

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL



**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: A PERCEPÇÃO DO IDOSO
MAIS VELHO**

RENNATA SILVA CARVALHO

Recife/ 2012

RENNATA SILVA CARVALHO

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: A PERCEPÇÃO DO IDOSO
MAIS VELHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria de Brito Souza Dias

Recife/2012

RENNATA SILVA CARVALHO

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: A PERCEPÇÃO DO IDOSO
MAIS VELHO**

Aprovada em

Banca examinadora

Prof^ª. Dra. Albenise de Oliveira Lima (UNICAP)

Prof^ª. Dra. Cristina Maria de S.Brito Dias (UNICAP)

Prof^ª. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (UFRN)

Recife/ 2012

DEDICATÓRIA

A Deus, como não poderia deixar de ser. Aos meus queridos e amados pais e irmãos, Cacau e Neto, pelo apoio incondicional, pelos esforços para fazer da educação uma prioridade, por me passar valores verdadeiramente importantes e, acima de tudo, por investir de todas as formas na minha decisão. Ao meu namorado e verdadeiro amor, Alain, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me dar a tranquilidade e a paz que preciso para vencer os obstáculos, por cuidar de mim, pelo companheirismo e incentivo e, acima de tudo, por confiar na minha vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^a. Cristina Maria de Brito Souza Dias pelos momentos de orientação não só quanto ao trabalho de dissertação, mas pelos ensinamentos que levarei para a vida. Pela confiança em mim depositada e sua contribuição na minha formação pessoal, acadêmica e profissional.

À minha tia e madrinha, Alete, e à sua família, por terem me recebido em seu lar e terem proporcionado dias de conforto e segurança.

À minha prima irmã Germane pela atenção sempre a mim dedicada, em todos os momentos da minha vida.

À amiga Luana, pelo acolhimento e prova verdadeira de amizade.

Aos meus sogros, Kátia e Ednaldo, que mesmo sem saber foram fundamentais para minha permanência nessa batalha.

Às minhas grandes amigas, Ceci, Márcia, Sabrina, Adriana, Larissa, Josie, Débora, Kaká, pelas palavras de incentivo e pela torcida, sempre.

À minha amiga Melissa, pelos momentos de escuta e parceria.

Às minhas avós e avô pela força e confiança.

À “família” (Laboratório de Família e Interação Social) que pude escolher, amigos de caminhada, parceiros nas horas de descobertas e conhecimentos, Carol, Tarciana, Renato, Clécia e Regina.

À FACEPE, pelo incentivo em mim depositado através do financiamento da bolsa de estudos.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO.....	10
Artigo 1: VELHICE: CONCEITO, CARACTERÍSTICAS, MITOS E DESAFIOS	13
Artigo 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: A PERCEPÇÃO DO IDOSO MAIS VELHO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
ANEXOS	75
ROTEIRO DE ENTREVISTA	76
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividade da Vida Diária
AUT	Autonomia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
PE	Pernambuco
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

RESUMO

Atualmente observa-se um significativo crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, com destaque para o expressivo incremento da população com idade superior a 80 anos. Um diagnóstico recente da população idosa no Brasil constatou que enquanto o conjunto dos idosos está aumentando em torno de 3,5% ao ano, o daqueles com mais de 80 anos está crescendo 4,7% ao ano. Diante do aumento da expectativa de vida, fenômeno vivenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o grande desafio que se apresenta é a manutenção da saúde e da qualidade de vida em indivíduos com idade avançada. Os conceitos de saúde e de qualidade de vida são amplamente discutidos e constantemente revisados, sobretudo no que se refere à população de idosos. Portanto, a investigação sobre as condições que permitem gozar de boa saúde e de qualidade de vida na velhice é de interesse científico e social. Esta pesquisa teve como objetivo geral entender a percepção sobre saúde e qualidade de vida de homens idosos acima de 75 anos de idade, bem como investigar e compreender a velhice, incluindo conceito, mitos e desafios acerca desse processo. Esta dissertação está composta por dois artigos: o primeiro consiste em um estudo teórico e apresenta um panorama sobre a velhice, suas características, mitos e desafios. O segundo versa sobre saúde e qualidade de vida na perspectiva de homens mais idosos, ou seja, aqueles com idade acima de 75 anos, como foi referido.

Palavras-chave: Homem idoso, velhice, envelhecimento.

Abstract: Currently there is a significant growth of the elderly population, in absolute and relative numbers highlighting the significant increase of the population aged over 80 years. A recent diagnosis of the elderly population in Brazil found that while the number of elderly is increasing at around 3.5% a year, people over 80 years are increasing 4.7% per year. Given the increasing life expectancy, a phenomenon experienced in developed countries and developing countries, the challenge that presents itself is the maintenance of health and quality of life in individuals with advanced age. The concept of Health and Quality of Life is widely debated and constantly revised, particularly with regard to the elderly population. Therefore research on the conditions under which enjoy good health and quality of life in old age is scientific and social interest. This research aimed to understand the perception of health and quality of life of elderly men over 75 years of age and to investigate and understand old age, including concept, challenges and myths about this process. This dissertation is divided into two articles: the first article consists of a theoretical study and presents a panorama of old age, their characteristics, myths and challenges. The second deals with health and quality of life from the perspective of older men, if those aged over 75 years, as stated.

Key words: Old man, old age, aging

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde - OMS - define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, sendo este limite válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Em abril de 2002, a Assembléia Geral das Nações Unidas realizou, na cidade de Madri, sua segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento para discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta e propor políticas específicas para este grupo etário uma vez que o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de um milhão e novecentas mil pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (Andrews, 2000, p. 247). Outros aspectos importantes para explicar este fenômeno, para o citado autor, são os seguintes:

- 1) Desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos;
- 2) Hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco para o mundo em seu conjunto, e de um para três para o mundo desenvolvido;
- 3) Segundo as projeções, o número de centenários - de 100 anos de idade ou mais - aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145 000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050; e
- 4) Entre 1999 e 2050 o coeficiente entre a população ativa e inativa - isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade por cada pessoa de 65 ou mais - diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas menos desenvolvidas.

De modo geral, vem se observando um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos. De acordo com a Sinopse do Censo Demográfico feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, do total de 190.755.799 da população brasileira, 14.081.480 têm 65 anos ou mais.

No levantamento, o IBGE divide os idosos em quatro faixas etárias: de 65 anos a 69, de 70 a 74, de 75 a 79 e acima de 80. Desses grupos, o que possui a maior população é a da primeira faixa, com 4.840.810 pessoas com idade entre 65 e 69 anos.

Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total. Mas, a região latino-americana apresenta uma grande diversidade, com a proporção de idosos variando de 6,4% na Venezuela a 17,1% no Uruguai. As populações européias apresentam, caracteristicamente, proporções mais elevadas, com os idosos representando algo em torno de 1/5 da população de seus países (IBGE, 2006).

No Brasil, um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi a promulgação, em 4 de janeiro de 1994, da Lei no 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional para o Idoso. De acordo com o texto da referida lei, ela tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Vale ressaltar as disposições do artigo terceiro desta lei, que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de se considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos. Em maio de 2002, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos que considera como público-alvo todos os grupos populacionais específicos passíveis de discriminação, entre os quais, o grupo de pessoas idosas.

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade, (2000, p. 82), “*no plano individual envelhecer significa aumentar o número de anos vividos*”. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria. No Brasil, são considerados velhos aqueles que alcançam 60 anos de idade.

É difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Neste segmento também conhecido como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico e ainda os diferenciais por sexo, educação e renda, que costumam ser bastante expressivos. Mesmo reconhecendo que a idade não é o único parâmetro para definir o processo sociodemográfico do envelhecimento, a fim de facilitar a análise dos dados e a

construção dos indicadores selecionados, o presente trabalho adotou como critério de classificação do idoso, as pessoas com 60 anos ou mais de idade, especificamente *os idosos mais idosos*, ou seja, aqueles com idade a partir de 75 anos.

Portanto, trata-se, certamente, de um conjunto bastante elevado de pessoas, com tendência de crescimento nos próximos anos. Na população idosa, o segmento que, no período intercensitário, mais cresceu relativamente foi aquele das pessoas de 75 anos ou mais. Isto corresponde a 49,3%, o que trouxe alterações na composição interna do próprio grupo, revelando a heterogeneidade de características deste segmento populacional. O estudo da velhice e do envelhecimento torna-se, então, um importante foco de atenção e de pesquisa para as ciências humanas e da saúde.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo entender a percepção sobre saúde e qualidade de vida de homens idosos acima de 75 anos de idade bem como investigar e compreender a velhice, incluindo seu conceito, mitos e desafios acerca desse processo.

Esta dissertação apresenta-se composta por dois artigos: o primeiro artigo consiste em um estudo teórico e apresenta um panorama sobre a velhice, suas características, mitos e desafios. O segundo versa sobre saúde e qualidade de vida na perspectiva de homens mais idosos, ou seja, aqueles com idade acima de 75 anos, como foi referido.

Ao final deste trabalho são descritas críticas e reflexões sobre a pesquisa, sugestões para futuros trabalhos abordando o tema e ainda são levantadas algumas considerações à luz dos resultados encontrados. Espera-se que elas forneçam subsídios para futuras discussões sobre o processo de envelhecimento, saúde e qualidade de vida dos idosos.

VELHICE: CONCEITO, CARACTERÍSTICAS, MITOS E DESAFIOS

ELDERLY: CONCEPT, CHARACTERISTICS, MYTHS AND CHALLENGES

Rennata Silva Carvalho¹; Cristina Maria de Souza Brito Dias².

Resumo: Diante do aumento da longevidade e do número de pessoas idosas, tanto na população mundial como na população brasileira, faz-se necessária a realização de pesquisas e estudos objetivando, dentre outras coisas, apontarem formas eficazes de intervenção e implantação de serviços e programas voltados para a assistência desta população, assim como a prevenção de eventuais perdas da autonomia, independência e da capacidade funcional desses idosos. Trata-se de uma atualização do tema realizada através da revisão de artigos, consultas a livros e bases de dados como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO – (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Biblioteca Regional de Medicina), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e Google Acadêmico, incluindo artigos científicos, teses e dissertações, que investigam e discutem o envelhecimento, seus conceitos, suas características, mitos e desafios enfrentados nesta fase da vida. A partir daí, realizou-se uma incursão pela literatura, sendo selecionadas as referências referentes ao período de 2000 a 2010.

Palavras-chave: Envelhecimento, mitos frente à velhice, intervenções.

¹ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil. E-mail: renata.carvalho.1@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Rua do Príncipe, 526 - Boa Vista – Recife, PE CEP 50050-900.

Abstract: Given the increasing longevity and the number of elderly people in both the world population as the population, it is necessary to conduct research and studies aimed at, among other things, suggest effective ways of intervention and deployment of services and programs for assistance in this population, as well as preventing losses of autonomy, independence and functional capacity of the elderly. It is literature search was undertaken through consultation to books and databases such as LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Regional Medical Library), BVS (Virtual Health Library), Google Scholar, including articles scientific theses and dissertations, which investigate and discuss the aging, their concepts, their characteristics, myths and challenges faced at this stage of life. Thereafter, we carried out an incursion in the literature, and selected bibliographies in the period 2000 to 2010

Key words: Aging, myths about aging, interventions

¹ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil. E-mail: renata.carvalho.1@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Rua do Príncipe, 526 - Boa Vista – Recife, E CEP 50050-90.

INTRODUÇÃO

O tema envelhecimento está cada vez mais em evidência. É comum nos depararmos com textos em livros, revistas de grande circulação, artigos científicos e debates na mídia enfocando a velhice, a terceira idade e, mais recentemente, a melhor idade, termos metafóricos usados para denominá-la também. As estatísticas demográficas nos mostram o grande aumento populacional de idosos no mundo e, especificamente, no Brasil, como um fenômeno relativamente novo, chamando a atenção dos governantes e da sociedade em geral para a implementação de políticas públicas voltadas para estes idosos. O impacto socioeconômico desse aumento populacional tem sido alvo de alerta por parte tanto dos profissionais da área, como pelos órgãos governamentais, uma vez que este aumento demanda uma maior atenção de toda a sociedade (Veras, 2009).

O aumento da população idosa no mundo se deve, dentre outros fatores, principalmente às grandes vitórias no campo da medicina e da tecnologia, além da redução da natalidade, com a divulgação e acesso aos métodos anticoncepcionais, e a entrada da mulher no mercado de trabalho, possibilitando aos casais diminuir a quantidade de filhos e assim, reduzindo-se a população jovem. Também a redução da morbidez e da mortalidade, com o surgimento de novos medicamentos, vacinas e tecnologias, voltadas a salvar vidas, colaboram para que as pessoas vivam mais. As novas formas de saneamento básico, métodos sanitários e preventivos eficazes, acesso ao transporte, moradia e planejamento urbano, possibilitaram uma melhor qualidade de vida ao ser humano (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003)

Em países desenvolvidos, é considerada pessoa idosa aquela com mais de 65 anos. No Brasil, assim como todos os países em desenvolvimento, a idade de 60 anos marca o início da velhice, em termos cronológicos, sendo a mesma estabelecida pela Organização das Nações Unidas-(ONU).

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população de 60 anos ou mais era de cerca de 10 milhões de pessoas, representando cerca de 8% da população total do País. A PNAD, em 2006, apontou que os idosos alcançaram, aproximadamente, 14 milhões de pessoas, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira (IBGE, 2006).

As diferenças de gênero são importantes para distinguir as pessoas idosas e, da mesma forma como tem ocorrido em todo o mundo, o número de mulheres idosas, no Brasil, é maior do que o de homens: as informações da PNAD mostraram que, em 2003, essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente. A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, no período de 1999 a 2003, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres, entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens. Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens, fenômeno denominado feminilização da velhice (Camarano, 2002).

Em 2006, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de vida das mulheres excede, também, a dos homens sendo de 9,8 anos e 8,9 anos, respectivamente. A tendência das mulheres sobreviverem aos homens, exibindo uma mortalidade menor que a masculina ocorre em todo o mundo, mas isso não significa que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. Há evidências de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de doença e de declínio funcional do que os homens (Parahyba, Veras & Milzer, 2006).

Diante do exposto, faz-se necessário investigar e compreender esse processo inevitável que é o envelhecimento. Nesta pesquisa o objetivo geral foi entender o conceito de velhice, já que se sabe que existem “velhices”. Especificamente, pretende-se caracterizar este processo além de desmistificar algumas crenças equivocadas acerca da velhice e identificar os desafios enfrentados pelos que a vivenciam. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que utilizou livros, capítulos de livros e artigos científicos localizados através de bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), Scielo, Lilacs e Google acadêmico entre os anos 2000 a 2010.

Velhice: em busca de uma conceituação

Alguns estudiosos percebem o envelhecimento como um processo biológico, outros mais como um processo patológico ou ainda como um processo socioeconômico ou psicossocial (Almeida & Maia, 2010). Analisando as alterações cronológicas ou psicológicas do envelhecimento, encontra-se uma grande variação entre os indivíduos, que afeta a definição do envelhecer e demonstra que hoje se fala em velhices e não uma velhice única. Fica claro que a idade é, de qualquer modo, um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade ou momento particular. Pode-se dizer que ao nascer o indivíduo já começa a envelhecer.

À medida que o ciclo vital do ser humano se estende também se observa um aumento significativo da heterogeneidade entre os idosos. Saúde, educação, características de personalidade, gênero, classe social, história passada e contexto sociohistórico são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre os idosos, dos 60 aos 100 anos ou mais (Fleck, 2008)

A velhice é considerada a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo perdas e ganhos. À medida que ela se estende passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social. Hoje é comum falar em *velhice inicial*, *velhice média* e *velhice avançada*.

Portanto, o envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em alterações fisiológicas, emocionais e cognitivas, não sendo, obrigatoriamente, nem todas boas ou todas ruins (Papaléo Netto, 2002). O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sociohistórica e psicológica.

Biologicamente falando, o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas e ritmos e acarretam resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo. Há um limite para a longevidade, o qual é estabelecido por um programa genético que permitiria ao organismo suportar uma determinada quantidade de mutações. Esgotado esse limite o organismo perece, ou seja, morre (Maia, Lebrão & Santos, 2006).

Os biólogos evolucionistas interpretam que a ampliação da longevidade humana, a extensão do período de dependência juvenil e o apoio à reprodução exercido pelos indivíduos mais velhos e já não reprodutores são vitórias do processo de seleção natural da espécie humana, estimando-se que, atualmente, o limite da longevidade humana é algo em torno de 120 anos. Conforme dito anteriormente, o alcance gradual de limite de duração máxima de vida e o aumento da expectativa de vida ocorridos ao longo dos últimos séculos foram consequências do progresso social e dos avanços da ciência e, a não ser que ocorra uma evolução inesperada e notável na biologia do envelhecimento, pouco deverá mudar em futuro próximo (Neri & Freire, 2000).

A Psicologia e a Gerontologia, até os anos de 1970, consideravam o envelhecimento e o desenvolvimento como processos opostos, mas hoje ambos são vistos como processos que coexistem ao longo da vida, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que vulgarmente são identificados como ganhos ou perdas. Como o desenvolvimento é referenciado às normas compatíveis com o funcionamento do adulto sadio, produtivo e envolvido socialmente, sempre se admitiu que o crescimento e os ganhos presidem as mudanças evolutivas da primeira metade da vida, enquanto que o declínio e as perdas se destacam na segunda metade, ou seja, na velhice (Cabral, 2006).

Contudo, embora as mudanças evolutivas que podem ser caracterizadas como perdas aumentem com o passar da idade, na velhice podem ocorrer alterações classificáveis como ganhos. Por exemplo, as capacidades cognitivas ligadas ao processamento da informação, à memória e à aprendizagem declinam, por causa das alterações sensoriais e neurológicas que acompanham o envelhecimento. No entanto, as capacidades cuja manutenção e cujo aperfeiçoamento dependem de influências culturais podem conservar-se e especializar-se, manifestando-se nos domínios profissional, do lazer, das artes ou do manejo das questões existenciais, podendo ser definido como sabedoria (Lima, Silva & Galhardoni, 2008). Freire (2000, p.22) afirma que:

Sabe-se hoje que a velhice não implica necessariamente doença e afastamento, que o idoso tem potencial para mudança e muitas reservas inexploradas. Assim, os idosos podem sentir-se felizes e realizados e, quanto mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde.

Um princípio fundamental da psicologia do envelhecimento contemporânea é que na velhice as pessoas conservam potenciais para o funcionamento e o desenvolvimento, os quais, no entanto, tendem a declinar nos anos mais tardios, quando as pessoas se tornam mais vulneráveis e menos adaptáveis às alterações ambientais.

Características e idades da velhice

O funcionamento biológico, desde o nível celular até o de todo organismo, tem uma lógica interna de ritmo e duração, do qual os ciclos de sono e vigília, o ciclo menstrual e os ritmos metabólicos são indicadores. Essa lógica tende a mudar com o envelhecimento, alteração que é indicadora de diminuição da funcionalidade e da probabilidade de sobrevivência (Neri, 2007).

Portanto, pode-se dizer que a *idade biológica* é um indicador do tempo que resta a uma pessoa para viver, num dado momento de sua vida. O envelhecimento biológico ou senescência é, assim, o processo que preside ou determina o potencial de cada indivíduo para permanecer vivo, o qual diminui com o passar dos anos.

O grau de conservação do nível da capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica é tecnicamente referido como *idade funcional*. Esta é não só um indicador importante da possibilidade de sobrevivência como também da capacidade funcional, competência comportamental ou ainda independência funcional, termos que indicam a possibilidade de o indivíduo sobreviver sem a ajuda de outras pessoas. Eles são indicados pelo grau de preservação da capacidade de desempenhar atividades básicas de autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária (Lima, Firmo & Uchoa, 2004).

Já o conceito de *idade psicológica* pode ser usado em dois sentidos. Um é análogo ao significado de idade biológica, e se refere à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Vale ressaltar que esse uso do conceito é muito próximo ao de senescência ou envelhecimento normal. O segundo uso do conceito de idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade. Este depende de como cada indivíduo avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas de sua idade (Netto, 2005).

Pessoas na meia idade ou na velhice inicial tendem a indicar uma idade psicológica menor do que sua idade cronológica, em parte para preservar a imagem social e a auto-estima, ou talvez, por dificuldades em auto-aceitação. Muitas pessoas acreditam que a velhice é um estado de espírito, no sentido que independe de idade cronológica e de outros marcadores de velhice. Por outro lado, dados da literatura internacional têm mostrado que, felizmente, os idosos possuem uma perspectiva mais positiva em relação à velhice do que a que os adultos têm dos idosos.

O senso de idade psicológica tem estreita relação com as mudanças de perspectivas temporais que afetam os mais velhos. A partir de meados da quarta década de vida as pessoas passam a pensar suas vidas em termos dos anos que ainda têm para viver em vez dos anos vividos, ou seja, aumenta a tendência de avaliar a vida retrospectivamente (Jeckel-Neto & Cunha, 2002).

Também ocorre uma aceleração subjetiva no sentido de tempo e então os dias, meses e anos parecem passar mais depressa. Isto é comumente atribuído à diminuição da atividade metabólica, que é responsável pelas alterações nos ritmos corporais, entre eles os de sono e vigília, e ao aumento do tempo de reação, que faz com que os idosos sejam mais lentos.

A *idade social* diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade. Desta forma, as experiências de envelhecimento e velhice podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo de circunstâncias econômicas e sociais que determinam quem e porque será chamado de velho e como será tratado por uma sociedade (Caldas, 2005).

Algumas sociedades dividem o tempo em unidades socialmente relevantes, dentro das quais devem emergir papéis e comportamento apropriados, que funcionam como indicadores da idade social do indivíduo. Unidades como essas constituem um relógio social que demarca as idades ou as épocas certas para desempenhar tarefas psicossociais (por exemplo, estar ativo e produtivo, cuidar dos netos e afastar-se, com referência às possibilidades da velhice inicial, média e avançada).

Portanto, pode-se dizer que o envelhecimento social é um processo de mudança nos papéis e comportamentos que são típicos dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à sua adequação aos dos adultos mais velhos ou ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária.

Ocorrências do mundo do trabalho exemplificam bem o conceito de envelhecimento social. As atitudes em relação aos idosos e à idade para considerá-los velhos no trabalho variam em diferentes organizações, profissões e contextos históricos e sociais. Na atualidade, a maioria das pessoas acredita que a velhice começa aos 60 ou 65 anos, por serem essas as idades-limite para a aposentadoria, associando assim, equivocadamente, a aposentadoria à velhice. Antes disso, porém, os adultos podem ser discriminados no trabalho, com base no argumento de que o envelhecimento acarreta decadência intelectual e física (Ramos, 2004).

Segundo Queiroz e Ramalho (2009, p.35), *“a idade tem menor influência sobre a expectativa de desempenho quando os conteúdos da ocupação estão em rápida mudança, mas é menos importante quando os conteúdos permanecem estáveis por mais tempo”*. Organizações hoteleiras, de seguros e de alimentos para bebês, entre outras que desejam transmitir uma imagem de segurança e credibilidade, tendem a valorizar a presença de trabalhadores mais velhos. Já organizações que vendem novidades e supérfluos, como a moda, tendem a valorizar a presença dos mais jovens (Queiroz & Ramalho, 2009).

Portanto, a atribuição do rótulo de velho ou idoso a pessoas que apresentam alterações físicas e comportamentais associadas como o envelhecimento normal pode ou não ser acompanhada de rejeição, depende do contexto. No entanto, no âmbito do trabalho de modo geral o que se observa é que os adultos têm cada vez menos oportunidades para treinamento, e assim, de emprego. Muitos têm que trabalhar em ambientes físicos que não são apropriados às suas características. Portanto, sua dificuldade para o trabalho e para a vida social é mais provocada por eventos ambientais do que propriamente pelos biológicos (Carvalho & Garcia, 2008).

Mitos em relação à velhice

Em 1999, ano em que a Organização das Nações Unidas celebrou o Ano Internacional do Idoso, os países-membros se reuniram e discutiram alguns mitos relacionados ao processo de envelhecimento e à velhice propriamente dita. Mitos esses que se refletem em atitudes preconceituosas e em estereótipos que contribuem para as dificuldades dos idosos em vários contextos.

As atitudes preconceituosas contra os idosos têm uma antiga trajetória nas sociedades e consistem em atribuir-lhes um conjunto de traços e características indesejáveis e utilizar

desse critério para tomar decisões sobre como lidar com eles. As explicações para a origem desse processo incluem razões psicológicas (por exemplo, rejeição à velhice porque está associada à doença, à morte e à dependência, realidade essa temida pelas pessoas) e econômicas (por exemplo, justificar a restrição de oportunidades sociais para idosos, quando na verdade eles são discriminados porque são vistos como improdutivos).

Qualquer que seja a explicação é importante entender que os gerontólogos sociais classicamente assumiram que as atitudes preconceituosas em relação à velhice determinam políticas e práticas sociais discriminativas, segregadoras, rejeitadoras ou paternalistas oferecidas pela sociedade aos idosos. Por esta ótica são os preconceitos que fazem com que os mais velhos sejam mais sujeitos ao desemprego, tendam a receber menores salários e a ter menos oportunidades de treinamento. Pelo mesmo motivo lhes são negados recursos terapêuticos. Finalmente, nas instituições de longa permanência e na família, a vitimização dos idosos contribui para que lhes seja oferecido um tratamento superprotetor que lhes tolhe a autonomia e a independência (Figueiredo, Wagner & Cançado, 2002).

Outros “equivocos” comuns sobre a velhice relacionam-se ao uso acrítico de denominações (Ex. aposentado) ou de circunstâncias sociais (Exs. Aos 45 anos, ser participante de um grupo de lazer destinado a idosos); à atribuição prévia de dependência física, depressão e doença aos sujeitos idosos e à inadequação dos instrumentos, instruções, equipamentos e ambientes usados nas situações de avaliação e de coleta de dados. Percebe-se ainda uma confusão entre efeitos de velhice e pobreza ou de velhice e doença, desconsiderando as circunstâncias históricas atuais e passadas e os limites que o envelhecimento normal impõe ao funcionamento (Moares & Souza, 2010).

Um dos mitos que se pode citar relacionados à velhice é o de que a maioria dos idosos vive nos países desenvolvidos. Segundo o PNAD de 2010, cerca de 60% dos idosos vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e na maioria deles pode-se observar um aumento da expectativa de vida. Esse fenômeno reflete-se sobre os sistemas de saúde, que serão cada vez mais onerados pelos custos do aumento de doenças crônicas (principalmente as cardiovasculares, o diabetes e o câncer) e as incapacidades delas decorrentes e, ao mesmo tempo, terão que lidar com doenças infecciosas.

Lidar com essas contingências exige proporcionar atendimento e adequada promoção de saúde para pessoas de todas as idades; capacitar os adultos mais velhos e os idosos a permanecerem ativos e participantes do processo de desenvolvimento; combater os

estereótipos que marginalizam os mais velhos no ambiente de trabalho; proporcionar oportunidades para treinamento aos trabalhadores adultos e idosos, e promover a solidariedade entre as gerações (Aquino, 2002).

Outro mito comum em relação ao envelhecimento é o de que os idosos são todos iguais. A heterogeneidade tende a aumentar com a idade, por causa da diversidade de estilos de vida, oportunidades educacionais, situação econômica, expectativas e papéis sociais e fatores de personalidade, cujos efeitos são interativos e sobrepostos às influências genéticas. Porém, Kalache, Veras e Ramos (2009) afirmam que em todo o mundo, infelizmente, os idosos têm nível educacional mais baixo, o que significa menor produtividade, saúde mais precária, mais incapacidade, estilos de vida menos saudáveis e mais pobreza. A solução para os países em desenvolvimento reside em investir em educação durante a vida toda, treinar e reciclar capacidades para o trabalho e educar para a saúde.

A ideia de que homens e mulheres envelhecem do mesmo jeito também é outro mito. A velhice é um fenômeno preponderantemente feminino. A expectativa de vida das mulheres nos países menos desenvolvidos é de 50 anos e nos desenvolvidos é de 80, mas em ambos elas vivem mais que os homens. Nos países desenvolvidos essa vantagem varia entre cinco e oito anos. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2006) algumas mulheres têm saúde mais precárias do que os homens e são vítimas de osteoporose, diabetes, hipertensão, incontinência urinária e artrite. Os homens adultos estão mais expostos a doenças cerebrovasculares e cardiovasculares do que as mulheres, mas depois dos 50 anos o risco das mulheres torna-se cada vez mais parecido com o dos homens. Há motivos biológicos para a maior longevidade das mulheres, mas os homens são mais expostos aos efeitos deletérios do trabalho, da violência, de acidentes, da pneumonia, de ataques cardíacos e do alcoolismo. Em muitos lugares e principalmente nos países em desenvolvimento, as mulheres são discriminadas no trabalho e na educação, onde têm menos oportunidades do que os homens e tendem a ser mais pobres na velhice (Cabral, 2006).

Há ainda outro mito, talvez o pior de todos, diretamente ligado ao preconceito de que os idosos não têm nada a oferecer à sociedade. Este mito está ligado à associação equivocada entre produtividade e emprego formal. Porém, a produtividade manifesta-se também em trabalhos não pagos, mas de indiscutível valor econômico, como por exemplo, cuidar de crianças pequenas, de doentes e de idosos; fazer trabalhos voluntários; dedicar-se à agricultura, tomar conta da casa e ocupar-se no mercado de trabalho informal. No Brasil, o

trabalho informal, principalmente o feminino, representa possibilidade de sobrevivência para uma vasta maioria da população.

Os mais velhos são expulsos do mercado de trabalho com a desculpa de que estão ultrapassados. No entanto, em ocupações tradicionais, baseadas na experiência, ou mesmo em organizações modernizadas, os adultos mais velhos podem utilizar sua experiência e seu conhecimento sobre as técnicas produtivas e sobre a cultura organizacional para atuar como mentores. O desemprego dos adultos mais velhos e dos idosos é mais devido à falta de oportunidades educacionais, à falta de treinamento em serviço e aos preconceitos do que ao envelhecimento em si mesmo (Neri & Yassuda, 2004).

Por fim, o mito de que os idosos representam um peso para a sociedade. Em todo o mundo, os mais velhos comumente continuam trabalhando até idade avançada, senão a vida toda, como é o caso dos agricultores. Em atividades informais são encontradas muitas pessoas mais velhas que nunca foram empregadas porque não tiveram oportunidades educacionais para tanto, ou que não foram desempregadas precocemente. No Brasil, a renda mensal vitalícia ou mesmo as baixas aposentadorias muitas vezes são a única renda assegurada de uma família de muitos membros, incluindo crianças. É interessante notar que aumenta no Brasil o número de famílias chefiadas por pessoas acima de 60 anos. A verdade é que as aposentadorias e pensões protegem os mais velhos e seus familiares contra a pobreza, sendo, portanto, um fator de equilíbrio social e não uma carga (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priori & Cecon, 2006).

As sociedades seriam beneficiadas se investissem mais nos idosos por meio de programas de educação permanente e de recapacitação profissional, eliminação da discriminação etária nos ambientes de trabalho, promoção de adequadas políticas públicas e privadas de seguridade social que proporcionem pensões e aposentadorias dignas, baseadas em sistema de capitalização, e não repartição, promoção primária, secundária e terciária da saúde e mudança de conceitos, atuando segundo o princípio de que os idosos não são o maior desafio e ser enfrentado, mas sim a mudança nas políticas econômicas, sociais e de saúde.

Desafios a serem enfrentados

São muitos os desafios que se apresentam para as famílias, os poderes públicos e para as iniciativas privadas, num campo que vai lentamente despontando como digno da atenção de políticos, administradores e cientistas. O aumento da visibilidade social do segmento de pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil, foi um dos fatores que instigou a mobilização de órgãos governamentais e não-governamentais para o atendimento das novas demandas surgidas, principalmente, nos âmbitos da saúde, da assistência e da seguridade social (Ministério da Saúde, 2004).

Considerando-se que o aumento da população idosa acontece tanto nos países desenvolvidos como nos que estão em desenvolvimento, acredita-se que um dos desafios sociais que se propõem aos governantes e à população em geral é enfrentar a velocidade com que se processa o aumento desse contingente e as conseqüências que esse fenômeno acarreta.

O Brasil, ainda que tenha passado por significativas mudanças e melhoras, não resolveu problemas clássicos do subdesenvolvimento, como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte, urbanização, entre outros, e já se depara com essa massa de idosos necessitando de atendimento imediato. Será necessário investir em desenvolvimento de alternativas de assistência e na geração conhecimentos que sejam inovadores e tragam novas respostas à demanda dos idosos (Ministério da Saúde, 2004).

Como foi dito anteriormente, cada pessoa e cada geração experimenta a velhice de formas diferentes, dependendo de uma constelação de fatores biológicos e ambientais. Como parte do ciclo vital, ela é uma “carreira” em que, segundo os padrões biológicos, psicológicos e sociais, as pessoas vão atingindo as distintas etapas com maior ou menor êxito. Se isso é um desafio individual, também o é em termos das políticas públicas, que idealmente deveriam orientar e preparar crianças, jovens, adultos e velhos para tal processo. O atendimento a essa população tão heterogênea deveria ser adaptado às condições locais e ser regido pelo princípio da igualdade na distribuição das oportunidades sociais. Isto é, sem dúvida, um grande desafio, frente a mudanças de grande porte que estamos vivendo.

1) O desafio para a família

A importância da família, tanto em relação aos êxitos como às dificuldades da vida, é reconhecida em muitas épocas e lugares. As relações familiares são as que o idoso vive com mais assiduidade e intensidade. Ao longo da história, a estrutura familiar lhe foi fundamental em muitos sentidos: quando ele chefiava e exercia influência, cuidando e protegendo seus familiares e, principalmente, ao perceber a aceitação e a valorização social da sua experiência acumulada. Em muitas sociedades, o destino e a consideração do idoso na família e no grupo mais amplo eram e são determinados por relações econômicas, que, de várias formas, regem as trocas sociais.

Hoje, devido aos inúmeros estilos de vida, é difícil definir a família, mas ela continua a ser o núcleo primário, promotor do suporte emocional, social e psicológico inevitável e indispensável às crianças, aos adultos e aos idosos. Ela é um grupo de fundamental importância, no qual o idoso deve permanecer, embora tenha perdido sua característica tradicional de ser um espaço físico, social e afetivo para várias gerações, onde o velho desempenha o papel de sábio (Lima-Costa. & Veras, 2010).

A sociedade contemporânea assiste a mudanças radicais nos laços de parentesco e ao surgimento de novas formas de família. A diminuição da natalidade implica que cada idoso tenha menos familiares capazes de cuidá-lo, mas é à mulher, principalmente idosa e de meia-idade, que cabe o papel de cuidar do cônjuge e dos pais idosos e, muitas vezes, dos netos e bisnetos. Por maturidade filial, entende-se a capacidade dos filhos de darem prova de sua responsabilidade para com os pais, quer lhes proporcionado a ajuda necessária para continuarem sendo independentes, quer protegendo-os na dependência.

Na pesquisa realizada pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul em 1997, verificou-se que 79,80% dos idosos vivem com familiares, e, destes, 17,83%, com os filhos. São estes últimos a maior fonte de auxílio para 30,78% dos idosos que dele necessitam. Outros autores indicam a tendência da família em manter-se em relação de ajuda e contato, mas não convivendo no mesmo lar com os idosos. A comunicação e os contatos são feitos diariamente, ou duas ou três vezes por semana, através de telefonemas e visitas. A expressão afetiva em relação aos idosos manifesta-se de alguma forma, na maioria das famílias (Khoury & Günther, 2006).

De maior importância é a promoção das relações intergeracionais na comunidade, na família, no trabalho e no lazer, integrando as pessoas de terceira idade com crianças, adolescentes, jovens e adultos. As relações com os avós são tão importantes quanto com os pais e todos os jovens pais que pretendem educar seus filhos com sensatez devem estimular ao máximo o relacionamento entre avós e netos (Falcão, Dias, Bucher-Malushke & Salomão, 2006).

Por outro lado, tem-se que considerar o significativo e crescente número de pessoas idosas que vivem sozinhas, às vezes devido à transferência dos filhos para outras cidades ou regiões, às vezes pela redução dos membros da família e, outras, pelo próprio desejo de morarem sozinhas. Elas são um número significativo de mulheres, cada vez mais autônomas, com independência financeira, bom estado de saúde, abertas socialmente ao lazer, viagens, distrações, novas amizades.

Numerosos estudos mostraram a diversidade de colaborações, de ajudas, de trocas entre pessoas idosas e seus filhos adultos, num contexto reconhecido como de solidariedade intergeracional. Sua presença no Brasil é evidente, embora pouco documentada. Além de envolver a família, pode envolver a vizinhança, amigos e voluntários de várias origens (Almeida & Maia, 2010; Fleck, 2000).

2) O desafio da promoção de saúde

Existe uma unanimidade entre os idosos: a preocupação com os serviços de saúde, com todos os seus problemas: atendimento pelo SUS, longas filas nos ambulatórios, falta de medicamentos, falta de leitos nos hospitais. De fato, os recursos nessa área são mal aplicados, e pouca atenção se dá aos idosos como grupo com necessidades específicas. Muitas pessoas mantêm-se saudáveis e ativas até idade avançada e é para elas que as políticas de manutenção da saúde e da qualidade de vida devem estar voltadas, como forma de evitar o surgimento de doenças e a conseqüente perda da qualidade de vida. Entretanto, essas políticas são quase inexistentes e assim mesmo, as pessoas estão vivendo mais. Nessa fase da vida, é comum o aparecimento duas ou mais doenças, o que exige mais cuidados por parte dos familiares, mais atenção social e mais serviços de saúde, particularmente eficientes. Geralmente, o período de doenças e dependência compreende os últimos três ou quatro anos antes da morte, quer ela ocorra aos 65, 75, 80 ou 90 anos. Até que se encontre a cura para as doenças que mais afetam

as pessoas nesse tempo, faz-se necessário procurar tratamentos mais adequados que possam aliviar o sofrimento causado por essas patologias.

O importante é a prevenção das doenças, a fim de que, mesmo aos 80 anos ou mais, as pessoas possam ter uma velhice mais tranqüila e saibam distinguir o que é patologia e o que é próprio do processo de envelhecimento. É igualmente relevante dimensionar e tratar dos antecedentes das doenças na velhice, entre os quais os mais críticos são a má nutrição, as más condições de habitação, de prestação de assistência e de trabalho; o desemprego; o salário e as aposentadorias insuficientes para um mínimo de bem-estar material, e o analfabetismo. Esses fatores vêm corroendo cada vez mais a qualidade de vida do brasileiro (Joia, Ruiz & Donalísio, 2007).

3) O desafio da pobreza

Apesar da heterogeneidade da velhice, há uma característica recorrente nas sociedades: a de que as pessoas idosas são mais pobres que os adultos mais jovens da mesma população. O mesmo ocorre no Brasil, onde, de um lado é industrializado, em desenvolvimento e mais ou menos rico, e do outro um Brasil extremamente pobre, onde os velhos são numerosos, com suas baixas pensões e aposentadorias ou com o benefício da prestação continuada.

4) O desafio da aposentadoria

A aposentadoria requer um condicionamento mental e social uma vez que a cessação da atividade profissional constitui uma exclusão do mundo produtivo, o que é a base da sociedade moderna. A aposentadoria é uma instituição social que proporciona não um benefício, mas um direito, que deve assegurar aos indivíduos uma renda permanente para a manutenção do nível de vida e para garantir as necessidades de segurança individual.

Como instituição social, apresenta alguns aspectos contraditórios. Se, por um lado, alguns a vivem como um tempo de liberdade, desengajamento profissional, de possibilidades de realizações, de fazer aquilo que não teve tempo de fazer durante a vida ativa, de aproveitar a vida, de não ter mais patrão nem horários obrigatórios, por outro lado, alguns a consideram

com um tempo inútil, de desvalorização social, sem sentido, vazio, de nostalgia e de tristeza (Ministério da Saúde, 2002)

Seu impacto sobre o bem-estar do trabalhador depende em parte do trabalho que realizava e da profissão. Para os que realizavam tarefas repetitivas e fatigantes, em profissões desvalorizadas, a cessação da atividade profissional representa a libertação, o fim de um tempo penoso e de um trabalho não desejado, mesmo que o vazio depois pareça pior. Ao contrário, os que valorizam o trabalho porque representa um enriquecimento diário não desejam a aposentadoria, nem o fim da atividade profissional, aspirando à liberdade de escolha da época para se aposentar.

Outra contradição está no fato de, por um lado, os valores serem baixos para os que recebem e, por outro, no cômputo geral da Previdência, caracterizam-se como um custo elevado para quem paga. Assim, a manutenção do sistema público de aposentadoria se configura como um desafio.

5) O desafio dos recursos humanos

Diante do aumento da população idosa no Brasil, as políticas estabelecidas para esse segmento estão a exigir recursos humanos devidamente preparados. Isso é extremamente importante para as universidades que, no entanto, têm propostas ainda muito tímidas para a formação sistemática desse pessoal. As faculdades de Medicina ainda dão pouca atenção à formação de médicos geriatras, e as faculdades de Ciências Sociais, à formação de gerontólogos sociais. Isso ocorre porque a velhice tornou-se um fato social relativamente novo, mas, se não houver recursos humanos treinados especialmente para atendê-los, não haverá uma atenção integral, integrada, digna e eficaz (Sebastini & Santos, 2001).

Há formação de recursos humanos para essa área importante, mas ainda há pouca oferta. Considerando a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, todas as profissões que têm interface com o problema devem ter elementos qualificados para enfrentá-lo. A prestação de serviços aos idosos que apresentam dificuldades de ordem biopsicossocial exige uma postura interdisciplinar dos profissionais. Na avaliação do tratamento a ser adotado, não deve ser considerada exclusivamente a decisão do profissional da área da Geriatria, mas a opinião deste, somada à dos outros profissionais da Gerontologia Social, o que permitirá a contextualização da real situação do idoso em termos de suas possibilidades

individuais, familiares e comunitárias, bem como das societárias, culturais, econômicas e outras, dando a verdadeira dimensão do que fazer de forma mais eficiente e eficaz. Para tanto é necessário educar e formar profissionais.

6) O desafio das Políticas Públicas

Deveriam ser implementadas, em curto prazo, as políticas sociais e de saúde capazes de darem repostas às demandas dos próprios idosos, das suas famílias e das comunidades. O desafio torna-se maior quando se vê um número significativo de municípios investindo maciçamente seus recursos nas crianças e nos adolescentes, esquecendo-se quase que por completo dos idosos. É necessário que todos os esforços sejam envidados para despertar a consciência de toda a sociedade e dos governantes a respeito da urgência de dotar nossas comunidades de recursos e serviços que lhes permitam lidar com o envelhecimento.

A promulgação da Lei Federal nº 8842/94, que instituiu a Política Nacional do Idoso, é uma conquista de importância ímpar. No entanto, é necessário fazer com que se cumpra o preceito da descentralização político-administrativa, fazendo acontecer no *lócus* mais legítimo, ou seja, nos municípios, a execução de ações que garantam os direitos sociais dos idosos (Ministério da Saúde, 2002).

Avançar no sentido de derrubar mitos e preconceitos e de reconhecer as pessoas idosas como sujeitos de ações nas áreas de educação, cultura, lazer, justiça, esporte, turismo e de saúde, assistência social e previdência social é o caminho a ser percorrido. É necessário dimensionar o envelhecimento para que se possa prever e propor a integração das políticas.

A gestão das políticas públicas requer mecanismos de controle social que propiciem o acompanhamento e a fiscalização da execução. Esses mecanismos tais como os Fóruns e os Conselhos de Idosos, deveriam contemplar a representação dos usuários, ou seja, dos próprios idosos, como parceiros e agentes promotores de condições dignas de se envelhecer.

Portanto, as mudanças populacionais produzem desafios de toda ordem, nas áreas psicológicas, social, educacional e cultural, gerando as mais variadas questões a serem enfrentadas pelos técnicos, no seu dia-a-dia de trabalho. Mas, inegavelmente, oneram mais as políticas sociais e de saúde e a economia. Exigem-se, assim, repostas das áreas da Seguridade Social, especialmente Saúde e Previdência.

Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo entender o conceito de velhice, caracterizar este processo além de relatar algumas crenças equivocadas acerca da velhice e identificar os desafios enfrentados pelos que a vivenciam.

Antes de tudo, é importante salientar que o envelhecimento é um processo que o indivíduo passa ao longo da vida, começando com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases do desenvolvimento como a puberdade e a maturidade, por exemplo. Já a velhice é a fase final da vida e o velho ou o idoso é o resultado deste processo inevitável e natural do ser humano.

Constata-se que envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o Governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida. Assiste-se à movimentação de vários setores da sociedade em favor da terceira idade, através da implantação de programas federais, estaduais e municipais e dos fóruns estaduais e regionais da Política Nacional do Idoso, além do aumento do número de grupos de convivências e de universidades abertas à terceira idade, de congressos, seminários e jornadas, e do aumento das associações de idosos. Observa-se também um maior espaço na mídia destinado aos assuntos relativos aos velhos brasileiros, sensibilizando a sociedade em geral para as questões do envelhecimento individual e populacional. No entanto, ainda há muito a se fazer, especialmente na implantação e implementação de novas alternativas de atendimento, inclusive de serviços especializados para os “velhos-velhos”, portadores de pluripatologias, que necessitam de tratamentos especiais.

Considera-se como desafio maior e geral para a sociedade e para os indivíduos, o aumento da população idosa e da longevidade na população global num contexto que comporta grande desigualdade social. Esta se sobrepõe à heterogeneidade e à diversidade das experiências individuais e sociais da velhice, entre as quais se encontram as realidades do envelhecimento feminino e do próprio aumento da população idosa feminina.

Observa-se que o aumento do número de idosos na população impacta diretamente a família, que nem sempre tem condições de proporcionar-lhes a ajuda de que necessitam, situação que é agravada pela pobreza e pela escassez de serviços públicos e privados de atendimento médico e social ao idoso, principalmente quando se encontra fragilizado. Assim,

a atenção à família é outro desafio que se propõe à sociedade brasileira. A sociedade não está devidamente aparelhada para atender às necessidades do segmento idoso e da família, enquanto não contar com políticas de formação de recursos humanos para o atendimento, pesquisa, educação em saúde, atenção aos direitos e ensino de Geriatria e Gerontologia.

Essas questões deveriam merecer a consideração no âmbito das políticas públicas que, idealmente, devem passar da teoria à prática. Acredita-se que se essas propostas merecerem a devida atenção ter-se-á condições mais eficientes e eficazes para um envelhecimento digno de todos os brasileiros.

Referências

Aquino, F.T.M. (2002). Qualidade de Vida na velhice. Em: Freitas, E.V, Py. L, Neri, A.L, Cançado, F. A. X, Gorzoni, M.L & Rocha, S.M. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.79-84). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Cabral, B. E. S.(2006). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*. 37(1), 40-48

Almeida, A. K. & Maia, E. M. C.. (2010) Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*. 15 (4), 743-750.

Camarano, A. A.(2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 88-104). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Caldas, C. P. (2005) Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*. 9 (3),733-781.

Carvalho, J.A. M. & Garcia, R. A.(2008). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3)-13], 725-733.

Falcão, D. V. S, Dias, C. M. B. S, Bucher-Maluscke, J. & Salomão, N.. (2006). As relações familiares entre as gerações: possibilidades e desafios. Em. Falcão, D. V. S & Dias, C. M. B. S (Orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp.59-80).Vol I. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Medeiros, G.L.C., Ferreira, C. L., Maia, E. M. C.(2009) *Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/ RN*. Recuperado em cchla.ufrn.br

Fleck, M. P. A.(2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em Fleck, M.P.A. (org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. (p.89-97) Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A.(2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5(1): 33-38.

Figueiredo, S. C. S., Wagner, E. A. M. & Cançado, F. A. X. (2002). Saúde mental e envelhecimento. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 808-812). Rio de Janeiro: Guanabara.

Freire, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papyrus.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2006). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Recuperado em 13 de agosto, 2010.

Jeckel-Neto, E. A. & Cunha, G. L. da (2002). Teorias biológicas do envelhecimento. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 13-19). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Joia, L. C., Ruiz, T. & Donalísio, M. R. (2007). Condições associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1).

Kalache, A.; Veras, R. P. & Ramos, L. R.(2009). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-212.

Khoury, H. T. T. & Gunther, I. A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. Me D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 297-314). V. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lima e Costa, M. F. F., Firmo, J. O. A. & Uchoa, E. (2006). A estrutura de auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 827-834.
- Lima, A. M. M., Silva, H. S.& Galhardoni, R.(2008) Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*. 12 (27), 303-307.
- Lima-Costa, M. F. & Veras, R.(2010). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), 700-711 .
- Maia, F. O. M. , Lebrão, M. L. & Santos, J. L. F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 40 (6): 1049-1056.
- Moraes, J. F. D. & Souza, V. B. A.(2010) Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308.
- Minayo, M. C.(2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2004). *Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Neri, A. L. (2007). Velhice e qualidade de vida. Em Neri, A. L. (Org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 47-58). 3º edição. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L.& Freire, S. (2000). Qual é a idade da velhice?. Em Neri, A. L. (Org.) *E por falar em boa velhice* (pp. 7-20). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9 (1): 109-110.
- Netto, M.P. (2005). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (p.313-323). São Paulo, Atheneu.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Promocão da saúde*. Glosario. Genebra.

Papaleo Netto, M. (2005) O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Parahyba, M. I., Veras, R. & Melzer, D.(2005). Incapacidade funcional dos idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3),70-79.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R.F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria (RS)*, 28 (1), 27-38.

PNAD-IBGE (2006). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.

Ramos, L. R. (2004). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(3):793-798.

Rosa, T. E.C., Benicio, M. H. D,'Aquino, Latorre, M. do R. D. de O. & Ramos, L R.(2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de. Saúde Pública* , 37 (1), 40-48 .

Sebastiani, R. W. & Santos, C. T. (2001). *Acompanhamento psicológico à pessoa idosa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Siqueira, R. L. (2003). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 899-906.

Sousa, L.; Galante, H.& Figueiredo, D. (2003).Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43 (3): 532-560.

Xavier, F. M F , Marcos, P T & Emílio, H A (2009) Definição dos idosos de qualidade de vida *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 31-39.

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: PERCEPÇÃO DO IDOSO MAIS VELHO

HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN OLD AGE: PERCEPTION OF THE OLDEST OLD

Rennata Silva Carvalho¹; Cristina Maria de Souza Brito Dias².

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender a concepção dos homens mais idosos, ou seja, aqueles com idade acima de 75 anos, sobre saúde e qualidade de vida. Participaram 10 idosos do sexo masculino, com média de idade de 80 anos. Em sua maioria, eles eram casados e de nível socioeconômico médio. Foi utilizado um roteiro de entrevista composto de questões que contemplaram os objetivos da pesquisa e os dados sociodemográficos dos participantes. As entrevistas foram analisadas pela técnica da análise de conteúdo temática, tendo sido agrupadas quatro eixos temáticos relacionados à saúde e qualidade de vida: conceito de saúde, conceito de qualidade de vida, fatores de manutenção da saúde e qualidade de vida e fatores que propiciaram a longevidade. No tocante à sua saúde, os idosos se referiram à presença de uma ou mais patologias, como diabetes e hipertensão e, no entanto, não a avaliaram negativamente. A maioria valorizou a afetividade, representada pela família e os amigos, os cuidados com a saúde, o lazer e o bom humor como contribuindo para uma velhice satisfatória e prolongada. Conclui-se que, para esses idosos, assim como a definição de saúde, qualidade de vida é um constructo amplo e de definição pessoal e subjetiva, já que engloba muitos aspectos da vida.

Palavras-chave: Saúde, qualidade de vida, homem idoso.

¹ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil. E-mail: renata.carvalho.1@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Rua do Príncipe, 526 - Boa Vista – Recife,.PE CEP 50050-900.

Abstract: This research aimed to understand the design of older men, is those aged over 75 years, health and quality of life. A total of 10 elderly males, mean age 80 years. Mostly they were married and middle socioeconomic level. We used a structured interview consisting of questions that contemplated the research objectives and the demographic data of participants. The interviews were analyzed using thematic content analysis, four categories were grouped together, and health-related quality of life: health concept, the concept of quality of life factors, maintain health and quality of life and factors that led to longevity . With regard to their health, elderly referred to the presence of one or more conditions such as diabetes and hypertension, however, do not negatively evaluated. Most valued the affection, represented by family and friends, health care, leisure and good humor as contributing to a satisfying old age and prolonged. It is concluded that for these seniors, as well as the concept of health, quality of life is a broad construct and defining personal and subjective, as it encompasses many aspects of life.

Key words: Health, quality of life, old man.

¹ Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil. E-mail: renata.carvalho.1@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Rua do Príncipe, 526 - Boa Vista – Recife, PE CEP 50050-900.

Introdução

Os temas velhice e envelhecimento populacional mundial têm sido amplamente discutidos e investigados, uma vez que a mudança no perfil demográfico ocasionada pelo crescimento da população idosa tem despertado o interesse nas mais variadas áreas de conhecimento, já que ele causa alterações na estrutura social e acarreta gastos e preocupação por parte dos governantes. É bem verdade que o receio com os déficits causados pela maior longevidade das pessoas e, conseqüentemente, um maior peso orçamentário na Previdência não deveria ser o principal motivo das atenções voltadas a esse público (Rosa, Cupertino & Neri, 2009).

Ressalta-se a importância de ofertar aos idosos não apenas mais anos de vida, mas o que de fato deveria ser prioridade das políticas públicas e da sociedade em geral é garantir que esses anos a mais sejam acompanhados de segurança e dignidade. Como a velhice tem sido alvo de pesquisas, duas das vertentes que vêm sendo estudadas nos contextos nacional e internacional dizem respeito à saúde e Qualidade de Vida (Q.V.) dos idosos, servindo, inclusive, como parâmetro de avaliação de políticas públicas e intervenções em saúde (Paskulin *et al*, 2009).

Face ao significativo crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, destaca-se o expressivo incremento da população com idade superior a 80 anos. Um diagnóstico recente da população idosa no Brasil constatou que enquanto o conjunto desses indivíduos está crescendo em torno de 3,5% ao ano, os idosos com mais de 80 anos estão aumentando 4,7% ao ano (Batista, Jaccoud & Aquino, 2008).

Abordar-se-á nesta pesquisa a concepção de saúde e qualidade de vida (QV) do homem idoso acima de 75 anos, já que paralelamente ao aumento da longevidade e do número de pessoas idosas no mundo, observa-se um crescimento significativo desses idosos mais velhos. Também se constata uma escassez de estudos contemplando este público masculino, fato que pode ser explicado talvez pelo menor envolvimento dos homens em pesquisas e avaliações ou ainda ao fenômeno denominado feminilização da velhice. Observa-se que as mulheres idosas são mais expressivas e envolvidas que os homens, possivelmente atendendo a normas sociais de serem menos agressivas, mais solidárias, mais sugestíveis e mais envolvidas socialmente (Neri & Debert, 2001).

No sentido sociodemográfico o termo feminilização da velhice está associado à maior presença relativa de mulheres na população, à maior longevidade das mulheres em comparação aos homens (ao nascer, nove vezes maior e aos sessenta anos, quatro vezes maior), crescimento relativo do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa e que são chefes de família (Neri, 2001). É importante salientar que os diferenciais nas características de saúde entre os sexos são bem conhecidos e a maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Também a esperança de vida ao nascer e em outras idades é sempre menor entre os homens. No Brasil, essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, em 2001, as mulheres tinham maior sobrevida em torno de oito anos, em relação à esperança de vida masculina, sendo, respectivamente, 73 e 65 anos (Laurenti, Jorge & Cotlieb, 2005).

É comum ouvir-se o *slogan* “mulher adoece mais, porém homem morre mais rápido” (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002) confirmando que, de fato, a velhice é uma experiência diferente para homens e mulheres, tanto na sua subjetividade como nas condições de vida, doença e morte. Alguns autores afirmam que a literatura sobre tal tema é insuficiente para garantir essa diferença de gênero e, nesse sentido, comentam que essa omissão é irônica, não só porque é bem maior o número de mulheres, cujo peso populacional vai aumentando nas últimas faixas etárias da vida, mas também porque as mulheres idosas, comparadas com os homens, apresentam grandes desvantagens relacionadas à severidade das incapacidades e aos seus arranjos familiares (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

As mulheres avaliaram pior sua saúde e disseram ter mais doenças que os homens, ou seja, 63% das mulheres e 48% dos homens declararam ter mais de uma das doenças incluídas entre as perguntas da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD, 2010). Quanto à morbidade auto-referida, notam-se certas semelhanças entre os gêneros quanto à declaração de doenças como dores de coluna ou das costas, bronquite ou asma, doença renal crônica. Hipertensão, artrite, depressão e diabetes foram mais referidas por mulheres. Dessas, a depressão é a mais acentuada entre o sexo feminino quando comparada, em termos proporcionais, com a declaração de depressão entre os homens (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O gênero tem grande força explicativa do *status* de saúde declarado pelos idosos, especialmente da morbidade percebida, ou seja, como foi dito anteriormente, o risco de “declarar-se doente” e o risco de auto-avaliar sua saúde de forma deficiente é menor entre os homens do que entre as mulheres (em 39% e 20%, respectivamente). Essa diferença de gênero é estatisticamente significativa. Os homens declaram-se menos doentes que as mulheres, independentemente da pessoa que responde às perguntas sobre as doenças, mesmo sendo controladas as variáveis idade, *status* socioeconômico e arranjos familiares. Esse efeito protetor do sexo masculino é sempre significativo e varia entre os modelos, sendo quase 50% menor a chance de os homens declararem doença quando se incorpora a presença de filhos menores de 18 anos (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006).

Tendo em vista essas diferenças e particularidades do envelhecimento e, principalmente, a forma como os homens percebem e lidam com a chegada da velhice, esta pesquisa tem como objetivo investigar e compreender qual a concepção que os homens com 75 anos ou mais têm sobre saúde e Q.V. Especificamente, pretendeu-se analisar como os idosos percebem e sentem o terem chegado à sua idade; estabelecer os possíveis fatores que os fizeram chegar a tal idade com autonomia, isto é, ser responsáveis por si mesmos e ter a liberdade de tomar decisões; compreender a influência da família na Q. V. deste idoso.

Saúde Masculina e Velhice

Uma das maiores preocupações das pessoas, quando se pensa em envelhecimento, é chegar à velhice sem a presença de uma doença que traga limitações ao seu dia-a-dia e a torne dependente de outras pessoas. Estudos realizados com pessoas idosas têm demonstrado que a maioria considera a saúde como o valor mais fundamental, reforçando o dito popular “o importante é estar com saúde”. No entanto, envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra (Ferraz & Peixoto, 2002). A Organização Mundial de Saúde – OMS - define saúde como “*um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Tal definição tem sido utilizada há bastante tempo e atualmente vem sofrendo críticas já que se apresenta de forma ultrapassada e utópica.

O conceito de bem-estar, por si mesmo, é extremamente subjetivo. O bem-estar psicológico e o bem-estar sociológico não podem ser usados como regra para definir saúde. O

que para uma pessoa é bem-estar, para outra pode não ser. O bem-estar sociológico da mesma forma, o que agrada a uma cultura, pode desagradar à outra.

Portanto, há novas formulações sobre saúde como a ocorrência das reações biofísicas e bioquímicas de um organismo, visando à manutenção da vida, independente desse organismo sentir ou não bem-estar físico, psíquico e sociológico, mantendo contato com a realidade e cumprindo a finalidade para quais essas reações existem. Fica clara a subjetividade desse conceito e a impossibilidade de definições taxativas.

Em qualquer idade somos acometidos pelas mais variadas patologias e na velhice não poderia ser diferente. Neste sentido, quando a OMS define saúde como não só ausência de doenças, mas como um bem estar completo físico, social e mental ela sugere que o idoso será sempre doente, já que não há estado de bem estar pleno e total em nenhum ser humano. Indiretamente corrobora-se com a idéia preconceituosa de que velhice é sinônimo de doença.

Estudos brasileiros têm demonstrado que, entre os idosos, a grande maioria, ou seja, mais de 85%, apresenta uma enfermidade crônica e cerca de 15%, pelo menos, cinco delas. No entanto, ao serem perguntados sobre a sua saúde, a metade a considerou regular, 36% boa ou ótima e somente 13% má ou péssima (Ministério da Saúde, 2002).

Tal resultado indica que para esses idosos o que importa não é a patologia em si, mas as perdas que elas podem acarretar na sua vida, como a da autonomia e da independência. Isto certamente irá causar limitações que impedem ou dificultam a realização de coisas que antes o idoso fazia no dia-a-dia, necessitando assim do auxílio de outras pessoas (Anderson, Assis, Pacheco, Silva, Menezes, Duarte, Storino & Motta, 2005).

Entende-se por *autonomia* a noção e o exercício de autogoverno, ou seja, a capacidade de tomar decisões sobre a própria vida. Pode-se também incluir neste conceito os seguintes elementos: “*liberdade individual, privacidade, livre-escolha, autogoverno, auto-regulação e independência moral, liberdade para experienciar o self e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades*” (Neri, 2001, p.57).

Já a *independência*, tem como aspecto central a capacidade funcional, que em sua expressão máxima, significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado. A restrição da capacidade funcional é também conhecida como

desamparo prático. “A independência não é condição necessária para a autonomia, embora seja uma condição frequentemente presente em pessoas capazes de decidirem por si” (Neri, 2000, p. 9).

Denomina-se de capacidade funcional a capacidade de realizar as tarefas do cotidiano sem o auxílio de outras pessoas, ou seja, trata-se de um conceito muito próximo de independência. Estas necessidades diárias são de dois tipos: *atividades básicas da vida diária* (AVDs), (levantar-se da cama ou de uma cadeira, andar, usar o banheiro, vestir-se, alimentar-se) e *atividades instrumentais da vida diária* (AIVDs), (andar perto de casa, cuidar do seu dinheiro, sair e tomar uma condução, fazer compras). Alguns estudos realizados no Brasil também mostram que quase a metade dos idosos precisa de alguma ajuda para a realização de, pelo menos, uma das atividades necessárias à sua vida diária e uma minoria significativa (7%) mostrou ser altamente dependente (Ministério da Saúde, 2002).

Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde, devem objetivar e melhorar a capacidade funcional do idoso ou, no mínimo, mantê-la e, sempre que possível, recuperá-la. Trata-se de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (Farenzena, Argimon, Moriguchi & Portuguez, 2007).

No entanto, para entender o processo de envelhecimento, que é único e diferente para cada indivíduo, é necessário compreender alguns conceitos e muitas vezes buscar na história de vida da pessoa idosa, particularidades e, especificamente, eventos importantes e respostas, sobre o seu próprio processo de envelhecimento e seu reflexo na sociedade, na família, nos diversos segmentos científicos, bem como, o seu reflexo introspectivo, delimitado em cada etapa da vida e suas transições (Santos, Santos, Fernandes & Henrique, 2002).

A velhice, assim como todo período de transição, é encarada como uma fase onde os limites são testados. Surgem alterações no corpo, na psique e circunstâncias que repetidamente são desafiadoras. O mundo se altera à medida que antigos cenários desaparecem cedendo lugar a novos, velhos amigos partem ou passam a ser estranhos, e papéis familiares se dissolvem, deixando as pessoas idosas cada dia mais frágeis e

vulneráveis. Novos padrões, novos costumes e novas tarefas tornam difícil o reconhecimento de si próprio (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999).

Focando sobre a saúde do homem idoso, o Ministério da Saúde apresentou, em 2008, como uma das prioridades daquele governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, traduzindo um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos que acometem o sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos (Ministério da Saúde, 2008).

O fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres tem sido comprovado por vários estudos comparativos entre os sexos. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbi-mortalidade, ao contrário das mulheres, os homens não buscam os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como conseqüência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de Saúde (Figueiredo, 2005).

Muitos problemas poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da Qualidade de Vida dessas pessoas. Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, ainda menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais (Gomes & Nascimento, 2006).

Pesquisas qualitativas feitas pelo Ministério da Saúde apontam várias razões, mas, de um modo geral, pode-se agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de

determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde: as barreiras socioculturais e as institucionais. Por parte do homem, grande parte da não adesão às medidas de atenção integral decorre das variáveis culturais, ou seja, os estereótipos de gênero enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

Além disso, alguns homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando uma espécie de pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. E para piorar, os serviços e as estratégias de comunicação até bem pouco tempo atrás privilegiavam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Campanhas de incentivo ao cuidado da saúde masculina constituem algo recente na mídia brasileira.

Os homens referem uma outra questão para justificar a não procura pelos serviços de atenção primária que está ligada à sua posição de provedor. Eles alegam que o horário do funcionamento dos serviços de Saúde coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. No entanto, mesmo que isso possa representar, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de Saúde (Ministério da Saúde, 2006). Eles alegam também a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais afirmando que para marcação de consultas têm que enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta.

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante pela não procura dos serviços de saúde.

Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por este papel. Entende-se que a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, sendo esta a porta de entrada ao sistema de saúde (Chaves, 2004).

Qualidade de vida: definição e características

Esse construto é considerado muito complexo, com várias interpretações, e utilizado em vários cursos como medicina, fisioterapia, enfermagem, serviço social e como não poderia deixar de ser, em psicologia. A falta de consenso na sua definição deve-se exatamente ao fato de que a Q.V. é multidisciplinar e multifatorial. Valores culturais, religiosos, éticos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e as suas conseqüências.

Existem vários termos utilizados para defini-la como, felicidade, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, que constitui a diferença entre o que um indivíduo aspira e a situação real do mesmo, dentre outros (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2009).

Vale salientar que, apesar da grande variedade de definições e da dificuldade de consenso, há concordância entre grande parte dos autores de que, para avaliar a Q.V., é preciso a utilização de uma abordagem multidimensional e, mesmo que não haja consenso sobre as dimensões que constituem o construto, as que são citadas com maior freqüência são: psicológicas, físicas, espirituais e sociais (Camarano, Kanso & Melo, 2004).

A OMS define Q.V. como *"a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"* (WHOQOL GROUP citado por Fleck, 2008, p.25). Cerrato, González, Baltar & Trocóniz (2003) sugerem alguns modelos teóricos de Q. V. como resposta emocional às circunstâncias como: impacto da doença nos domínios emocional, ocupacional e familiar, bem-estar pessoal, habilidade de uma pessoa em realizar suas necessidades e modelo cognitivo individual. O conceito de Q.V. apresenta outros construtos afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando, inclusive, várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão

eminentemente biológica e funcional, como status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade.

Destes, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” é o mais comum nesta confusão. Tem sido utilizado como um conceito “guarda-chuva” que abriga um conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista, e pode ser definido como a “*capacidade de um indivíduo de desempenhar as atividades da vida diária, considerando sua idade e seu papel social*” (Fleck, 2008, p.25)

No entanto, é preciso ressaltar que Q.V. é mais abrangente que *status de saúde* e inclui aspectos do meio ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde. Status funcional refere-se, habitualmente, à limitação no desempenho de papéis sociais ou em atividades. As medidas de bem-estar referem-se a percepções subjetivas, incluindo relatos de sensações prazerosas ou desprazerosas e avaliações globais de saúde ou de estado subjetivo.

A Q.V se estabelece também a partir de parâmetros objetivos e subjetivos. Bem estar, realização pessoal e felicidade são alguns dos parâmetros subjetivos, entre outros, a satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas em uma dada estrutura social seriam os objetivos. Vale ressaltar que os parâmetros subjetivos possibilitam que as pessoas emitam juízos sobre temas que envolvem suas vidas enquanto que os objetivos têm a vantagem de não estarem sujeitos ao viés do observador. Outro aspecto que parece ser consenso na literatura quando se fala em Q.V. é que ela deve ser interpretada com base na percepção pessoal (Minayo, Hartz & Buss, 2004).

A promoção da boa Q. V. na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Ou seja, um envelhecimento bem sucedido não é atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em constantes mudanças (Meléndez, Tomás & Navarro, 2009).

Método

Natureza da pesquisa:

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, a qual costuma ser direcionada, ao longo do seu desenvolvimento não buscando enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. É freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados (Minayo, 2008).

Participantes:

Participaram dez idosos do sexo masculino, compreendidos na faixa etária acima de 75 anos. Os idosos foram escolhidos por conveniência ou escolha intencional. Alguns foram indicados por pessoas do conhecimento da pesquisadora e por indicação dos próprios participantes. São oriundos da camada sócio-econômica média, da região metropolitana de Recife, sendo utilizados como critério para esta denominação a renda familiar, bairro onde moram e bens que possuem. Os critérios de inclusão foram não estar institucionalizados e estar gozando de boas condições de saúde, ou seja, sem demência e não acamados.

Instrumento:

Foi utilizado um roteiro de entrevista composto de quatorze questões relacionadas aos objetivos da pesquisa e aos dados sócios demográfico do participante. Ele foi confeccionado pela pesquisadora, com base na literatura consultada. (Anexo 1).

Procedimento de coleta dos dados:

Antes de ser iniciada a investigação, o projeto foi submetido aos comitês Científico e de Ética em Pesquisa da universidade que a apoiou. Obteve o número do parecer CAAE 0006.0.096.000-10. Após um contato inicial em que a pesquisadora se apresentou e expôs os objetivos da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, informando, inclusive, sobre o uso de nomes fictícios para mantê-los no anonimato e preservar, assim, sua privacidade. (Anexo 2). Em seguida, foi realizada a entrevista com o tempo de, aproximadamente, 50 minutos, a qual foi gravada. A realização da entrevista foi individual. Ela foi realizada na própria casa dos participantes ou local de sua conveniência.

Procedimento de análise dos dados:

As entrevistas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo Temática, que consiste em três fases: pré-análise, organização do corpus e análise e interpretação. Entende-se como *pré-análise* a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são *codificados* a partir das unidades de registro. Finalmente, na última etapa, se faz *análise e interpretação*, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Vale ressaltar que foram dados nomes fictícios aos participantes para preservar sua identidade (Minayo, 2008).

Resultados e Discussão

1. Caracterização dos participantes

Nos quadros abaixo são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes desta pesquisa

	Gutemberg	Flávio	Otávio	Juarez
Idade	83	82	84	76
Escolaridade	Ensino Superior	Ensino médio completo	Pós-graduação	Ensino Superior
Profissão	Advogado	Func. Público	Func. Público	Func. Público
Estado civil	Casado	Casado	Casado	Viúvo/ Casado
Religião	Católico	Católico	Católico	Católico
Renda familiar	Mais de 10 salários	Mais de 5 salários	Mais de 5 salários	Mais de 10 salários
Filhos, netos, bisnetos	3 filhos, 4 netos	2 filhas e 3 netos	3 filhos 2 neto	1 filha e 1 neto
Condições gerais de saúde	Hipertenso e diabético	Hipertenso	“Saudável”	“Saudável”
Reside com	Esposa e filha	Esposa	Esposa e filha	Esposa
Atividades atuais	Aposentado	Aposentado	Aposentado	Aposentado
Atividade física	Hidro e caminhada	Não faz	Caminhada	Caminhada

	Roberval	Wagner	Erick
Idade	75	81	83
Escolaridade	Pós-graduação	Ensino médio completo	Pós-graduação
Profissão	Médico	Auditor fiscal	Professor
Estado civil	Casado	Divorciado/ União estável	Casado
Religião	Católico	Agnóstico	Católico
Renda familiar	Mais de 10 salários	Mais de 10 salários	Mais de 10 salários
Filhos, netos, bisnetos	3 filhos e 2 netos	3 filhos e 5 netos	4 filhos e 5 netos
Condições gerais de saúde	Hipertenso e diabético	“Saudável”	Hipertenso e diabético
Reside com	Esposa e filho	Companheira	Esposa
Atividades atuais	Médico ainda em exercício	Aposentado, sem atividade profissional	Aposentado, sem atividade profissional
Atividade física	Caminhada esporádica	Atividades domésticas	Não faz

	Rubens	Tadeu	Fernando
Idade	75	80	75
Escolaridade	Pós-graduação	Pós-graduação	Pós-graduação
Profissão	Advogado	Médico	Engenheiro
Estado civil	Divorciado/Casado	Casado	Divorciado
Religião	Católico	Católico	Católico
Renda familiar	Mais de 10 salários	Mais de 10 salários	Mais de 10 salários
Filhos, netos, bisnetos	3 filhos, 4 netos	2 filhos	3 filhos e 6 netos
Condições gerais de saúde	Cardíaco e diabético	“Saudável”	Hipertenso
Reside com	Esposa	Esposa	Filho
Atividades atuais	Síndico em um condomínio, aposentado	Médico ainda em exercício	Engenheiro ainda em exercício
Atividade física	Caminhada esporádica	Caminhada esporádica	Não faz

QUADRO. Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes, Recife/ PE, 2011.

Conforme os quadros acima, a média de idade das 10 entrevistadas foi de 80 anos, sendo a grande parte casada e residindo com a esposa. Quanto à escolaridade, os idosos, em sua maioria, têm nível superior, alguns inclusive com pós-graduação, e mantendo-se ainda em atividade profissional, enquanto outros vivem da aposentadoria e de investimentos.

2. *Análise das Entrevistas*

A análise de conteúdo proporcionou o agrupamento de quatro eixos temáticos relacionados à saúde e Q.V., na perspectiva dos idosos, ou seja, conceito de saúde, conceito de Q. V., estratégias adotadas para manutenção da saúde e Q.V. e fatores que favoreceram a longevidade. É importante ressaltar que durante o processo de análise e definição dos temas, com frequência, identificou-se a inter-relação entre eles.

2.1. **O conceito de Saúde**

2.1.1. Saúde como ausência de doença

Assim como a OMS, para quem saúde é definida ampla e incontestavelmente como “*um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (Fleck, Chachamovich & Trentinib, 2003), a maioria dos participantes a entende como algo multifatorial, mas priorizaram, antes de tudo, a ausência de doenças. Essa idéia demonstra o *valor atribuído à duração da vida modificada por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença* (Neri, 2001. p.62). É importante, no entanto, lembrar que não somente a ausência de doenças, mas outros aspectos também são citados pelos participantes. Pode-se observar como é confuso para esses idosos distinguirem saúde, biologicamente falando, de *status de saúde*, um dos constructos afins de Q. V. que avalia exatamente a sua relação com os danos acarretados pela doença. A saúde biológica é um dos poderosos preditores do bem estar na velhice

“Bem, saúde é a ausência de enfermidades, né? Penso eu...” (Erick, 83 anos).

“Ah! Saúde eu tenho demais...já dizia o médico de minha mãe: “pense numa genética!!”. Não adoço não...assim, claro que tem aquelas coisas de velho, né? A tal da hipertensão, mas tomo meus remédios e pronto. E pra falar a verdade, sou tão feliz que nem fico doente!” (Wagner, 81 anos).

É importante salientar que a maioria dos participantes afirmou fazer visitas regulares ao médico e seguir uma dieta rigorosa para manter uma boa alimentação. Algumas poucas exceções, como foi o caso deste participante abaixo, compartilham dessa percepção do amplo conceito de Saúde, no entanto, ao contrário da maioria, afirmou não ser tão cuidadoso com a alimentação, com a saúde física e com os acompanhamentos médicos.

“Saúde? Minha filha, vou te confessar uma coisa: nunca tomei uma única injeção sequer...eu não adoço não...E olhe que eu não me cuido muito não! Rs! Como de tudo! Adoro gordura! Não sou de fazer atividade física não...tenho preguiça, sabe?E nem ando em médico!! Eu mesmo me automedico. Sei o que devo tomar e pronto!”(Tadeu, 79 anos).

Convém questionar mais uma vez o conceito de saúde proposto pela OMS, uma vez que definir a saúde como um estado de *completo* bem-estar faz com que ela se apresente como algo utópico, ideal e inatingível e, sendo assim, a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Observa-se nesta pesquisa que, mesmo conscientes de suas patologias, os participantes avaliam-se como saudáveis e reforçam a ideia de que o conceito de saúde não pode ser atrelado ao bem estar completo, já que essa condição parece impossível.

2.1.2. Bom humor e inteligência emocional

O bom humor foi aspecto unânime citado pelos participantes como algo indispensável para manutenção da saúde. Todos afirmaram saber lidar tolerantemente com as adversidades da vida e encarar de forma sempre bem humorada os problemas e as limitações. A literatura mostra que há relação entre o bem estar e os mecanismos de auto-regulação, onde o indivíduo desenvolve o senso de controle pessoal, de auto-

eficácia, responsividade emocional, solução de problemas e criatividade. Os mecanismos de auto-regulação são responsáveis pela mobilização de comportamentos auto-orientados a metas, de acordo com as normas prescritas pela sociedade (Bandura, 2008)

“Saúde é poder viver a vida sem doenças crônicas... além de ter uma cabeça boa, é claro! E isso eu tenho de sobra, minha filha! Nada me tira do sério...eu como o que quero, tomo um drinkezinho sempre que posso pra relaxar e vou ao médico de vez em quando! Pelo menos uma vez por ano eu vou. Pelo menos uma vez por ano eu faço check up geral...”(Rubens, 75 anos).

“Saúde é o que eu tenho, aliás, é o que eu sou! Eu não adoeço nunca...pra mim, saúde é principalmente cabeça, né? Onde eu tô, a gargalhada rola solta. Tenho a cabeça muito boa, Rennata! Sou bem humorado, sabe? Não conheço doença, não! Aliás, nem me lembro a última vez que fiquei doente...”(Fernando, 76 anos).

“Precisamos também da cabeça em ordem para o resto funcionar bem...Digo, a mente, sabe? A saúde mental do sujeito mesmo!”(Erick, 83 anos).

Promover saúde e Q. V. para os idosos é dispor de tranqüilidade e sentir-se satisfeito com a vida, atributos relativos à saúde mental que os ajudam a se manter fortalecidos no enfrentamento das atividades diárias e dos desafios impostos pela vivência (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Constata-se, portanto, que a prevenção ao longo da vida relacionada à manutenção de ambientes harmoniosos e esforços para não haver desequilíbrio emocional é um diferencial para a saúde. Mesmo cientes das dificuldades que são impostas durante a vida, é preciso que haja um engajamento para que se saiba lidar com os momentos que exigem mais desperdício de energia. E isso fica claro nas falas dos participantes quando eles dizem que ter a “cabeça boa” faz toda a diferença. Envelhecer bem e com uma boa auto-estima é saber aceitar mudanças e adaptar-se a elas. O diferencial é ter bom senso e respeitar a sua própria realidade e condição de pessoa.

2.2. Conceito de Qualidade de Vida

2.2.1. Ter status de saúde e lazer

Os dados sugerem que ao definirem Q.V., os idosos referiram frequentemente aspectos relacionados à Saúde e à possibilidade de poderem desfrutar de momentos de lazer. O *status de saúde* pode ser definido como o nível de saúde de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma subjetiva pelo indivíduo ou através de medidas mais objetivas. Percebeu-se, então, que Q.V., ao invés de ser uma descrição do *status de saúde*, é um reflexo da maneira como o indivíduo percebe e reage ao seu *status de saúde* e a outros aspectos não médicos de sua vida (Trentini, Chachamovich & Fleck, 2008).

“É viver com saúde, com harmonia, com alegria...” (Gutemberg, 83 anos).

“Poder ter saúde e continuar exercendo meu trabalho. Ter sabedoria e força, né? Mesmo nesta idade eu gosto de fazer tudo como antes...” (Tadeu, 79 anos).

“É isso... assim como saúde... poder viajar, viver bem, sem grandes problemas...aí nesse sentido eu tento não me estressar...faço de tudo para viver equilibrado!” (Otávio, 78 anos).

“Poder fazer o que a gente mais gosta...viver, sair, viajar, dançar, ver os amigos...” (Rubens, 75 anos).

Percebe-se, então, a importância e o valor que momentos de lazer e descontração têm na vida dos idosos. A avaliação subjetiva que cada indivíduo faz de si próprio tem mais valor que a própria condição de saúde. Isso reflete a idéia de que não é a situação em si que traz alegria ou sofrimento, mas a interpretação que se faz dela é que realmente produz qualquer tipo de emoção.

2.2.2. Ter condições para continuar exercendo sua profissão

A capacidade de trabalho também foi um aspecto muito presente na avaliação da percepção de saúde e de qualidade de vida dos participantes. Eles ressaltaram a importância do trabalho em suas vidas e afirmaram que continuam vivos e motivados,

em grande parte, pela satisfação de poder continuar desenvolvendo suas atividades profissionais. Apesar disso, demonstraram ter consciência de suas limitações e disseram compensar suas perdas estudando mais e dedicando-se mais para não ter prejuízos nos seus desempenhos, ou seja, organizam-se para um melhor manejo do ambiente:

“Qualidade de vida é ter condições de continuar atendendo meus pacientes, de poder trabalhar, exercer minhas atividades mesmo. Estar sadio para poder trabalhar...eu até sinto uma dorzinha aqui, outra ali, mas tudo da fase mesmo. Não sou doente não...tenho saúde sim...”(Roberval, 75 anos).

“O que me traz felicidade é isso...meu trabalho diário! É meu prazer, pode ter certeza...ainda leio muito, estudo muito pra dar conta...internet é necessário para me atualizar!”(Roberval, 75 anos).

“Me aposentei, mas ainda estou na ativa com todo gás! Me mantém vivo...leio diariamente...mas a tal da internet não gosto não...” (Fernando, 76 anos).

“Ainda trabalho com muito entusiasmo...e não quero parar tão cedo! Leio todos os dias e uso muito a internet para me atualizar...” (Tadeu, 79 anos).

A atividade sistemática, isto é, aquela praticada regularmente, empresta significado e satisfação à existência, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, quer pela oportunidade de manter o convívio social (Neri, 2000). Pode-se observar, portanto, que poder continuar exercitando sua profissão, ainda que já com um pouco de dificuldade, é extremamente gratificante e essencial para a manutenção do equilíbrio e bem estar. Sentir que ainda pode desenvolver atividades que um dia foram obrigação e hoje, fazem parte de uma rotina mais suave, promove no idoso uma sensação de autonomia e realização.

No entanto, alguns participantes afirmaram não querer mais saber de trabalho como obrigação e dizem que nesta fase da vida só querem descansar.

“Não quero mais saber de trabalhar não... só descansar agora! Continuo estudando, mas por prazer! Adoro ler, adoro internet...vejo toda hora!” (Rubens, 75 anos).

“Trabalho só dentro de casa mesmo...não quero mais não! Agora, ainda gosto de ler...tenho até computador, mas não tenho paciência não!” (Wagner, 81 anos).

É importante resgatar duas teorias acerca deste tema: a Teoria da Atividade e a Teoria do Desengajamento ou do Afastamento, ambas referentes ao comportamento do idoso e as mudanças relacionadas às atividades.

Proposta inicialmente por Cumming e Henry, em 1961, a Teoria do Afastamento ou do Desengajamento fala sobre um nível decrescente das interações sociais, bem como um decréscimo no desenvolvimento emocional à medida que as pessoas envelhecem. Ela estabelece que ocorre um afastamento universal e inevitável (as pessoas e as instituições sociais vêm como normal e esperado), mutuamente consentido (os idosos têm que se afastar inevitavelmente e/ou voluntariamente) pelos idosos e pela sociedade e funcional para ambas as partes envolvidas (para dar lugar aos mais jovens e mais eficientes). Muitas críticas foram feitas a esta teoria, já que ela não leva em conta que a velhice comporta vários tipos de experiência de afastamento dependentes de variáveis como classe social, profissão, renda, educação, *status* e envolvimento social, gênero e saúde física e psicológica (Santos & Dias, 2005).

Já a Teoria da Atividade, proposta por Havighurst, em 1968, diz que quanto maior o envolvimento dos idosos em atividades maior a satisfação e, assim, melhores serão a saúde física e mental, o auto-conceito e a aceitação social. Segundo esta teoria, idosos bem sucedidos são então os que permanecem ativos, porque a atividade permite enfrentar o desengajamento social (Santos & Dias, 2005).

Sabe-se que, de fato, há uma grande mudança relacionada às atividades desempenhadas na terceira idade, mudança essa que deve ser entendida como natural e esperada. Isso não quer dizer que, necessariamente, os idosos sejam pessoas menos capazes ou menos comprometidas. As alterações ocorridas nesta fase são muitas vezes escolha e opção do próprio idoso contrariando todas as interpretações deturpadas de que o afastamento social é algo inevitável e que todos os idosos estejam condenados a passar. Ao mesmo tempo em não há dúvidas sobre a eficácia do envolvimento social no bem estar do idoso.

Vale ressaltar que nesta pesquisa pode-se observar claramente a importância do apoio social, da presença dos amigos e da manutenção das atividades para a Q.V. e saúde dos participantes. Manutenção das atividades seja a nível profissional, seja por lazer, mas sempre por opção do idoso.

2.2.3. Estar perto dos amigos

Compartilhar atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem estar do idoso porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal e permite a ocorrência de catarse. Percebe-se que para o idoso não importa a quantidade de relacionamentos, mas a qualidade dos mesmos, o relacionamento íntimo em que possa ter no outro um confidente (Neri, 2000).

“Poder tomar meu vinho, que eu tanto gosto sem me preocupar com nada...é ter saúde também... Ter os amigos por perto...assim...essas coisas, né?” (Wagner, 81 anos).

“Ficar com os amigos no fim de semana...é sempre muito saudável, né? Sabendo conviver com as perdas...” (Roberval, 75 anos).

Pode-se observar que o convívio com os amigos é importante para os idosos, confirmando a idéia de que o apoio social se faz necessário nesta etapa da vida tanto quanto outros aspectos como família, religião, dinheiro, entre outros.. Os idosos também parecem ser mais seletivos em seus relacionamentos, escolhendo pessoas que confirmem sua auto-imagem, não lhes interessando fazer contato com qualquer uma. A rede de amizades do idoso pode ser menor em quantidade, porém é melhor do ponto de vista qualitativo, marcada por relações de real afinidade, sinceridade e companheirismo.

2.2.4 Soma de vários aspectos

Confirmando o conceito proposto pela OMS, alguns idosos descreveram com exatidão o significado de Q.V. como algo multifatorial e subjetivo, ou seja, a avaliação pessoal relacionada a vários aspectos da sua vida (Fleck, 2008).

“Dentro dos limites econômicos...eu gostaria que fosse melhor ainda, mas o ser humano quer sempre mais...essa pergunta é fogo! É uma soma de departamentos:

saúde, econômico, amoroso, financeiro, sentimental, intelectual, artístico, sexual, religioso, ideológico, político, enfim...é uma soma de todos esses departamentos...gente é mais normal quando ocupa todos eles...” (Fernando, 76 anos).

“É uma soma de vários fatores, minha filha! Saúde, lógico, em primeiro lugar...claro que tudo muda nessa fase, mas é muito bom ficar em paz com a família...ler bons livros, dormir bem...tudo isso...” (Erick, 83 anos).

Constata-se que esses participantes corroboram com a idéia de que não existe um único aspecto a ser avaliado quando se pensa em Q. V. Para alguns, pode até ter algo que seja mais relevante, mas, ainda assim, percebe-se que não há como chegar a uma definição levando em consideração apenas um fator. Conservar-se íntegro física e psicologicamente, assim como certificar-se de sua adequação do ponto de vista biopsicossocial tem maior relevância.

2.3. Como mantém a saúde e a Q.V.

2. 3.1.Boa alimentação e ausência de vícios

A boa alimentação e a ausência de vícios ram um dos fatores que ajudam a manutenção da saúde na percepção dos idosos. Para eles, a alimentação vem associada a ter condições de para comprar os alimentos, poder consumir alimentos saudáveis e poder comer o que lhes dá prazer. Da mesma forma, não ter vícios demonstra a capacidade de autocontrole, de saber fazer boas escolhas e assim, zelar pela sua saúde e bem estar. Alguns participantes relataram comer de tudo atualmente, embora tenham se alimentado muito bem durante toda a vida. Alguns afirmaram permitirem-se os prazeres das guloseimas e fazer uso freqüente de bebidas alcoólicas em eventos sociais, porém sem exageros ou excessos. Outros adotam uma dieta rigorosa, fazem exercícios físicos regularmente e não ingerem bebidas alcoólicas nunca. O uso do cigarro não foi citado por nenhum dos idosos.

“Me alimento super bem...tento comer só coisas saudáveis, que a gente sabe que pode, né? Todos os dias tomo um copinho de uma gororoba que faço com sementes. Eu mesmo cultivo há anos...e nunca toquei num cigarro...graças à Deus!” (Erick, 83 anos).

Alguns participantes relataram não serem tão comprometidos com a alimentação e fazerem uso, eventualmente, de bebidas alcoólicas.

“Não abro mão do meu vinho não...meu médico até disse que faz bem, que pode!!” (Wagner, 81 anos).

“Minha filha, vou te contar, como de tudo, viu? Não vou mentir (risos). Adoro tomar minha cervejinha...” (Juarez, 75 anos).

2.3.2 Vida financeira estável e confortável

Os recursos financeiros também foram considerados importantes para a promoção de saúde. Poder ter um bom plano de saúde e uma casa confortável são vantagens que o dinheiro pode proporcionar, segundo os idosos, além da possibilidade de fazer viagens, freqüentar bons restaurantes e presentear as pessoas que gostam. Foi uma preocupação unânime poder dispor de dinheiro para emergências de saúde. Relaciona-se este aspecto ao fato de que no Brasil muitas pessoas idosas sobrevivem com aposentadorias reduzidas, (o que não é o caso dos participantes desta pesquisa) trabalham para complementar sua renda, a fim de suprir as necessidades básicas, e ainda, mantêm lares multigeracionais. Por outro lado, dispor de recursos financeiros também pode representar a manutenção da autonomia desses idosos (Meléndez, Tomás, & Navarro, 2009).

“É claro que o dinheiro é muito importante...como é que podemos fazer as coisas sem ele? Infelizmente é assim que acontece!!...os planos de saúde não prestam...” (Otávio, 78 anos).

“Ah! Se eu pudesse eu tinha trabalho mais para ter mais...poder viajar o tanto que quiser...e os remédios...nossa? Se eu fosse pobre tava lascado..risos.”(Gutenberg, 83 anos).

“Dinheiro não é tudo, lógico! Mas sem ele fica tudo mais difícil...ainda mais no Brasil, esse nosso SUS não serve pra nada...” (Flávio, 82 anos).

2.3.4. Religiosidade

Neri (2002) refere pesquisas sugerindo que uma constante participação em serviços religiosos foi apontada como fator com maior efeito protetor da mortalidade dos idosos do que um alto suporte social. Os idosos afirmaram que a sua vida espiritual e religiosa é tão importante quanto todos os aspectos de manutenção da saúde e da Q.V. Relataram que é na fé que se fortalecem quando se sentem tristes e com medo de algo. Estas mesmas pesquisas referem, inclusive, que a religiosidade aumenta com a idade e que crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos organizados são mais comuns entre os idosos que em qualquer outra faixa etária (Fleck, 2008). . Existem várias razões para explicar tal fenômeno e uma delas é que, para o homem, é essencial ter um objetivo no futuro e as grandes religiões apresentam a esperança de uma vida após a morte, um evento próximo e iminente na vida do idoso. Pode-se falar também sobre a função de *coping* que a religião exerce, ou seja, um paliativo para as dificuldades da vida, uma busca por estratégias de enfrentamento (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

“Vou à missa todo domingo...preciso disso para viver bem, sabe? Desde menino minha mãe levava a gente pra missa...” (Otávio, 78 anos).

“Fui seminarista durante anos...sei o quanto a religião é importante para o ser humano. Infelizmente nem todos sabem disso, mas...graças à Deus, ainda hoje faço minhas orações todos os dias...” (Erick, 83 anos).

O envelhecimento abrange problemas biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais, no entanto, trata-se de um fenômeno normal na vida. Como em todos os momentos do desenvolvimento vital, ao chegar à última etapa da vida, o indivíduo sente ainda surgir em si algumas perguntas inevitáveis e a religiosidade exerce um papel importante na busca dessas respostas.

Faz-se necessário comentar que os participantes declararam não temer a morte, no entanto, não pensam muito sobre o assunto. Da mesma forma, ao serem indagados sobre expectativas para o futuro, a maioria respondeu que se sentem tranquilos caso chegue o momento de sua partida, já que teriam cumprido sua missão e não deixaram

pendências para trás. Afirmaram ter vivido a vida de forma intensa e sem grandes arrependimentos.

O crescente aumento e interesse das pesquisas sobre o papel da religião e da espiritualidade tem demonstrado sua influência na saúde física, mental e social. Tanto é verdade que a Organização Mundial da Saúde (OMS) despertou o interesse em aprofundar as investigações nessa área, com a inclusão do aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde.

2.4. Fatores que propiciaram sua longevidade

2.4.1 Apoio familiar

Alguns estudos têm apontado a existência da reciprocidade entre a saúde e a Q.V. das pessoas idosas e a estrutura e conformação das relações sociais e familiares, já que, por um lado, a deterioração da saúde pode levar a redefinir os arranjos familiares; e por outro, o tipo e características da rede social e familiar podem levar a diferentes riscos de doenças e morte. Entretanto, não existe certeza de que uma determinada combinação de suporte e estrutura familiar favoreça mais a saúde dos idosos, ou seja, não há um modelo de família que seja mais benéfico que outro. No entanto, a satisfação com a família é uma importante condição do bem estar na velhice, uma vez que a mesma é a fonte primária de suporte social do idoso. É importante ressaltar também que as relações obrigatórias, principalmente com familiares, são mais descritas como fontes de desgosto do que as relações com os amigos (Camarano, Kanso & Melo, 2004).

“Família é tudo na vida...sou muito feliz por ter a minha familia sempre perto de mim...” (Roberval, 75 anos).

“Ah! Família? É tudo, né? Mas familia de verdade era a minha...pai, mãe e filho tudo junto..não é como hoje, cada um pro seu canto não...só aparece pra chamar pra jantar...ou no natal.. .” (Fernando, 76 anos).

Percebe-se que a presença do cônjuge e/ou de filhos no domicílio, assim como também o tipo de relação com o chefe da família e ainda como a maior diversidade das redes sociais (amigos, vizinhos, comunidade religiosa e família) melhora a qualidade da

saúde dos idosos. A composição da unidade doméstica do idoso define em grande parte sua capacidade e disposição física, o grau de dependência e a assistência cotidiana: transporte, cuidados médicos, serviços e manutenção da casa. Por outra parte, tem se mostrado que os idosos que vivem com familiares (incluindo a esposa) estão melhores, não só quanto à renda familiar, como também quanto ao acesso à assistência da vida cotidiana.

2.4.2. Genética

Ao serem questionados sobre a sua longevidade e a que eles atribuíam tal conquista alguns não hesitaram em falar sobre uma genética favorável, segundo o seu entendimento.

“Olha, acho que cheguei até aqui porque tenho a genética muito boa mesmo...”(Wagner, 81 anos).

“A genética ajuda muito nessas horas, né?”(Rubens, 75 anos).

“Minha família toda é assim...a gente vive muito mesmo...”(Otávio, 78 anos).

Não existe consenso ainda quanto a essa questão, se a genética é ou não decisiva para a longevidade. Alguns pesquisadores do Instituto de Pesquisa do Envelhecimento da Escola de Medicina Albert Einstein, da Universidade Yeshiva de Nova York, atribuem 50% da responsabilidade sobre a longevidade à genética. Já no estudo publicado na edição on line da revista da Sociedade Americana de Geriatria, o pesquisador Nir Barzilai, afirma que questões ambientais e estilo de vida seriam mais determinantes para se viver mais.

2.4.3 Saber lidar com as patologias e perdas típicas da idade

A maioria dos idosos percebe seus problemas de saúde física como normais, no entanto ressaltam a importância de observá-los e acompanhar, juntamente com o médico, o controle dessas doenças, como hipertensão, diabetes e dores crônicas. Afirmam não ser abalados por tais enfermidades e ter consciência da importância da aceitação e adaptação às limitações impostas pela idade. Segundo o modelo funcionalista da Q.V., para se ter uma boa Q.V., o indivíduo precisa estar

“funcionando” bem e desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza. Ou seja, a doença torna-se um problema na medida em que interfere no desempenho desses papéis. A saúde percebida e as maneiras como as pessoas lidam com problemas de saúde são mais preditivas do que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos (Neri, 2001)

“Ah! Sinto só aquelas coisas da idade mesmo...às vezes dá vontade de ficar só deitado, em posição fetal, sabe como é? É gostoso...mas luto contra isso...não pode parar não...só tenho hipertensão, mas tudo sobre controle!!” (Fernando, 76 anos).

“Só a memória que às vezes falha, mas tenho pique pra fazer tudo, acredita? Aí tem também esse problema de audição que me atrapalha, mas uso meu aparelho e pronto! (Erick, 83 anos).

“Eu não sinto quase nada...é claro que eu tenho que fazer compensações, né mesmo? Por conta da idade...não é a mesma coisa...eu só trabalho o tanto que vejo que posso...” (Roberval, 75 anos).

Alguns relataram não serem acometidos por doença alguma, revelando, em parte, a negligência com a própria saúde, além da visão sempre “otimista” da mesma. Tal comportamento reforça a idéia equivocada de que, ao procurar ajuda médica, o homem estaria contrariando a sua invulnerabilidade. Além de demonstrar fraqueza, trata-se de algo não aceito e bem visto na nossa cultura (Figueiredo, 2005).

“...Nada, nada...me sinto ótimo! Totalmente disposto...não tenho doença alguma...” (Rubens, 75 anos).

“Nem parece que tenho 79 anos, acredite! Não sinto uma dorzinha...” (Tadeu, 79 anos).

“Se tenho doenças nem me lembro...me sinto muito forte! Meus filhos até vivem brigando comigo porque eu subo no telhado, ajeito tudo aqui dentro de casa! Faço tudo...tomo meu vinho...durmo tanto...” (Wagner, 81 anos).

O envelhecimento, entendido aqui como um fenômeno que se insere num processo de desenvolvimento, de crescimento, de aprendizagem, de amadurecimento e

de aperfeiçoamento humanos. Assim sendo, o idoso precisa ter atitudes positivas na vida como a de aprender a viver consigo mesmo, a conhecer-se tal como se é em todas as dimensões. Tais atitudes são necessárias porque não há uma existência humana plenamente feliz e completamente protegida das intempéries e incertezas da vida. O ser humano é motivado, principalmente, a desenvolver as suas potencialidades. Por outro lado, é importante chamar a atenção para o fato de que esse comportamento de “negação” das patologias e otimismo relacionado à própria saúde pode ser um indicador de que algo não vai bem, ou seja, dificuldade de aceitação e negação da realidade.

Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo compreender como homens idosos, com 75 anos ou mais, faixa etária que se eleva rapidamente dentro do próprio grupo dos idosos, concebem os construtos saúde e Q. V. Pode-se constatar que tais conceitos são superpostos, uma vez que se observou claramente respostas parecidas para ambas as dimensões e que uma faz-se necessária para a existência da outra. Também se observou que, saúde e qualidade de vida são constructos multifatoriais e que os fatores mais citados entre os participantes foram, de forma geral, a saúde física, aspectos psicológicos, relacionamentos interpessoais e familiares, recursos financeiros, religiosidade, lazer e atividade.

A saúde física foi, sem dúvidas, a prioridade quando questionados sobre o conceito de saúde. Notou-se que para os homens, a saúde percebida é avaliada positivamente, corroborando com as pesquisas que afirmam uma “negação” freqüente do adoecimento por parte do sexo masculino.

Percebeu-se também que os homens idosos dão importância fundamental para a família. Esta continua sendo a principal fonte de apoio para os idosos e seja como for, independente da sua configuração ou organização, traz uma parcela considerável de benefícios para a saúde e bem estar do idoso. É importante reforçar que para os entrevistados a proximidade com seus familiares traz conforto e segurança, assim como a convivência com os amigos, pessoas que são escolhidas com afeto para dividir angústias, experiências e dar significado à vida.

Os recursos financeiros também apareceram como algo importante para se alcançar e manter a saúde e Q. V. para os idosos. O dinheiro pode, segundo os participantes, ofertar conforto, segurança e lazer, além de possibilitar a oportunidade de adquirir novos conhecimentos.

Notou-se que a religiosidade tem um papel fundamental nesta fase da vida. Com o risco de morte iminente e a idéia de finitude mais presente em suas vidas, os homens idosos não referiram medo de morrer, no entanto, demonstraram um envolvimento maior com a religião na tentativa de acalmar qualquer insegurança ou medo acerca do fim da vida.

Constatou-se ainda que o bom humor e a inteligência emocional foram dois fatores significativos para a manutenção e promoção de saúde e Q.V. Os idosos afirmaram saber lidar com as adversidades ao longo da vida e, principalmente, desenvolver mecanismos e recursos de enfrentamento para as perdas ocasionadas pela idade avançada. Percebeu-se que para estes homens o que de fato importa para uma boa avaliação de saúde e Q. V. não é ter ou não doenças incapacitantes, mas saber se adequar às limitações que tais doenças podem trazer.

Pode-se notar ainda que grande parte dos participantes considera essencial para a sua saúde e Q. V. poder continuar exercendo sua atividade profissional mantendo-se, assim, socialmente ativo e dando significado à sua existência. Conclui-se que de fato importa para se obter e, acima de tudo, manter a saúde e Q. V. na velhice, é ter sabedoria para lidar com as perdas e dificuldades, além de uma atenção especial para os cuidados com o corpo, com a mente e com as questões da alma e do espírito. Além disso, poder olhar para trás e perceber que realizaram coisas boas e que não tiveram grandes arrependimentos, além de uma sensação de dever cumprido, sem medo de ir embora deixando pendências ou obras inacabadas.

Por fim, ressalta-se como limitação desta pesquisa o pequeno número de participantes e o fato de pertencerem a uma classe social favorecida, uma vez que se sabe que o nível financeiro e cultural dos indivíduos faz toda diferença na interpretação das vivências, conseqüentemente, da Saúde e da Q.V. Chama a atenção também a pouca literatura abordando o tema com idosos nessa faixa etária (acima de 75 anos), sendo mais escassa ainda com indivíduos do sexo masculino.

Sugerem-se novas pesquisas com esse público alvo, contemplando as classes menos favorecidas, considerando que estudos que analisem a saúde e a Q.V. de idosos acima de 75 anos podem contribuir para esclarecer os efeitos do envelhecimento e/ou fatores associados, através da comparação com estudos realizados em faixas etárias de menos idade. Acredita-se que os resultados da presente pesquisa, além de contribuírem para preencher uma lacuna no conhecimento acadêmico existente, poderão fundamentar estratégias de intervenção profissional e social para lidar com esses idosos.

Referências

- Anderson M. I. P., Assis M., Pacheco L. C., Silva E. A., Menezes I. S., Duarte T., Storino F. & Motta L.(2005) Saúde e Qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre Envelhecimento*. UnATI / UERJ, 1, 1-44.
- Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Batista, A. S., Jaccoud, L. B. & Aquino, L. (2008). *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Coleção Previdência Social. Ministério da Previdência Social. Brasília.
- Camarano, A. A., Kanso, S. & Melo, J. L. E. (2004). Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? Em A. A. Camarano (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (pp. 77-106) Rio de Janeiro: IPEA.
- Carroza, T. G. & Del Barco, L. B.(2010). Estereotipo de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), p.5-18.
- Cerrato, M. I. , González, M. M., Baltar, A. L. & Trocóniz, M. I. F. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12 (3), p. 301-324.
- Chaves, S. S.(2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*. 22(2), 277-288.
- Farenzena W. P., Argimon I. L., Moriguchi E. & Portuguez M. W. (2007) Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós* (São Paulo) 10 (2), 225-243.
- Ferraz, A.F & Peixoto, M. R. B (2002) Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Escola de Enfermagem* (USP), 31(2), p.316-338.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, (10), 105-109.

Fleck, M. P. A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L. & Pinzon V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 100) *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205, www.fsp.usp.br/~rps

Fleck, M. P. A., Chachamovich E. & Trentinib C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799 www.fsp.usp.br/~rsp

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. (pp 19-28). Porto Alegre: Artmed.

Gomes, R., Nascimento, E. F & Araújo, F. C.(2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(3), 27-36.

Gomes, R. & Nascimento, E. F.(2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 901-911.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Recuperado em 13 de agosto, 2010.

Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2009). Envejecimiento y bienestar: avances em investigación. *Revista Persona*, 15(3), 55-89.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-31.

Minayo, M. C. S.(2008). Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. Em M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (pp. 35-42). 11ª edição. São Paulo: Editora Hucitec.

Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2008). *Política Nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: DF.

Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2006). *Política Nacional de saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em Neri, A. L. *Qualidade de vida e idade madura* (p. 49-56). Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em A. L. Neri (org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 9-14) Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papyrus.

Neri, A. L.(2001). *Palavras-chave em Gerontologia*. São Paulo: Editora Alínea.

Neri, A. L.(2001). Atividade e bem estar psicológico na maturidade. Em A. L. Neri (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (pp. 57-60) Campinas: Papyrus,

Neri, A. L. & Debert, G. G.(2001) Tornar-se velho ou ganhar idade. Em Neri, A. L. *Velhice e sociedade* (p. 23-40). Coleção Viva Idade, Campinas: Papyrus, 232 p.

Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. C. & Vianna, L. A. C.(2009). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (1), p. 101-7.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R.F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria (RS)*, 28(1), p. 27-38.

Ramos, L. R.(2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, , 19(3), p.793-798.

Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 777-794.

Santos, S. R., Santos, I. B.C., Fernandes, M. G.M. & Henriques, M.E.R.M.(2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(6), p.757-64 www.eerp.usp.br/rlaenf

Santos, I. E. & Dias, C. M. S. B. (2005). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.


Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública(Aveiro-Portugal,)* 37(3), p. 364-71. www.fsp.usp.br/~rsp

Trentini, C. M., Chachamovich, E. & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 219-228). Porto Alegre: Artmed.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi , S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.

ANEXOS

ANEXO 1

	<p>UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO</p> <p>PRÓ-REITORIA ACADÊMICA</p> <p>PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA</p>
---	---

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) O que o senhor considera ter Saúde?
- 2) E Qualidade de Vida?
- 3) Como é seu relacionamento com a sua esposa (caso seja casado)?
- 4) E com os seus filhos, netos, bisnetos (caso os tenha) e demais familiares?
- 5) O senhor sente algum desconforto, dor, fadiga, falta de energia ou insônia?
- 6) Como o senhor avalia a) auto-estima do idoso; b) memória e concentração no idoso; c) pensamentos positivos e negativos; d) imagem corporal do idoso?
- 7) Como o senhor definiria capacidade de trabalho e para exercer as atividades da vida cotidiana no idoso?
- 8) Como o senhor avalia a vida social do idoso?
- 9) A família exerce alguma influência na Saúde e na Qualidade de Vida?
- 10) Como os recursos financeiros influenciam na sua vida?
- 11) O senhor tem oportunidades de adquirir novas informações e habilidades?
- 12) Como você percebe a sua religiosidade ou espiritualidade?
- 13) Quais as suas expectativas e planos para o futuro?
- 14) A que o senhor atribui ter chegado à essa idade com Saúde e Qualidade de Vida?

Dados sócio-demográficos:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Religião:

Renda familiar:

Quantidade de filhos, netos e bisnetos:


Condições gerais de saúde:

Reside com:

Atividades atuais:

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO</p> <p>PRÓ-REITORIA ACADÊMICA</p> <p>PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA</p>
---	---

PREZADO(A) PARTICIPANTE:

1. O senhor está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Saúde e Qualidade de Vida na velhice: a percepção do idoso mais velho”. Nesta pesquisa entendemos Qualidade de vida como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.
2. A seleção ocorreu através do método intencional e a sua participação não é obrigatória.
3. O senhor poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Católica de Pernambuco.
5. Os objetivos deste estudo são: caracterizar, na perspectiva do idoso mais velho, o que significa Saúde e Qualidade de Vida. Investigar como os idosos percebem e sentem o terem chegado à sua idade; estabelecer os possíveis fatores que os fizeram chegar a tal idade com autonomia, ou seja, ser responsável por si mesmo e ter a liberdade de tomar decisões e compreender a influência da família na Qualidade de Vida deste idoso.
6. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista sobre as referidas questões.

7. Os benefícios relacionados com a sua participação nessa pesquisa dizem respeito ao fato de que o senhor poderá compreender melhor o que é saúde e qualidade de vida nesta etapa da vida está vivenciando. Os resultados também poderão propiciar conhecimento e compreensão acerca desses temas, beneficiando as famílias e os profissionais que lidam com essa temática.

8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

9. Salientamos ainda que não pretendemos, através de sua participação, causar nenhuma espécie de dano ou perda, seja ela pessoal ou profissional, podendo interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Os dados ficarão guardados, em local seguro, com a pesquisadora, por um período de cinco anos, após o qual serão apagados. Todos os informes que possam identificá-lo serão alterados, de forma a não possibilitar sua identificação.

10. O senhor receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Assinatura

Endereço completo: RUA ALMEIDA CUNHA, 245, SANTO AMARO,
BLOCO G4 telefone: 21194172 (Departamento de Psicologia)

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

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81). 2119.4376 – FAX (81)2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Recife, _____ de _____ de 2011.

Participante da pesquisa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de obter um aprofundamento nas questões sobre a velhice além do intuito de atender às exigências do mundo acadêmico e científico. Produzir resultados que possam contribuir para a reflexão dos aspectos que permeiam o processo do envelhecer, e dos fatores que podem permitir a vivência dessa fase do ciclo vital com qualidade se mostram como importantes contribuições à sociedade.

Dessa maneira, os resultados desta investigação permitiram a elaboração de dois artigos onde um tratou especificamente sobre a velhice, suas características, mitos e desafios e o outro focalizou a percepção do homem idoso mais velho sobre saúde e qualidade de vida.

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. Pode-se observar na História que as idéias sobre velhice são tão antigas quanto a própria origem da humanidade e que poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e os desafios impostos por esse processo. Constata-se também que o aumento do número de idosos trouxe consequências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem essa faixa etária, fazendo-se necessário buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos e conhecer as múltiplas facetas da velhice e do processo de envelhecimento.

O século XX marcou grandes avanços na ciência do envelhecimento, em parte graças aos conhecimentos adquiridos por meio dos estudos que se desenvolveram desde que os pioneiros (Metchnikoff & Nascher, em 1903 e 1909, respectivamente) estabeleceram os fundamentos da Gerontologia e da Geriatria. Constata-se que embora ainda reste um longo caminho a ser percorrido para elucidar os pontos obscuros do fenômeno do envelhecimento, a verdade é que, principalmente nas últimas décadas do século XX, pode ser observado um aumento do somatório de conhecimentos nesses campos de estudo.

É importante salientar que ver esse fenômeno simplesmente pela ótica biofisiológica é desconsiderar a importância dos problemas ambientais, sociais, psicológicos, culturais e econômicos que pesam sobre ele. Ao contrário, é necessário ter uma visão global do envelhecimento como processo, e do idoso como ser humano. Entende-se que continuar aceitando que o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar o idoso à morte é também uma interpretação distorcida e preconceituosa.

Observa-se que paralelamente às modificações demográficas que estão ocorrendo, cresce também a necessidade de profundas transformações socioeconômicas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que ainda possui uma estrutura socioeconômica arcaica que privilegia poucos em detrimento da maioria.

Remetendo aos artigos que compõem esta dissertação, notou-se que o processo de envelhecimento varia muito de um indivíduo para outro. Pode-se constatar também que existem muitos mitos em torno da velhice e, por outro lado, uma preocupação cada vez maior da sociedade, em geral, para desmistificá-los passando a encarar a velhice não só como uma fase de perdas, mas também de ganhos, podendo ser vivida com realizações e satisfação. Os próprios participantes testemunharam isto.

Observou-se também que os construtos saúde e qualidade de vida se imbricam e se apresentam, como não poderia deixar de ser, de forma muito subjetiva, a depender da experiência de vida de cada participante. Contudo, de maneira geral, eles tenderam a perceber sua saúde de forma positiva e avaliaram sua qualidade de vida como algo satisfatório também, em que pese o fato de estarem vivenciando a fase final da velhice.

REFERÊNCIAS GERAIS

- Aquino, F.T.M. (2002). Qualidade de Vida na Velhice. Em: Freitas, E.V, Py. L, Neri, A.L, Cançado, F.A.X, Gorzoni, M.L & Rocha, S.M. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*.(pp.79-84). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Anderson M. I. P., Assis M., Pacheco L. C., Silva E. A., Menezes I. S., Duarte T., Storino F. & Motta L.(2005) Saúde e Qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre Envelhecimento*. UnATI / UERJ, 1, 1-44.
- Almeida, A. K. & Maia, E. M. C.. (2010) Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*. 15 (4), 743-750.
- Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Batista, A. S., Jaccoud, L. B. & Aquino, L. (2008). *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Coleção Previdência Social. Brasília.Ministério da Previdência Social.
- Camarano, A. A.(2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 88-104). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Camarano, A. A., Kanso, S. & Melo, J. L. E. (2004). Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? Em A. A. Camarano (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (pp. 77-106) Rio de Janeiro: IPEA.
- Carroza, T. G. & Del Barco, L. B.(2010). Estereotipo de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), p.5-18.
- Cerrato, M. I. , González, M. M., Baltar, A. L. & Trocóniz, M. I. F. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12 (3), p. 301-324.

Chaves, S. S.(2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*. 22(2), 277-288.

Cabral, B.E.S. (2006). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública* . 37(1), 40-48

Caldas, C. P. (2005) Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*. 9 (3),733-781.

Carvalho, J.A. M. & Garcia, R. A.(2008). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3)-13], 725-733.

Falcão, D. V. S, Dias, C. M. B. S, Bucher-Maluscke, J. & Salomão, N.. (2006). As relações familiares entre as gerações: possibilidades e desafios. Em. Falcão, D. V. S & Dias, C. M. B. S (Orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp.59-80).Vol I. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Farenzena W. P., Argimon I. L., Moriguchi E. & Portuguez M. W. (2007) Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós* (São Paulo) 10 (2), 225-243.

Ferraz, A.F & Peixoto, M. R. B (2002) Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Escola de Enfermagem* (USP), 31(2), p.316-338.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, (10), 105-109.

Fleck, M. P. A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L.& Pinzon V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 100) *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205, www.fsp.usp.br/~rps

Fleck, M. P. A., Chachamovich E. & Trentinib C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799 www.fsp.usp.br/~rsp

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. (pp 19-28). Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A.(2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em Fleck, M.P.A. (org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*.(p.89-97) Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A.(2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5(1): 33-38.

Figueiredo, S. C. S., Wagner, E. A. M. & Cançado, F. A. X. (2002). Saúde mental e envelhecimento. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 808-812). Rio de Janeiro: Guanabara.

Freire, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papyrus.

Gomes, R., Nascimento, E. F & Araújo, F. C.(2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(3),27-36.

Gomes, R. & Nascimento, E. F.(2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 901-911.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2006). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Recuperado em 13 de agosto, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Recuperado em 13 de agosto, 2010.

Jeckel-Neto, E. A. & Cunha, G. L. da (2002). Teorias biológicas do envelhecimento. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 13-19). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Joia, L. C., Ruiz, T. & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1).

Kalache, A. , Veras, R. P. & Ramos, L. R.(2009). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-212.

Khoury, H. T. T. & Gunther, I. A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. Me D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 297-314). V. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Lima e Costa, M. F. F., Firmo, J. O. A. & Uchoa, E. (2006). A estrutura de auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 827-834.

Lima, A. M. M., Silva, H. S.& Galhardoni, R.(2008) Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*. 12 (27), 303-307.

Lima-Costa, M. F. & Veras, R.(2010). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), 700-711 .

Maia, F. O. M. , Lebrão, M. L. & Santos, J. L. F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 40 (6): 1049-1056.

Medeiros, G. L. C., Ferreira, C. L., Maia, E. M. C.(2009) Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/ RN. Recuperado em cchla.ufrn.br

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2009). Envejecimiento y bienestar: avaces em investigación. *Revista Persona*, 15(3), 55-89.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-31.

Minayo, M. C.(2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S.(2008). Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. Em M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (pp. 35-42). 11ª edição. São Paulo: Editora Hucitec.

Ministério da Saúde (2004). *Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2006). *Política Nacional de saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF.

Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2008). *Política Nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: DF.

Moraes, J. F. D. & Souza, V. B. A.(2010) Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(4), 302-308.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em Neri, A. L. *Qualidade de vida e idade madura* (p. 49-56). Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em A. L. Neri (org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 9-14) Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papirus.

Neri, A. L. & Freire, S. (2000). Qual é a idade da velhice?. Em Neri, A. L. (Org.) *E por falar em boa velhice* (pp. 7-20). Campinas: Papirus.

Neri, A. L.(2001). *Palavras-chave em Gerontologia*. São Paulo: Editora Alínea.

Neri, A. L.(2001). Atividade e bem estar psicológico na maturidade. Em A. L. Neri (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (pp. 57-60) Campinas: Papirus,

Neri, A. L. & Debert, G. G.(2001) Tornar-se velho ou ganhar idade. Em Neri, A. L. *Velhice e sociedade* (p. 23-40). Coleção Viva Idade, Campinas: Papirus, 232 p.

Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2004). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. *Psico-USF*, 9 (1): 109-110.

Neri, A. L. (2007). Velhice e qualidade de vida. Em Neri, A. L. (Org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 47-58). 3º edição. Campinas: Papirus.

Netto, M.P. (2005). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (p.313-323). São Paulo, Atheneu.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Promocão da saúde*. Glosario. Genebra.

Papaleo Netto, M. (2005) O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X. , Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. C. & Vianna, L. A. C.(2009). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*,. 23 (1), p. 101-7.

Parahyba, M. I., Veras, R. & Melzer, D.(2005). Incapacidade funcional dos idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3),70-79.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R.F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria (RS)*, 28(1), p. 27-38.

PNAD-IBGE(2006). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.

Ramos, L. R. (2004). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(3):793-798.

Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 777-794.

Rosa, T. E.C., Benicio, M. H. D,'Aquino, Latorre, M. do R. D. de O. & Ramos, L R.(2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de. Saúde Pública* , 37 (1), 40-48 .

Santos, S. R., Santos, I. B.C., Fernandes, M. G.M. & Henriques, M.E.R.M.(2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(6), p.757-64 www.eerp.usp.br/rlaenf

Santos, I. E. & Dias, C. M. S. B. (2005). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.

Sebastiani, R. W. & Santos, C. T. (2001). Acompanhamento psicológico à pessoa idosa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Siqueira, R. L. (2003). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 899-906.

Sousa, L.; Galante, H.& Figueiredo, D. (2003).Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43 (3): 532-560.

Trentini, C. M., Chachamovich, E. & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 219-228). Porto Alegre: Artmed.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi , S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.

Xavier, F. M F , Marcos, P T & Emílio, H A (2009) Definição dos idosos de qualidade de vida *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 31-39.