

ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E LÓCUS DE CONTROLE

Aging, quality of life and Locus of Control

TIMM, L. A.
ARGIMON, I. I. L.
WENDT, G. W.

Recebimento: 15/03/2011 - Aceite: 28/04/2011

RESUMO: A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice reveste-se de importância científica e social. Assim, considera-se necessário investigar uma das possíveis variáveis da qualidade de vida no idoso: o locus de controle. O presente artigo realizou uma revisão crítica da literatura, revisando os conceitos e buscando compreender as relações entre os mesmos. As publicações encontradas sinalizam para o aumento do interesse de pesquisadores em estudar a temática da qualidade de vida, porém, nota-se tendência aos estudos com idosos já enfermos, o que também ocorreu com as pesquisas sobre locus de controle. O tema é de relevância para a psicologia e fornece um campo rico para futuras investigações.

Palavras-chave: Envelhecimento. Qualidade de vida. Locus de controle.

ABSTRACT: Research on the conditions which allow a good quality of life to elderly are scientifically and socially important. Thus, it is necessary to evaluate one of the possible variables of quality of life in this age: the locus of control. This study reviews critically the literature, reviewing the concepts and seeking to understand the relationships between them. The articles which were found show that there has been an increased interest of researchers in studying this issue, but with elderly people who are already sick, which also occurred in the researches on locus of control. This topic is relevant to psychology and provides a rich field for future investigation.

Keywords: Aging. Quality of life. Locus of control.

Introdução

Estima-se que existam mais de dezesseis milhões de brasileiros acima de 60 anos de idade, sendo que este número contemplará, numa projeção para o ano de 2050, somente idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2003 e 2004; MOTTA, 2005). Os americanos que chegam aos 65 anos hoje, podem esperar chegar aos 82 anos de idade (LÉGARÉ; IBRAHIMA; SOSSA, 2003). Pesquisas têm sido realizadas para esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”. Esta seria uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente, em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário (ARGIMON; STEIN, 2005).

Nesse sentido, o presente artigo busca apresentar os dados de uma revisão bibliográfica a respeito de um aspecto relevante ao estudo e na promoção de qualidade de vida na terceira idade: o constructo de *locus de controle*. Outro objetivo é revisar teoricamente o quanto os conceitos de qualidade de vida e *locus de controle* estão interligados. Os textos foram selecionados em bases de dados nacionais e internacionais, bem como através de consultas ao acervo da Biblioteca Central da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, durante os últimos cinco anos, utilizando os descritores *elderly*, *quality of life* e *locus of control*.

Para tanto, dividiu-se o artigo em duas partes distintas: a primeira discute brevemente o conceito de qualidade de vida (QV) e envelhecimento e analisa o constructo de *locus de controle*. Na sequência, apresentamos a discussão do material encontrado.

Envelhecimento humano e qualidade de vida

A preocupação com a qualidade de vida, especificamente na terceira idade, auferiu grande valor nos últimos 30 anos. Isso ocorreu devido ao aumento do número de idosos e do alargamento da longevidade, que passou a ser vivenciada por um número ascendente de indivíduos. Esse assunto também causou um aumento da curiosidade dos pesquisadores para o estudo científico da temática (NERI, 2000; TRENTINI, 2004).

A investigação, a propósito, das condições que possibilitam uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as transformações que a idade apresenta, é de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que permanece entre velhice e bem-estar poderá contribuir para a compreensão de novas alternativas de intervenção (TRENTINI, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi utilizado para se nomear a conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, aparelhos eletrônicos, aplicações financeiras, previdência, entre outros. A seguir, o conceito foi ampliado, visando a mensurar o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída. Indicadores econômicos surgiram e se tornaram instrumentos importantes para mensurar e dimensionar a qualidade de vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas.

Passaram a ser usados o Produto Interno Bruto (PIB), a renda *per capita*, a taxa de desemprego e outros. Inferia-se que os países, cujos indicadores econômicos fossem os melhores teriam suas populações usufruindo uma melhor qualidade de vida. Os anos se passaram e o conceito se ampliou para sig-

nificar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual). Os indicadores também se ampliaram: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, etc., a quantidade de indicadores sendo potencialmente infinita. Muitos países estabeleceram políticas de bem-estar social, o assim chamado *Welfare State* (PASCHOAL, 2000).

A partir da década de 1960, percebeu-se, no entanto, que, embora todos fossem indicadores importantes para se avaliar e comparar qualidade de vida entre países, regiões e cidades (qualidade de vida objetiva), não eram suficientes para se medir a qualidade de vida dos indivíduos que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar, de forma importante, do índice médio para a população como um todo. Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida, o quanto as pessoas estavam satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva).

Em vista disso, passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade da mesma. O pesquisador não poderia construir, *a priori*, um modelo do que julgasse a qualidade de vida e tentar enquadrar os indivíduos em seu modelo: quem se enquadrasse teria boa qualidade de vida; ao contrário, teria má qualidade de vida quem fugisse do modelo construído. Tornou-se necessário ouvir os indivíduos. Denominou-se esse novo conceito de qualidade de vida subjetiva, em contraposição às questões objetivas, que qualificariam, também, a vida das pessoas (HORLEY, 1984; SLEVIN et al., 1988; OLESON, 1990; WARE, 1993; BOWLING,

1995; FARQUHAR, 1995; *THE WHOQOL GROUP*, 1995).

O conceito preciso de qualidade de vida ainda não é consenso entre pesquisadores dedicados ao envelhecimento humano. Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam melhor o porquê de tamanha variabilidade de conceitos e assinalam que o termo abrange muitos significados, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde que elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL), afirma que, embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores sobre algumas características do constructo Qualidade de Vida. Este grupo cita três características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Quanto à primeira, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médico do seu contexto de vida. Quanto à multidimensionalidade que se refere ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões, já é consenso entre os pesquisadores. Qualidade de Vida, diz o *WHOQOL Group*, inclui, pelo menos, três dimensões - física, psicológica e social, sempre na direção da subjetividade (como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado cognitivo e afetivo e suas relações interpessoais e os papéis sociais em suas vidas). Por último, a bipolaridade, que é um constructo que possui dimensões positivas e negativas.

Dimensões positivas podem ser o desempenho de papéis sociais, mobilidade, autono-

mia, senso de autoeficácia, relacionamentos satisfatórios, entre outros. Como exemplos de dimensões negativas podem ser citadas dor, fadiga, dependência, autoestima afetada, sentimento de ineficácia. Assim, qualquer avaliação de qualidade de vida deve sempre incluir dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções dos indivíduos sobre elas.

Paschoal (2000) acrescenta uma quarta característica do constructo: sua mutabilidade. A avaliação de qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural. Para uma mesma pessoa, oscilando conforme seu *estado de espírito* ou de humor, a percepção de vida com qualidade pode ser otimista ou não. Esta característica aumenta a dificuldade de aferição meticulosa do conceito e torna a questão ainda mais complexa e suscetível de variação.

Motta (2005) faz uma revisão da pesquisa gerontológica sobre Qualidade de Vida na idade madura e na velhice, partindo do pressuposto de que, nessas fases, também é possível haver boa qualidade de vida. Afirmo que, nessa fase da existência, a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de caráter sociocultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende, portanto, não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjetivo.

Neri (1993) faz um breve histórico sobre as tendências da investigação sobre qualidade de vida de idosos e identifica vários vieses seguidos desde a década de 1950. Na década de 1970, os pesquisadores perceberam que outras variáveis mediavam os efeitos das já levantadas, como, por exemplo, a satisfação e a atividade, que era o controle pessoal (autonomia).

Contribuindo com as colocações de Neri (1993), Paschoal (2000) refere que a atividade, se desencadeada a partir do controle pessoal sobre a própria vida, pode levar à satisfação, pois é o indivíduo que a regularia. É saliente na literatura, a tendência na pesquisa de qualidade de vida, a análise do bem-estar psicológico e o senso de controle (autonomia), pois esses achados correspondem à percepção do que se tem pesquisado sobre a importância da autonomia e da funcionalidade para os idosos (HENDERSON, 2002; MCKENNA, 2002; JAKOBSSON *et al.*, 2003). Dessa forma, uma associação que ainda foi pouco pesquisada surge como possibilidade de investigação: *locus de controle* e a qualidade de vida nos idosos.

Lemos e Medeiros (2002) defendem, da mesma maneira, que a autonomia e a independência entre os idosos são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas por uma sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas, que ainda têm, e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. O senso de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos dos idosos e da sociedade. Assim, quanto maior o senso de controle pessoal, a capacidade de decisão e comando, mais intensos serão os sentimentos de satisfação; quanto menor, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

Locus de controle

Dependendo de como o idoso lida com os acontecimentos, poderá ter melhores condições psíquicas de aumentar sua qualidade de

vida. Vários estudos apontam essa variável como de valor significativo na área da saúde (ANGEL; ANGEL; HILL, 2009; ANIE; JOHN, 2010; QUADREL; LAU, 1989; TRICE; PRICE-GREATHOUSE, 1987).

Uma explicação para a importância que o *locus de controle* vem adquirindo pode ser o fato de que a cultura atual premia seus cidadãos com o paradoxo do controle (BROWNELL, 1991; COLL, et. al. 2000). Segundo estes autores, o foco sobre o controle cria uma atmosfera, na qual os indivíduos são responsáveis por sua própria saúde. Como resultado da ênfase no controle pessoal sobre o comportamento, há alguns benefícios, tais como o decréscimo das taxas de algumas doenças importantes (doença coronária, por exemplo), parcialmente devido a mudanças no estilo de vida (USDHHS, 1990). O encorajamento da rotina de cuidados médicos e testes especiais, como mamografias e exames clínicos, provavelmente tem um impacto sobre a epidemiologia das doenças.

Além disso, tanto a percepção de ter controle como o controle por si mesmo, podem ter significativos benefícios psicológicos e de saúde (HASSON-OHAYON *et al.*, 2006; RODIN, 1986; RODIN; SALOVEY, 1989; RODRIGUEZ-ROSETO; FERRIANI; DELA-COLETA, 2002). Em relação ao envelhecimento, a temática relaciona-se ainda com dimensões como o controle do estresse e adaptação a situações adversas, esperança, melhores condições de saúde, entre outros (ANIE; JOHN, 2010; FARONE *et al.*, 2007).

Dentre os conceitos de psicologia social, o *locus de controle* é estudado como um dos componentes da Teoria do Bem-Estar Subjetivo, difundida por Diener (1984), como uma vertente da Psicologia Positiva, também desenvolvida por Martin Seligman (2004), a partir da década de 1960. Os outros componentes do Bem-Estar Subjetivo são: autoestima, autoconceito, motivação de au-

torrealização, enquanto fatores psicossociais de saúde mental (PEREIRA; ENGELMANN, 1993).

Seligman (2004), psicólogo norte-americano que desenvolveu a Psicologia Positiva, afirma que o trabalho de um psicoterapeuta não é simplesmente curar os sintomas, mas ajudar o cliente a construir forças e virtudes. Diener (1984) define a Teoria do Bem-Estar Subjetivo (BES) como um campo da Psicologia que busca entender as avaliações das pessoas sobre as suas vidas e abrange variáveis como satisfação com a vida em geral ou com algum aspecto dela, ausência de depressão e ansiedade, bem como emoções e humores positivos. De acordo com este autor, a preocupação com a felicidade e o bem-estar subjetivo acompanha a humanidade há milênios, mas só nos últimos cinquenta anos que o BES tem sido medido e estudado sistematicamente. Segundo Diener, o BES é um componente principal no conceito de Qualidade de Vida.

As causas de alegria são normalmente ligadas às relações sociais bem sucedidas e as causas de satisfação estão mais ligadas à comparação com outras pessoas (PEREIRA, 1995). A satisfação também está ligada às aspirações que o sujeito tem. Quando o que se consegue está próximo ao que se deseja, a satisfação é maior. As aspirações são ligadas às comparações que o sujeito faz com os outros e também com experiências passadas.

Conforme as pessoas vão ficando mais velhas, seus ganhos aumentam e suas aspirações diminuem, reduzindo a lacuna entre as aspirações e ganhos. Com isso as pessoas mais velhas tendem, teoricamente, a terem um nível de satisfação maior que os jovens.

Rotter (1954), um dos pioneiros referidos na literatura, traz o constructo *locus de controle* implicado em elementos comportamentalistas (comportamento, reforço) e cognitivo (percepção, expectativa). De acordo com ele,

a estruturação deste constructo, no sujeito, se reporta à teoria da aprendizagem social. Os estudos sobre causalidade social iniciaram-se na década de 1950, com as pesquisas de Heider. O autor se questionava sobre como as pessoas atribuem causas ao comportamento dos outros.

Para O'Brien (1984), *locus de controle* é a expectativa do indivíduo na medida em que os seus esforços se encontram sob controle interno (esforço pessoal, competência, etc.), ou externo (as outras pessoas, sorte, chance, etc.). A teoria de *locus de controle* afirma que, quando um esforço é apreendido pelo sujeito como acompanhado de alguma ação própria, mas não sendo inteiramente contingente nesta ação, então ele é percebido, em nossa cultura, como produto da sorte ou do acaso. Quando o evento é interpretado desta forma pelo indivíduo, tem-se denominado esta crença como controle externo.

Se a pessoa percebe que o evento é contingente em seu próprio comportamento ou a uma característica relativamente permanente, denominamos esta crença como sendo de controle interno (SKINNER, 1995). Tal controle ocorre devido à necessidade inata que os seres humanos têm em dirigir e ter controle e competência sobre suas vidas. É moldado pelo desenvolvimento e é uma força ativa nessa linha (REPPOLD; HUTZ, 2003).

Kurita e Pimenta (2003) definiram *locus de controle* como um constructo que tem por objetivo explicar uma característica relativa à percepção das pessoas sobre a fonte interna ou externa de controle nos acontecimentos em que estão envolvidas. Assinalam que, quando algo acontece às pessoas, essas costumam questionar o porquê de isso acontecer. A esta ligação entre a situação vivida e expectativa de mudança denominaram de atribuição de causalidade. Skinner (1995) já indicava em suas pesquisas que o controle é percebido como sendo um fator de proteção a situações

estressantes fornecendo proteção contra as experiências de angústia em tempos de objetivos e elevado caos, o que foi confirmado no estudo de Cousson-Gelie e colaboradores (2005) em pacientes com câncer.

Kobasa (1979) detectou que as pessoas mais resistentes ao estresse parecem ter três características básicas comuns: (a) abertura para mudanças; (b) sensação de estar no controle de suas vidas; (c) envolvimento em alguma área da vida que os motiva. Esta afirmação corrobora uma questão crucial para os idosos, o aumento da probabilidade de experimentação de perdas e eventos incontroláveis, situações, que podem gerar um grande estresse dependendo da forma da pessoa agir com as situações ao seu redor.

Segundo Mayer e Koller (2001), pessoas que acreditam ter uma ação de controle sobre um resultado de sucesso têm mais probabilidade de confirmar suas expectativas iniciais. Os eventos de vida são encarados por elas como desafios a serem enfrentados e superados, para que possam assegurar-se, mais uma vez, de seu sucesso. Por outro lado, pessoas que não acreditam que possam influir nas consequências, com seus atos, acabam por perder oportunidades de exercer controle sobre os eventos de vida. Através desta passividade e evitando tarefas difíceis, elas podem abster-se do desenvolvimento de novas competências (KARASAWA *et al.*, 1995; SKINNER, 1995).

De acordo com Carlisle-Frank (1991), os achados de estudos nesse campo têm demonstrado um funcionamento mais adaptativo para aqueles indivíduos com expectativas internas em oposição àqueles com expectativas externas. Pesquisadores têm postulado que os chamados internos são mais sensíveis a mensagens de saúde, tendem a ter aumento de conhecimento sobre condições de saúde, tentam melhorar o funcionamento físico e, através de seus próprios esforços, podem ser menos suscetíveis à disfunção física e psi-

cológica (CROSS *et al.*, 2006), acreditando assim, que os internos são mais prováveis de assumir responsabilidade por sua saúde e bem-estar.

Della Coleta (1982), baseado em Lefcourt (1976), apresenta as características que fornecem indicações de externalidade e internalidade no lócus de controle. Entre outras características, pessoas com lócus de controle mais interno apresentam-se: a) com maior fluência verbal; b) resistentes às influências sociais, à coerção e aos comportamentos perigosos; c) mais persistentes ao solucionar problemas lógicos e no esforço para obter maiores resultados; d) mais inquisitivos, curiosos e eficientes processadores de informação; e) mais ativos e alertas; f) menos pessimistas e mais hábeis para vencer adversidades; g) mais tolerantes ao desconforto; h) com maior força do ego.

Por outro lado, as pessoas com lócus de controle predominantemente externo: a) apresentam tendência ao conformismo; b) não percebem corretamente as contingências; c) são mais passíveis de influência de acordo com o *status* da fonte e menos hábeis para aceitar as implicações do fracasso; d) são mais imediatistas; e) apresentam visão do futuro negativa e mais ideias suicidas; f) sentem mais insatisfação durante a interação social.

A relação existente entre qualidade de vida e intensidade de níveis de desesperança no idoso também é estreita. O idoso que avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos, assim como quem apresenta esperança pode alcançar melhor qualidade de saúde (SKARSATER *et al.*, 2005).

Conforme Goldstein (1995) e Beck (2001) os indivíduos não sustentam modelos de comportamentos estáticos ao longo dos anos. Ao contrário, alteram seu comportamento para abarcar as demandas da vida que se modificam com o passar dos anos. Alguns

autores defendem que, apesar de distinta, a qualidade de vida na terceira idade também pode ser compreendida como um processo adaptativo multidimensional em relação ao grau do indivíduo para lidar com várias configurações de demanda (BALTES; BALTES, 1990; PASCHOAL, 2000).

Baseado em estudos realizados com venezuelanos sobre lócus de controle, Romero García (1988) define a internalidade como uma necessidade intrínseca de controlar os resultados e os esforços contingentes a esses resultados. O autor afirma, por meio de um de seus estudos, que é possível incrementar significativamente a internalidade através de um programa de intervenção psicológica adequada. As orientações de lócus de controle são expectativas generalizadas aprendidas socialmente e, por isso, são suscetíveis de modificação através da intervenção psicológica.

Assim, se o idoso vai atribuir a si mesmo a capacidade de mediar suas recompensas, logo sua ação será mais motivada e esforçada porque acredita que só depende dele alcançar a qualidade de vida que busca. Então, vai mudar seu comportamento, persistir na busca da solução mais adequada para ele. Já o idoso que acredita que seus resultados dependem da sorte ou dos outros, não encontram motivação para se esforçarem ou mudar comportamento em busca de melhor qualidade de vida (RODRIGUES, 1981).

Discussão

A partir desta revisão teórica, é importante destacar que as publicações indicam um interesse de vários pesquisadores com relação às informações mais específicas da terceira idade e à promoção de qualidade de vida. Embora a maioria das publicações consultadas teve como idioma de origem a língua inglesa, percebe-se, ainda, uma carência de estudos sobre a correlação aqui analisada.

Levando em consideração que o constructo locus de controle tem influência em várias áreas de estudo e investigação da Psicologia e que as características encontradas para internalidade e externalidade podem determinar consequências em vários aspectos da vida das pessoas, justifica-se a relação teórica realizada entre o locus de controle e a qualidade de vida nos idosos neste estudo. Foi possível certificar ainda que os delineamentos utilizados, na grande maioria dos estudos, foram de metodologia transversal. Esse dado demonstra a dificuldade em efetivar estudos com delineamento longitudinal, o que, de certa forma, reflete na dificuldade de ainda definir o limiar entre a terceira idade saudável da terceira idade patológica. Essa questão implica numa evolução já existente

das pesquisas com idosos e, ao mesmo tempo, às limitações que nela estão implicadas.

Merece destaque o fato de: que a qualidade de vida tem sido associada a diferentes variáveis e estudada em sua maioria, em idosos que apresentam alguma enfermidade, o que dificulta o perfil de um idoso saudável. Seria importante a presença de trabalhos preventivos junto aos idosos e sua relação com a sociedade para obter dados mais lineares.

Com relação ao locus de controle, estudos menos numerosos estabelecem relações com a qualidade de vida. Estes enfatizam, contudo, a transição de pessoas já portadoras de alguma enfermidade como um momento importante de mudança, o qual desperta novas maneiras do idoso se relacionar com suas limitações que a própria doença despertou.

AUTORES

Luciana de Almeida Timm – Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica (PUC-RS). E-mail: lucianadat@terra.com.br.

Irani Iracema de Lima Argimon – Psicóloga, Doutora em Psicologia (PUC-RS). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital. E-mail: argimoni@puers.br

Guilherme Welter Wendt - Psicólogo (PUC-RS). Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: guilhermewendt@hotmail.com.

REFERÊNCIAS

ANIE, K. A.; GREEN, J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, v. 12. Disponível em: <10.1002/14651858.CD001916.pub3>. Acesso em: 01 nov. 2010.

ANGEL, R. J.; ANGEL, J.; HILL, T. D. Subjective Control and Health Among Mexican-Origin Elders in Mexico and the United States: Structural Considerations in Comparative Research. **The Journals of Gerontology**, v. 64B, n. 3, p. 39, 2009.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005.

- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (Eds.), **Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences**. New York: Cambridge University Press, 1990.
- BECK, M. L. G. A Teoria da Atribuição e sua Relação com a Educação. **Urutáguia Revista Acadêmica Multidisciplinar**, v. 1, n. 3, p. 51-56, 2001.
- BOWLING, A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A. (Ed.), **Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales** (pp. 1-19). Buckingham, PA: Open University Press, 1995.
- BROWNELL, K. D. Personal responsibility and control over bodies: When expectation exceeds reality. **Health Psychology**, v. 10, p. 303-310, 1991.
- CARLISLE-FRANK, P. Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: An alternative approach. **The Journal of Psychology**, v. 125, n. 4, p. 381-397, 1991.
- COLL, C. S.; ALEMANY, I. G.; MARTÍ, E.; MAJÓS, T. M.; MESTRES, M. M.; GOÑI, J. O. **Psicologia do ensino**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
- COUSSON-GELIE, F.; IRACHABAL, S.; BRUCHON-SCHWEITZER, M.; DILHUYDY, J.; LAKDJA, F. Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. **Psychological Reports**, v. 97, n. 3, p. 699-711, 2005.
- CROSS, M. *et al.* Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. **Rheumatology**, v. 45, n. 1, p. 92-96, 2006.
- DELLA-COLETA, J. A. **Atribuição de causalidade: Teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.
- DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, p. 542-575, 1984.
- FARONE, D. W. *et al.* Hope, Locus of Control, and Quality of Health Among Elder Latina Cancer Survivors. **Social Work in Health Care**, v. 146, n. 2, p. 51-52, 2007.
- FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Soc Sci Med**, v. 41, n.10, p. 1439-1446, 1995.
- GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A.L. (Org.), **Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida** (pp. 145-158). Campinas, SP: Papirus, 1995.
- HASSON-OHAYON, I. *et al.* Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 194, n. 7, p. 538-42, 2006.
- HEIDER, F. The ultimate attribution error? A review of the literature on ingroup causal attribution. **European Journal of Social Psychology**, v. 20, p. 311-335, 1958.
- HENDERSON, J. P. The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. Tese (**Pós-Doutorado não publicado**), Universidade do Estado do Tennessee, Estados Unidos, 2002.
- HORLEY, J. Life satisfaction, happiness and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators. **Gerontologist**, v. 24, n. 2, p. 124-127, 1984.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002**: Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050**: Revisão 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- JACKOBSSON, U. *et al.* Old people in pain: a comparative study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 26, n. 1, p. 625-636, 2003.
- KARASAWA, M. *et al.* **Japanese children's action-control beliefs about school performance**. Berlin: Max Planck Institute for Human Development and Education. Manuscrito não publicado, 1995.
- KOBASA, S. C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 37, p. 1-11, 1979.
- KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 61, n. 2B, p. 416-425, 2003.
- LEFCOURT, H. M. **Locus of control**: Current trends in theory and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1976.
- LÉGARÉ, J.; IBRAHIMA, M.; SOSSA, O. **Population Ageing: A Challenge for Developing Countries**. International Federation on Ageing (IFA). Quebec, Canadá: National Press, 2003.
- LEMONS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. K.; ROCHA, S. M. (Eds.), **Tratado de geriatria e gerontologia** (p. 892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MAYER, L. R.; KOLLER, S. H. Percepção de controle sobre o desempenho acadêmico de crianças em situação de pobreza. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 4, n. 1, p. 283-294, 2001.
- MCKENNA, M. C. Development and validation of the Quality of Life Scale for the Elderly (QLSE). **Psych Info**, v. 62, n.11-B, p. 5383, 2002.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOTTA, L. B. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso**: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2005.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **Atendimento domiciliar**: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
- NERI, L. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura** (pp. 9-55). Campinas, SP: Papirus, 1993.
- O'BRIEN, G. E. Locus of control, work and retirement. In: LEFCOURT, H. M. (Org.). **Research with the locus of control construct: extension and limitations**. Orlando, Flórida: Academic Press, 1984.
- OLESON, M. Subjective perceived quality of life. **Image J Nurs Sch.**, v. 22, n. 3, p. 187-190, 1990.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação (**Mestrado em Medicina Preventiva**), Universidade de São Paulo, Brasil, 2000.
- PEREIRA, C. A. A. **Respostas a 13 perguntas sobre felicidade**. Manuscrito de 7 páginas, 1995.

- PEREIRA, C. A. A.; ENGELMANN, A. Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho de docentes da UFRJ. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 45, p. 12-48, 1993.
- QUADREL, M. J.; LAU, R. R. Health promotion, health locus of control, and health behavior: Two field experiments. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 19, p. 1497-1521, 1989.
- REPPOLD, C. T.; HUTZ, C. S. Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: Características psicossociais das mães adotivas. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 25-36, 2003.
- RODIN, J. Aging and health: Effects of the sense of control. **Science**, v. 233, p. 1271-1276, 1986.
- RODIN, J.; SALOVEY, P. Health psychology. **Annual Review of Psychology**, v. 40, p. 533-579, 1989.
- RODRIGUES, A. **Aplicações da Psicologia Social: à escola, à clínica, às organizações, à ação comunitária**. Petrópolis: Vozes, 1981.
- RODRIGUEZ-ROSETO, J. E.; FERRIANI, M. G. C.; DELA-COLETA, M. F. Multidimensional health locus of control scale – MHLIC: a validation study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 21-28, 2002.
- ROMERO-GARCÍA, O. Aumentando internalidad y necesidad de logro en supervisores petroleros. In: **Memórias Del Segundo Encuentro Venezolano sobre Motivación** (pp. 1-11). Mérida: Centro de Investigaciones Psicológicas, 1988.
- ROTTER, J. **Social learning and clinical psychology**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1954.
- SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade Autêntica: Usando a Nova Psicologia Positiva para a realização permanente**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- SKARSATER, I. et al. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. **Int. J Ment Health Nurs.**, v. 14, n. 4, p. 258, 2005.
- SKINNER, E. **Perceived control, motivation, and coping**. London: Sage, 1995.
- SLEVIN, M. L. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br J Cancer**, v. 57, p. 109-112, 1988.
- The WHOQOL Group The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosos. Tese (**Doutorado em Psicologia**). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2004.
- TRICE, A. D.; PRICE-GREATHOUSE, J. Locus of control and AIDS information-seeking in college women. **Psychological Reports**, v. 60, p. 665-666, 1987.
- USDHHS. U. S. **Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives**. Washington, DC: U. S. Government Printing Office, 1990.
- WARE, J. E. Measuring patient's views: The optimum outcome measure. **B M J**, v. 306, p. 1429-1430, 1993.

