

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA- PRAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL

SAÚDE E APOIO SOCIAL NA PERSPECTIVA DO INDIVÍDUO IDOSO

CAROLINA PARENTE DE ANDRADE

Recife –PE, 2012

CAROLINA PARENTE DE ANDRADE

SAÚDE E APOIO SOCIAL NA PERSPECTIVA DO INDIVÍDUO IDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias

Recife – PE, 2012

“Sonhe com aquilo que você quiser. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só se tem uma chance de fazer aquilo que se quer. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos. A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam. Para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam por suas vidas. O futuro mais brilhante é baseado num passado intensamente vivido. Você só terá sucesso na vida quando perdoar os erros e as decepções do passado. A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar duram uma eternidade.” (Clarice Lispector)

Agradecimentos

Ao iniciar minha estrada universitária a vida começou a me ensinar o que era realmente fazer escolhas e abraçá-las. O mundo “Psi” me doou sentido ao que era ter uma profissão e amar o que se faz. O mestrado, que neste início era apenas um pensamento, logo foi se tornando um sonho e agora a minha realidade. Realidade que não foi simples alcançá-la. E que sem algumas pessoas nunca teria sido possível. Por isso, esta é a hora de agradecer.

Obrigada meu Deus, pela conclusão desta etapa e por colocar pessoas tão especiais na minha vida.

Obrigada à minha **mãe**, uma incentivadora de tudo que faço, mas que principalmente me mostrou com seu exemplo que o estudo é a nossa maior riqueza. Obrigada mãe, pelo amor, pela compreensão, pelo financiamento, pela força, pela coragem. Você é minha heroína, te amo mais que tudo nesta vida.

A **Tony**, um pai que a vida me deu e me fez amar. Seu exemplo de caráter, seriedade e responsabilidade me faz querer ser alguém melhor.

Aos meus irmãos, **Marcelo e Jairinho**, que sempre digo que são uma parte de mim. Tenho a sensação que Deus tirou o que de melhor havia em nossos pais e dividiu em três partes. Nunca me sentirei sozinha enquanto tiver vocês. Obrigada pela amizade e pelo incentivo.

A **Daniel**, que tenho que não só agradecer por ser meu maior incentivador a fazer esse mestrado, desde quando isso parecia ser tão difícil. Tenho que agradecer também por estar em minha vida de uma maneira tão especial, me mostrando o quanto o amor é generoso e paciente. Temos um lindo caminho ainda pela frente, meu amor, e vamos conquistando tudo, mesmo que não seja simples, será doce. Te amo!

Às minhas flores: **Lúbs, Patita, Hanninha, Rê, Rê Arruda e Veri**. O meu mundo é muito mais colorido e perfumado porque vocês existem nele. Obrigada pelo incentivo, por entender algumas ausências, pela amizade inquestionável, por termos momentos tão bons quando estamos juntas, pelos sobrinhos que já tenho e os que vou ganhar... Obrigada também aos respectivos que também tiveram que aguentar esse meu momento tão estressante, mas que vibraram junto comigo. Como sempre digo: AMO!

E se Deus não me deu irmãs, me presenteou com as cunhadas mais lindas que poderiam existir. **Mila e Nat**, como é bom ter vocês por perto, amo tanto, vocês também são flores que deixam meu mundo mais enfeitado.

A uma pessoa muito especial, **Patricia Wallerstein**. A vontade de seguir a docência partiu do teu exemplo, super. Minha total admiração a você como pessoa, professora e psicóloga. Sou sua fã e vou estar sempre junto.

Obrigada a minhas meninas da GT: **Lí, Chay, Nat, Lila, Gabi e Quica**. Obrigada por toda torcida e por entrarem na minha vida de uma maneira especial. É muito bom fazer parte de um grupo de profissionais tão competentes. É muito melhor ser gestalt-terapeuta com vocês por perto, dividindo todo encanto e todo sofrimento dessa profissão que escolhemos. Amo muito e acredito no nosso sucesso e realização.

Obrigada também a minhas amigas e “sócias” **Binni e Rosita**. Vocês duas também compartilharam comigo o doce e o amargo desses dois anos de mestrado. Adoro dividir as responsabilidades e os prazeres de ser psicóloga clínica com vocês.

A todos os amigos que, mesmo distantes, vibraram e me apoiaram o quanto podiam. Um obrigada especial para **Jacque, Day e Zé**.

À **Maria**, que grande parte desses dois anos morou aqui em Recife, e me mostrou como família é também as pessoas que nós escolhemos pra ser.

À minha querida equipe de trabalho na S.O.S.: **Mônica, Agda e Kallina**, a torcida de vocês também foi muito importante.

A todos os meus **professores**: psicólogos e profissionais de muita competência, em especial Mercês Cabral por ter me iniciado neste mundo da pesquisa científica.

À **Cristina Brito**, minha orientadora. Obrigada por tudo, Cris. Foi muito importante ser orientada por alguém tão competente no assunto e tão acessível. Além disto, obrigada pelo teu exemplo de humildade, isso me fez entender o que é ser uma verdadeira cientista.

A todos que fazem a **Pós-graduação em Psicologia Clínica na Unicap**, professores, mestrandos e doutorandos. A **12º turma**, foi incrível conhecer vocês. Aprendi muito com vocês e fiz amigos que quero levar para sempre. Também ao laboratório **LAFAM**, com quem pude estar mais junto. Em especial aos “irmãos” **Renata, Tarciana, Renato, Regina e Clécia**: Sinto que compartilhar as dificuldades e as alegrias com vocês me deu força para chegar até o fim. Obrigada pelos trabalhos divididos, pelos almoços deliciosos e pelas risadas ao dividir angústias. Nossos caminhos neste mundo estão apenas começando e será sempre um prazer ter vocês por perto.

Obrigada **aos participantes** desta pesquisa, que além de serem fundamentais para a construção desta dissertação ainda me deram uma lição do que é viver.

Aos **membros da minha banca**, que aceitaram contribuir com essa etapa tão importante e a **Dona Célia** que tão gentilmente me ajudou quando o cansaço já estava enorme.

As palavras não são suficientes para demonstrar toda a minha gratidão. Mas encerro este trabalho com a sensação de que com todas essas pessoas por perto qualquer coisa se torna possível. Muito abrigada a todos!

SUMÁRIO

RESUMO GERAL	09
INTRODUÇÃO	10
1. ARTIGO 1. CULTURA E ENVELHECIMENTO: UM DIÁLOGO SOBRE A SAÚDE DOS IDOSOS	15
RESUMO	15
ABSTRACT	15
1.1 Conceito e breve retrospectiva da velhice	16
1.2 Envelhecendo com saúde	19
1.3 MÉTODO	25
1.3.1 NATUREZA DA PESQUISA	25
1.3.2 PARTICIPANTES	26
1.3.3 INSTRUMENTO	28
1.3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	28
1.3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	28
1.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO:	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
2. APOIO SOCIAL E ENVELHECIMENTO: ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE	44
RESUMO	44
ABSTRACT	44
2.1 Peculiaridades do Apoio Social	46
2.2 Fontes de Apoio Social	48
2.1 MÉTODO	53

2.1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	76
ANEXO 1	77
ANEXO 2	78
ANEXO 3	80
ANEXO 4	81

RESUMO GERAL

Objetivo: o objetivo geral desta dissertação de mestrado foi investigar, na perspectiva do indivíduo idoso, a qualidade do apoio social recebido e sua relação com a saúde. E os objetivos específicos foram: entender a noção que os idosos possuem de apoio social e de saúde; caracterizar o apoio social recebido por eles; analisar o papel da família neste apoio; pontuar as necessidades sentidas pelos idosos acerca dos temas saúde e apoio social.

Participantes: 12 idosos, na faixa etária entre 62 e 81 anos, sendo seis mulheres e seis homens, todos moradores da cidade do Recife. O critério de inclusão foi o fato de possuírem um regular estado de saúde.

Instrumentos: Um roteiro de entrevista, conduzido de forma semi-dirigida, composto de questões que atenderam aos objetivos de pesquisa e dos dados sócio-demográficos dos participantes.

Procedimentos para a Coleta de Dados: Entrevistas realizadas de forma individual, com duração média de 30 minutos que foram gravadas e, em seguida, transcritas.

Procedimentos para Análise dos Dados: Foi realizada uma análise temática, técnica científica utilizada para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa.

Resultados: Constatou-se que os idosos apresentaram diversas maneiras de conceituar saúde e que esta é um conceito amplo que inclui, entre outros componentes, a saúde física e mental. Percebeu-se também que adotam estratégias para manter a saúde e que o apoio social é uma delas. Referindo-se especificamente sobre o apoio social se confirmou neste estudo que é um conceito dinâmico e que os idosos tanto recebem como ofertam apoio. Concluí-se, com este estudo, que é possível envelhecer bem e que a velhice precisa também ser estudada em todas suas facetas, inclusive as positivas.

Palavras chaves: Idoso (a), envelhecimento, saúde, apoio social.

INTRODUÇÃO

“Ser terapeuta é um privilégio, as pessoas me procuram e compartilham comigo o que elas possuem de mais precioso e raro, suas experiências, dúvidas, contradições, segredos, enfim, suas criações de beleza e de horror.” (Guedes, 2006, p.17)

Começamos esse trabalho com essa citação de Abel Guedes, psicoterapeuta, devido ao fato desta pesquisa ter sido inspirada no *setting* terapêutico. Na nossa prática clínica somos constantemente colocados frente às aflições que o indivíduo carrega. No atendimento clínico ao idoso, frequentemente nos deparamos diante dos limites, consequências, dificuldades e situações, em geral, que a velhice traz consigo. Envelhecer não é uma tarefa simples, mesmo que seja natural. E isto se torna ainda mais difícil por vivermos em uma sociedade onde o novo é associado ao que é bom, e o velho ao que já não tem mais valor. Porém, o envelhecimento mundial já é fato, e o Brasil não foge a isto. É urgente pensar como vai se cuidar da população que envelhece rapidamente.

Sob o ponto de vista biológico, o processo de envelhecer tem início desde a concepção do indivíduo, acompanhando-o até a morte. Entretanto, cronologicamente, a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos de idade, nos países desenvolvidos e aos 60 nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) refere que o envelhecimento é classificado em quatro estágios: *meia-idade*, que se situa entre os 45 a 59 anos; *idoso*, entre 60 e 74 anos; *ancião*, entre 75 e 90 anos e *velhice extrema* após os 90 anos.

Jordão Neto (1997) cita que a velhice é um conceito que surgiu após as Revoluções Burguesa e Industrial. Naquela época havia interesse por uma população

economicamente ativa, que dispusesse de vigor físico para trabalhar. No momento em que essas pessoas não podiam mais exercer suas funções devido à idade, passavam a ser consideradas "velhas" perante o mercado de trabalho e a sociedade, visto que a mesma prioriza no homem a sua capacidade de produzir.

As expressões velho, idoso, terceira idade, entre outras denominações, estão imbuídas de um significado. Ou seja, “a origem da palavra velhice pode ser encontrada no latim, mais precisamente na expressão *vetulus*, diminutivo *vetus*, e que significa remoto, antigo, idoso, antiquado, gasto pelo uso” (Agustini, 2003, p.21).

Nesse diapasão, percebe-se que o significado que denota o envelhecimento é “uma construção das sociedades contemporâneas e vem sendo empregado por acreditar-se que é isento de conotação depreciativa” (Siqueira, 2002, p. 904). Na verdade, hoje, o termo terceira idade surge das novas exigências de um segmento da população que consome produtos e serviços, estando isento de sentido pejorativo e discriminatório. Muito embora o termo seja discutido semanticamente, é preciso analisar a velhice em suas amplas perspectivas.

Neste contexto, o envelhecimento é o processo de mudanças universais pautadas geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade, acumulação de perdas evolutivas e o aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genéticobiológica, sóciohistórica e psicológica (Neri, 2005).

Desta forma, o processo de envelhecimento vem sendo percebido como inerente à vida, mas cheio de particularidades, constituindo um fenômeno complexo que afeta o sujeito humano de modo muito particular e que por isso precisa ser pensado e estudado.

Diferenças na experiência do envelhecimento se devem a fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que determinam a existência humana.

A *Gerontologia* é a disciplina científica multi e interdisciplinar cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais. Difere da *Geriatrics* que tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e, para realizar este mister, tem uma relação estreita com disciplinas da área médica, como neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, entre outras (Netto, 2002).

Outro esclarecimento importante quando estudamos envelhecimento é a diferença entre Senescência e Senilidade. *Senescência* resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal. Já *Senilidade* é caracterizada por modificações determinadas por afecções que freqüentemente acometem o indivíduo. Importante também distinguir *Autonomia* que é capacidade de decisão, de comando da *Independência* que é capacidade de realizar algo com seus próprios meios (Netto, 2002).

De acordo com os estudos realizados pela Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) foram preceituados quatro considerações básicas sobre a transição demográfica mundial com objetivos de subsidiar os países para debates e promoção de ações contemplativas às necessidades dos idosos. São elas: 1) O envelhecimento da população mundial ocorre sem precedentes na História, conforme já dissemos. 2) O envelhecimento populacional é um fenômeno geral e afeta a todos – homens, mulheres e crianças, sendo que a solidariedade e a intergeracionalidade devem ser a base das ações da sociedade civil e dos Estados. 3) O envelhecimento é importante e tem conseqüências em todos os setores da vida humana, tais como economia, saúde,

previdência, lazer e cultura. 4) O envelhecimento populacional está se processando de forma gradual, contínua e irreversível e transcorrerá acentuadamente no século XXI.

Atualmente, devido ao avanço nas teorias e pesquisas, podemos falar em 'envelhecimento satisfatório', que depende da constante interação do indivíduo com o meio ambiente e do equilíbrio entre suas limitações e potencialidades, permitindo-lhe enfrentar perdas comuns nessa fase da vida, como aposentadoria, doenças e mortes.

A definição de velhice bem-sucedida ou saudável inclui os seguintes domínios: a) *físico*: saúde física, capacidade funcional – especialmente focada nas capacidades de autocuidado – evitação de fatores de risco, como o uso de álcool e tabaco, envolvimento com atividades físicas, fazer visitas regulares ao médico, entre outros; b) *social*: engajamento em atividades de lazer, trabalho (por exemplo, satisfação com a carreira profissional), presença de suporte social formal e informal (de amigos e de família) e ter pensão adequada, entre outros; c) *emocional*: satisfação com a vida geral e com a saúde em particular; d) *pessoal*: ter atitudes favoráveis ao envelhecimento, senso de controle, transmissão de sabedoria e conhecimento para pessoas mais jovens, entre outros. (Deep & Jeste, 2006).

Para que o indivíduo envelheça bem, portanto, isto dependerá de suas chances para usufruir de condições adequadas de saúde, educação, moradia, alimentação, lazer, vida social, durante todo seu curso de vida. Acrescenta-se a isso, que o conhecimento do processo de envelhecimento poderá ajudar os idosos a viver com um bom nível de saúde (Guimarães, 1996).

Comprova-se isto através de uma variável que tem merecido considerável atenção na área de determinantes de mortalidade entre idosos: a auto-avaliação subjetiva de saúde do idoso. Esta, além de ser uma variável simples de ser obtida, possui um alto valor preditivo de mortalidade. Tanto que a maioria dos estudos está dedicando uma

atenção especial à discussão das implicações práticas dessa variável como um indicador de saúde (Mossey & Shapiro, 1982).

Hoje, ao se estudar velhice, se busca avaliar a Capacidade Funcional que surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos, 2003).

O interesse em conhecer a problemática humana necessita de uma forma de fazê-lo, ou seja, um método. Este mesmo método determinaria a melhor forma para se atingir o objeto estudado. Nessa intenção, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada que foi analisada pela técnica da análise de conteúdo para investigar 12 idosos, na faixa etária entre 62 e 81 anos, sendo todos moradores da cidade do Recife, provenientes das classes média e alta, sendo seis de cada sexo. Para melhor compreensão e aproveitamento das informações pesquisadas o conteúdo destas entrevistas foi dividido em dois artigos: o primeiro, com os objetivos de investigar o conceito de saúde, na perspectiva de idosos, e analisar como percebem sua própria saúde; as estratégias adotadas para mantê-la e os fatores que podem afetá-la, foi intitulado como “Cultura e Envelhecimento: um diálogo sobre a saúde dos idosos”.

E com o objetivo geral de investigar, na perspectiva do idoso, a qualidade do apoio social recebido e sua relação com a saúde e, especificamente, entender a noção que os idosos possuem de apoio social; caracterizá-lo; analisar o papel da família neste apoio, além de pontuar as necessidades sentidas pelos idosos acerca dos temas saúde e apoio social, foi elaborado o capítulo dois: “Apoio Social e Envelhecimento: aspectos relacionados à Saúde”.

Cultura e Envelhecimento: um diálogo sobre a saúde dos idosos

Carolina Parente de Andrade

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo: Os idosos já ocupam 11,3% da população brasileira e isto tem propiciado que a sociedade esteja, cada vez mais, lidando com as questões relacionadas ao envelhecimento. Saber que a população envelhece, mas não procurar entender como isso acontece não prepara a sociedade para este envelhecimento. Deste modo, o objetivo geral desta pesquisa foi investigar o conceito de saúde, na perspectiva de idosos. Especificamente pretendeu-se analisar: como percebem sua própria saúde, as estratégias para mantê-la e que fatores podem afetá-la. Foi realizada com 12 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 62 e 81 anos, de camadas média e alta. Eles responderam a uma entrevista composta de questões relacionadas aos objetivos da investigação e os dados sócio-demográficos. Depois de uma análise de conteúdo das entrevistas pode-se constatar que deram grande importância à saúde, ampliando o conceito tradicional deste termo como ausência de doença; e que adotam várias estratégias para mantê-la; as preocupações com familiares apareceram como os principais fatores que afetam sua saúde. Conclui-se que, de maneira geral, eles se perceberam como possuidores de boa saúde.

Palavras-chave: Cultura, velhice, saúde, cuidados com a saúde

Abstract: The elderly now occupies 11.3% of the Brazilian population and it has afforded the society for being increasingly dealing with issues related to aging. Knowing that the population aging, but not try to understand how this happens does not prepare for this aging society. The objective of this research was to investigate the concept of health from the perspective of the elderly. Specifically it sought to analyze: how they perceive their own health, the strategies to keep it and what factors can affect it. It was conducted with 12 individuals from both sexes, aged between 62 and 81 years of middle and upper social classes. After a content analysis can be seen that they answered to an interview consisting of questions related to the purposes of research and its socio-demographic data. It's possible to be seen: the great importance given to health, expanding the traditional concept of this term as absence of disease; they adopt many strategies to keep it;. Concerns about family appeared as the main factors that affect their health. It can be concluded that, in general, they perceived themselves as having good health.

Key-words: Culture, health, elderly, health care.

O Brasil parece ter definitivamente descoberto a velhice (Groisman, 2002). Esta afirmação está embasada nos dados que vêm mostrando o aumento da população de idosos em nosso país. O último censo realizado pelo IBGE mostra que, no final da década passada, havia cerca de 21 milhões de idosos no país e que entre 1999 e 2009 o percentual das pessoas com 60 anos ou mais, no conjunto da população, passou de 9,1% para 11,3%. (IBGE, 2010.) As projeções indicam que o Brasil, em 2025, estará no quinto ou sexto lugar na quantidade de idosos no mundo.

Isto tem propiciado que a sociedade esteja, cada vez mais, lidando com as questões relacionadas ao envelhecimento e com o fato de que este processo é inerente à vida, mas que constitui um fenômeno complexo que afeta o sujeito humano de modo muito particular e que, por isso, precisa ser pensado e estudado. Percebe-se uma constante preocupação com os cuidados com a saúde, seja nos livros, palestras, mídia e mesmo nas conversas das pessoas. O desejo de envelhecer mantendo uma boa saúde ou minimizando os efeitos de possíveis problemas relacionados ao processo de envelhecimento está na ordem do dia. Este artigo, portanto, tem como objetivo geral apresentar dados de uma pesquisa que procurou investigar, junto aos próprios idosos, como eles percebem e conceituam a saúde.

Espera-se que ele possa oferecer informações sobre este tema na perspectiva dos idosos propiciando a implementação de intervenções e pesquisas, bem como contribuir com os interessados na questão do envelhecimento.

Conceito e breve retrospectiva da velhice

O envelhecimento pode ser entendido como a consequência da passagem do tempo ou como o processo cronológico pelo qual um indivíduo se torna mais velho. Só

que esta tradicional compreensão tem sido desafiada pela sua simplicidade, uma vez que as diferenças na experiência do envelhecer se devem a fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que determinam a existência humana. É preciso, portanto, entender que a velhice, em sua totalidade, não representa apenas um fato biológico, mas também um fato cultural.

Em geral, ao se refletir sobre a maneira como se fala sobre a identidade do idoso, se percebe que são levadas em conta, majoritariamente, as características físicas e biológicas, dando-se a elas imensa importância e força, de modo que elas passam a definir o indivíduo. Contudo Zally, Queiroz, Mercadante, Lopes e Barroso (2009, p. 36) pontuam que *“a identidade de velho se define não por possuir apenas uma substância, uma essência, e sim por ser uma construção cultural elaborada e reelaborada constantemente”*. Assim, se a velhice, não se quer aqui negar, se define como fenômeno biológico, essa identidade de velho só se define parcialmente e, com certeza, cai-se em uma postura equivocada ao extrapolar essa parte ou condição biológica para explicar a totalidade (comportamentos, atitudes, pensamentos, entre outros) do indivíduo.

Em outras palavras, erra-se ao priorizar a condição biológica como a conformadora do comportamento psicossocial do indivíduo. A velhice, portanto, se compreendida apenas como questão biológica, não revela seu lado social. Ela, além de sua especificidade biológica, localiza-se em uma história e insere-se em um sistema de relações sociais. Desse modo, as variáveis histórica e sociocultural, particulares de cada sociedade, são as que fundamentam e explicam a variável velhice biológica, que é comum a todos os seres humanos, em todas as sociedades. Em outros termos, o destino da velhice, o ser velho não é o mesmo em todos os lugares; ele é vivido de acordo com o contexto social.

Fazendo uma breve passagem ao longo do tempo percebe-se que a questão do envelhecimento e da longevidade humana já se fazia presente na mais remota história. A civilização hebréia demonstrou respeito pelos idosos em seu principal livro, a Bíblia. Já na Grécia, a ideia de envelhecimento era odiosa uma vez que representava um declínio da juventude e vigor. Em Roma, os idosos parecem ter recebido respeito, uma vez que a mais importante instituição de poder, o Senado, deriva seu nome de *Senex* que significa idoso, valorizando as experiências destes cidadãos. Na Idade Média, o interesse acadêmico centrou-se quase que exclusivamente nas medidas higiênicas para a manutenção da saúde para se chegar a uma idade avançada. Depois do período medieval veio o Renascimento onde se pode observar um progressivo aumento da expectativa de vida. Gabriel Zerbi, por volta dos anos 1458 a 1505, anatomista, professor e clínico escreveu o livro “Gerontologia”, um manual de higiene para idosos que representa o primeiro impresso destinado exclusivamente à geriatria. Com o início da Revolução Industrial e do Racionalismo os estudiosos do tema passaram a comparar o corpo a uma máquina sujeita, portanto, ao desgaste. Na metade do século XIX a população começou a crescer e o interesse pelos idosos como um grupo separado começou a existir na Medicina (Leme, 1999).

E é neste cenário que surge a Geriatria como ciência que nasce como especialidade médica, no início do século XX, calcada numa série de modificações na forma da Medicina perceber a doença e o corpo que envelhece, constituindo o que Katz (1996) denominou de “discurso da senescência”, cujo objetivo era diferenciar corpo jovem/corpo idoso e envelhecimento normal/envelhecimento patológico. Segundo Debert (1999), os discursos iniciais da Gerontologia tratavam do envelhecimento orgânico e por isso pertenciam ao campo médico. Os escritos da época abordavam e propunham medidas de higiene corporal a fim de retardar o envelhecimento.

No Brasil, depois do Ano Nacional do Idoso, em 1999, o tema ganhou destaque, especialmente com a realização do Congresso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), na capital do país, em junho de 2000. Ano após ano, um número cada vez maior de participantes inscreveu-se no evento. O Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia parece simbolizar a importância que o envelhecimento ganhou em nossa sociedade. Convertida em matéria de interesse público, a velhice vem sendo cada vez mais tematizada pela mídia, que abre espaço para um crescente número de especialistas e de serviços voltados para essa faixa etária. Ela também tem sido denominada como terceira idade e tornou-se uma espécie de moda, com a constituição de um mercado de consumo específico. No centro de todo esse movimento, destaca-se a própria Gerontologia, como porta-voz oficial dos novos discursos sobre a velhice (Groisman 2002).

Segundo Neri (2003) a partir dos anos 60 houve uma mudança ideológica na Gerontologia, que começou a considerar a velhice não só como sinônimo de doença, inatividade ou retração geral. Ela passou a investigar também aspectos positivos, favorecendo o surgimento do termo “envelhecimento bem sucedido”.

Envelhecendo com saúde

Mesmo com o aumento do interesse por essa fase da vida, a realidade é que a velhice é um período no qual há perdas (vitalidade física, amigos, parceiro/a, aposentadoria, colegas de trabalho) e o que acontece é que todas essas perdas, com frequência, são maximizadas, resultando em práticas sociais discriminatórias contra o idoso e em um senso pessoal de que a vida não tem sentido. Sentimentos de rejeição,

solidão, incapacidade, dentre outros, podem eventualmente levar o idoso a apresentar um quadro sintomático de depressão.

Fortes (2005) ressalta que alguns estudos mostram que a depressão é o principal fator psicológico associado ao suicídio nesta fase da vida. Ou seja, ela pode ainda constituir-se em um fator de risco para a própria vida dos idosos. Uma das perdas significativas que na maioria das vezes está relacionada com a chegada da velhice é a aposentadoria. Debert (1999) coloca que a geração atual de idosos seria, talvez, a última a permanecer em turno completo de emprego até a idade da aposentadoria. Esse momento, que podemos associar à chegada da aposentadoria, faz com que, muitas vezes, o indivíduo, diante da perda do papel de trabalhador, deixe ou reduza os seus relacionamentos com as demais pessoas na comunidade, já que este passava uma considerável parte de seu tempo no ambiente de trabalho.

Para Tavares, Néri e Cupertino (2004) a aposentadoria é um determinante da diferenciação dos papéis adotados na velhice. Zimmerman (2000) contribui com este assunto colocando que nossa sociedade limita a pessoa com a aposentadoria, o que pode causar transtornos que levam ao surgimento de doenças, de exclusão, de isolamento, podendo acarretar uma depressão. Ela ocasiona o afastamento dos colegas, a perda da identidade como trabalhador e a rotina diária, além de acarretar um rebaixamento nos rendimentos do idoso. Porém não se pode esquecer que outros a esperam como um evento desejado, que vai lhes propiciar realizações. Tudo vai depender da maneira como é a preparação e a espera por esta aposentadoria e com que outros interesses o idoso vai usar a energia e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida.

E como a vivência primeira da velhice se dá no corpo ele, por si só, não se revela como atributo da velhice, porém, uma vez que ela instala-se no corpo, passa a inquietar o idoso. Certamente, a inquietação decorre de uma avaliação também estigmatizada e,

em consequência, de uma abominação do indivíduo diante do próprio corpo. A visão de um corpo imperfeito, de uma máquina que está desgastada e “em declínio”, “enfraquecida”, “enrugada” – não avalia apenas o corpo, mas amplia-se além dele para a personalidade e para o papel social, econômico e cultural do idoso. Mais do que isso, nessa correlação entra a noção de tempo, que se apresenta como “pouco tempo de vida”, “do tempo que passou”, “de que nada mais se deve esperar de um indivíduo que, com o passar do tempo, ‘só deve decair’”. Essas ideias relacionando velhice e tempo revelam um indivíduo que não investe mais no presente nem projeta o futuro, que só tem passado, lembranças para lembrar e, mais tarde, o confronto com a morte. Elas negam a possibilidade de um futuro para o velho (Zally e col, 2009). A esse respeito, afirma Birman (1995, p. 39): *“O idoso é considerado alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e que apenas espera o momento fatídico para sair inteiramente da cena do mundo”*.

Essas limitações corporais e a consciência da temporalidade são problemáticas fundamentais no processo de envelhecimento, aparecendo de forma reiterada no discurso dos idosos, embora possam adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo da sua situação social e da sua própria estrutura psíquica. Corpo e tempo se entrecruzam no devir do envelhecimento e das formas desse entrecruzamento nascerão as múltiplas velhices (Goldfarb, 1998).

Santos (2002) afirma que quando as pessoas são levadas a pensar e discutir este assunto, o seu próprio envelhecimento, começam a identificar formas diferenciadas de compreendê-lo e constata que muitas preferem negar que são velhas para afirmar que estão vivendo bem o envelhecimento. O autor acrescenta que as pessoas, ao se defrontarem com o questionamento sobre o que significa envelhecer, estabelecem imediatamente uma relação direta entre velhice e doença. É como se o conceito de

velhice fosse algo imposto e não realmente sentido pelas pessoas, ou seja, ele é um conceito introjetado pela cultura. Elas tendem a mostrar primeiro o lado negativo de suas vidas. As pessoas esquecem que em qualquer momento de suas vidas vai haver problemas e dificuldades, mas que a velhice não precisa ser vista unicamente desta forma.

Simone de Beauvoir (1990) denota que o sujeito não pode ter uma experiência plena do ser velho. Esta seria uma experiência irrealizável em si própria, e a velhice, a decadência e a finitude são mais aspectos percebidos pelos outros do que pelo próprio sujeito que envelhece. É o outro que aponta nosso envelhecimento. Assim, o velho será sempre o outro e tratamos de representar o que somos através da visão que os outros têm de nós.

Se a identidade de velho constrói-se pela contraposição à identidade de jovem; conseqüentemente, há também a associação das qualidades: atividade, produtividade, beleza, força, memória, entre outras, como características típicas dos jovens e as qualidades opostas presentes nos idosos. As características atribuídas aos velhos, que vão definir seu perfil identitário, são, na maioria das vezes, estigmatizadoras, fruto de produção ideológica da sociedade. Os idosos conhecem e também partilham essa ideologia que, entretanto, define o velho em geral, não em particular. Assim, pessoalmente não se sentem incluídos no grande modelo ideológico. Partilhar a ideologia revela o fato lógico de que certos indivíduos preenchem os requisitos necessários para serem classificados como velhos (Zally et al, 2009).

Desse modo, se o “velho” não sou “eu”, o velho é o “outro”, o ser velho tem sua identidade claramente definida pela relação que estabelece com o outro, a alteridade jovem. Simone de Beauvoir (1990, p. 353) chama a atenção para essa relação “eu” e “outro”, profundamente chocante, estigmatizadora, criadora da identidade de velho ao

dizer: *“É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade”*.

Estabelece-se o distanciamento entre qualidade de vida e envelhecimento, que está diretamente relacionado ao conceito de doença, dependência e, conseqüentemente, morte. Surge neste momento o conceito social de que o velho não é adequado dentro desta sociedade. O idoso passa a ter o mesmo valor de um objeto indesejado. Porém, em seus discursos, as pessoas se esquecem que os objetos velhos trazem consigo a história de um povo e são valorizados quando demonstram o seu mérito. A sociedade reage a esta idéia com estranhamento, ao descobrir que as pessoas idosas são as detentoras da história e da sabedoria que devem ser passadas às novas gerações (Santos, 2002).

Portanto, quando se estuda o envelhecimento é relevante observar a distinção que Hayflick (1996) propõe entre velhice e doença. Envelhecimento não é sinônimo de doença, apesar desses termos poderem estar associados. O ser humano está suscetível a muitos tipos de doenças em qualquer fase da vida, caso contrário não existiriam tantos problemas com a mortalidade infantil. Com o aumento da idade o sistema imunológico humano diminui a capacidade de defender o organismo e, portanto, o indivíduo fica mais vulnerável às doenças, mas não necessariamente adoece.

De acordo com o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD, 2008), apenas 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo a partir de 75 anos, o percentual atingiu 54%. A hipertensão foi a enfermidade que mais se destacou, com proporções em torno de 50%. Dores na coluna e artrite ou reumatismo atingiram respectivamente 35,1% e 24,2% das pessoas a partir dos 60 anos.

É possível que a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao definir *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, reforce a associação que se faz entre velhice e doença. Porém há que saber que esta definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral. (Segre & Ferraz, 1997).

O desafio encontra-se em manter e renovar a vida de maneira significativa e produtiva. Os idosos são desafiados a compensar possíveis perdas, reforçando e valorizando as áreas que se mantêm e as novas habilidades desenvolvidas (Knopoff, Santagostino & Zarebski, 2004). Estas estratégias de comparação com outros idosos ajudam na manutenção de uma auto-imagem positiva, bem como da auto-estima. Por essa razão, são muito importantes na velhice principalmente quando é necessário que o idoso se adapte a perdas físicas e sociais (Neri, 2005).

É necessário que, além do reconhecimento dos possíveis riscos característicos dessa fase da vida, suas possibilidades de crescimento não sejam negligenciadas (Couto, Koller & Novo, 2006). Atualmente, devido ao avanço nas teorias e pesquisas, pode-se falar em 'envelhecimento satisfatório', que depende da constante interação do indivíduo com o meio ambiente e do equilíbrio entre suas limitações e potencialidades, permitindo-lhe enfrentar perdas comuns nessa fase da vida, como aposentadoria, doenças e mortes.

Para que o envelhecer ocorra de uma forma tranqüila e saudável dependerá das chances de usufruir de condições adequadas de saúde, educação, moradia, alimentação, lazer, vida social, durante todo seu curso de vida. Acrescenta-se a isso, que o conhecimento do processo de envelhecimento poderá ajudar os idosos a viver com um bom nível de saúde (Guimarães, 1996).

Segundo Westerhof (2008) os psicólogos têm argumentado que motivos como autocontinuidade e autoengrandecimento podem influenciar a idade subjetiva do idoso.

Autocontinuidade refere-se ao desejo e motivação para permanecer a mesma pessoa ao longo do tempo. Identificar-se com uma idade mais jovem tem resultado, assim, em uma sensação de coerência com o passado. Autoengrandecimento refere-se ao motivo para manter ou aumentar uma imagem positiva de si mesmo. Identidades joviais são um meio para satisfazer esse desejo em uma cultura que associa envelhecimento com declínio e juventude com vigor e atrativos físicos, refletindo prevaletentes imagens negativas de velho na sociedade ocidental.

Como foi visto e agora reforçado por Batistoni e Namba (2010), o envelhecimento é uma experiência heterogênea e complexa, e não é definido por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e aspectos subjetivos. Sabe-se que as percepções sobre o próprio processo de envelhecimento têm importantes consequências para o desenvolvimento psicológico, saúde física e até mesmo a mortalidade. Assim sendo, o estudo das percepções pessoais de idade tem relevância clínica e chama a atenção para a necessidade de compreender melhor os processos subjacentes ao envelhecimento percebido.

Método

Natureza da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Turato (2003), refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é

centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Isso não significa, entretanto, que seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada.

Participantes

Os participantes foram procurados entre pessoas do conhecimento das pesquisadoras, como também foram indicadas pelos entrevistados. Trata-se, portanto, de uma amostra por conveniência, deliberada ou intencional (Turato, 2003). Participaram doze indivíduos, sendo seis homens e seis mulheres, na faixa etária dos 62 até os 81, com média de idade de 66,5 anos. Todos pertencem às camadas média e alta da população. Para classificá-los nessas camadas levou-se em consideração a renda, a escolaridade, bairro onde moram e os bens que possuem. Todos eram moradores da região metropolitana do Recife e não estavam institucionalizados. O critério de inclusão foi a ausência de demências e apresentar condições de participar do estudo (não acamados). Na maioria dos casos eles foram entrevistados em suas residências e, em alguns casos, no seu ambiente de trabalho. Todos os nomes são fictícios para preservar a identidade dos participantes. Uma descrição mais detalhada dos mesmos se encontra nos quadros abaixo.

Quadro 1: Dados sócio demográficos das participantes do sexo feminino.

Nome	Idade	Estado civil	Mora com	Atividade	Renda	Escolaridade	Filhos/netos
Leila	62	Casada (Separada)	Filhos	Bancaria aposentada	4.000	Ensino médio	2/0
Cássia	62	Divorciada	Sozinha	Vendas	4.000	Ensino médio	2/5
Marina	63	Casada	Marido e neta	Do lar	10.000	Ensino Médio	2/5
Adriana	64	Divorciada	Sozinha	Do lar Pensionista	5.000	Ensino Fundamental	2/0
Maria Rita	70	Casada	Marido	Advogada aposentada	3.600	Superior	3/7
Elis	81	Viúva	Filha e genro	Farmacêutica aposentada	7.000	Superior	2/4

Pode-se constatar que a maioria das mulheres entrevistadas não mora mais com o marido, o nível de escolaridade preponderante é o médio, todas têm filhos e uma boa condição financeira.

A seguir, apresenta-se o quadro dois onde contam os resultados dos homens.

Quadro 2: Dados sócio demográficos dos participantes do sexo masculino.

Nome	Idade	Estado civil	Mora com	Atividade	Renda	Escolaridade	Filhos/netos
Francisco	62	Casado	Esposa e sogra	Agropecuária	5.000	Superior incompleto	2/0
Jorge	67	Casado	Esposa	Administrador aposentado	5.000	Pós-graduação	3/6
Antonio Carlos	68	Casado	Esposa e neta	Bancário aposentado Empresário	10.000	Ensino Médio	2/5
Roberto	70	Casado	Esposa	Militar aposentado	15.000	Doutorado	3/5
Vinicius	63	Casado	Esposa e filhos	Militar aposentado Comerciante	9.000	Pós-graduação	2/0
Caetano	67	Casado	Esposa	Empresário	10.000	Pós-graduação	2/1

Os participantes homens eram todos casados e viviam com as esposas. Pode-se ainda perceber que os entrevistados do sexo masculino possuem maior grau de escolaridade e maior renda, em comparação com as mulheres.

Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro conduzido de forma semi-dirigida, composto de questões que atenderam aos objetivos de pesquisa e dos dados sócio-demográficos dos participantes. O roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura consultada (Anexo 2).

Procedimentos para a Coleta de Dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição que a apoiou sob o número 017/2010. Com o objetivo de realizar a pesquisa dentro da ética dialógica, os objetivos da pesquisa foram explicados aos participantes e esclarecidas todas e quaisquer dúvidas. Posteriormente, foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos mesmos (Anexo 1). Em seguida, foram feitas as entrevistas, de forma individual, com duração média de 30 minutos. Elas foram gravadas e, em seguida, transcritas.

Procedimentos para Análise dos Dados:

Foi realizada uma análise temática, que é uma das possibilidades de estudo do conteúdo. É uma técnica científica utilizada para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo é dividida em três fases. A primeira se trata da *pré análise*, que é a da fase de organização propriamente dita. Corresponde às buscas iniciais, de intuições e de primeiros contatos com os materiais. É a elaboração dos indicadores que fundamentarão a interpretação final através da leitura flutuante, escolha dos documentos e formulação das hipóteses. A segunda é a fase da *análise do material*, que é a fase mais longa do processo e nela se codificarão as informações. E, por último, *o tratamento dos resultados e a interpretação*. A análise de conteúdo é uma

técnica que requer um trabalho minucioso e lento; além disto, é preciso que o pesquisador interprete e discuta os dados encontrados (Minayo, 2004).

Resultados e Discussão

Apresentar-se-ão agora os resultados obtidos de acordo com os temas levantados. Dividiu-se em quatro categorias para realizar a análise, quais sejam: conceito de saúde, estratégias adotadas para manter a saúde; avaliação da própria saúde e fatores que interferem na manutenção da saúde.

1) Conceito de Saúde

Os participantes atribuíram a este conceito grande importância. Mostraram-se também conscientes de que a idade traz limitações e algumas consequências físicas.

Depois de Deus é a melhor coisa (Maria Rita, 70).

Saúde pra mim é a coisa mais importante que tem pra se viver melhor, pra se ter qualidade de vida, e pra se fazer tudo que você gosta tem que ter qualidade de vida. Saúde é importante, é tudo. (Leila, 62)

Eu acho que saúde é a coisa mais importante na vida de cada pessoa. (Mariana, 63)

É executar as atividades que deseja (Francisco, 62)

É a ausência de doenças graves (Caetano, 67)

... continuar fazendo o que fazia na juventude. (Jorge, 67)

Algumas vezes o conceito de saúde foi relacionado à ausência de doenças físicas coincidindo com uma pesquisa realizada por Joia, Ruiz e Donalisio (2007) que observaram, quanto aos aspectos mais apontados pela amostra em sua definição de envelhecimento saudável, que a *saúde física* destacou-se.

Saúde para mim é quando a gente não sente nada, mas passa de uma certa idade a gente já sente um monte de coisa. (Adriana, 64))

É a manutenção de condicionamento físico que assegure disposição (Vinicius, 63)

É um adequado funcionamento do corpo. (Roberto, 70)

É você dançar, rir, contar piada, fazer todos os serviços de casa, saúde é isso, não ter doença nenhuma.(Elis, 81)

É importante observar que alguns participantes ampliaram o conceito de saúde, considerando também a mente e o equilíbrio geral do organismo.

É ter o corpo e mente sã (Francisco, 62)

É não ter nenhuma doença, algo mais grave que impossibilite viver uma vida normal, e ser feliz. (Jorge, 67)

Saúde é a gente tá bem com a gente mesmo. Porque se a gente tiver bem a gente mesmo então a gente não tem nada. Fora as coisas da idade, né? Uma dorzinha ali, outra aqui, mas nada grave. (Cássia, 62)

Por mais que alguns idosos tenham ampliado o conceito de saúde, ainda se percebe a ligação que fizeram com a saúde física e a ausência de doenças, citada pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). É necessário que este conceito seja cada vez mais ampliado ou a velhice será sempre o lugar da doença e da falta de saúde.

É importante salientar que os significados sobre saúde produzidos pelos idosos podem ser elementos organizadores de uma construção social coletiva do idoso. Conexões de sentimentos de realização e de completude a sentimentos de limitação seriam elementos identificadores desta construção, implicando na necessidade de manutenção de um delicado equilíbrio. Sob esta ótica, as auto-definições de saúde dos idosos, bem como os comportamentos e estratégias adotados, tornam-se significativos e coerentes (Fonseca, Firmo Filho & Uchôa, 2010).

2) Estratégias adotadas para manter a saúde

Costa, Barreto e Giatti (2003), em estudo descritivo sobre a população idosa brasileira, baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, relataram que a maioria dos idosos não realizava atividades físicas. Na presente pesquisa a atividade física foi citada por seis dos participantes, tanto homens quanto mulheres.

Pra manter minha saúde eu faço yoga, aeróbica, ginástica terapêutica, alongamento... (Leila, 62)

Faço exercício pelo menos três vezes na semana. Faço natação, faço exercício dentro da piscina, hidroginástica! E caminhada eu faço na praia

ou então pra ir para a igreja são 5 quarteirões ai eu vou a pé. (Maria Rita, 70)

O exercício físico torna-se imperioso. (Roberto, 70)

Também foram demonstradas preocupações com o controle da alimentação e a consultas a médicos com regularidade.

É, eu realmente tenho uma alimentação bastante racional, não ingiro refrigerante, conservantes, nada, ou o máximo que eu conseguir comer alimentos naturais. Outro ponto é que eu não sonho com coisas inalcançáveis. (Antonio Carlos, 68)

Além dos cuidados médicos imprescindíveis para retardar as conseqüências do envelhecimento procuro, ainda que muitas vezes com a cuidadosa preocupação de minha esposa, evitar, digo melhor, reduzir o consumo de alimentos mais prejudiciais à saúde, sobretudo o consumo de gorduras e açúcar. (Roberto, 70)

Algumas respostas destacaram que os participantes percebem a saúde de uma maneira mais global e vinculam o equilíbrio da mente com o do corpo. E se percebe também as pesquisas atuais desconsiderando este importante aspecto da saúde dos idosos.

Mantenho a mente limpa, que é o mais importante para mim, é tranqüilidade. E tentar de vez em quando fazer exercício e alimentação (Jorge, 67).

Exercícios físicos, caminhadas, alimentação moderada, continuo trabalhando, manter sempre o bom humor, ler jornais, revistas, livros sobre a maturidade, conviver com os jovens e evitar ter contrariedades, check-up anual (Roberto, 70).

Colaborando, mas não coincidindo com esta pesquisa, os resultados do trabalho realizado por Joia, Ruiz e Donalisio (2007) revelaram que a maior parte dos idosos não praticava atividade física programada. Entretanto, eles constataram que a presença de atividade física foi associada à satisfação com a vida.

Outra maneira de cuidar da saúde é o conhecimento do seu estado e a busca por informações, e muitos dos participantes demonstraram interesse de estar sempre atualizados quanto aos assuntos relacionados à saúde de uma maneira geral.

Eu me considero bem informada em relação à saúde, pesquiso na internet sempre que tem assunto novo, remédio novo, pra que serve. Essa coisa toda, eu gosto de ficar atendida com tudo (Leila, 62).

Considero que estou sempre bem informada em relação à saúde, pois estou sempre lendo e me cuidando (Marina, 63).

Tornou-se premente para mim um conhecimento de minha fisiologia e de meu “modus-operandi (Jorge, 67)

Aconteceu que a maioria quase absoluta se preocupa com a saúde de várias formas, mas uma experiência mal vivida, anos atrás, pode deixar consequências que não se apagam com a idade. Esse foi o caso de uma participante que perdeu um bebê e até hoje culpa a

demora do atendimento médico. Sua “rebeldia” para ir a médicos parece ter, em sua opinião, explicação lógica.

Não vou ao médico não, só vou amarrada. Só quando eu vejo que o negócio tá ficando ruim ai é que eu vou. E minha alimentação, controlam por mim (Elis, 81).

3) Avaliação da própria saúde

Nos estudos sobre o processo de envelhecer se encontra com frequência mais referências aos aspectos negativos do que aos aspectos positivos e/ou ganhos associados à velhice. Freire (2000) salienta que o envelhecimento não implica necessariamente em doença e afastamento. O idoso tem potencial para mudar as situações de sua vida e a si mesmo, e tem reservas inexploradas. Para o referido autor, os idosos podem se sentir felizes, realizados e atuantes em seu meio social. Já no Brasil são raros os estudos de base populacional que avaliam a distribuição da auto-avaliação da saúde em idosos. (Fonseca et al, 2010).

Nesta avaliação que os idosos fazem da própria saúde traz subjacente a ideia das limitações que a idade traz, mas a descoberta de que podem viver com saúde é que faz a diferença. Assim, eles vão de encontro a uma concepção que é reforçada pela sociedade de que o indivíduo novo é que é saudável.

... eu estou bem, mas também eu respeito os limites do meu corpo (Marina, 63).

Apesar de ter as artroses da vida, as artrites, mas isso é tudo controlado, colesterol também é controlado, enxaqueca é controlada, quer dizer, não deixo de maneira nenhuma me derrubar (Leila, 62).

Mas até que eu acho que eu tenho uma saúde boa para minha idade, eu vejo tantas pessoas com 64 anos pior (Adriana, 64).

Excelente, para minha idade avalio como excelente (Francisco, 72).

Considero minha saúde boa e até melhor do que poderia esperar em razão da minha idade (Maria Rita, 70).

A única doença que eu tenho é velhice (Jorge, 67).

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) mostram que há evoluções nos paradigmas sobre o desenvolvimento e o envelhecimento, e trazem para discussão a possibilidade do envelhecimento poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido. Porém, os autores observam que poucos estudos investigam como os próprios idosos definem o envelhecimento ideal e como consideram a possibilidade de se alcançar esse envelhecimento.

Os autores colocam ainda que as opiniões dos idosos sobre envelhecimento saudável demonstram baixa incidência de julgamentos considerando o envelhecimento como patológico (0.6%), corroborando com as definições de envelhecimento saudável defendidas pela Psicologia do Envelhecimento e demonstrando modificações nos paradigmas de velhice enquanto fase de perdas e declínios.

4) Fatores que interferem na manutenção da saúde

Acerca das preocupações que têm e que podem estar interferindo com sua saúde, os idosos consideram que a família, seja esposa, filhos ou irmãos, são as principais fontes de cuidado. Isto corrobora os dados encontrados na pesquisa realizada por Santos e Dias (2008), que referiram a mesma preocupação entre os 12 idosos moradores em Paulo Afonso.

Com que eu mais me preocupo? Com uma das minhas filhas com certeza. A vida dela ainda não esta estruturada financeiramente (Marina, 63).

Minha preocupação é com meus filhos, com ele porque o trabalho dele é muito cansativo, e com minha filha por causa desse segundo casamento dela, a situação financeira dela não é tranqüila (Cássia, 62).

Acredita, olhe... eu continuo me preocupando com família toda, eu estou onde realmente estão precisando de mim, sabe? (Maria Rita, 70).

Eu me preocupo com minha filha, por causa do seu tratamento. (Elis, 81)
(Filha em tratamento contra um câncer).

Com os filhos. Porque por mais que cresçam continuam sendo nossa preocupação. Sempre queremos vê-los conquistando seus objetivos profissionais e pessoais e tendo condições de viver dignamente com suas famílias. Minhas preocupações são maiores porque meus filhos não moram perto de mim e nem sempre nos é possível estar ao lado deles. (Roberto, 70).

Alguns relataram que as preocupações afetam sua saúde,

As preocupações me afetam e o corpo reage. Eu começo a ficar deprimida, não gosto de conversar, eu me tranco no quarto, me tranco de certa forma dentro de mim. Ai não tem como tocar, não tem como pintar, nada (Leila, 62).

Às vezes afeta, por que tira meu sono, quando eu vejo que ele (filho) não tá bem, e com ela (filha) a mesma coisa, os problemas que acontece com ela, com o marido, mas eu não posso me meter, eu dou conselho, né? Chamo ela lá em casa e converso (Cássia, 62).

Em determinados momentos sim, mexe com minha saúde, pois às vezes exageramos em nossas preocupações (Caetano, 67).

Mas alguns parecem saber diferenciar e não permitir que as preocupações afetem sua saúde talvez por isso a sabedoria é um importante aspecto abordado quando o tema é envelhecimento saudável. Baltes e Smith (1995) a definem como uma função pertinente ao crescimento ao longo da vida, uma especialização cognitiva rara e difícil de ser atingida. Assim, a sabedoria seria o resultado do processo de revisão de vida e seria alcançada, principalmente, na velhice, sendo considerada um dos maiores ganhos dessa fase da vida, uma vez que permite ao indivíduo ir além das perdas vividas no processo de envelhecimento (Mauad, 1999). Os idosos disseram:

Não, não chega a afetar minha saúde não, eu não permito, entendeu? As coisas só atingem a gente se a gente permitir, não é? Lógico, certas coisas mexem muito com a gente (Maria Rita, 70).

Não, eu separo as coisas. Uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa, não posso deixar que interfira. Eu tenho minha vida e elas tem as delas. Como a minha esposa tem a dela, você não pode misturar (Francisco, 62).

Não, não chega a isso não. Eu acho que eu tenho uma cabeça boa (Adriana, 64).

Não, não creio, pois já aprendi a dissociar os problemas ocasionais de minha opção de vida (Jorge, 67).

Aldwin (1994) argumenta que os idosos, frente aos eventos de perda, lidam muito bem com o estresse, ou seja, eles geralmente são mais eficientes do que os adultos mais jovens em suas respostas de enfrentamento. A autora explica estes dados em função de eventos considerados marcantes vividos ao longo de toda a vida ampliando a possibilidade de que, no envelhecimento, os idosos possuam tanto um maior repertório de estratégias de enfrentamento quanto o fato de que estes se tornem mais eficazes com o passar dos anos.

Considerações finais

Percebemos que é importante ouvir os idosos sobre o tema saúde, pois a partir de um escuta comprometida além de divulgar isto a nível científico, estas pesquisas podem subsidiar decisões sobre políticas públicas de saúde, promoção e proteção social que permitam melhorar a qualidade de vida de idosos individuais e da sociedade, que como vimos, envelhece.

Em uma sociedade em que o novo é melhor que o usado, em que a novidade tem que ser consumida, envelhecer se torna ainda mais difícil. Não houve neste artigo a

intenção de negar as dificuldades e as limitações que o avançar da idade traz, mas precisamos refletir acerca do ideal do envelhecimento saudável, pois envelhecer é um processo natural e ter saúde não significa apenas a ausência de doença. Acreditamos que se desvincularmos estes dois termos pode-se alcançar mudanças conceituais, principalmente porque saúde não se limita apenas ao corpo. Incluí também a mente, as emoções, as relações sociais e a coletividade.

E se, como vimos, o outro é que nos dá a possibilidade de perceber o envelhecimento, é pelo outro também que iniciaremos a mudança da conexão entre ser idoso e ser doente. Salientamos que nós, pesquisadores, somos um “outro” que possui um papel de fundamental importância na construção de uma identidade idosa menos estigmatizada. As pesquisas nessa área enfocam, na maioria das vezes, os aspectos negativos da velhice, porém não foi o que presenciamos na presente investigação.

Sabemos que essa pesquisa tem suas limitações, por se tratar de um estudo com um número pequeno de participantes, o que impossibilita buscar generalizações. Outra limitação se deve ao fato de termos pesquisado pessoas de uma classe social privilegiada que, com certeza, contribuiu para a obtenção de dados tão animadores. Coincidentemente, a maioria dos participantes está na faixa etária entre os 60 e 70 anos, havendo apenas uma com 81 anos. Assim eles podem ser considerados como estando na categoria de “idosos mais jovens” (Coelho Filho & Ramos, 1999). Por isso destacamos a importância de mais pesquisas relacionadas ao assunto com pessoas de camadas sociais desfavorecidas e também com indivíduos “muito idosos”.

Há que considerar que envelhecer é um privilégio e que as pessoas um dia, se tiverem a oportunidade, envelhecerão. Portanto, olhemos e tratemos as pessoas idosas como nós seremos e gostaríamos de ser tratados um dia. Agir assim talvez não seja uma

tarefa fácil, mas “os idosos” são pessoas únicas com características, necessidades, talentos e capacidades, e não devem ser vistos apenas como um grupo homogêneo.

Referências

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: an interactive*. New York: Guilford.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1995). Psicologia da sabedoria: Origem e desenvolvimento. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 41-72). (A. L. Neri & L. Goldstein, Trad.). Campinas, SP: Papyrus.
- Batistoni, S. & Namba, C. (2010) Idade subjetiva e suas relações com o envelhecimento bem-sucedido. *Psicologia em Estudo*,15(4). Disponível em <http://scielo.com.br>. Acesso 18/9/2011.
- Beauvoir, S.(1990). *A velhice*. 2.ed. (Martins, M. H. F, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Birman, J. (1995) Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. Em: Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati). *Terceira idade, um envelhecimento digno para o cidadão do futuro* (p. 29- 48). São Paulo:: Relume Dumará.
- Coelho Filho, J. M. & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 445-453.
- Costa M F L, Barreto S M & Giatti L. (2003) Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 735-743.
- Couto, M. C. P.; Koller, S. H. & Novo, R. F. (2006). Resiliência no envelhecimento risco e proteção. Em: Falcão, D. V. & Dias, C. B. (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 315-338). Vol. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cupertino, A. P.; Rosa, F. H.& Ribeiro, P. C. (2007) Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (1). Disponível em www.scielo.br/prc . Acesso em 26 de Fevereiro de 2011.

- Debert, G. G.(1997) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Fapesp.
- Debert, G. G. (1999) A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. Em: Neri, Al & Debert, GG (orgs.). *Velhice e sociedade* (p 41-68). Campinas: Papyrus
- Deep CA,& Jeste DV. (2006) Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Geriatric Psychiatry*. 14(1) (p 6-20).
- 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) São Paulo: Papyrus.
- Fonseca, M. ; Firmo, J.; Filho, A. & Uchoa, E. (2010) Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista Saúde Pública* [online]. 44:1 p. 159-165
- Fortes, A. C. G.(2005) *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas, São Paulo.
- Goldfarb, C. D. (1998) Corpo e temporalidade: Aporte para uma clínica do envelhecimento. *Revista Kairós*, 1(1), 01-08.
- Groisman, D. (1999). Velhice e História: perspectivas teóricas. *Cadernos IPUB*, 10, p. 43-56. (Número especial: Envelhecimento e Saúde Mental: Uma aproximação multidisciplinar).
- Guimarães, R. M. (1996) É possível retardar o envelhecimento? Em: Guidi, M. L. & Moreira M. R (Orgs.). *Rejuvenescer a velhice* (pp. 17-22). Brasília: Editora da UnB.
- Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Joia, L.; Ruiz, T. & Donalísio, M. (2007) Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1)
- Katz, S. (1996) *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Charlottesville, University Press of Virginia.
- Knopoff, R.; Santagostino, L. & Zarebski, G. (2004). Resiliencia y envejecimiento. Em Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Rodríguez, D. (Orgs.). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de vida* (pp. 214-228). Buenos Aires: Paidós.
- Leme, L. E. G. A (1999). Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. Em: M. Papaléo Netto (Org). *Gerontologia, a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 13-25). São Paulo: Atheneu,.
- Mauad, L. C. (1999). *Sabedoria e revisão de vida: O desempenho de um grupo de mulheres de diferentes idades*. Londrina/ PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- Minayo, M. C. (2004) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. Em A. L. Neri (Org). *Qualidade de vida e idade madura* (pp.9-55). 5a. ed. São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Santos, G. A. (2002) Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 1 (1), novembro. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/937/717>. Acesso em 26 de novembro de 2010.
- Santos, I. E. & Dias, C. M. S. B. (2008). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.

- Segre, M. & Ferraz, F. C.(1997) O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*,.31(5), Outubro. Disponível em <http://www.scielo.br> .Acesso em 05 de Maio de 2011.
- Tavares, S. S., Neri, A L., & Cupertino, A. P. (2004). Saúde emocional após a aposentadoria. In: A. L. Néri, M. S. Yassuda & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 91-110). Campinas: Papirus.
- Turato, E .R.(2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes.
- Westerhof, G. J. (2008). Age identity. Em D. Carr (Org.). *Encyclopedia of the life course and human development*, v. 3 (pp. 10-14). Chicago: Gale Cengage.
- Zally P., Queiroz, E., Mercadante F, Lopes R. & Barroso, A. (2009). *Perspectiva cultural do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/ Fundação Padre Anchieta.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

2. Apoio Social e Envelhecimento: Aspectos relacionados à Saúde

Carolina Parente de Andrade

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo: O envelhecimento da população em todo o mundo pode ser visto como uma das maiores conquistas do século atual. Sendo assim o objetivo geral desta pesquisa foi investigar, na perspectiva do idoso, a qualidade do apoio social recebido e sua relação com a saúde. Especificamente, procurou entender a concepção que os idosos possuem de apoio social; caracterizar o apoio social recebido; analisar o papel da família neste apoio, além pontuar as necessidades sentidas pelos idosos acerca dos temas saúde e apoio social. Eles responderam a uma entrevista composta de questões relacionadas aos objetivos da investigação e seus dados sócio-demográficos. Foi realizada com 12 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 62 e 81 anos, de camadas média e alta. As entrevistas foram analisadas com base na técnica da análise de conteúdo temática. Observou-se que tanto eles precisam de apoio, como são também fontes de apoio, o que contraria o preconceito de que o idoso não tem utilidade. Verificou-se que a família é a principal fonte de apoio, seguida de amigos, religião e clubes sociais e de prestação de serviços à sociedade.

Palavras-chave: Envelhecimento, apoio social, saúde

Abstract: The aging population in the world can be seen as one of the greatest achievements of this century. Thus the overall objective of this research was from the perspective of the elderly, the quality of social support received and its relationship to health. Specifically, he sought to understand the concept that the elderly have social support, social support received characterize analyze the role of this family support, and point out the needs felt by the elderly about health and social issues. They responded to an interview consisting of questions related to the purposes of research and its socio-demographic data. Was conducted with 12 individuals of both sexes, aged between 62 and 81 years of middle and upper layers. The analysis was based on the technique of thematic content analysis. It was observed that both they need support, but are also sources of support, which contradicts the prejudice that the elderly do nothing. It was found that the family is the main source of support, followed by friends, religion and social clubs and service to society.

Key-words: Aging, social support, health

Poder chegar a uma idade avançada, já não é mais privilégio de poucas pessoas. Battini, Maciel e Finato (2006) colocam que o envelhecimento populacional, acompanhado do progresso científico, favorece a mudança da mentalidade acerca da velhice, que pode passar a ser percebida como uma fase do desenvolvimento que não está ligada, exclusivamente, a incapacidades e perdas. Diante desta nova demanda, faz-se necessária a elaboração de estudos visando identificar elementos que colaborem para um envelhecimento de qualidade.

Conforme será discutido a seguir, tem-se percebido que um dos fatores mais importantes para um envelhecimento satisfatório é o apoio social. Existe uma literatura substancial que aponta a relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais. Ramos (2002) ressalta que relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde, mas os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são totalmente conhecidos. Há indícios de que a ajuda recebida e a ajuda oferecida contribuem para um senso de controle pessoal e isto tem uma influência positiva no bem-estar psicológico do indivíduo idoso.

O apoio social foi definido por Barrón (1996, p 84), como um “conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos”. Nesta perspectiva, ele surge como um processo promotor de assistência e ajuda através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. Vaz Serra (1999, p.56), ao definir apoio social como “a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”, corrobora com a idéia de um conceito dinâmico referente a transações entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. Num estudo feito por Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001), foi enfatizado que o termo apoio social refere-se ao grau em que relações interpessoais correspondem a determinadas funções em situações de necessidade.

Este artigo teve por objetivo geral investigar, na perspectiva do idoso, a qualidade do apoio social recebido e sua relação com a saúde. Especificamente, visou caracterizar o apoio social recebido e dado por eles, analisar suas necessidades e discutir o papel da família neste apoio.

Peculiaridades do Apoio Social

O apoio social poderia tanto proteger os indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes – possuindo um efeito amortecedor – quanto afetar direta e positivamente a saúde das pessoas ao fornecer recursos (ajuda econômica, material, informações), melhor acesso ao cuidado de saúde e regulação de hábitos como consumo de álcool e tabaco (Berkman & Syme, 1999).

Entretanto, outros autores argumentam que o apoio social pode também provocar resultados negativos os quais podem existir em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar (Krause, 1997). No entanto, predomina o argumento favorável à idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde. Isto foi observado em pessoas casadas que apresentaram melhor condição de saúde que outras pertencentes a outros estados civis (Cockerham, 1991).

Pontua-se que o apoio social leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos e que, por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão (Freire & Sommerhalder, 2000). A partir das contribuições destes autores pode-se perceber que apoio social é um conceito que vem sendo construído e envolve, ao mesmo tempo, a estrutura da rede de relacionamentos

sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que usufrui. A diferença entre *rede social* e *suporte ou apoio social* é que a primeira pode ser definida como um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo receptor (Roth, 1989).

Outro conceito diretamente relacionado com o de apoio social é o de cuidado. Teixeira (2002, citado por Boff, 1999) diz que o apoio pressupõe o cuidado e afirma que este é algo que se encontra na raiz de todo o ser humano, fazendo parte da constituição humana. Como pontua Boff: "*o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta, eis a característica do ser humano*" (1999, p. 35). Porém se percebe que o apoio social é um conceito mais dinâmico, no sentido em que ele acontece numa via de mão dupla.

A reciprocidade do apoio recebido e provido revela um nível satisfatório de autonomia e esta capacidade funcional pode ser um moderador do impacto do apoio dado sobre o bem-estar dos idosos. Tal constatação permite olhar a velhice numa perspectiva diferente, pois em geral, presume-se que o idoso é quem precisa do apoio para satisfazer suas necessidades (Gracia, 1997). Mas já se sabe que os idosos que enfrentam de forma direta seus problemas, e que recebem e dão apoio, relatam maior bem estar. Uma pesquisa realizada por Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra e R. Guedea (2006) contribui para mudar a concepção do idoso como mero receptor passivo de ajuda, mostrando a possibilidade de envolvimento bidirecional dos idosos, dando e recebendo recursos para a promoção do próprio bem-estar.

Outra questão importante, em relação a este conceito, são as variáveis pelas quais o apoio social pode ser analisado. Segundo Arrosi (1993), os pesquisadores definem apoio

social segundo dois tipos: 1) *Apoio emocional*, que é referente à ajuda emocional, tais como dar carinho, afeto, estima, valor, entre outros; 2) *Apoio instrumental*, referente à ajuda material, ajuda informacional, cuidar, acompanhar.

Uma operacionalização mais específica foi proposta dividindo o conceito de apoio social em cinco categorias a fim de encontrar instrumentos para sua medida, sendo elas: 1) *apoio material* que se refere ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade; 2) *apoio afetivo* que envolve expressões de amor e afeição; 3) *apoio emocional*, referindo-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; 4) *apoio de informação* que é as informações que podem ser usadas para lidar com problemas e é medido por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações; 5) *a interação social positiva* entendida como a disponibilidade de ter pessoas com quem se pode divertir e relaxar (Pinto, Garcia, Bocchi & Carvalhaes, 2006).

O que se percebe é que devido às múltiplas definições de apoio social, este não se constitui como um conceito universal. É preciso defini-lo segundo o contexto em que está sendo analisado, levando-se em conta os fatores culturais e socioeconômicos, os programas de intervenção e as iniciativas comunitárias de cada sociedade; e ainda, a maneira como esses fatores determinam o significado de apoio social.

Fontes de Apoio Social

Almeida e Maia (2010) relatam que, desde a década de 80, a Gerontologia começou a investigar os aspectos psicológicos e sociais que envolvem a velhice, inclusive estudando os benefícios das redes sociais e as interferências na vida dos idosos. Bowling e Browne, (1991) colocam que essas redes podem ser divididas em duas categorias: familiar e de amigos.

Ramos (2003) refere que a principal fonte de suporte para a população de idosos ainda é a família, principalmente aquela que vive em domicílio multigeracional. Camarano e El Ghaouri (2003) procuraram entender como as famílias com idosos estão se organizando no Brasil para fazer face ao envelhecimento populacional, à maior dependência econômica dos jovens e ao próprio enxugamento do papel do Estado. Em seu estudo apontam dois tipos de grupo familiar entre a população idosa, ou seja, *família de idosos*, em que o idoso é chefe do domicílio ou cônjuge; *família com idosos* – onde os idosos moram na condição de parentes do chefe, por não terem condições financeiras ou de saúde para se cuidar.

Segundo Camarano, Kanso, Leitão e Mello e Pasinato (2004) ocorre forte e crescente intercâmbio entre os idosos e as gerações mais novas no Brasil, indicado pelo aumento das taxas de famílias chefiadas por idosos ou para as quais contribuem economicamente. Constata-se, atualmente, que uma parcela expressiva de filhos, netos e bisnetos estão morando junto com seus pais e avós, fenômeno denominado “co-residência” (Camarano & El Ghaouri, 2003). Segundo Dias e Silva (1999), em geral, os avós são o porto seguro nos momentos de crise, os transmissores da história familiar, firmando a identidade do grupo; os mediadores e fontes de apoio emocional nas relações interpessoais intempestivas vividas pelos filhos, e, para os netos, representam o equilíbrio necessário nos momentos de desânimo e depreciação de si mesmos.

Sad (1991), em um estudo sobre as tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil, num informe demográfico da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (Fundação Seade), apontou que existe uma carência de redes de suporte formais ao idoso. A autora afirmou que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a

organização comunitária também se mostra bastante incipiente. Vinte anos depois será que houve grandes mudanças nesse aspecto?

O que se percebe atualmente é que as relações familiares não se tornam diferentes com a perspectiva de as pessoas viverem mais tempo; apenas ficam mais complexas em função do número crescente de pessoas interagindo (Espitia & Martins, 2006) Cada família, ao vivenciar seus momentos de transformação, busca a reorganização de forma peculiar. Wright e Leahey (2002) afirmam que os vínculos estabelecidos entre o idoso e os outros membros da família facilitam ou não a convivência familiar e a passagem tranqüila por esse ciclo vital que, como todos os outros ciclos, contém crises e adaptações. A dinâmica do sistema familiar cumpre importante papel no sentido da absorção das tensões provocadas pelos conflitos e mudanças presentes no processo de envelhecer, que requerem adaptações tanto do idoso quanto da sua família que, igualmente, envelhece.

A família, entendida como rede social e de apoio, é constituída por um grupo hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços e relações de dar e receber. Ela está presente ao longo do ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária. No entanto, sua estrutura e suas funções sofrem alterações dependendo das necessidades das pessoas. (Neri & Sommerhalder, 2006)

No contexto dinâmico, complexo e singular que é o da família, o diálogo é destacado por Andrade (2001) como essencial no compartilhar de experiências, conhecimentos, sentimentos e necessidades, tanto da família em seu conjunto e de seus membros em particular, quanto da relação destes com aquele que se dedica a estudar a família mais de perto. Althoff (2002) salienta que as conversas familiares representam a oportunidade que as pessoas têm de expressar sua individualidade, trocar experiências e fixar valores e crenças comuns.

Porém, sabe-se que os relacionamentos afetivos e os vínculos estão cada vez mais complexos e comprometidos devido às necessidades de cada um. Entendendo vínculos como laços emocionais exclusivos e resistentes, a manutenção destes é experimentada como fonte de segurança e suas renovações como fonte de alegria, “...muitas das mais intensas emoções surgem durante a formação, manutenção, ruptura de laços afetivos...”(Wright & Leahey, 2002, p.68) .

Por isso é importante ressaltar que não existe um vínculo certo ou errado ou um melhor ou pior. É preciso reconhecer que a ideia de vínculo ultrapassa o conceito dual. E nesta categoria de vínculo deve-se incluir os relacionamentos e as redes de contato, percebendo assim a definição de família não só como um agregado tradicional e restrito que utiliza critérios de consanguinidade, adoção e casamento, mas que “*família é quem seus membros dizem que são*”. (Wright & Leahey, 2002, p.68).

Nessa perspectiva de cada indivíduo avaliar quem são as pessoas importantes aparece a rede de amigos, que diferente da familiar, é construída a partir de escolhas seletivas, sendo baseada na troca recíproca de experiências e sentimentos. Pode-se dizer que o contexto das relações de amizade traz para as pessoas idosas consequências positivas, tanto físicas quanto mentais (Almeida & Maia, 2010).

Em uma investigação empírica sobre os relacionamentos entre amigos no contexto de uma instituição asilar, pesquisadores descobriram dez unidades temáticas através das quais o idoso asilado define um amigo: especial, presente, sem interesse, verdadeiro, que compartilha, imprescindível, admirável, que ajuda, confiável e como uma pessoa da família. (Silva, Menezes, Santos, Carvalho & Barreiros, 2006)

Já se sabe que o apoio ou suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental, entretanto cada pessoa pode não ter igual acesso a este importante recurso. Existem talvez significantes variações de classe

na natureza e na quantidade, em que o suporte social está disponível. As pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas, aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em classes mais altas (Krause & Borawisk-Clarck, 1995).

Sendo assim, se observa que a classe social está relacionada com o apoio social na velhice. Mas, estas diferenças não se manifestam entre todos os tipos ou dimensões do suporte social. Ao contrário, os idosos com altas rendas e altos níveis de educação diferem daqueles nos mais baixos escalões somente em termos de contatos com amigos (e não com familiares), da frequência do suporte fornecido para outros, e na satisfação com o suporte. Ramos (2002) argumenta que altos níveis de educação promovem boa saúde em idades mais avançadas, afirmando ainda que a educação é uma variável que pode adiar problemas de saúde, no sentido de que ela permite uma acumulação de vantagens.

Por outro lado, o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contatos sociais fora da esfera familiar sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais. Quando os idosos percebem uma troca não balanceada, isto é, uma falta de capacidade para retribuir, eles podem ficar deprimidos. (Krause, 1995).

O que se pretende é que a sociedade abandone os estereótipos de abandono e solidão, que caracterizam a experiência do envelhecimento, e os substitua pela imagem dos idosos como seres ativos, intelectuais, preocupados com uma ocupação mais proveitosa de seu tempo, construindo as mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento, reciclando as identidades anteriores e motivando as relações entre pais e filhos. Percebe-se com frequência no cotidiano, que o idoso preocupa-se mais com a qualidade de sua saúde, busca estar sempre atualizado acerca das transformações sociais, participa dos eventos familiares com alegria e entusiasmo, procurando manter-

se inserido no contexto social, dentro de seus limites (Debbert, 1999 conforme citado por Espetia & Martins, 2006).

O que está em falta, e onde se pode contribuir, é na realização de estudos que expliquem porque as relações sociais diminuem o risco de doenças, imobilidade e morte. E, como referem Almeida e Maia (2010), a velhice é um campo carente de pesquisas, o que torna necessário buscar novas práticas psicológicas para a terceira idade. Descobrir respostas, nesse sentido, pode significar importante contribuição para a solução de problemas nessa fase da vida.

Método

Participaram da pesquisa 12 idosos, na faixa etária entre 62 e 81 anos, sendo seis mulheres e seis homens, todos moradores da cidade do Recife. A maioria casados, e com grau de escolaridade de nível superior. Foi adotado como critério de inclusão o fato de possuírem um regular estado de saúde, ou seja, nenhum deles estava acamado (Anexo 3).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, cujo foco principal é a experiência dos participantes em relação ao tema, o instrumento utilizado foi a entrevista, conduzida de forma semi-dirigida e realizada de forma individual por ser, segundo Minayo (2004, p. 107), “*a técnica mais usada no processo de trabalho de campo*”. Cada entrevista foi gravada e posteriormente transcrita. Ela continha questões que atendiam aos objetivos da pesquisa, bem como os dados sociodemográficos dos participantes.

Os participantes foram contactados através de pessoas do conhecimento da pesquisadora e também indicados por eles mesmos, sendo esta uma amostra deliberada ou intencional. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a colaborar, sendo-lhes garantido o sigilo das informações. Após a concordância, o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado e a entrevista realizada, em lugar de conveniência do participante, sendo em sua maioria realizada nas residências deles. Vale salientar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição que a apoiou, sob o número 017/2010. (Anexo 4)

Para a análise das respostas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Segundo Minayo (2004, p. 209), ela consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Dessa forma, foram levantados os temas que basearam a entrevista com os participantes e analisados com base na literatura consultada. Assim, foram trabalhados quatro temas: fontes de apoio, relação entre família e saúde; atividades realizadas e necessidades sentidas.

Resultados e Discussão

Apresentar-se-á agora os resultados obtidos de acordo com os temas levantados.

1) Fontes de Apoio

Quando questionados de quem recebiam apoio, as respostas quase sempre indicaram que a família era a principal fonte, confirmando Goldani (1994) que traz a informação que a família brasileira é uma tradicional fonte de suporte dos seus idosos, tanto econômico, quanto afetivo. Tanto os homens como as mulheres disseram contar com os familiares mais imediatos, ou seja, no caso dos homens, a companheira e os filhos, enquanto as mulheres contam mais com as filhas.

Eu conto com minha filha. Nós somos confidentes (Maria Rita, 70).

Minha filha. Essa pessoa pra mim é importante demais, porque é no meu dia a dia, como diz a história, é parte de mim, entendeu? É parte de mim mesmo. (Leila, 62).

Eu acho que a minha filha sim, filha mulher, filho homem é bom, é tudo, mas vou esclarecer que não dá muita atenção não. Eu sei que nas horas que precisa, ele está ali, mas homem é mais distraído (Adriana, 64).

Com minha mulher, principalmente, e com minha neta. (Antonio, 68)

Tenho uma convivência assaz forte com meus familiares e, principalmente, com meus filhos. (Jorge, 67)

Em primeiro lugar a minha esposa e a seguir os filhos. Nenhuma decisão importante tomo sem ouvi-los. Converso abertamente e sempre com minha esposa sobre os problemas ou dificuldades que se nos apresentam, posição que adotamos desde que nos conhecemos. (Roberto, 70)

Pesquisas já demonstram que se destaca ainda a correlação entre *saúde social e estrutura familiar*, expressando que a família representa tanto um suporte social para os idosos quanto uma preocupação que afeta o bem-estar dos mesmos. Os entrevistados tenderam a definir envelhecimento saudável aliado à possibilidade de vislumbrar um bem-estar amplo dos filhos e parentes, observando aspectos emocionais, físicos e financeiros. (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007). E, como foi visto, o apoio social é um conceito dinâmico, significando que quem recebe também oferece apoio. A importância dada ao suporte social para o bem-estar do idoso é cada vez mais sólida entre os pesquisadores. Na pesquisa realizada por estes autores, com 501 idosos, eles mencionaram com alta frequência a categoria apoios. A maioria dos idosos tem

condição de envolver-se em relações de dar e receber apoio. (Rosa, Cupertino & Neri, 2009). Algumas falas exemplificam isto:

Hoje eu me sinto apoiando minha filha (Cassia, 63).

Meu marido e minha neta, só. Por que as outras filhas casados, né? Têm as vidas deles (Marina, 63).

Eu convivo intimamente com meus filhos e eles tem irrestrita confiança em minha pessoa, confiando cegamente em mim. E estou pronto sempre amparar, apoiar no que for necessário, principalmente em problemas de ordem pessoal (Jorge, 67).

Apoiar, apoio os dois, o que fizerem de errado ou de certo, mãe é uma coisa. Na hora que precisa a gente tá ali (Adriana, 64).

Ah! Dou dinheiro à minha filha e minha neta. E ajudo no que posso (Elis, 81).

Ofereço apoio a todos eles (esposa e filhos), bem como meus parentes (Pai, irmãos e demais parentes) (Caetano, 67).

Percebe-se que a maioria dos autores defendem a ideia de que é fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade, já que a mesma participa de forma construtiva no ambiente em que vive. E como colocam Araújo e Alves (2001) se pode dizer que o inverso também é verdadeiro, ou seja, que é fundamental a presença da família junto à pessoa idosa como condição de saúde, pois as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais constituem-se como indicadores relevantes na qualificação da condição de saúde da população idosa. Esta relação possibilita uma melhor qualidade de vida e maior capacidade de sobrevivência. Santos e

Dias (2008), em uma pesquisa realizada com doze idosos, chefes de família, da cidade de Paulo Afonso (BA) constataram que os idosos têm importância fundamental na família, seja através da transmissão de valores e de seu papel como conciliador e agregador, como também do suporte financeiro.

Porém, alguns idosos referiram também a participação em outras fontes de apoio como clubes sociais, amigos, religião e sociedades filantrópicas.

Há de se considerar o apoio que buscamos proporcionar através de clubes de serviço, como Rotary, Rede Feminina de Combate ao Câncer e outros (Roberto, 70).

Não posso também deixar de falar que na religião também encontro muito apoio, na verdade acredito que Deus é a principal fonte de apoio de todos (Leila, 62).

Há também alguns amigos, companheiros de caminhada que sempre estiveram presentes em minha vida e sem dúvidas são fontes de apoio (Caetano, 67).

Tahan e Carvalho (2010) colocam que satisfação com a vida tem muita influência de ter uma relação social estável e bons relacionamentos com os amigos, o que pode ser constatado pelas participações em diversos meios de promoção de saúde oferecidos dentro de uma rede de suporte social que vem sendo constituída pela interligação dos setores saúde, educação, política, religião, dentre outros.

2) *Relação entre Família e Saúde*

Espitia e Martins (2006) confirmam que é indiscutível a importância da família no processo de envelhecimento, já que a afetividade ocupa um lugar especial na vida do indivíduo e, conseqüentemente, afeta positivamente sua saúde.

Família pra mim são meus dois filhos... Pra mim a família se resume nesses dois filhos. É tudo, tudo. Se eles estiverem bem eu estou bem, se não estiverem eu começo também a ficar preocupada e isso já vai interferindo em dores, em depressão e aquela coisa toda (Leila, 62).

A família que eu tenho, não me esquenta. é uma boa família (Elis, 81).

Excelente, tranquilo, 100% (Francisco, 62).

A minha família é, obviamente, de fundamental importância, pelo constante apoio, pelas preocupações, pelos cuidados, pelo incentivo e pelo acompanhamento que me proporcionam (Roberto,70).

Todos se preocupam com minha saúde. Assim como me preocupo com a saúde de todos eles (Vinicius, 63).

Cicirelli (1990) aponta que os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente sob a presença de suportes sociais é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas e seguras para lidar com problemas de saúde e acarretando elevada auto-estima.

Em um estudo qualitativo, conduzido entre mulheres idosas residentes na cidade de Bambuí, mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde eram determinados pela possibilidade enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos, facilitado ou dificultado pelo poder aquisitivo (Uchoa, 2003).

3) *Atividades Realizadas*

Luz e AmatuZZi (2008), em suas pesquisas, constataram que tanto a dimensão familiar como a laboral possuem grande importância para a velhice, sendo vistas como fonte de felicidade. Baseada nesta ideia procurou-se observar quais eram as atividades realizadas pelos idosos pesquisados, bem como o que gostavam de fazer. As atividades predominantes entre as mulheres se referiram às atividades domésticas, de lazer e manuais, enquanto os homens se referiram ao trabalho, esportes, viagens e trabalho voluntário. Algumas falas exemplificam isto:

Acordo cedo, faço tudo que tenho direito, e já boto o maiô, boto minha indumentária e o óculos, a touca de banho e vou embora pra piscina. Isso me faz muito bem... mas o que gosto de fazer é reunir a família, principalmente os netos, trabalhar com a igreja e ir à praia. (Maria Rita, 70)

Meu dia é corrido. Gosto dos afazeres de casa, de cuidar da alimentação, de cuidar de limpeza e de artesanato. Pintura em tela é uma válvula de escape, é extravasar. Se eu estiver triste, se eu tiver com algum problema eu tenho que pintar, extravasar em uma tela (Leila, 72).

Fico em casa, faço crochê, serviços de casa não faço mais, porque tem quem faça, comida não faço mais porque tem quem faça. Tem máquina para lavar roupa. Ai eu bato papo, falo mal da vida alheia (risos) (Elis, 81).

Me levantar às sete, e ir trabalhar normal, não tô nem perto de me aposentar. (Francisco, 62)

Adoro ver competições esportivas (em geral), vejo um filme em cinema semanalmente, (filmes de ação, de preferência), Meu hobby é meu time, o Vasco. (Jorge, 67).

Costumo dizer que a minha profissão atual é avô e turista. Assim, além do prazer de estar sempre atendendo aos netos, adoro viajar, o que tenho procurado fazer com certa frequência, buscando aproveitar minha disposição e minhas condições físicas. Tenho, ainda, a satisfação de participar do grupo de companheiros do Rotary, ao qual pertenço há cerca de 20 anos, e cujo trabalho voluntário e ambiente de companheirismo considero por demais importante. (Roberto, 70).

Um estudo realizado com dez idosos na cidade de Ribeirão Preto constatou que os entrevistados manifestam que a autonomia e independência na realização de suas atividades cotidianas são essenciais para eles se sentirem bem. (Tahan & Carvalho, 2010). E Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), pesquisando o conceito de qualidade de vida, constataram que preservar os relacionamentos interpessoais, manter o equilíbrio emocional, ter lazer, trabalhar com prazer, vivenciar a espiritualidade, praticar a caridade, entre outros aspectos, são de grande importância para as pessoas idosas e, considerando o conceito de apoio social, constata-se que estes itens também são fundamentais para a preservação da saúde dos idosos.

4) *Necessidades Sentidas*

Diante do assunto apoio, de quem oferecia apoio para eles e para quem eles também ofertavam apoio, considerou-se interessante ouvi-los sobre as necessidades sentidas. Salienta-se que os participantes pertenciam a uma classe privilegiada da população então os temas abordados foram mais subjetivos:

Eu só queria ter mais tempo... (Maria Rita, 70)

É encontrar um caminho para chegar pelo menos aos 100 anos, não é minha preocupação, é meu objetivo, e eu to tentando descobrir esse caminho. (Antonio, 68)

Acho que estou pleno de realizações, não tendo, aparentemente nenhuma necessidade. (Francisco, 62)

Se for para falar de filhos eu ia dizer que queria meus filhos mais aconchegados, sabe como é, filho se afasta e para mãe sempre quer por perto. (Adriana, 64)

Considero que na minha idade e pelas oportunidades que Deus me concedeu consegui atingir objetivos ainda maiores do que julguei possível. Procuro conscientizar-me de que as preocupações, os desejos, os anseios, os objetivos e as conquistas são particularmente próprias e essenciais à nossa juventude. Hoje, considero que tenho, sobretudo, que aproveitar tudo que conquistei, a experiência que adquiri, a família que construí, os amigos que fiz e a oportunidade que Deus me concede de aproveitar cada momento da vida com a saúde que tenho e essa é a minha principal necessidade. (Roberto, 70).

Acho que Deus está me dando mais do que mereço. (Vinicius, 63).

Percebe-se nas falas satisfação com as realizações alcançadas e uma vontade de querer que a vida continue. Na pesquisa já citada acima de Tahan & Carvalho (2010) as reflexões em torno da categoria “Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil” apontam para o fato de que os idosos entrevistados aceitam e vivem bem com a idade que têm. Eles vêm como positivo em suas vidas o fato de terem autonomia e independência na realização de suas atividades de vida diária e vida prática.

Acredita-se também que a satisfação com a vida e as poucas necessidades estruturais aparece porque os idosos interessam-se mais pela qualidade que pela quantidade do suporte. Quanto maior a satisfação com o suporte social, melhor é a qualidade de vida, o ajustamento psicológico, a saúde percebida e a atividade. (Neri, 2007).

Considerações finais

Se envelhecer é um processo natural, e atualmente torna-se comum o sujeito chegar a idades cada vez mais avançadas, cabe-nos questionar como acontece este envelhecimento. A ideia estigmatizada de velhice como um período apenas de perdas e inutilidade precisa ser modificada para que, chegando a esta fase, o indivíduo ainda possa aproveitar o que a vida ainda tem a oferecer.

Somos seres que desde o início da vida precisamos do outro e na velhice não poderia ser diferente. Ficou clara a necessidade que temos de receber e de oferecer apoio. E que o apoio social, pelo seu dinamismo, faz parte da necessidade de todo ser humano, neste caso especial, o idoso. Outro ponto evidenciado foi a relação quase direta com a saúde, uma vez que os entrevistados relacionaram o fato de estarem gozando de boa condição de saúde com o convívio com pessoas importantes em suas vidas. Vale salientar que o conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, pois

depende de quem a define, do contexto social e político em que está inserido, mas seja como for, ela se mostrou muito presente na vida dos idosos pesquisados.

Consideramos um privilégio trabalhar com esse tema, pois podemos observar aspectos positivos da velhice, quando acreditávamos, de certa forma, no preconceito de que ela se caracterizava por perdas e dificuldades. Foi uma surpresa bastante agradável conviver com idosos satisfeitos, engajados e solidários, chegando mesmo a serem engraçados e de fácil convivência. Apesar disto, sabemos que esta pesquisa apresenta algumas limitações, uma vez que focalizou poucos sujeitos, de área urbana e de uma camada da população privilegiada. Daí decorre a sugestão de que sejam implementadas novas pesquisas com indivíduos de outros segmentos sociais.

Percebemos que a evolução nos paradigmas sobre o desenvolvimento e o envelhecimento trazem para discussão a possibilidade de o envelhecimento poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de outras variáveis que interferem no fato de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido.

Referências

- Almeida, A. K. & Maia, E. M. C.. (2010) Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*. [online]. 15 (4), 743-750.
- Althoff, C. R. (2002) Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen, I; Marcon, S. S. & Santos, M. R. dos (Orgs.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença* (p.25-43). Maringá: Eduem.
- Araújo T.C.N & Alves M.I.C. (2001), Perfil da população idosa no Brasil. In: Veras R. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável* (p. 99-114). Rio de Janeiro: UNATI.
- Arrosi, S., (1993) "Apoyo social y salud mental en las ciudades del Tercer Mundo: algunas consideraciones para su análisis". In: *Revista Medio Ambiente y Urbanizacion*, mar. 94. México: IIED, XXIV. (46), 25-34,
- Andrade C R.(2001) *Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz..

- Barron, A. I. . (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.
- Berkman L F, Syme S L. (1999) Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* ; 109 (2),186-204.
- Battinni, E., Maciel, E.M. & Finato, M.S.S.(2006) Identificações de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Revista Estudos de Psicologia*, (Campinas) 23 (4) 1-8.
- Boff, L., (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social Networks, Health and Emocional Well-Being among the oldest old in London. *J. Gerontologia B, Psychol. Sci Soc Sci*, 46, 20-32.
- Camarano, A. A., & El Ghaouri, S. K. (2003). Famílias com idosos: ninhos vazios? *Texto para discussão, 950*, 1-20.
- Camarano A. , Kanso S, Leitão e Mello J, Pasinato MT. (2004) *Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades*. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; p. 137-68.
- Cicirelli,V.G. (1990) Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*.(p.212-228).2nd ed.. Newbury Park, CA: Sage.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Social network and social support measures from the pró-saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.
- Cockerham W. (1991) This aging society. New Jersey: Prentice Hall.
- Cupertino, A. P. F. Bretas; Rosa, F. H. M. & Ribeiro, P. C. C.(2007) Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia. Reflexão Crítica* [online] 20. (1) 81-86.
- Dias, C. M. S. B., & Silva, D. V. (1999). Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. Em: T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família, entre a tradição e a transformação* (pp. 118-149). Rio de Janeiro: Nau.
- Espitia A Z & Martins J. (2006) Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arq Catarin de Méd* 35 (1) 52-9.
- Freire, S. A.; Sommerhalder, C. (2000) Envelhecer nos tempos modernos. In Neri,A. L. & Freire S. A. (Eds.), *E por falar em boa velhice*. (125-135). Campinas, SP: Papyrus.

- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, España: Paidós.
- Guedea, M. T. D. Albuquerque, F. Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra M. & Guedea R. (2006) Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicoogia. Reflexão Crítica.*, Porto Alegre, 19 (2) p.301-308
- Goldani, A. M.(1994) As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, 91:18-35,
- Krause, N. (1997). Perceived social support, anticipated support, social class and mortality. *Research on Aging*, 19 (4) 387-422.
- Krause, N. e Borawisk-Clarck, (1995) E. Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist*, 35 (4) 498-508.
- Luz, M. C & Amatuzzi, M. M.(2008) Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de psicologia*. 25:(2) 303-307.
- Minayo, M. C. (2004) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.
- Neri, A.L. & Sommerhalder, C. (2002). *As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador*. Em A. L. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (pp. 9-63). Campinas, SP: Alínea.
- Neri A. L. (2007) *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Papirus; p. 13-59.
- Pinto, J. Leonel G.; Garcia, A. C.; Bocchi, S. C. & Carvalhaes, M. A. (2006) Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência, Saúde Coletiva* [online]. 11 (3) 753-764
- Ramos, L. R.(2003) Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública* [online]. 19, (3)
- Ramos, M. P. (2002) Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 7, 156-175.
- Rosa, F., Cupertino, A. & Neri, A. (2009) Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Geriatrics*, 3(2), 62-69.
- Roth P. (1989). *Family social support*. In: Bomar PJ, (org) *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins;. 90-102.
- Sad, I. (2001). Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In A. L. Neri. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161- 176). São Paulo: Papirus.

- Silva C. A., Menezes M. R., Santos, Ana C. P. O., Carvalho, L. S. & Barreiros, E. X. (2006). Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (2), 274-83.
- Tahan, J. & Carvalho, A. (2010) Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde social*. [online].19,.4.
- Uchôa E. (2003) Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Caderno de Saúde Pública*,19:849-53.
- Vaz Serra, A. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Ltda.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-252.
- Wright L M, & Leahey M. (2002) *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3. ed. São Paulo: Roca.

Considerações gerais

Diante dos todos os resultados encontrados há algumas considerações que talvez tenhamos a obrigação de fazê-las. Falamos de obrigação no sentido de contribuir para a mudança de alguns paradigmas. Algo que nos chamou a atenção, logo no início das entrevistas, foi o constrangimento sentido por nós ao ter que considerar aquelas pessoas como idosas porque estavam com idade cronológica acima dos 60 anos. Talvez isso seja herança da nossa visão preconceituosa em relação ao indivíduo idoso, como inativo, deprimido, inútil. O que vimos foram pessoas alegres, produtivas, determinadas, com ânsia de viver. Isto nos leva a questionar o critério da idade de 60 anos para o indivíduo ser considerado idoso no Brasil.

Outro fato que nos chamou a atenção foi a não diferenciação nas respostas relacionadas à saúde, de acordo com o gênero dos participantes. Se esta ideia de início foi cogitada, nas análises dos resultados ela não se fez necessária, uma vez que tanto idosos como idosas apresentaram respostas parecidas sobre os temas abordados. A diferença se fez notar nos dados sócio-demográficos em que a tanto a escolaridade como a renda dos homens foram mais elevadas, o que pode ser consequência da diferenciação de oportunidades de estudo e melhoria de vida que foram concedidas aos gêneros ao longo dos séculos, privilegiando o homem.

Durante todo este trabalho dissertativo tentamos evidenciar o fato de que o envelhecimento é uma experiência heterogênea e complexa e não é definido por simples cronologia, mas por aspectos subjetivos, além das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde. Sabemos que viver numa cultura orientada para o lucro, para o novo e para o belo significa também alimentar a insegurança e o temor de envelhecer, isto é, a realidade externa traz à tona os fantasmas da velhice, e aí cabe nos questionar como é envelhecer dentro desta sociedade. Se levarmos em consideração o fato de que não há

outro caminho, além da morte, que envelhecer, ela passa a ser um privilégio, mas, ao mesmo tempo, nesta sociedade contemporânea é um desafio e até uma transgressão.

O cantor e compositor Chico Buarque tem uma frase que diz o seguinte: "É bonito ver passar o tempo. Ele já foi meu". No entanto não é esta a sensação que fica depois deste trabalho. Na nossa concepção, o tempo não é nem aliado nem inimigo de ninguém, ele se impõe para todos, mas tendo a oportunidade, e até escolhendo viver bem, dá para se alcançar uma velhice satisfatória, com saúde e compartilhando momentos com pessoas importantes.

Concluimos então que as teorias do envelhecimento bem sucedido vêm o sujeito como proativo, regulando a sua qualidade de vida através do estabelecimento de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvido na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estágios anteriores do desenvolvimento.

Foi gratificante para nós constatar os aspectos positivos do envelhecer. O enfoque deste trabalho foi mostrar uma visão ampliada de saúde e de apoio social, tirando o idoso do lugar estigmatizado de doente e de quem apenas precisa de apoio.

Partimos da premissa de que os fatos que cercam a velhice, assim como qualquer outro fenômeno da realidade, são infinitamente mais ricos e mais complexos do que o discurso científico sobre eles. Sabemos dos limites do nosso trabalho, mas esperamos que ele possa contribuir com a comunidade científica mas, principalmente, com a mudança da visão preconceituosa acerca do envelhecer.

Sabemos que, ao analisar o todo, perdemos a oportunidade de mostrar a riqueza que cada participante nos revelou nas suas falas, mas deixamos aqui a nossa gratidão a

eles, não só em contribuir para nosso trabalho, mas por nos mostrar que envelhecer, mais que natural, pode ser algo também bastante prazeroso.

Referencias Gerais

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: an interactive*. New York: Guilford.
- Agustini, F. C. (2003) *Introdução ao direito do Idoso*. Florianópolis: Fundação Boiteux.
- Almeida, A. K. & Maia, E. M. C.. (2010) Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*. [online]. 15 (4), 743-750.
- Althoff, C. R. (2002) Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen, I; Marcon, S. S. & Santos, M. R. dos (Orgs.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença* (p.25-43). Maringá: Eduem.
- Araújo T.C.N & Alves M.I.C. (2001), Perfil da população idosa no Brasil. In: Veras R. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável* (p. 99-114). Rio de Janeiro: UNATI.
- Arrosi, S., (1993) "Apoyo social y salud mental en las ciudades del Tercer Mundo: algunas consideraciones para su análisis". In: *Revista Medio Ambiente y Urbanizacion*, mar. 94. México: IIED, XXIV. (46), 25-34,
- Andrade C R.(2001) *Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1995). Psicologia da sabedoria: Origem e desenvolvimento. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 41-72). (A. L. Neri & L. Goldstein, Trad.). Campinas, SP: Papyrus.
- Barron, A. I. . (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.
- Battinni, E., Maciel, E.M. & Finato, M.S.S.(2006) Identificações de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Revista Estudos de Psicologia*, (Campinas) 23 (4) 1-8.
- Beauvoir, S.(1990). *A velhice*. 2.ed. (Martins, M. H. F, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Berkman L F, Syme S L. (1999) Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* ; 109 (2),186-204.
- Birman, J. (1995) Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. Em: Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati). *Terceira idade, um envelhecimento digno para o cidadão do futuro* (p. 29- 48). São Paulo:: Relume Dumará.
- Boff, L., (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social Networks, Health and Emocional Well-Being among the oldest old in London. *J. Gerontologia B, Psychol. Sci Soc Sci*, 46, 20-32.
- Camarano, A. A., & El Ghaouri, S. K. (2003). Famílias com idosos: ninhos vazios? *Texto para discussão*, 950, 1-20.
- Camarano A. , Kanso S, Leitão e Mello J, Pasinato MT. (2004) *Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades*. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; p. 137-68.
- Cicirelli, V.G. (1990) Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*.(p.212-228).2nd ed.. Newbury Park, CA: Sage.
- Coelho Filho, J. M. & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 445-453.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Social network and social support measures from the pró-saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.
- Cockerham W. (1991) This aging society. New Jersey: Prentice Hall.
- Costa M F L, Barreto S M & Giatti L. (2003) Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 735-743.
- Couto, M. C. P.; Koller, S. H. & Novo, R. F. (2006). Resiliência no envelhecimento risco e proteção. Em: Falcão, D. V. & Dias, C. B. (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 315-338). Vol. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cupertino, A. P.; Rosa, F. H.& Ribeiro, P. C. (2007) Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (1). Disponível em www.scielo.br/prc . Acesso em 26 de Fevereiro de 2011.
- Debert, G. G.(1997) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Fapesp.
- Debert, G. G. (1999) A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. Em: Neri, Al & Debert, GG (orgs.). *Velhice e sociedade* (p 41-68). Campinas: Papyrus
- Deep CA,& Jeste DV. (2006) Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Geriatric Psychiatry*. 14(1) (p 6-20).

- Dias, C. M. S. B., & Silva, D. V. (1999). Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. Em: T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família, entre a tradição e a transformação* (pp. 118-149). Rio de Janeiro: Nau.
- Espitia A Z & Martins J. (2006) Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arq Catarin de Méd* 35 (1) 52-9.
- 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) São Paulo: Papirus.
- Freire, S. A. & Sommerhalder, C. (2000) Envelhecer nos tempos modernos. In Neri, A. L. & Freire S. A. (Eds.), *E por falar em boa velhice*. (125-135). Campinas, SP: Papirus.
- Fonseca, M. ; Firmo, J.; Filho, A. & Uchoa, E. (2010) Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Reista Saúde Pública* [online]. 44:1 p. 159-165
- Fortes, A. C. G.(2005) *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas, São Paulo.
- Goldani, A. M.(1994) As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, 91:18-35,
- Goldfarb, C. D. (1998) Corpo e temporalidade: Aporte para uma clínica do envelhecimento. *Revista Kairós*, 1(1), 01-08.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, España: Paidós.
- Groisman, D. (1999). Velhice e História: perspectivas teóricas. *Cadernos IPUB*, 10, p. 43-56. (Número especial: Envelhecimento e Saúde Mental: Uma aproximação multidisciplinar).
- Guimarães, R. M. (1996) É possível retardar o envelhecimento? Em: Guidi, M. L. & Moreira M. R (Orgs.). *Rejuvenescer a velhice* (pp. 17-22). Brasília: Editora da UnB.
- Guedea, M. T. D. Albuquerque, F. Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra M. & Guedea R. (2006) Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia. Reflexão Crítica.*, Porto Alegre, 19 (2) p.301-308
- Guedes, A. *Depoimento 1* (2006) p. 17- 31 In: Porchat, I. & Barros, P. (Orgs.) *Ser Terapeuta: Depoimentos*. São Paulo: Summus.
- Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBG.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Joia, L.; Ruiz, T. & Donalisio, M. (2007) Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1)
- Jordão Neto, A. (1997) *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Katz, S. (1996) *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Charlottesville, University Press of Virginia.
- Knopoff, R.; Santagostino, L. & Zarebski, G. (2004). Resiliencia y envejecimiento. Em Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Rodríguez, D. (Orgs.). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de vida* (pp. 214-228). Buenos Aires: Paidós.
- Krause, N. (1997). Perceived social support, anticipated support, social class and mortality. *Research on Aging*, 19 (4) 387-422.
- Krause, N. e Borawick-Clarck, (1995) E. Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist*, 35 (4) 498-508.
- Leme, L. E. G. A (1999). Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. Em: M. Papaléo Netto (Org). *Gerontologia, a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 13-25). São Paulo: Athene.
- Luz, M. C & Amatuzzi, M. M.(2008) Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de psicologia*. 25:(2) 303-307.
- Mauad, L. C. (1999). *Sabedoria e revisão de vida: O desempenho de um grupo de mulheres de diferentes idades*. Londrina/ PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- Minayo, M. C. (2004) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.
- Mossey, J. M.; Shapiro, E.(1992) Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72:800-808.
- Neri, A.L. & Sommerhalder, C. (2002). *As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador*. Em A. L. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (pp. 9-63). Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. Em A. L. Neri (Org). *Qualidade de vida e idade madura* (pp.9-55). 5a. ed. São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri A. L. (2007) *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Papirus; p. 13-59.

- Netto, M P O.(2002) *Estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. In: Freitas EV, et. al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: (2002) Guanabara Koogan; . p.8 -10
- Organização Mundial de Saúde*. (2001) The world health report. Geneva
- ONU. Divisão de População da ONU (2002).Disponível em: <<http://www.Onu-brasil.org.br/busca.php/pop/pop/brasil>>. Acesso em: 26 de Set. de 2011.
- Pinto, J. Leonel G.; Garcia, A. C.; Bocchi, S. C. & Carvalhaes, M. A. (2006) Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência, Saúde Coletiva* [online]. 11 (3) 753-764
- Ramos, M. P. (2002) Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 7, 156-175.
- Ramos, L. (2003) Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública* [online]. 19:3 pp. 793-797.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Rosa, F., Cupertino, A. & Neri, A. (2009) Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Geriatrics*, 3(2), 62-69.
- Roth P. (1989). *Family social support*. In: Bomar PJ, (org) Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions. Baltimore: Williams & Wilkins;. 90-102.
- Sad, I. (2001). Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In A. L. Neri. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161- 176). São Paulo: Papyrus.
- Santos, G. A. (2002) Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 1 (1), novembro. Disponível em:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/937/717>. Acesso em 26 de novembro de 2010.
- Santos, I. E. & Dias, C. M. S. B. (2008). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.
- Segre, M. & Ferraz, F. C.(1997) O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*,.31(5), Outubro. Disponível em <http://www.scielo.br> .Acesso em 05 de Maio de 2011.
- Silva C. A., Menezes M. R., Santos, Ana C. P. O., Carvalho, L. S. & Barreiros, E. X. (2006). Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (2), 274-83.
- Siqueira, R. (2002) A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. In: *Ciências & Saúde Coletiva*, p.899-905

- Tahan, J. & Carvalho, A. (2010) Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde social*. [online].19,.4.
- Tavares, S. S., Neri, A L., & Cupertino, A. P. (2004). Saúde emocional após a aposentadoria. In: A. L. Néri, M. S. Yassuda & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 91-110). Campinas: Papirus.
- Turato, E .R.(2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes.
- Uchôa E. (2003) Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Caderno de Saúde Pública*,19:849-53.
- Vaz Serra, A. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Ltda.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-252.
- Westerhof, G. J. (2008). Age identity. Em D. Carr (Org.). *Encyclopedia of the life course and human development*, v. 3 (pp. 10-14). Chicago: Gale Cengage.
- Wright L M, & Leahey M. (2002) *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3. ed. São Paulo: Roca.
- Zally P., Queiroz, E., Mercadante F, Lopes R. & Barroso, A. (2009). *Perspectiva cultural do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/ Fundação Padre Anchieta.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

ANEXOS

Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. O(a) senhor(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: “Apoio social e sua relação com a saúde na perspectiva dos (as) idosos (as)”
2. O(a) senhor(a) foi selecionado (a), de forma aleatória a partir dos critérios de inclusão deste estudo, porém sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com à instituição. Assim como, você não terá nenhuma despesa de transporte ou alimentação e caso haja necessidade, a pesquisadora se responsabilizará por tais gastos.
5. Os objetivos deste estudo são: Investigar, na perspectiva do idoso, a qualidade do apoio social recebido e sua relação com a saúde; Entender a noção que os idosos possuem de apoio social e de saúde. Caracterizar o apoio social recebido por eles, Analisar o papel da família neste apoio. Pontuar as necessidades sentidas.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevista com questões pertinentes à pesquisa, com duração máxima de 50 minutos.
7. Caso se sinta cansado(a), constrangido(a) ou emocionalmente desgastado(a), poderá ser marcado um novo encontro ou mesmo a interrupção de sua participação.
8. Sua participação viabilizará a investigação deste tema tão pouco pesquisado até então, e possibilitará reflexão e discussão sobre tal temática não só como o senhor, como no meio acadêmico (congresso, seminários, artigos e palestras).
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, colocando um nome fictício e retirando quaisquer evidências que possam identificá-lo. O material obtido ficará de posse do entrevistador num período de cinco anos, em local seguro, e após este período será incinerado.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
11. O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Assinatura

Rua do Príncipe, 526 – Boa Vista Recife - PE
Endereço completo

8759888
Telefone

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de 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

Anexo 3: Tabela dos dados participantes

Nome	Idade	Estado civil	Mora com	Atividade	Renda	Escolaridade	Filhos/netos
Leila	62	Casada (Separada)	Filhos	Bancaria aposentada	4.000	Ensino médio	2/0
Cássia	62	Divorciada	Sozinha	Vendas	4.000	Ensino médio	2/5
Marina	63	Casada	Marido e neta	Do lar	10.000	Ensino Médio	2/5
Adriana	64	Divorciada	Sozinha	Do lar Pensionista	5.000	Ensino Fundamental	2/0
Maria Rita	70	Casada	Marido	Advogada aposentada	3.600	Superior	3/7
Elis	81	Viúva	Filha e genro	Farmacêutica aposentada	7.000	Superior	2/4
Francisco	62	Casado	Esposa e sogra	Agropecuária	5.000	Superior incompleto	2/0
Jorge	67	Casado	Esposa	Administrador aposentado	5.000	Pós-graduação	3/6
Antonio Carlos	68	Casado	Esposa e neta	Bancário aposentado Empresário	10.000	Ensino Médio	2/5
Roberto	70	Casado	Esposa	Militar aposentado	15.000	Doutorado	3/5
Vinicius	63	Casado	Esposa e filhos	Militar aposentado Comerciante	9.000	Pós-graduação	2/0
Caetano	67	Casado	Esposa	Empresário	10.000	Pós-graduação	2/1

Anexo 4: Aprovação comitê de Ética