RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 25, número 2, agosto de 2023
www.rbp.celg.org.br

ARTIGO ORIGINAL

Psicoterapia na velhice: representações sociais da qualidade de vida de pessoas idosas

Psychotherapy in old age: Social representations of the quality of life of elderly people

Psicoterapia en la vejez: representaciones sociales de la calidad de vida de las personas mayores

Débora Cristiane Porto de Góis Ribeiro[a], Ludgleydson Fernandes de Araújo [a]

[a] Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar, Mestrado em Psicologia – PARNAIBA/PI – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20230016

Resumo

A possibilidade de viver mais tem desafiado a humanidade a construir estratégias de vida sustentáveis e que garantam o usufruto da longevidade com qualidade de vida (doravante QV). Este estudo teve como objetivo compreender as representações sociais da QV na velhice entre pessoas idosas, que fazem psicoterapia e aquelas não fazem. Participaram 102 idosos que tinham em média 68,65 anos de idade (DP = 9,36), dos quais 50 fazem psicoterapia e 52 não fazem. Na coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Na análise dos dados da entrevista utilizou-se da Classificação Hierárquica Descendente, submetida ao IRAMUTEQ. Os resultados obtidos apontam que as representações sociais da QV têm uma forte relação com a questão da saúde e que em alguns aspectos estão pautadas em ideias e crenças sobre uma QV ideal, o que por vezes não condizem com a realidade vivida por muitos idosos. Para os indivíduos que não fazem psicoterapia, a QV reúne um conjunto de elementos que nem sempre estão favoráveis, dentre eles: saúde, família, capital emocional e financeiro, bem como sobre a possibilidade de fazer escolhas e poder bancar a sua própria QV. Para o grupo de pessoas na terceira idade que fazem psicoterapia encontram-se as representações sociais positivas acerca da QV, mesmo diante de quadros crônicos de adoecimento, uso de medicação e a necessidade de outros tratamentos, como a psicoterapia.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Representação social; Envelhecimento; Idoso

Abstract

The possibility of living longer has challenged humanity to build sustainable life strategies that could guarantee the enjoyment of longevity with life quality. This study aimed to understand the social representations of life quality in elderly age to seniors who pass by psychotherapy and those who don't. Participants were 102 elderly who were on average 68.65 years of age (SD = 9.36), of which 50 undergo psychotherapy and 52 don't. For data collection, a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews were used. In the analysis of the interview data, the Descending Hierarchical Classification was used, submitted to the IRAMUTEQ. The results indicate that the social representations of life quality have a strong relationship with the health issue and that in some aspects they are based on ideas and beliefs about an ideal life quality, which sometimes don't match the reality experienced by many elderly people. For people who do not undergo psychotherapy, life quality brings together a set of elements that are not always favorable, among them health, family, emotional capital and finance, as well as about the possibility of making choices and being able to afford their own life quality. For the group of elderly people who undergo psychotherapy, there are positive societal representations about life quality, even in the face of chronic illness, use of medication and the necessity of other treatments, such as psychotherapy.

Keywords: Quality of life; Social representation; Aging; Aged

Resumen

La posibilidad de vivir más años ha desafiado a la humanidad a construir estrategias de vida sostenibles que garanticen el disfrute de la longevidad con calidad de vida (CV). Este estudio tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales de la calidad de vida en la vejez entre ancianos que realizan psicoterapia y aquellos que no. Participaron un total de 102 ancianos, con una edad media de 68,65 años (DE = 9,36), de los cuales 50 estaban en psicoterapia y 52 no. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada. En el análisis de los datos de las entrevistas, fue utilizada la Clasificación Jerárquica Descendente, sometida al IRAMUTEQ. Los resultados muestran que las representaciones sociales de la CV tienen una fuerte relación con la cuestión de la salud y que, en algunos aspectos, se basan en ideas y creencias sobre una CV ideal, que a veces no se corresponden con la realidad vivida por muchos ancianos. Para las personas que no se someten a psicoterapia, la CV reúne un conjunto de elementos no siempre favorables, entre ellos la salud, el capital familiar, emocional y financiero, así como la posibilidad de hacer elecciones y poder costear su propia CV. Para el grupo de ancianos que realizan psicoterapia, existen representaciones sociales positivas sobre la CV, incluso ante la enfermedad crónica, el uso de medicamentos y la necesidad de otros tratamientos, como la psicoterapia.

Palabras clave: Calidad de vida; Representación social; Envejecimiento; Anciano

Introdução

Transições demográficas marcadas pelo envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, possíveis dentre outros fatores por transformações epidemiológicas e alterações nos padrões de morbimortalidade que resultaram no aumento da longevidade, são realidade no mundo; uma transformação que ocorre mais rapidamente em países como Brasil [1].

É sabido que envelhecimento gera mudanças, influencia no desenvolvimento de uma nação e demanda Políticas Públicas adequadas, já que tais mudanças interferem diretamente na Qualidade de Vida (QV) das pessoas. Essa é uma questão que gera preocupação com as condições em que as populações envelhecem, sobretudo em países que detém um processo de envelhecimento acelerado nas últimas décadas. Neste sentido, países com grande população idosa, são convocados a adaptarem seus programas públicos, de modo a ofertarem condições mínimas para que as pessoas possam desenvolver suas potencialidades e ter uma QV melhor[2,3].

QV, segundo conceito propagado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se pauta n*a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*[4]. Tal conceito é amplo e contempla vários aspectos da vida que se relacionam a fatores objetivos em interação no campo social, político e econômico, e que favorecem o acesso a saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida; bem como, elementos de natureza subjetiva, de valor pessoal, que envolvem bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional no campo pessoal e social[5].

Diante do conceito citado pode se considerar que ter somente fatores objetivos favoráveis não assegura que a população idosa tenha garantida sua QV, pois os fatores subjetivos tem se apresentado como relevantes, destacando-se o conceito de bem estar subjetivo, considerado como a avaliação do próprio indivíduo sobre sua QV com base nos valores pessoais e expectativas sociais. Assim, tem sido crescente o interesse pelos fatores intrínsecos que correlacionam bem-estar e QV reforçando a importância de a pessoa idosa estar satisfeita com sua vida e suas relações, tanto no campo afetivo quanto social, em que oportunidades e condições de vida estão em interação. Essa compreensão torna QV em um conceito adaptativo, que varia em função dos padrões sócio-históricos e do próprio indivíduo, de forma que o processo através do qual se constrói a percepção sobre ele é subjetivo[6,7].

Ademais, existe uma variedade de situações que incidem sobre a QV de pessoas idosas, variando de acordo com as especificidades de cada grupo dentro de uma população. Assim destaca-se a influência de fatores como a institucionalização, grau de autonomia e independência e até o ambiente em que se habita[8].

Na velhice, a participação em grupos, atividades sociais, o contato pessoal com familiares e amigos podem aumentar as chances de sobrevivência, por trazerem maior satisfação com a vida, influenciando na saúde, na redução de dores, na adoção de um estilo de vida mais saudável e, um consequente aumento da QV[9]. Eles ajudam ainda com a prevenção de sintomas depressivos, suicídio, declínio cognitivo, solidão e contato social pouco adequado, que influenciam na redução da satisfação nas relações sociais, impactando na QV na velhice[10].

Nesse sentido saúde mental é um aspecto importante da QV de pessoas idosas, na qual a psicoterapia pode contribuir, sendo uma forma de cuidado e uma via de superação das condições que afetam essas pessoas no seu dia a dia, conforme destaca um estudo realizado com idosos em um ambulatório do SUS. No citado estudo, os pesquisadores puderam observar que pessoas idosas que frequentam a psicoterapia expressaram gratidão com relação ao atendimento e com a efetividade do processo psicoterapêutico, demonstrando-se satisfeitos com a qualidade da escuta que recebiam dos profissionais psicólogos e perceberam o processo como uma forma de cuidado. Tal percepção, apesar de positiva e de trazer considerações valorosas sobre a psicoterapia com pessoas de mais idade, dada a outras situações particulares vivenciadas pelos idosos, como o isolamento social, não foi diretamente relacionada pelos pesquisadores à eficácia da terapia[11].

Do ponto de vista do presente estudo, desenvolvido durante o período da pandemia da Covid-19, tempo em que o isolamento social refletiu na QV de pessoas idosas, trazer exemplos do reconhecimento positivo por parte dos idosos em relação ao processo psicoterapêutico por eles vivenciado, torna-se relevante. Essa importância se deve ao fato de que vontade de compartilhar vivências se constitui como base da psicoterapia, independentemente de modalidades específicas, além de mediar outro componente essencial desse processo que é a vontade de compartilhar com outras pessoas fora da sala de terapia, contribuindo assim para o bem-estar e adaptação do indivíduo aos desafios da vida, reforçando mudanças intra e interpessoais[13].

Pressupõe-se que a Psicoterapia reúne aspectos potencialmente importantes para a QV, pois consiste em "uma prática de intervenção sustentada por um campo de conhecimentos teóricos e técnicos fundamentados cientificamente, embasada por princípios éticos da profissão, que se desenvolve em contexto clínico e em um relacionamento interpessoal, junto a indivíduos, casais, famílias e demais grupos, decorrente de uma demanda psicológica com o objetivo de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos"[12]. Destaca-se esse conceito em função deste estudo considerar as psicoterapias, sob a influência das diversas ênfases e mediadas unicamente por psicólogos.

A pessoa idosa em psicoterapia é um sujeito implicado subjetivamente no seu processo de envelhecimento e esse status demanda do psicólogo clínico a compreensão dos processos psíquicos presentes nele, de forma a acolher as demandas que essas pessoas trazem para o *seting* terapêutico. Essa necessidade tem contribuído para um exercício de amadurecimento do saber psicológico dentro da clínica, no sentido de repensar e construir práticas psicológicas contextualizadas e específicas para pessoas de mais idade. Contudo, é essencial que os profissionais reconheçam de que forma suas atitudes e crenças acerca da velhice influenciam no atendimento a esse público[14] .

O campo psicoterapêutico mais aberto para a pessoa idosa é uma construção que tem resultado de desdobramentos no conhecimento acerca do envelhecimento humano ao longo de décadas. Nele, destacam-se intervenções sob a ótica de diversas abordagens, sendo elas influenciadas pelo processo de envelhecimento dos próprios psicólogos, que ao correlacionarem suas experiências pessoais com suas teorias e técnicas, construíram um novo olhar sobre a velhice e envelhecimento no contexto psicoterapêutico. Um dos maiores exemplos está na psicanálise, por muito tempo fechada ao reconhecimento dos benefícios da psicoterapia

para pessoas idosas, ao considerar a atemporalidade dos processos inconscientes, favoreceu uma abertura ao estudo da vida emocional de pessoas muito idosas[15,16,17].

Assim, reafirma-se que, do ponto de vista profissional e técnico, a psicoterapia tem muito a contribuir com a QV na velhice, mas essa contribuição se reflete nas ideias de pessoas idosas acerca da QV? Considera-se essa relação importante, pois essas ideias podem influenciar em uma maior valorização do espaço psicoterapêutico pelas pessoas idosas, maior adesão a prática da psicoterapia, e consequentes aprimoramentos nessa área, a fim de responder as demandas dos mais velhos.

Diante do exposto, delineou-se esse estudo sob a ênfase da Teoria das Representações Sociais, que pode ser compreendida a partir da organização do icônico e do simbólico, de imagens e significações interdependentes, que se reúnem, forjando representações sociais (RS) que expressam uma maneira específica das pessoas compreenderem e comunicarem o que sabem[18]. Essa pesquisa teve como objetivo compreender as representações sociais da QV na velhice a partir de um comparativo entre pessoas idosas que fazem psicoterapia e aquelas não fazem.

Método

Tipo de investigação

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com dados transversais, no qual contou-se com a participação de uma amostra não probabilística e por conveniência, conforme adotado em estudo prévio sobre RS com idosos[19].

Participantes

A pesquisa teve a participação de 102 idosos brasileiros, desses 18 eram homens e 84 mulheres, todos tinham entre 60 e 84 anos. Dentre as pessoas idosas pesquisadas, 52 compunham o grupo de pessoas sem experiência em psicoterapia, enquanto 50 faziam psicoterapia. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: 1) Ter mais de 60 anos; 2) Estabelecer clareza na comunicação de perguntas e respostas e compreensão entre entrevistadora e entrevistado; 3) Consentir a participação na pesquisa de forma voluntária e anônima. Os participantes foram recrutados por meio da técnica bola de neve, em que um participante indica outro, sendo usada entre aqueles que não faziam psicoterapia, ao tempo que foram realizadas visitas a clínicas escola de Psicologia, estabelecendo contato com psicólogos e consultórios psicológicos para ajudar na divulgação da pesquisa entre aqueles que realizavam psicoterapia.

Caracterização da amostra

Ao se tratar do grupo de participantes que não fazem psicoterapia, considerou-se pessoas idosas que nunca tiveram contato com a psicoterapia, durante ou anterior a pandemia da Covid-19, sendo essa amostra composta por 52 idosos com média de idade, 68,40; desvio padrão 11,66. A maioria mulheres, 76,9%. Conforme

a variável estado civil 53,8% são casados, e viúvos contam 34,6%. No que se diz respeito à escolaridade, 40% não chegaram a concluir o ensino médio. Aposentados representam 86,5% e 30,8% deles ainda exercem alguma atividade remunerada; 36,5% recebem até um salário mínimo, enquanto 23,1% recebem mais de três salários mínimos. Aqueles que possuem casa própria representam 94,2%. Os que moram sozinhos representam 15,4%. Destes idosos, 76,9% possuem alguma doença crônica, 80,8% tomam medicação controlada.

No grupo de pessoas idosas que fazem psicoterapia, considerou-se o tempo mínimo de três meses de psicoterapia, tendo iniciado o processo psicoterapêutico durante a pandemia da Covid-19 ou anterior a ela, não sendo necessário estar em terapia no momento da coleta de dados. Nessa amostra, a média de idade corresponde a 69,58 (DP =6,77). As mulheres representam a 84%. Quanto ao estado civil: 48% são casados, 28% são viúvos e 12% são solteiros. A maioria dos integrantes deste grupo (40%) não completaram o ensino médio. Os aposentados representam 78%. Aqueles que vivem com até um salário mínimo representam 38%, enquanto 30% recebem mais de três salários mínimos mensais. A maioria, 92% possui casa própria, 12% moram sozinhos. Os idosos que possuem alguma doença crônica representam 74% e 88% tomam medicação controlada.

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos para a realização da pesquisa. O primeiro trata-se de questões sociodemográficas, elaborado pelos próprios pesquisadores, com foco na caracterização da amostra selecionada, onde foram colhidas informações acerca: da idade, estado civil, residência, renda, escolaridade, e etc. Em seguida, foi utilizada uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões: O que é QV na velhice? Como você avalia a sua QV? Como você avalia a sua saúde ao se comparar com pessoas que tem a mesma idade que a sua?

Procedimentos e coleta de dados

Inicialmente a pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade xxxxxxx (Brasil), onde foi aprovada com o parecer nº xxxxxxxxx. Após isso, fora construído o protocolo instrumental da coleta, onde elencou-se as principais ferramentas para o alcance dos objetivos propostos: entrevista sociodemográfica e questionário de captação das RS. Por conseguinte, um formulário de entrevista foi construído na plataforma *on-line Google* Formulários, dado o contexto pandêmico de Covid-19 vivenciado à época da pesquisa, optou-se por coletar nesta modalidade. Após a citada construção, os pesquisadores deram início à captação de participantes por meio das redes sociais (*Direct* do *Instagram*, *WhatsApp*) e posteriormente, de forma presencial, sob o uso do mesmo instrumento utilizado *on-line*.

Na coleta de dados a partir da entrevista semiestruturada, realizada presencialmente, contou-se com a colaboração de cinco alunos, graduandos do décimo período do curso de Psicologia. Os estudantes foram selecionados com base na sua experiência na coleta de dados e por estarem familiarizados com o aporte teórico das representações sociais e envelhecimento humano, pois integravam grupos de pesquisa, com estudos desenvolvido estudos nesse campo. Os mesmos passaram por uma capacitação que foi realizada de

forma *on-line* pelos pesquisadores, destacando os principais pontos do instrumento utilizado, o perfil dos idosos almejados, a abordagem dos participantes, bem como os procedimentos éticos envolvendo a coleta de dados, conforme o TCLE.

De início, os pesquisadores apresentavam-se e demonstravam os objetivos e temática a respeito da pesquisa, seguidamente os participantes eram convidados a acessar o *link* do formulário da entrevista ou convidados a realizá-la presencialmente ou via chamada de vídeo. Logo na primeira parte do formulário os partícipes tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constava formalmente os objetivos do estudo, sua importância, a garantia do anonimato/sigilo, o uso e a coleta dos dados de forma voluntária. Desse modo, ao analisar os pontos supramencionados no TCLE, os participantes poderiam aceitar ou recusar o convite, sem ônus algum.

Ao optarem por participarem das entrevistas de forma *on-line*, por chamadas de vídeo ou presencialmente, realizava-se o agendamento e na data e horários marcados os participantes eram informados que as mesmas seriam gravadas em áudio. Após a coleta, os dados do instrumento foram transcritos pelos pesquisadores. Além disso, buscou-se conhecer previamente sobre o perfil do idoso e saber se ele se enquadrava nos critérios da pesquisa, sendo os citados critérios apresentados no instrumento *on-line*. Ressalta-se que toda a construção, uso e manipulação dos dados foram realizadas com base nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional da Saúde do Brasil. Por fim, aproximadamente 10 a 20 minutos foram necessários para que cada participante concluísse a realização do formulário da pesquisa.

Análise de dados

Os dados sociodemográficos foram analisados pelo *Sofware* SPSS versão 24. Para análise dos dados da entrevista, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ – *Interface de R Pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, que utiliza funcionalidades do *Software* estatístico R no tratamento e a análise estatística de dados textuais, reunindo um conjunto variado de procedimentos lexicométricos, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)[20].

Foram submetidos ao Iramuteq um corpus textual, com os seguimentos de textos conforme as perguntas contidas no instrumento utilizado na coleta de dados. Nas análises, realizou-se o procedimento de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que é apresentada pelo dendograma, que indica as classes lexicais em que foi dividido o discurso, a partir da frequência e do qui-quadrado (X^2).

Resultados

Obteve-se as representações sociais da QV na velhice por meio da CHD em que o corpus textual, composto por 102 textos (entrevistas), se dividiu em seis classes. Obteve-se 422 seguimentos de texto com aproveitamento de 86% destes. Ademais, emergiram 13.980 ocorrências (palavras), de modo a perceber-se 1.703 palavras distintas e 1.026 citadas uma única vez. O conteúdo analisado foi classificado em seis classes

distintas: Classe 1: composta por 45 ST's (12%); Classe 2: composta por 64 ST's (18%); Classe 3: composta por 95 ST's (26%); Classe 4: composta por 52 ST's (14%); Classe 5: composta por 65 STs (18%); Classe 6: composta por 43 STs (12%).

A estrutura do Dendograma originou quatro partições, sendo que a primeira agrupou as classes 5 e 1; a segunda as classes 5 e 2; a terceira as classes 6 e 3; e por fim as classes 6 e 4. Essa divisão do corpus é realizada pelo IRAMUTEQ a partir da semelhança proximal das RS.

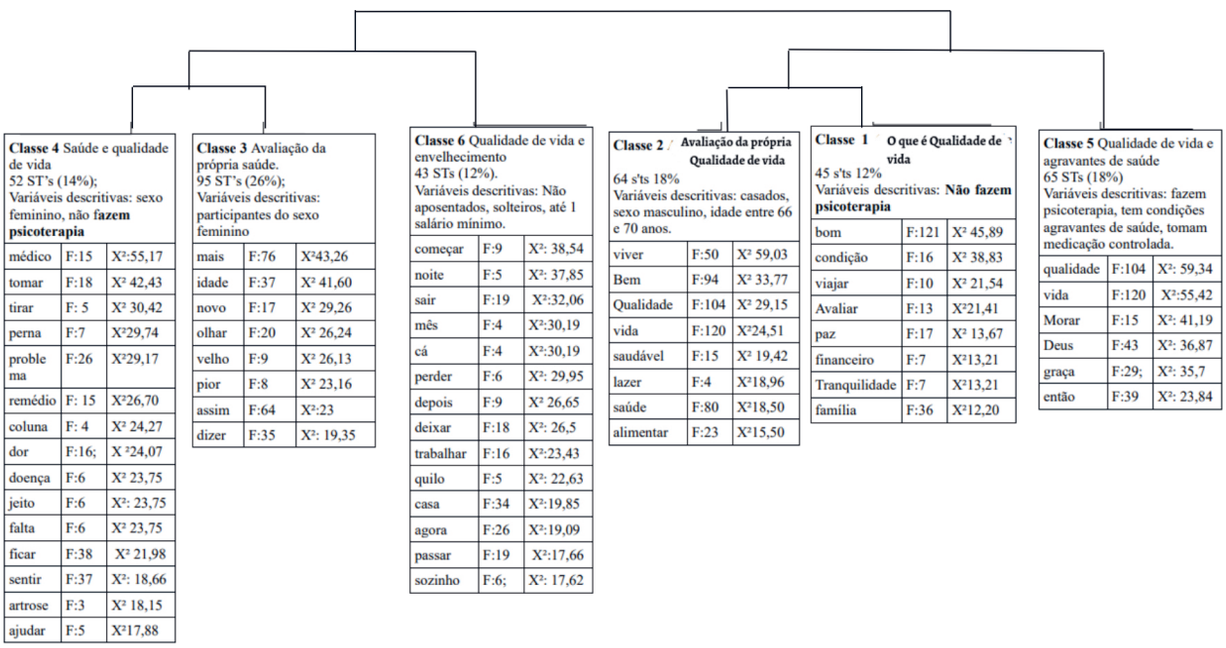

Figura 1. Dendograma de classes com verbetes mais significativos para a representação social da QV na velhice.

A classe 4 denominada: *Saúde e QV***,** corresponde a 14% do *corpus* textual e sua denominação remete a condições de saúde e cuidados expressos pelos termos que a compõem: médico, remédio, dor, doença, pernas, problema, coluna. Observa-se que nessa classe prevalecendo a variável gênero, sendo a mesma composta em sua maioria por mulheres, que não fazem psicoterapia. Compreende que há uma preocupação em relação a saúde física, com aumento da idade, conforme destaca-se nesse trecho de entrevista: *"Minha qualidade de vida eu acho que está boa, independente de dores que a gente sente, porque nós já de idade a gente já começa a sentir dor lombar, dor nas pernas, eu tenho problema no nervo ciático, que inflama, mas tirando isso eu acho que eu levo uma vida saudável. Uma qualidade de vida pra nossa idade é mais difícil. Porque para ser uma qualidade boa a gente tem que ter muita saúde e nós da terceira idade a gente já não tem muita saúde. Só que uns tem menos, outros tem mais problema. Então não pode ser cem por cento, né?"* (Idosa 8, 74 anos, viúva, aposentada)

A classe 3, denominada: *Avaliação da própria saúde*, corresponde a 26% do *corpus* textual, mantém a variável descritiva, composta majoritariamente por mulheres e traz em seus caracteres representações sociais da QV com base na percepção da própria saúde. Diante do conjunto dessa classe, entende-se que há

uma atitude positiva no tocante a QV, ancoradas nos termos: mais, idade, novo, olhar, velho, pior, estando as representações sociais perpassadas por aspectos relacionados a condições de saúde, autonomia, vigor e na comparação com outros idosos, expressas por afirmações como: *"Olha, eu tenho umas amigas que tem menos idade do que eu, que são muito mais doentes e são muito mais novas, então eu acho que eu tenho bastante, graças a Deus, minha saúde é boa sabe? Porque eu vejo gente, setenta e cinco, sessenta e seis muito acabada, parece que mais do que eu que sou mais velha, né? Conheço muito assim, homens e mulheres. Aí eu me cuido muito, toda vida eu fui cuidadosa com a minha saúde"* (Idosa 1, 73 anos, viúva, aposentada).

A classe 6, que reuniu 12% do *corpus* textual. Denominada: *Qualidade de vida e envelhecimento*, pois possuir como variáveis descritivas pessoas idosas aposentadas, solteiras com renda de até um salário mínimo e evidenciar um conjunto de caracteres que expressam uma rotina, organização do tempo, espaços físicos, que apontam para uma vida ativa, cumprimento de responsabilidades, atividades, ocupações, compromissos, expressos por termos como: começar, sair, depois, trabalhar, casa, sozinho; nos quais estão ancoradas RS da QV na velhice conforme ressalta este trecho de entrevista: "*Pra mim qualidade de vida é ter meu espaço, sair pra onde eu quiser, fazer qualquer coisa, ter pra onde viajar. Eu tenho qualidade de vida, trabalho pra isso, tenho ela nas minhas mãos, porque o que eu quero eu faço, sem meus filhos, vivo tranquilo em casa, graças a Deus!"* (Idoso 23, 62 anos, comerciante, solteiro).

A classe 2 reúne 18% *corpos* textual, denominada *Avaliação da própria qualidade de vida*, é descrita por participantes do sexo masculino, casados, com idade entre 66 e 70 anos. Essa classe traz na sua composição os termos: viver, bem, qualidade, vida, saudável, lazer, saúde, alimentar, nos quais estão ancoradas as representações sociais da QV de pessoas idosas, que remetem uma construção que se dá a partir da relação entre a ideia que eles têm sobre esse constructo e as suas vivências pessoais, destacando-se ideias como: *"É as coisas que você se dá, se fazer bem, o que faz você se sentir bem, isso é qualidade de vida (...) qualidade de vida eu tenho, eu acho que do meu jeito eu tenho. Faço ginástica quase três vezes por semana, eu tenho alimentação saudável, uma alimentação razoável, que nem todo mundo tem acesso..."* (Idoso 31: 69 anos, sexo masculino, casado).

A classe 1 tem como variável descritiva pessoas idosas que não fazem psicoterapia e corresponde a 12% do *corpus* textual, sendo denominada *O que é qualidade de vida,* pois traz à tona termos nos quais se ancoram as ideias de pessoas idosas sobre QV ou seja, que servem de parâmetro para a construção do pensamento sobre esse constructo, sendo eles: bom, condição, viajar, avaliar, paz, financeiro, tranquilidade, família. As RS encontradas nessa classe se relacionadas a possibilidade de escolha e da existência de um capital que permita a pessoa idosa ter uma QV boa, seja ele um capital financeiro ou emocional, a forma como as pessoas exercem o cuidado com a saúde, como constroem e mantém suas relações familiares e sociais, acessam bens e serviços e sobre poder bancar a própria QV, conforme destaca o trecho de entrevista a seguir: "Qualidade de vida pra mim é eu não ficar me preocupando onde eu vou morar, o que eu vou comer, é eu ter condição, ter um salário que dê pra mim me manter (...) ter tranquilidade" (Idosa 43, 67 anos, sexo feminino, casada).

De modo geral, para a maioria das pessoas idosas, QV é desfrutar de uma velhice tranquila, ao lado da

família, ter condições mínimas de acesso a serviços e bens, mas mesmo esses elementos estando presentes nas representações sobre QV, não quer dizer que os idosos usufruam de todos eles, o que implica na questão de que nem sempre estes fatores estão favoráveis, conforme expresso nessa fala: "A q*ualidade de vida não é muito bem por causa da minha saúde, né? Não tenho saúde. Se a gente não tem saúde não tem nada, então eu não tenho uma boa qualidade de vida. Na parte da saúde, eu não tenho. Mas de convivência com a família eu tenho"* (Idosa 10, 68 anos, sexo feminino, casada, aposentada).

Na classe 5 estão pessoas idosas que fazem psicoterapia, tem condições agravantes de saúde, tomam medicação controlada. Essa classe corresponde a 18% do *corpus* textual e foram suas variáveis descritivas e termos presentes, em interface com a literatura acerca da psicoterapia na velhice, o que motivou a sua denominação. O conjunto de caracteres aqui encontrados demarcam aspectos ligados a espiritualidade, a elementos materiais e imateriais conforme se apresentam os termos: qualidade, vida, morar, Deus, graça, então; que colaboram para representações sociais positivas da QV, apesar das pessoas desse grupo conviverem com doenças crônicas e necessitarem do uso de medicação. "*A minha qualidade de vida eu avalio boa. Eu tenho meus filhos, sou viúva, mas tenho meus filhos, meus netos, tenho o meu dinheirinho, né? Tenho uma boa saúde, apesar da depressão que me pega de vez em quando. Eu estou na minha casa própria, tenho meu plano de saúde"* (Idosa 35, 62 anos, feminino, viúva).

A prática da psicoterapia, presente como demarcador da classe 5, aponta para uma forma de cuidado usada pelos idosos para lidar não somente com doenças físicas e comorbidades, mas que também se voltam a um cuidado pessoal, sendo um indicativo de que ela está relacionada a QV, haja vista as representações sociais que se formam no conjunto dessa classe. *"Eu tenho que aprender muito, porque eu acho que depende mais de mim do que do outro. Eu tenho perdido em qualidade de vida, porque tenho jogado muito na mão do outro a minha felicidade, meu bem estar. Eu estou descobrindo isso agora, faz alguns meses, que venho trabalhando isso na Psicoterapia"* (Idosa 96, 72 anos, sexo feminino, viúva, aposentada).

Discussão

Diante dos resultados obtidos compreende-se que as representações acerca da QV mantêm uma relação com os cuidados com a saúde, o que perpassa as ideias presentes em cada classe e nesse aspecto as mulheres tendem a apresentar mais RS relacionadas a esse cuidado do que homens, de modo que frequentam mais o médico, mantém o uso de medicação, além de viverem mais, estando elas mais expostas as perdas funcionais em decorrência da idade avançada[21], conforme reforçam os termos presentes na classe 4 do dendrograma, *Saúde e Qualidade de vida*, nos quais se ancoram as representações sociais da QV na velhice, que encontram semelhança com outros estudos que fazem referência a feminização do envelhecimento e a importância de se viver uma velhice com QV.

Pesquisas recentes destacam o que seria feminização do envelhecimento, atribuindo a características comportamentais das mulheres, inclusive no que se refere aos cuidados com a saúde, a predominância desse grupo na população idosa brasileira, destacando-se que o fato de viverem mais não significa que elas tenham

mais QV, haja vista as enfermidades crônicas, degenerativas, dependência, abandono familiar, dentre outros fatores que afetam essas mulheres[22], o que justifica a presença dos termos como: dor, doença, problema, presentes na classe 4.

Outros estudos enfatizam que para grande parte das pessoas viver mais é importante desde que se possa viver com qualidade, pois com o aumento da idade, a pessoa idosa apresenta alguma perda funcional e realidade de muitos sujeitos que vivenciam a velhice é presença de doenças crônicas e fragilidades que demandam custos com cuidado, para uma população com menos recursos socias e financeiros, o que reforça o fato de a saúde ser compreendida como preditor do processo de envelhecimento alinhado a QV[3].

Tratando-se de pessoas idosas que não fazem psicoterapia e já tendo compreendido que é característico do grupo feminino acessar mais os serviços de saúde, é relevante destacar que, independentemente do gênero a ajuda psicológica ou psiquiátrica, ainda é uma modalidade de cuidado pouco acessada, até mesmo pelas mulheres. Essa é uma questão justificada em outros estudos pelo viés do preconceito e estereótipos em relação a psicoterapia[15].

A construção das representações sociais da QV para grande parte dos participantes do estudo se dá a partir da percepção da própria saúde, conforme destacado na classe 3, A*valiação da própria saúde*, que traz consigo uma similaridade com o modo como as pessoas idosas percebem seu próprio processo de envelhecimento. Nesse sentido, os integrantes dessa classe trazem RS positivas sobre a QV, o que encontra respaldo em pesquisas científicas que fazem referência aos impactos de atitudes, crenças e expectativas acerca de si mesmas, sobre sua própria saúde e longevidade[23].

Na relação da Classe 4 com a Classe 6 nas quais se delineiam RS que trazem à tona os ritos normativos presentes no processo de envelhecimento, especialmente ritos que demarcam socialmente a entrada na velhice, como a por exemplo: a aposentadoria; ao tempo que expressam as mudanças que ocorrem com o passar dos anos, deslocando-se de atitudes mais focadas na manutenção de determinado ritmo de vida, para atitudes mais voltadas a reduzir as perdas que surgem com o aumento da idade.

Na Classe 6, *Qualidade de vida e envelhecimento*, a presença da variável descritiva *pessoas idosas não aposentadas*, colabora com a ideia que manter uma atividade laboral é algo importante para muitos idosos, que inclusive adiam a aposentadoria por gostarem a atividade que realizam ou por falta de condições econômicas de se aposentar, sendo a participação de idosos no mercado de trabalho influenciada por diversos fatores como idade, escolaridade, composição familiar, dentre outros[24].

No que se refere a QV, destaca-se a transitoriedade presente no processo de envelhecimento em que a participação no mercado de trabalho antecede a aposentadoria, que se traduz em uma realidade vivenciada pela maioria da população idosa, gerando em algumas pessoas vazios existenciais, fazendo recair sobre o campo psicoterapêutico a necessidade de intervenções que visem auxiliar pessoas que sofrem com ausência de projetos de vida na velhice[25].

Ao considerar a construção das representações sociais de pessoas idosas sobre QV, percebe-se que

coexistem tanto ideias positivas quanto negativas e concepções mais gerais, ou seja, uma noção de QV ideal que nem sempre condiz com a realidade vivida por muitos idosos, o que demonstra a complexidade do processo envelhecimento e heterogeneidade da velhice, que apontam para inúmeros modos de viver, em que cada experiência tem significações diversas que inspiram uma aprendizagem continua sobre o longeviver e ressignificar velhos hábitos na velhice[26].

A composição de RS ancoradas em termos que remetem a aspectos positivos relativos a QV, mesmo diante de quadros agravantes de saúde e uso de medicação, foi parte relevante desse estudo, fazendo-se referência a única classe em que se evidenciou a prática da psicoterapia. Nela a presença de termos como: Deus, Graça, remetem a espiritualidade e a religiosidade e diante disso, estudos ressaltam que espiritualidade, tende a contribuir na melhoria de comportamentos, facilitar o dia-a-dia, colaborando para o enfrentamento de dificuldades. Enquanto a psicoterapia é uma aliada na adesão aos tratamentos, tendo sua importância terapêutica potencializada quando em concomitância com tratamentos farmacológicos, nos casos tanto de doenças mentais quanto físicas, pois na psicoterapia o idoso tem sua capacidade de atualização potencializada, aproximando-o de uma conduta resiliente frente a velhice[27,28.]

Outro aspecto relevante nas expressões de pessoas que fazem psicoterapia é que as RS da QV trazem elementos importantes relacionados a espiritualidade e a religiosidade, além de aspectos da vida prática inerentes a QV, como a moradia, que no seu conjunto expressam representações sociais positivas da QV, o que colabora com outros estudos para os quais a autopercepção da saúde é considerada boa ou regular, apesar da presença de comorbidades como: hipertensão e a polifarmácia entre a maioria dos idosos, o que faz das comorbidades importantes fatores a serem investigados, dada a influência de doenças na QV desse público[7].

Neste sentido, a prática da psicoterapia emergiu nas representações dos idosos como fator que colabora para a QV na velhice, estando mais presente em pessoas que desenvolveram transtornos, possuem doenças crônicas e fazem uso contínuo de medicação, enquanto uma diversidade maior de classes está composta por pessoas que não fazem psicoterapia e trazem diferentes contextos, ideias e valores que confiram a multiplicidade de delineamentos que se relacionam a QV na velhice.

Considerações finais

De maneira geral, os resultados encontrados nos aproximam da experiência e da compreensão de pessoas idosas sobre a QV na velhice, apreendidas através das representações sociais dos próprios idosos, o que é um ponto relevante desse estudo, pois conhecer as ideias dessas pessoas sobre a QV favorece que serviços no campo da psicoterapia e das diversas políticas públicas voltados a pessoas idosas sejam mais coerentes com as suas necessidades e realmente respondam aos interesses desse público, contribuindo para sua QV.

Ao tratar de um dos constructos mais complexos e de interesse crescente entre a comunidade científica, que é a QV, relacionado a psicoterapia na terceira idade; considera-se que esse estudo trouxe colaborações importantes ao destacar aproximações e diferenças entre as representações sociais da QV para o grupo de

pessoas idosas que fazem psicoterapia, e aquele composto de pessoas idosas que não fazem.

Neste sentido, QV, segundo as representações sociais das pessoas idosas tem forte relação com cuidados com a saúde e dentre esses serviços, a psicoterapia ainda é pouco acessada, até mesmo por aquelas que costumam cuidar mais de si mesmas, uma questão que envolve a quebra de preconceitos, a facilitação do acesso a esse serviço, além do acolhimento do referido público na psicoterapia, de modo que elas possam usufruir de seus benefícios.

Desse modo é possível compreender a prática da psicoterapia presente, apenas, em uma única classe do dendrograma da CHD, classe que teve em seu perfil sociodemográfico elementos importantes no que se refere a QV na velhice, como mulheres idosas, com doenças crônicas e que fazem uso de medicação, o que chama a atenção para a necessidade de se investigar a relação desta forma de cuidado com enfrentamento de doenças crônicas, a adesão a tratamentos e uso adequado de medicações; questão que embora tenha perpassado as representações sociais sobre QV na velhice que foram encontradas aqui, não foi objetivo desse estudo, abrindo possibilidade para que futuras pesquisas explorem efetividade da psicoterapia na QV de pessoa idosas que vivenciam esses contextos.

Um destaque interessante é que, mesmo na presença de condições adversas que tornam o envelhecimento e a velhice processos muitas vezes indesejáveis, tanto pelas perdas naturais e a possibilidade de adoecimentos, que podem levar ao inevitável uso de medicações e de outros tratamentos, as pessoas idosas que fazem psicoterapia apresentam RS positivas acerca da QV.

Para o grupo de pessoas idosas que fazem psicoterapia, emergiu ainda a ideia da psicoterapia produzindo efeitos na construção do autocuidado, podendo-se inferir que ela tem um papel importante na QV, sobretudo por trabalhar aspectos íntimos, ligados ao campo psicológico, afetivo ou emocional, que por vezes interferem na qualidade de vida.

Tanto para pessoas idosas que fazem quanto para aquelas que não fazem psicoterapia, a saúde sempre perpassa as ideias acerca da QV, sendo comum aos dois grupos, que os elementos nos quais as representações sociais estão ancoradas nem sempre estejam favoráveis, realidade vivenciada pela maioria das pessoas idosas, que trazem nas suas representações sociais uma perspectiva do que seria uma QV ideal em contraponto com as limitações de acesso a itens considerados importantes, destacando-se a possibilidade de poder bancar a própria qualidade de vida.

Destaca-se como limitações do estudo, uma amostra composta em sua maioria por mulheres, abordar as temáticas importantes com base unicamente no contexto brasileiro, utilizando-se de um recorte de tempo atípico, marcado pela pandemia da Covid-19, que influenciou nos métodos de coleta de dados e exigiu adaptações. Neste sentido surgiu a necessidade de entrevistadores para aplicar o instrumento preparado para o acesso *on-line* devido a dificuldade dos idosos em acessar o instrumento em função da falta de habilidade com a internet, sendo importante mencionar que tais dificuldades aqui encontradas também são partilhadas com outros estudos realizados com pessoas idosas.

Por fim, destaca-se a impossibilidade de generalização dos resultados aqui apresentados, considerando as características teórico-metodológicas aqui empregadas. Entretanto, é esperado que esse estudo fomente o desenvolvimento de novas investigações acerca da QV, considerando a diversidade de elementos que permeiam essa questão e que não foram aprofundados, a saber: bem-estar subjetivo, cuidado pessoal, convívio social, resiliência, religiosidade/espiritualidade, que podem ser melhor explorados em outros estudos, utilizando perspectivas diferentes das representações sociais, podendo abordar, dentre outros aspectos, a avaliação da qualidade de vida na velhice.

Referências

01. Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. Braz Jour of Polit Econ. [Internet]. 2021 [citado: 01 mai 2023]; 41(1): 23–43. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068

02. Silva AS, Fassarella BPA, Faria BSS, Nabbout TGM, Nabbout HGM, d'Avila JC. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. Glob Acad Nurs Jour. [Internet]. 2021[citado: 01 mai 2023]; 2(3): e188-e188. Disponível em: https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188

03. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciên & Saú Colet. [Internet]. 2018 [citado 01 mai 2023]; 23(6): 1929–1936. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018

04. WHOQOL Group, WHO, Div of Mental Health, Geneva. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Scie & Med. [Internet]. 1995 [citado: 01 mai 2023]; 41(10): 1403–1409. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K

05. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL (Org), Qualidade de vida na velhice: enfoque interdisciplinar. Campinas: Alínea; 2011. P. 13 – 59.

06. FernandesEloi J, Dias MDF, Nunes TRT. Percepção da Qualidade de Vida de Idosos: Revisão Integrativa da Literatura. Rev Kair. [Internet]. 2018 [citado: 01 mai 2023]; 21(4): 389-407. Disponível em: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p389-407

07. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. Rev Bras de Ger e Geront. [Internet]. 2018 [citado: 01 mai 2023]; 21(05): 616-627. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028

08. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev Bras de Geriat e Geront. [Internet]. 2013 [citado 01 mai 2023]; 16: 821-832. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016

09. Faísca LR, Afonso RM, Pereira H, Patto MAV. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. Anál Psicol. [Internet]. 2019 [citado: 26 mai 2023]; 37(2): 209-222. Disponível em: https://doi.org/10.14417/ap.1549

10. Gomes EAP, Vasconcelos FG, Carvalho JF. Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. Psic: Ciên e Prof. [internet]. 2021 [citado 01 mai 2023]; 41(e224368): 1 – 17. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368

11. Fisher S, Zilcha-Mano S, Fonagy P. Conceituando a confiança epistêmica na psicoterapia: Um modelo triadídico. Bolet psicoter. [Internet]. 2022 [citado: 26 mai 2023]; 57(2): 29-35.

12. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n.º 13/2022, 2022. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo [internet].2022 [citado 13 jul 2023]. Disponível

em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-13-de-15-de-junho-de-2022-408911936

13. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em Psicologia social. Petrópolis:Vozes; 2001.

14. Brasil KTR, Barcelos MAR, Arrais AR, Cárdenas CJ. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. Aletheia [Internet]. 2013 [citado 13 jul 2023] 40(): 120-133. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100011&lng=pt

15. Neto GI, Kristensen CH. Quando homens vão à psicoterapia: uma revisão de contextos e demandas. Rev Bras de Psicot. [Internet]. 2022 [citado: 26 mai 2023]; 24(2): 75-86. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=427

16. Júnior CDS, Souza, JR, Silva NS, Almeida SP, Torres LM. Saúde do homem na atenção básica: Fatores que influenciam a busca pelo atendimento. Rev Ciên Plur. [Internet]. 2022 [citado 26 mai 2023]; 8(2): 1-18. Disponível em: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26410

17. Rodrigues C, Côrrea NIS, Wendt LB, López LC. The politics of (non) Male Care: theoretical and practical applications for health in a community context. Res Soc and Devel. [Internet]. 2022 [citado: 26 mai 2023]; 11(9): e53611932207. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32207

18. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. Pesq e Prát Psicos. [Internet]. 2020 [citado: 26 mai 2023]; 15(2): 1-19. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf

19. Castro JLC, Araújo LF, Medeiros ED, Pedroso JS. Representações sociais do envelhecimento e qualidade de vida na velhice ribeirinha. Rev de Psic [internet]. 2021 [citado 16 jul 2023]; *39*(1): 85-113. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7801638

20. Neto GI, Kristensen CH. Quando homens vão à psicoterapia: uma revisão de contextos e demandas. Rev Bras de Psicot. [Internet]. 2022 [citado: 26 mai 2023]; 24(2): 75-86. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=427

21. Levy B. A Coragem de envelhecer: A ciência de viver mais e melhor. Principium; 2022.

22. Neto GI, Kristensen CH. Quando homens vão à psicoterapia: uma revisão de contextos e demandas. Rev Bras de Psicot. [Internet]. 2022 [citado: 26 mai 2023]; 24(2): 75-86. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=427

23. Santos NR, Souza CL, Ferreira AS, Alves JP, Reis VN, Silva ES. Fatores relacionados à qualidade de vida da mulher idosa no município de Guanambi. BA Estud. interdiscipl. Envelhec [internet]. 2019 [citado 16 jul 2023]; 24(2): 61-79.

24. Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC, Neves JAB, Sampaio RF. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019 [citado 16 jul 2023]; 24(11): 4153–4162. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018

25. Silva JM. A clínica psicanalítica com idosos: uma construção: Est. de psicanalise. [internet] 2018 [citado16 jul 2023]; (49): 115-123. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2022

26. Debia N, Silveira NDR. Indicadores socioculturais e histórias de vida de idosos longevos: heterogeneidade e ressignificações de hábitos na velhice. Rev Kair Geron. [internet]. 2019 [citado:01 mai 2023]; 22(1): 291-305. Disponível em: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p291-305

27. Kumm CCS, Cassetari MA. As contribuições da religiosidade na qualidade de vida dos idosos. Rev FAR. [Internet]. 2021 [citado: 26 mai 2023]; 15(15): 22-37. Disponível em: https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/369/231

28. Genuino LB, Chagas ECS, Silva J. Abordagem centrada na pessoa e sua importância clínica para o processo

de envelhecimento humano. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH; Campina Grande, Paraíba, Brasil: Editora Realize; 2019. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/53097

Contribuições: Débora Cristiane Porto de Góis Ribeiro – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software.

Ludgleydson Fernandes de Araújo – Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização.

Autor correspondente

Ludgleydson Fernandes de Araújo

E-mail: ludgleydson@yahoo.com.br / E-mail alternativo, de preferência institucional: dgois912@gmail.com

Submetido em: 02/05/2023

Aceito em: 13/09/2023