is context-dependent.: an integrative model of the relationship between positive and negative affect. In: SCHAIK, K.W.; LAWTON, M.P. (eds.). **Annual review of gerontology and geriatrics** - focus on emotion and adult development. New Jersey: Wiley & Sons, 1997, v. 17, p. 75-103. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: agosto. 2011.

ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, H. et al. The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). **Archives of Gerontology and Geriatrics**, s/v, s/p, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494311000525>>. Acesso em: Junho. 2011.

ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, H.; KĘDZIORA-KORNATOWSKA, K.; CIEMNOCZOŁOWSKI, W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, n. 2, p. 189-202, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494310002256>>. Acesso em: Junho. 2011.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A - Ficha de Caracterização do Idoso

Nome _____

Endereço (Rua, Av.) _____

_____ Bairro _____

Telefone _____

=====

Campus: () Vila Nery () Vila Prado

Módulo: () 1 () 2

1. Sexo:

1. () Feminino 2. () Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Você sabe ler e escrever?

1. () Sim 2. () Não

4. Qual é a sua escolaridade?

1. () Analfabeto
2. () Pré-primário
3. () Até a _____ série
4. () Até o _____ colegial
5. () Superior incompleto
6. () Superior completo
7. () Pós-graduação

5. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

1. () Casado/morando junto.
2. () Viúvo(a).
3. () Divorciado(a) / separado(a).
4. () Nunca casou / solteiro(a)

6. Você tem filhos?

0. () Nenhum
1. () Sim, Quantos? _____

7. Você tem animais de estimação?

() Não

() Sim. Qual?.....

8. Quem são as pessoas que moram com você (na mesma casa)?

.....
.....
.....
.....

9. Quais são os principais problemas de saúde que você está enfrentando?

1)

2)

3)

10. Você frequenta igreja (ao menos quinzenalmente)?

a. () Não

b. () Sim

8.2 ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009)



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

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

8.3 ANEXO C - Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA) (NOVELLI, 2006)

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (QdV-DA) (NOVELLI, 2006)				
	SITUAÇÃO ATUAL			
1. Saúde Física	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
2. Disposição	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
3. Humor	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
4. Moradia	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
5. Memória	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
6. Família	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
7. Casamento	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
8. Amigos	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
9. Você em geral	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
10. Capacidade para fazer Tarefas	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
12. Dinheiro	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()
13. A vida em geral	Ruim ()	Regular ()	Bom ()	Excelente ()

8.4 ANEXO D - Escala para Medida de Satisfação com a Vida (NERI, 2006c)

Escala para medida de satisfação com a vida (NERI, 2006c, p.1524)					
1. Sua saúde	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
2. Sua capacidade física	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
3. Sua saúde hoje, comparada com a de 5 anos atrás	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
4. Sua capacidade física hoje, comparada com a de 5 anos atrás	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
5. Sua saúde, comparada com a de outras pessoas da sua idade	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
6. Sua capacidade física comparada com a de outras pessoas da sua idade	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
7. Sua capacidade mental hoje	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
8. Sua capacidade mental atual, comparada com a de 5 anos atrás	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
9. Sua capacidade mental comparada com a de outras pessoas da sua idade	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
10. Seu envolvimento social hoje	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
11. Seu envolvimento social atual, comparado com o de 5 anos atrás	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()
12. Seu envolvimento social atual, comparado com o de outras pessoas da sua idade	1. Muito pouco satisfeito ()	2. Pouco satisfeito ()	3. Mais ou menos satisfeito ()	4. Muito satisfeito ()	5. MUITÍSSIMO satisfeito ()

8.5 ANEXO E - Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN) (SIQUEIRA; MARTINS; MOURA, 1999)

Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN) (SIQUEIRA; MARTINS; MOURA, 1999)					
1. Irritado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
2. Feliz	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
3. Alegre	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
4. Animado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
5. Desmotivado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
6. Angustiado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
7. Bem	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
8. Deprimido	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
9. Chateado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
10. Satisfeito	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
11. Nervoso	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
12. Triste	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
13. Contente	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()
14. Desanimado	1. Nada ()	2. Pouco ()	3. Mais ou menos ()	4. Muito ()	5. Extremamente ()

8.6 ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676

Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110

Fax: (016) 3361.3176

CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil

proppg@power.ufscar.br - <http://www.proppg.ufscar.br/>

CAAE 0038.0.135.000-08

Título do Projeto: Intervenção educacional na terceira idade; estudo do impacto na qualidade de vida

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Keika Inouye, Profª Drª Elisete Silva Pedrazzani (orientadora)

Parecer Nº. 233/2008

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 21 de maio de 2008.

Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar

8.7 ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Intervenção educacional na terceira idade: estudo do impacto na qualidade de vida**”.
2. Sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.
4. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.
5. O objetivo desta pesquisa é estudar a qualidade de vida de pessoas maduras como você.
6. Sua participação consiste em responder alguns questionários.
7. As perguntas são rápidas e fáceis de responder.
8. O benefício relacionado com a sua participação é que você está contribuindo para a ciência.
9. Asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a identificação de seu nome.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone pessoal da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas, agora ou a qualquer momento.

Keika Inouye
Av. Miguel Damha, 1000 – Jd. Guanabara – São Carlos
Telefone: (16) 9213-7538

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante

8.8 ANEXO H – Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de oito meses para o grupo de estudo quase-experimental (GA₂₀₀₉)

Sujeito	Δ^* (saúde física)	Δ^* (disposição)	Δ^* (humor)	Δ^* (moradia)	Δ^* (memória)	Δ^* (família)	Δ^* (casamento)	Δ^* (amigos)	Δ^* (você em geral)	Δ^* (tarefas)	Δ^* (lazer)	Δ^* (dinheiro)	Δ^* (vida geral)	Δ^* (total)	Δ^* (Total Padronizado)
1	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	-1	0	0	4	7,69
2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4	7,69
3	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	5	9,61
4	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	9,62
5	1	0	1	0	3	2	0	0	0	1	1	0	0	9	17,3
6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	2	6	11,54
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,92
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	3	0	1	13	25
10	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	-2	0	1	3	5,77
11	0	0	0	-1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	3	5,77
12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	7,69
13	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3,85
14	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	6	11,54
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,92
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1,92
17	1	1	0	0	1	0	0	1	1	2	2	1	0	10	19,23
18	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1,93
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,93
20	1	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	12	23,07
21	0	1	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	9	17,3
22	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	5,77
23	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	4	7,7
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1,92
25	1	1	-1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	6	11,54
26	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	7,69
27	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	2	0	1	9	17,31
Média	0,48	0,44	0,22	0,04	0,74	0,11	0,11	0,67	0,41	0,44	0,44	0,07	0,52	4,70	9,05

* $\Delta X = X_{t2} - X_{t1}$ ¹⁰

¹⁰ Exemplo: Alteração percebida acerca do item saúde física = Δ (saúde física)

Δ (saúde física) = (Saúde física percebida na segunda coleta de dados) – (Saúde física percebida na primeira coleta de dados)

8.8 ANEXO H (Continuação) – Resultados das análises das alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de oito meses para o grupo do estudo quase-experimental (GA₂₀₀₉) e características sócio-demográficas dos participantes por meio do teste correlacional de *Spearman* (ρ)

VARIÁVEIS	Idade		Grau de escolaridade		Pontuação Critério Brasil	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Δ (saúde física)	0,072	0,721 ^{ns}	-0,437	0,023	-0,473	0,013
Δ (disposição)	0,038	0,852 ^{ns}	-0,563	0,002	-0,492	0,009
Δ (humor)	0,007	0,971 ^{ns}	-0,149	0,459 ^{ns}	0,075	0,709 ^{ns}
Δ (moradia)	0,193	0,334 ^{ns}	-0,369	0,058 ^{ns}	-0,408	0,034
Δ (memória)	-0,021	0,918 ^{ns}	-0,264	0,184 ^{ns}	0,224	0,261 ^{ns}
Δ (família)	0,123	0,542 ^{ns}	-0,118	0,558 ^{ns}	-0,111	0,581 ^{ns}
Δ (casamento)	0,175	0,384 ^{ns}	-0,357	0,067 ^{ns}	-0,129	0,522 ^{ns}
Δ (amigos)	-0,083	0,682 ^{ns}	-0,233	0,242 ^{ns}	0,032	0,873 ^{ns}
Δ (você em geral)	-0,364	0,062 ^{ns}	-0,376	0,053 ^{ns}	-0,102	0,613 ^{ns}
Δ (tarefas)	-0,025	0,902 ^{ns}	-0,222	0,265 ^{ns}	-0,116	0,565 ^{ns}
Δ (lazer)	-0,304	0,123 ^{ns}	-0,157	0,434 ^{ns}	0,234	0,241 ^{ns}
Δ (dinheiro)	-0,155	0,440 ^{ns}	-0,361	0,044	0,082	0,685 ^{ns}
Δ (vida geral)	-0,088	0,661 ^{ns}	-0,168	0,402 ^{ns}	-0,041	0,840 ^{ns}
Δ (total)	-0,102	0,641 ^{ns}	0,504	0,007	-0,095	0,639 ^{ns}

^{ns} = não significante.

8.9 ANEXO I - Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento que frequentou o programa neste intervalo de tempo (GA₂₀₀₈)

Sujeito	Δ^* (saúde física)	Δ^* (disposição)	Δ^* (humor)	Δ^* (moradia)	Δ^* (memória)	Δ^* (família)	Δ^* (casamento)	Δ^* (amigos)	Δ^* (você em geral)	Δ^* (tarefas)	Δ^* (lazer)	Δ^* (dinheiro)	Δ^* (vida geral)	Δ^* (total)	Δ^* (Total Padronizado)
1	0	0	0	0	0	0	0	-2	0	0	0	0	0	-2	-3,84
2	0	-1	-1	-1	-1	0	0	0	0	-1	-1	0	-1	-7	-13,46
3	2	0	-1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	5,77
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	-1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3,85
8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	3,84
9	0	0	0	-1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1,92
10	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5	9,62
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1,93
12	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1,92
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3,84
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	7,69
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1,92
19	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	5,77
Média	0,21	0,05	-0,05	-0,11	-0,11	-0,05	0,00	0,16	0,16	0,11	0,05	0,00	0,21	0,63	1,22

* $\Delta X = X_{t2} - X_{t1}$ ¹¹

¹¹ Exemplo: Alteração percebida acerca do item saúde física = Δ (saúde física)

Δ (saúde física) = (Saúde física percebida na segunda coleta de dados) – (Saúde física percebida na primeira coleta de dados)

8.9 ANEXO I (Continuação) - Resultados das análises das alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento (GA₂₀₀₈), que permaneceu na UATI neste intervalo de tempo, e características sócio-demográficas dos participantes por meio do teste correlacional de Spearman (*rho*)

VARIÁVEIS	Idade		Grau de escolaridade		Pontuação Critério Brasil	
	<i>rho</i>	p	<i>rho</i>	p	<i>rho</i>	p
Δ(saúde física)	0,104	0,672 ^{ns}	0,014	0,955 ^{ns}	0,639	0,003
Δ(disposição)	-0,051	0,837 ^{ns}	-0,089	0,718 ^{ns}	-0,157	0,520 ^{ns}
Δ(humor)	-0,075	0,760 ^{ns}	0,089	0,718 ^{ns}	-0,195	0,424 ^{ns}
Δ(moradia)	0,094	0,701 ^{ns}	0,212	0,385 ^{ns}	0,236	0,330 ^{ns}
Δ(memória)	0,094	0,701 ^{ns}	0,212	0,385 ^{ns}	0,142	0,562 ^{ns}
Δ(família)	0,253	0,295 ^{ns}	-0,374	0,115 ^{ns}	-0,151	0,537 ^{ns}
Δ(casamento)	Sem alterações		Sem alterações		Sem alterações	
Δ(amigos)	-0,361	0,129 ^{ns}	-0,058	0,813 ^{ns}	0,012	0,961 ^{ns}
Δ(você em geral)	-0,132	0,589 ^{ns}	-0,267	0,269 ^{ns}	0,332	0,165 ^{ns}
Δ(tarefas)	0,233	0,337 ^{ns}	-0,158	0,517 ^{ns}	0,055	0,824 ^{ns}
Δ(lazer)	-0,051	0,837 ^{ns}	-0,089	0,718 ^{ns}	-0,157	0,520 ^{ns}
Δ(dinheiro)	Sem alterações		Sem alterações		Sem alterações	
Δ(vida geral)	0,432	0,064 ^{ns}	-0,001	0,996 ^{ns}	0,142	0,561 ^{ns}
Δ(total)	0,150	0,539 ^{ns}	-0,239	0,325 ^{ns}	0,048	0,845 ^{ns}

^{ns} = não significante.

8.10 ANEXO J - Alterações percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento que não frequentou o programa neste intervalo de tempo (Gex-A₂₀₀₈)

Sujeito	Δ^* (saúde física)	Δ^* (disposição)	Δ^* (humor)	Δ^* (moradia)	Δ^* (memória)	Δ^* (família)	Δ^* (casamento)	Δ^* (amigos)	Δ^* (você em geral)	Δ^* (tarefas)	Δ^* (lazer)	Δ^* (dinheiro)	Δ^* (vida geral)	Δ^* (total)	Δ^* (Total Padronizado)
1	0	-1	0	0	-1	-1	-1	0	0	0	0	0	0	-4	-7,7
2	0	-1	-1	0	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	-4	-7,69
3	-2	-1	-1	0	-3	0	-1	-1	-2	-3	-3	0	-1	-18	-34,62
4	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-13	-25
5	1	0	0	0	-1	0	0	-2	-1	-1	0	0	0	-4	-7,69
6	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0	-2	-3,85
7	0	-1	-1	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	0	-1	-7	-13,46
8	0	-1	0	0	-1	0	0	-1	-1	-1	0	0	-1	-6	-11,54
9	0	0	0	0	-2	0	0	0	0	0	-1	0	0	-3	-5,77
10	-1	-1	-1	0	-1	0	0	-1	-1	-1	-1	0	0	-8	-15,39
Média	-0,3	-0,7	-0,5	-0,1	-1,2	-0,2	-0,3	-0,8	-0,8	-0,8	-0,7	-0,1	-0,4	-6,9	-13,271

* $\Delta X = X_{t2} - X_{t1}$ ¹²

Resultados das análises das alterações significativas percebidas em cada item e nos escores totais de QV num intervalo de doze meses para o grupo de idosos do estudo de seguimento (Gex-A₂₀₀₈), que parou de frequentar a UATI neste intervalo de tempo, e características sócio-demográficas dos participantes por meio do teste correlacional de *Spearman* (ρ)

VARIÁVEIS	Idade		Grau de escolaridade		Pontuação Critério Brasil	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Δ (saúde física)	-0,286	0,423 ^{ns}	0,489	0,152 ^{ns}	0,275	0,442 ^{ns}
Δ (disposição)	-0,153	0,673 ^{ns}	0,294	0,410 ^{ns}	0,000	1,000 ^{ns}
Δ (humor)	-0,140	0,699 ^{ns}	0,308	0,387 ^{ns}	0,105	0,773 ^{ns}
Δ (moradia)	0,058	0,873 ^{ns}	0,321	0,366 ^{ns}	-0,058	0,873 ^{ns}
Δ (memória)	-0,065	0,857 ^{ns}	0,180	0,619 ^{ns}	-0,114	0,753 ^{ns}
Δ (família)	0,263	0,463 ^{ns}	0,481	0,159 ^{ns}	0,131	0,718 ^{ns}
Δ (casamento)	-0,115	0,752 ^{ns}	0,630	0,051 ^{ns}	0,381	0,277 ^{ns}
Δ (amigos)	0,007	0,985 ^{ns}	-0,299	0,401 ^{ns}	-0,090	0,804 ^{ns}
Δ (você em geral)	-0,408	0,242 ^{ns}	-0,004	0,992 ^{ns}	0,202	0,576 ^{ns}
Δ (tarefas)	-0,303	0,394 ^{ns}	0,178	0,623 ^{ns}	0,141	0,697 ^{ns}
Δ (lazer)	-0,425	0,221 ^{ns}	0,726	0,017	0,601	0,066 ^{ns}
Δ (dinheiro)	0,058	0,873 ^{ns}	0,321	0,366 ^{ns}	-0,058	0,873 ^{ns}
Δ (vida geral)	-0,715	0,020	0,354	0,316 ^{ns}	0,285	0,425 ^{ns}
Δ (total)	-0,235	0,514 ^{ns}	0,421	0,226 ^{ns}	0,166	0,646 ^{ns}

^{ns} = não significante.

¹² Exemplo: Alteração percebida acerca do item saúde física = Δ (saúde física)

Δ (saúde física) = (Saúde física percebida na segunda coleta de dados) – (Saúde física percebida na primeira coleta de dados)