



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO-DOCTORADO



GÊNERO E VELHICE:
UM ESTUDO SOBRE AS MUDANÇAS NO ENVELHECIMENTO

SALVADOR – BA

2008

EDIVANA ALMEIDA AGUIAR DOS SANTOS

GÊNERO E VELHICE:
UM ESTUDO SOBRE AS MUDANÇAS NO ENVELHECIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Eulina da Rocha Lordelo

SALVADOR – BA

2008

-
- S237 Santos, Edivana Almeida Aguiar dos
Gênero e velhice: um estudo sobre as mudanças no envelhecimento. /
Edivana Almeida Aguiar dos Santos. – Salvador, 2008.
129 f.: il.
Orientador: Profa. Dra. Eulina da Rocha Lordelo
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas, 2008.
1. Velhice. 2. Idosos. I. Lordelo, Eulina da Rocha. II. Universidade Federal
da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 305.26

GÊNERO E VELHICE:
UM ESTUDO SOBRE AS MUDANÇAS NO ENVELHECIMENTO


Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eulina da Rocha Lordelo

Examinado em: 26 de Agosto de 2008

Apresentada à Comissão Examinadora, integrada pelos professores:


Prof.^a Dr.^a Ilka Dias Bichara
Universidade Federal da Bahia


Prof.^a Dr.^a Eulina da Rocha Lordelo
Universidade Federal da Bahia


Prof. Dr. Mauro Luís Vieira
Universidade Federal de Santa Catarina

À d. Lizete, minha avó (*in
memorian*) e Antônio, minha mãe.
Referências na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela luz, amor e dedicação. E por ter mais fé em mim que eu Nele.

À minha querida orientadora Eulina, pela dedicação, compreensão, interesse e carinho.

Ao meu amor Carlinhos, pelo apoio, compreensão e presença constante nos momentos mais difíceis e mais felizes deste estudo e da minha vida.

À minha filha Larissa, pelo seu sorriso luminoso, por sua alegria e acima de tudo por todo amor que trouxe à minha vida.

Ao meu irmão Lafayette Almeida, pelo apoio emocional, pelas longas conversas que muito me aliviavam o coração, pelos amigos idosos que me apresentou, pelo interesse nos meus projetos de vida, pelo amor e dedicação.

A todos meus amigos, principalmente a Gleice Luz, Bosco Arruda, Lusana Dantas e Jôse Lima, pelo incentivo, pela ajuda nos momentos mais difíceis, pelas brincadeiras para descontrair, pela preocupação, enfim, eu agradeço aos meus amigos pelo carinho e colaboração.

A todos os idosos que participaram deste estudo, pela contribuição e boa vontade.

SANTOS, Edivana A. A., **Gênero e Velhice: Um estudo sobre as mudanças no envelhecimento**. 2008. 129 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado-Doutorado. Universidade Federal da Bahia – UFBA.Salvador, 2008.

RESUMO

O envelhecimento da população mundial é uma realidade em rápida e progressiva expansão e por isso motivo de comemoração, pois representa avanços nas áreas social, econômica e científica, representando também, um desafio devido às demandas específicas deste novo contingente populacional e suas repercussões nas esferas políticas, econômicas, sociais, culturais e individuais. Tal fato tem mobilizado diversos setores da sociedade e se tornado tema de crescente relevância e preocupação nos círculos científicos, governamentais e de entidades civis em todo o mundo. Nesse sentido, a psicologia do desenvolvimento que envolve o estudo sobre a influência de variáveis biológicas, sociais, psicológicas e contextuais no decorrer do ciclo vital humano, oferece contribuições teóricas e metodológicas significativas para o avanço da pesquisa científica sobre a velhice. Inserido nesta tendência, o presente estudo teve por objetivo principal identificar e descrever as mudanças mais significativas (auto-referidas e auto-avaliadas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas) ocorridas na velhice e seu impacto sobre o estado bem-estar subjetivo; subsidiariamente, buscou-se identificar os mecanismos de seleção, otimização e compensação na velhice, propostos na perspectiva do ciclo vital. Trata-se de um estudo descritivo relacional, de abordagem qualitativa e quantitativa, que teve a participação de 50 homens e 50 mulheres, idosos socialmente ativos com idade igual ou superior a 60 anos que pertenciam a diversos níveis sócio-econômicos e eram residentes nas cidades de Salvador e da sua Região Metropolitana. Para coletar os dados foram utilizados três instrumentos básicos: a Ficha de informações sócio-demográficas, o Questionário de auto-avaliação e as Entrevistas em profundidade. O tratamento dos dados foi realizado a partir de análises descritivo-quantitativas, obtendo-se frequências, médias, desvios-padrão e correlações entre as variáveis dos dados sócio-demográficos e os itens das dimensões biológica, social e psicológica; e também, a partir de análises descritivo-qualitativas, em que foram realizadas a categorização e cálculo percentual das informações coletadas das entrevistas. Os resultados sugerem que o estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica é o que tem a contribuição mais relevante para o bem-estar subjetivo global na velhice. As demais dimensões apresentaram poucas contribuições significativas. O bem-estar subjetivo na dimensão biológica está associado significativamente às variáveis gênero, idade e escolaridade em anos de estudo formal. O resultado a partir dos dados qualitativos sugeriu que os problemas de saúde apresentaram o maior percentual como o aspecto mais negativo e o pior problema da velhice, sobretudo entre as mulheres. Os mecanismos de seleção, otimização e compensação foram parcialmente identificados, devido ao modo não consciente e não planejado do acionamento destes mecanismos pelos idosos, sugerindo-se, assim, que estudos futuros investiguem estas dimensões específicas e explorem alternativas de coleta e tratamento de dados capazes de evidenciar a operação desses mecanismos.

Palavras-chave: velhice, idosos, gênero, bem-estar subjetivo, fatores sócio-demográficos, dimensões biológicas, sociais e psicológicas.

SANTOS, Edivana A. A., **Gênero e Velhice: Um estudo sobre as mudanças no envelhecimento**. 2008. 128 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado-Doutorado. Universidade Federal da Bahia – UFBA.Salvador, 2008.

ABSTRACT

The ageing of the world population is a reality in fast and progressive expansion and for this reason, ageing is celebrated as representing progress in social, economical and scientific areas, but it also poses a challenge due to the specific demands of this new population and their repercussions, which have been mobilized several areas of the society and become a theme of growing relevance and concern as much for the scientific community as for governmental and civil entities all over the world. Developmental Psychology involves the study on the influence of biological, social, psychological and contextual variables in life span and, consequently, it offers important theoretical and methodological contributions for the progress of the scientific research on the old age. Inserted in this tendency, the main objective of the present study was to identify and to describe the most significant changes (self-related and self-evaluated in the biological, social and psychological dimensions) and their impact on subjective well-being in old age; secondarily, this study aimed for identifying selection, optimization, and compensation life-management strategies on subjective well-being, recommended for the life span perspective. The present study is relational descriptive with qualitative and quantitative approach. Participants were men (n= 50) and women (n=50), aged 60 years or more. They were socially active individuals belonging to several socioeconomic levels living in Salvador and some cities of its metropolitan area. Participants filled in questionnaires about socioeconomic and demographic information; a self-evaluation of biological, social and psychological aspects of their lives; and six of them gave in-depth interviews. The quantitative data was codified, categorized and submitted to a process of contents analysis; subsequently the frequencies, averages, standard deviation and correlations between the socioeconomic and demographic information and the dimensions biological, social and psychological data were obtained. Qualitative analyses of these data were categorized and percentile calculation was obtained too. Findings suggest that the state of subjective well-being in the biological dimension is the most relevant contribution for the global subjective well-being in old age; the other dimensions had modest significant contributions. The subjective well-being in the biological dimension had significant correlation with variables such as gender, age and years of formal education. Findings from qualitative analysis suggested that health issues were the most negative aspect and the worst problem of the old age, especially among older women. The selection, optimization and compensation mechanisms were partially identified, due to their unaware and unplanned triggering mechanisms by the elders. Further studies are therefore required to investigate these specific dimensions and explore alternatives and data processing able to evidence the operation of those mechanisms.

Key words: ageing, elders, gender, subjective well being, social and demographic factors, biological, social and psychological dimensions

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Médias e desvios-padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global relacionados ao gênero.....	58
Figura 2 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por situação conjugal.....	60
Figuras 3 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por situação ocupacional.....	61
Figura 4 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por idade.....	63
Figura 5 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por escolaridade.....	65
Figura 6 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por renda familiar.....	68
Figura 7 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por gênero.....	70
Figura 8 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por situação conjugal.....	71
Figura 9 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por situação ocupacional.....	73
Figura 10 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por idade.....	74
Figura 11 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por escolaridade.....	75
Figura 12 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por renda familiar.....	76
Figura 13 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por gênero.....	78
Figura 14 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por situação conjugal.....	80
Figura 15 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por situação ocupacional.....	80

Figura 16 – Médias dos escores do estado de bem-estar subjetivo na dimensão social por idade.....	81
Figura 17 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por escolaridade	82
Figura 18 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por renda familiar.....	82
Figura 19 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por gênero.....	83
Figura 20 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por situação conjugal.....	85
Figura 21 – Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por situação ocupacional.....	85
Figura 22 – Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por idade.....	86
Figura 23 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por escolaridade.....	86
Figura 24 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por renda familiar.....	87
Figura 25 - Frequência dos aspectos mais negativos da velhice por gênero	95
Figura 26 - Frequências de respostas sobre o pior problema da velhice por gênero.....	97
Figura 27 - Auto-avaliação dos componentes das dimensões biológicas, sociais e psicológicas.....	98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA	28
3 MÉTODO	48
3.1 DELINEAMENTO	48
3.2 PARTICIPANTES E O CONTEXTO	48
3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
3.4 INSTRUMENTOS	50
3.5 COLETA DE DADOS	52
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	53
4 RESULTADOS	55
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E VISÃO GERAL	55
4.2 BEM-ESTAR GLOBAL E VARIÁVEIS ASSOCIADAS	58
4.3 DIMENSÃO BIOLÓGICA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS	70
4.4 DIMENSÃO SOCIAL E VARIÁVEIS ASSOCIADAS	78
4.5 DIMENSÃO PSICOLÓGICA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS	83
4.6 ASPECTOS MAIS NEGATIVOS DA VELHICE E GÊNERO	87
4.7 MUDANÇAS MAIS SIGNIFICATIVAS NA VELHICE	97
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	110
5.1 AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS	
REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, uma das maiores mudanças vivenciadas pela humanidade tem sido o crescimento rápido dos percentuais do envelhecimento da população mundial. Considerado um fenômeno global novo, é comemorado como uma das grandes conquistas da humanidade, por estar associado às melhorias efetivadas nas condições sociais, econômicas, sanitárias e de saúde na população mundial e que possibilitaram o aumento da expectativa de vida em várias regiões do planeta.

De acordo com a World Health Organization - WHO (WHO, 2002), o envelhecimento tem aumentado a população mundial de idosos em torno de 2,6% ao ano (de 1995 a 2025), enquanto que a população infantil, com idades abaixo de cinco anos, crescerá apenas 0,25% no mesmo período. Hoje, aproximadamente 66,6% da população mundial de idosos estão vivendo nos países em desenvolvimento, e em 2025, este percentual será 75%, de acordo as projeções.

Nesse sentido, as pesquisas sugerem que a população idosa no mundo ainda tenha muito que aumentar, tanto nos países em desenvolvimento, como nos países desenvolvidos. Nestes, o envelhecimento populacional foi se intensificando em meados do século passado, principalmente devido à redução das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, que levaram parte da população, com idades de 65 anos ou mais, a aumentar de 5% para 7% em todo o mundo. A Europa e o Japão iniciaram este processo e, um pouco depois, a América do Norte, Austrália e Nova Zelândia começaram também a demonstrar um percentual maior na população idosa de seus países, conforme dados da Population Reference Bureau - PRB (PRB, 2007).

O envelhecimento populacional continuou seu crescimento no decorrer dos anos em todo o mundo. Atualmente, nos países da União Européia, por exemplo, as pesquisas apontam que há uma pessoa a cada 15 com idade igual ou superior a 75 anos, e a estimativa é de que em 2020 esta proporção aumente de uma a cada 10 pessoas. Nos Estados Unidos a quantidade de pessoas idosas está em torno de 37 milhões, ou seja, quase 12% da população americana estão com 65 anos ou mais e, de acordo com as projeções, como o percentual está aumentando gradativamente a cada ano, estima-se que nos próximos vinte anos, chegue a quase 20% de idosos na população americana. Mesmo nos países com tradição de elevada longevidade, como o Japão, onde a expectativa de vida é de aproximadamente 82 anos, o percentual de idosos tem tido acréscimos significativos, ou seja, de 17% de idosos em 2000, haverá um aumento para 26% em 2020 (BROWN; LOWIS, 2003; HOBBS; DAMON, 1996).

O envelhecimento populacional nos países da América Latina e Caribe também tem sido bastante expressivo. Atualmente, os idosos representam 8% da população total dessa região e nos próximos vinte anos eles serão quase 14%, passando em 2050 para aproximadamente 24%, conforme sugerem as projeções do Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE (CELADE, 2003).

Segundo as pesquisas realizadas por Beltrão e Camarano (2002), o país da América Latina com o maior percentual de idosos é o Uruguai (16%), em seguida vem a Argentina (13,2%), depois Cuba (13%) e o Chile (10%). Dos vinte e um países da América Latina, o Brasil (9,6%) está em quinto lugar e ocupa o décimo terceiro lugar no mundo. Essa situação é vista como um indicador positivo, por um lado, pois o envelhecimento populacional brasileiro representa os avanços nas áreas de saúde, social e econômica, mas por outro, representa uma situação preocupante devido à insuficiência e/ou ao manejo inadequado de estratégias e ações específicas para enfrentar as conseqüências do envelhecimento.

Portanto, percebe-se que o aumento do envelhecimento demográfico é uma realidade mundial e temática de crescente importância e preocupação nos círculos governamentais, científicos e demais entidades civis mundiais, uma realidade que tem mobilizado a sociedade em geral, devido às suas repercussões nas esferas políticas, econômicas, sociais e culturais.

Porém, Lloyd-Sherlock (2000) chama atenção para as generalizações em relação ao envelhecimento no mundo, que devem ser feitas com parcimônia, já que os padrões de envelhecimento são altamente complexos e variam significativamente de um contexto para o outro, implicando em desigualdades significativas de uma região para outra, até mesmo dentro da mesma região. Considerar e compreender essas diferenças contextuais do envelhecimento populacional é fundamental para uma contribuição sistemática nas mais diversas áreas do conhecimento humano e, conseqüentemente, na implementação de ações específicas no atendimento às demandas desta população.

Para Walker (2002), além das desigualdades contextuais do envelhecimento populacional, é fundamental se conhecer os efeitos no presente e as ações efetivadas no passado, para que o enfoque não se detenha aos percentuais de regiões diferentes; é necessário considerar também que o aumento do envelhecimento da população é um indicador de progressos significativos de áreas intercambiáveis, como saúde, assistencial social, psico-educativas e sócio-econômicas. Desse modo, estudos apontam que a partir de estratégias específicas nestas áreas, uma das grandes contribuições

para o envelhecimento da população foi a redução intensa da taxas de mortalidade infantil e da fecundidade no mundo.

Porém, há de se considerar que a associação entre as mudanças do perfil demográfico de uma população e suas causas não é linear, existindo também associações com outros aspectos, como os sociais, biológicos, culturais, econômicos e individuais. Essa complexidade ressalta o caráter dinâmico, mútuo e contextual destas associações no processo de envelhecimento de uma nação, como o Brasil, por exemplo, que apresenta intensas diferenças estruturais destes aspectos, o que pode trazer implicações significativas no processo de envelhecimento demográfico.

O processo de envelhecimento populacional brasileiro está acontecendo e se expandindo progressiva e rapidamente, apesar do elevado contingente populacional, intensa concentração urbana e ampla diversidade cultural. Trata-se de um país com um dos maiores índices do PIB (produto interno bruto), com nível intermediário de renda *per capita*, intensas desigualdades na distribuição de renda, gerando contextos sócio-econômicos altamente diferenciados, em que parte da população possui padrões de vida semelhantes aos países desenvolvidos, e a grande parcela está profundamente carente de recursos básicos de sobrevivência em saúde, educação, habitação, entre outros, que podem ser impactantes na vivência da velhice (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

No Brasil, de acordo os dados da Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2007), o aumento da população idosa tem sido significativo desde a década de setenta, havendo atualmente 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a 9,7% da população de mais de cento e oitenta milhões de habitantes¹. As projeções sugerem que este percentual de idosos duplique em vinte anos.

Segundo os dados do último censo demográfico, em 2000, o Rio de Janeiro é a capital brasileira com a maior proporção de idosos (12,8%), seguida por Porto Alegre, com 11,8%. No outro extremo estão Palmas e Boa Vista, com 2,7% e 3,8% respectivamente.

No Nordeste, Recife é a capital com a maior proporção de idosos (9,4%), sendo a terceira capital do país em proporção de idosos. Em Salvador, a proporção é de 6,8% da população total, sendo a sexta capital do Nordeste em proporção da população de idosos e décima sexta no Brasil (IBGE, 2000). Atualmente, a população da Bahia com 60 anos ou mais está em torno de 1,28 milhões de pessoas, correspondendo a quase 9,3% da população total (GUIMARÃES, 2006).

¹ Brasil: 183 987 291 de habitantes.

A maioria das pesquisas aponta que um dos motivos para o aumento da população idosa no Brasil foi a redução significativa e progressiva da mortalidade infantil nas últimas três décadas, principalmente entre crianças de até cinco anos de idade, devido aos avanços científicos na área de saúde, a melhoria das condições sanitárias e de higiene da população em geral, principalmente nos centros urbanos, e da difusão acentuada a nível nacional, de projetos e ações assistenciais, bem como de campanhas sócio-educativas sobre cuidados com a saúde individual e coletiva (SILVA, 2005; CELADE, 2003; NERI, 2001a; CAMARANO; BELTRÃO; PASCOM, 1999).

Um outro indicador considerado fundamental para o aumento do envelhecimento, é a redução progressiva das taxas de fecundidade total², como consequência da crise econômica, levando à redução do tamanho da prole; atualmente a taxa de fecundidade total é de 2,0; a incorporação progressiva da mulher no mercado de trabalho, diminuindo o tempo de cuidado exclusivo aos filhos; as campanhas sócio-educativas sobre métodos contraceptivos e a divulgação na mídia (principalmente televisiva) de exemplos de famílias pequenas e concentradas em centros urbanos (SILVA, 2005; CELADE, 2003; NERI, 2001a; CAMARANO; BELTRÃO; PASCOM, 1999).

Um outro indicador considerado também uma das causas da crescente quantidade de idosos no Brasil, é o aumento da expectativa de vida da população, que de 43,2 anos de idade na década de cinquenta, passou para 63,5, na década de oitenta, atualmente está em 68,6 e as projeções sugerem que deverá alcançar 72,1 nos próximos vinte anos. Porém, o aumento da expectativa de vida do brasileiro pode ser também uma das consequências dos fatores atribuídos à redução das taxas de mortalidade infantil e de fecundidade total (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

A distribuição da população idosa brasileira é desigual, havendo mais mulheres do que homens. Essa desigualdade aumenta gradualmente ao longo dos anos, de 56% para 60,1% com o avanço da idade. Como apresentam maior longevidade que os homens, elas podem desenvolver algum tipo de demência e/ou alguma outra incapacidade física, presumíveis nas idades mais avançadas e vir a depender de suportes familiares ou institucionais (IBGE, 2000; NERI, 2001).

As mulheres também representam o maior percentual de viuvez (41%), de divórcios ou separações (18%), condições que podem levá-las ao isolamento social ou a residirem com familiares, embora tenha crescido o número de idosas que preferem residir sozinhas, não se sentindo solitárias ou isoladas socialmente; as mulheres relatam maior número de doenças, utilizam mais os serviços de saúde e são mais propensas a apresentarem sintomas depressivos; as mulheres idosas possuem menor

² Número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil.

quantidade de anos em estudo formal, sendo que a maioria, por não ter exercido atividades ocupacionais formais, não estão aposentadas e seus rendimentos são provenientes de benefícios não-contributivos (IBGE, 2000; NERI, 2001).

Assim sendo, na vivência da velhice e de outras fases do desenvolvimento humano, as diferenças entre as pessoas do sexo masculino e feminino são marcantes e determinantes em suas vidas. Uma vez que o sexo, enquanto estado biológico é investido social e culturalmente, passa a ser gênero e tem a finalidade definir os papéis nas relações sociais de poder entre homens e mulheres. De certo modo, pode-se considerar que o gênero é uma estrutura normativa de manutenção e reprodução social, que pode colocar à margem da sociedade aqueles que não se ajustam à ordem social estabelecida (MOTTA, 1999).

A partir desta concepção, o gênero configura a vida individual de homens e mulheres na busca por realizações, mudanças e melhores condições de vida, ou seja, é a partir do significado concebido pelo indivíduo do seu gênero e suas complexidades, que ele passará a atuar no mundo. Este conceito, embora possa ser pouco percebido no cotidiano das pessoas, atua de modo significativo nas suas vidas. Pois o gênero, enquanto aspecto biológico construído sócio-historicamente determina as relações sociais de poder na sociedade e pelo qual perpassam identidades, subjetividades e histórias de vida (MOTTA, 1999).

Portanto, as diferenças de gênero são um dos fatores determinantes na vida de mulheres e homens idosos brasileiros envolvidos na dinâmica do contexto sócio-cultural e político mais amplo do Brasil que, por sua vez, estão associados aos fatores sócio-demográficos específicos e individuais (físicos e psicológicos). Assim, é a partir do gênero, da sua realidade e capacidade adaptativa frente às próprias limitações físicas, cognitivas e sociais, e também, às limitações das esferas institucionais no atendimento às suas demandas que homens e mulheres podem buscar, como uma das suas principais finalidades, reduzir perdas, manter ou maximizar ganhos na velhice.

Entretanto, apesar da tendência de alguns estudos em atribuir responsabilidade individual ao idoso pela sua condição na velhice, as esferas institucionais brasileiras, assim como a sociedade como um todo, devem atuar a fim de garantir melhores condições de vida à população idosa. Isso é importante no presente, mas poderá ser ainda mais decisivo nos anos vindouros, já que o Brasil é um país jovem que está ficando velho, como se referiu Veras (1994) ao abordar o contínuo processo de envelhecimento da população brasileira e suas conseqüências individuais, sociais e econômicas. O mesmo autor ressalta que os idosos de hoje são sobreviventes de um contexto muitas vezes

desfavorável a sua condição biológica e social, principalmente as mulheres que, devido a questões já abordadas, precisaram ser mais resistentes ainda, demonstrando uma maior capacidade de adaptação biológica e social.

Portanto, o Brasil, apesar de ter acompanhado o aumento progressivo da população idosa mundial, demonstra condições inadequadas e limitadas para lidar com seus idosos. Por isso, estes são considerados pessoas “mais fortes”, por terem sobrevivido às adversidades contextuais e alcançado a velhice. De fato, as esferas institucionais brasileiras não disponibilizam infra-estrutura suficiente para assistência social, saúde, educação, lazer, saneamento, habitação, alimentação adequada, entre outros, para atender satisfatoriamente as demandas específicas decorrentes desta população e garantir que os idosos, no futuro, não sejam considerados “os sobreviventes”, como o são os idosos de hoje, mas que envelheçam em condições dignas às quais têm direito (VERAS; PARAHYBA, 2007).

De acordo com as pesquisas atuais, no Brasil já se tem mais idosos que crianças, ou seja, são 120 idosos para cada 100 crianças, com tendências a progressiva redução do número de crianças e acréscimo do número de idosos. Portanto, se a população jovem pretende envelhecer em condições dignas é preciso que, junto com os próprios idosos, busquem propostas, projetos, estratégias, enfim ações para lidar adequadamente com os idosos de agora e com os muitos idosos no futuro (VERAS; PARAHYBA, 2007; IBGE, 2004).

Nesse sentido, considera-se que as discussões e os avanços científicos que estão ocorrendo a partir de pesquisas nessa temática, têm trazido contribuições importantes para a população de idosos. Considerando-se que a velhice é um tema recorrente nos meios acadêmicos e tecno-científicos mundiais, embora muitas vezes estes estudos estejam delimitados a realidades e contextos específicos, oferecem subsídios relevantes para o esclarecimento e compreensão desta fase do desenvolvimento. No Brasil, a maioria das pesquisas sobre velhice é realizada principalmente nas áreas biomédicas ou sociais, sendo raros os estudos que abordam os aspectos cognitivos, emocionais ou comportamentais da velhice, dificultando assim a abordagem e replicações de estudos nesta área; as autoridades políticas e civis deste país estão começando a dar mais um pouco de atenção às questões concernentes à velhice, ainda que escassamente; e os próprios idosos começam sentir a necessidade de fazer valer seus direitos como cidadãos e a buscar melhor qualidade para suas vidas (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Assim, faz-se necessário um melhor conhecimento e compreensão da velhice. O envelhecimento é um processo biológico e evolutivo. Enquanto fase do desenvolvimento humano é

também um processo heterogêneo, multifatorial e multidirecional, em interação constante com os aspectos contextuais e individuais que, por sua vez, estão associados a fatores sócio-demográficos. A partir desses aspectos integrados, o envelhecimento é diferenciado entre os indivíduos e o estado de satisfação nesta fase é relativo ao modo como o indivíduo organiza sua vida e se posiciona perante aos desafios da velhice (CAMARANO *et al*, 1999; ROSA, 2007).

Sendo assim, o envelhecimento é uma fase do desenvolvimento humano que envolve alterações biológicas, sociais e psicológicas, associadas a determinantes culturais, econômicas e funcionais. Dessa forma, o envelhecimento pode se referir ao declínio físico e fisiológico (aspecto biológico); às mudanças de papéis sociais, às expectativas da sociedade em relação ao idoso, aos preconceitos e estereótipos da velhice (aspectos sociais); à necessidade de cuidadores para suprir suas necessidades básicas (aspecto funcional); à perda do poder aquisitivo e à redução da contribuição em produção para sociedade (aspecto econômico); declínio ou perda das funções cognitivas, sintomas depressivos, de ansiedade, auto-estima rebaixada, dentre outros aspectos cognitivos e emocionais (psicológicos). Deve-se ressaltar que estes aspectos não ocorrem de modo separado, eles são inter-influenciáveis (DEBERT, 1999; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA, 2006).

Para a World Health Organization (WHO, 2005), a expressão envelhecimento saudável foi substituída por envelhecimento ativo, por abranger mais dimensões que a saúde. Assim, o envelhecimento ativo é uma etapa do desenvolvimento do indivíduo determinado por condições físicas, ambientais, econômicas, sociais, psicológicas, auto-avaliações dos recursos disponíveis para saúde e assistência social. Sendo assim, o conjunto de condições que determina o envelhecimento pode ser categorizado em dois grandes grupos: o contextual, que envolve os aspectos sócio-econômicos, culturais, ambientais e os recursos de saúde e assistência social; e o pessoal, que se refere aos fatores individuais e comportamentais (estilo de vida). O envelhecimento, portanto, está associado a condições pessoais e contextuais para ser saudável, bem sucedido e ativo.

Evidentemente, o modelo de envelhecimento ativo da WHO requer que os países devam investir mais nas condições contextuais, promovendo sua melhoria, oferecendo apoio à população para que envelheça ativamente. Nessa perspectiva, não basta apenas investir na longevidade da população, é imperativo garantir subsídios que atendam adequadamente às demandas específicas do envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda muito limitado quanto às condições contextuais. A partir dessa concepção, a responsabilidade pelo envelhecimento ativo quanto às mudanças contextuais também seria dos políticos e governantes, além de toda sociedade civil e não atribuída unicamente à pessoa idosa.

No que se refere ao período em que se deve considerar uma pessoa como idosa, a literatura oferece uma ampla variedade de considerações sobre o assunto. Geralmente, toma-se como base a idade cronológica que, fundamentada na quantidade de anos desde o nascimento, define o quanto um indivíduo é velho. A idade cronológica é associada à idade biológica, manifesta em características físicas, como a pele enrugada, cabelos brancos, declínio do vigor físico, locomoção vagarosa, entre outros aspectos físicos, fisiológicos ou funcionais identificados como características de uma pessoa idosa, mas que são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo (CAMARANO *et al*, 1999; ROSA, 2007).

Então, partir dos aspectos físicos e cognitivos, não seria possível especificar, de forma generalizada, quando um indivíduo é considerado “velho”, já que estas características são relativas a fatores individuais, inclusive, genéticos e contextuais. Haja vista a existência de indivíduos que tem idade para ser considerado idoso, mas não tem as características atribuídas a uma pessoa idosa, ou ainda, pessoas que já possuem todos os critérios que as classificariam como idosas, no entanto, não possuem idade cronológica para tal. Portanto, nem sempre idades biológicas e cronológicas são congruentes no indivíduo, e o envelhecimento, neste sentido, é peculiar a cada um (COSTA, 2001; CAMARANO *et al*, 1999; ROSA, 2007).

Por isso, deve-se ressaltar a arbitrariedade e limitações dessa medida do envelhecimento humano, fundamentada no referencial da idade cronológica e biológica, e que toma por critério a quantidade de anos vividos pelo indivíduo e suas características físicas, de modo generalizado. Esta noção, inclusive, é conflitante com muitas perspectivas teóricas da psicologia do desenvolvimento, por considerar as fases do ciclo de vida como estanques, estáveis e com um marco de início e fim, sem considerar os determinantes culturais e sociais envolvidos, que conferirão características individuais, variabilidade, direção e ritmo próprios (COSTA, 2001; STUART-HAMILTON, 2002).

A determinação de uma idade como marco inicial da velhice traz implicações sociais e culturais na vida das pessoas, pois alcançando determinada idade, elas mudarão de posição na sociedade, logo, expectativas são esperadas para os novos papéis a serem exercidos. Como defendeu Silver (2003), ao afirmar que a idade é um estado biológico, investido social e culturalmente, com a finalidade de definir comportamentos, atribuir papéis e manter a ordem nas relações sociais de poder entre os jovens e idosos.

No entanto, segundo as justificativas de entidades governamentais e de pesquisa, nacionais e internacionais, inclusive a WHO, adota-se o critério da idade cronológica com a finalidade de

categorizar as pessoas por idade e por etapa no ciclo do desenvolvimento humano a fim de organizar e facilitar a elaboração de leis, projetos, estudos e ações direcionadas a cada etapa do desenvolvimento humano (CAMARANO *et al*, 1999).

Assim sendo, os recursos destinados a pessoas idosas, como concessão de benefícios (aposentadorias, pensões e outros tipos de benefícios); gratuidade nos transportes coletivos urbanos e interestaduais; preferência no atendimento em estabelecimentos públicos e privados, entre outros, são direitos concedidos às pessoas com 60 anos ou mais. Além destes, os investimentos destinados à saúde, educação, cultura, lazer e educação são direcionados a este público específico (CAMARANO *et al*, 1999).

No Brasil, uma pessoa é considerada idosa com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o decreto 1948/96, que regulamenta a Lei 8842/94, a qual consubstancia a Política Nacional do Idoso (PNI). O critério cronológico também é adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e entidades relacionadas, que consideram uma pessoa na fase da velhice ou idosa, com idade igual e a partir de 60 anos, nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos, devido à maior expectativa de vida nestes últimos. (VERAS, 2001)

Assim esta pesquisa adotará a idade a partir de 60 anos para designar uma pessoa como idosa, ressaltando que essa é uma idade instituída para efeito de pesquisa, pois o estudo considera que o envelhecimento é relativo à atuação simultânea das dimensões e fatores associados já citados, que irão influenciar no estado de bem-estar subjetivo dos indivíduos.

Para Ryff e Keyes (1995), o bem-estar subjetivo se refere às avaliações positivas que um indivíduo faz de si, aceitando suas qualidades e defeitos, incluindo sua vida passada e atual, bem como suas expectativas de futuro, sua percepção da vida enquanto processo de crescimento pessoal contínuo, independentemente da sua fase no ciclo vital, acreditando que a vida tem significados e propósitos a serem alcançados. O bem-estar subjetivo, ainda, envolve capacidade de manter relacionamentos interpessoais positivos, de lidar eficientemente e com flexibilidade comportamental diante das dificuldades ambientais, bem como demonstrar domínio na sua vida de um modo geral, com autonomia e autoconfiança.

O estado de bem-estar subjetivo na velhice é fundamental para que o idoso possa ter um envelhecimento satisfatório, apesar dos desafios externos e limitações individuais que afetarão sua vida e implicarão diversos níveis de satisfação. Considerando-se que a velhice é uma fase de

tendência para mais perdas (biológicas, sociais e psicológicas) que ganhos, uma das tarefas do idoso, então, seria equilibrar essas perdas e ganhos. Esse equilíbrio seria alcançado pela mobilização de recursos internos e externos, efetivando ações para tentar manter ou elevar seus sentimentos positivos, ou sua satisfação em relação a si mesmo e à experiência na velhice (BALTES, 1987).

De acordo com Joia, Ruiz e Donalisio (2007), a satisfação de uma pessoa na velhice se refere a um sentimento positivo vinculado a suas características individuais, história de vida, condições contextuais e circunstanciais, bem como ao resultado da avaliação do seu estado de saúde física e psicológica, qualidade dos relacionamentos sociais, do apoio familiar e da sua autonomia. Esses aspectos são integrados e relacionados aos padrões individuais e às comparações que o indivíduo faz do seu passado com as suas atuais condições de vida, das realizações pessoais e das suas expectativas quanto ao futuro. Assim sendo, o seu estado de bem-estar subjetivo será consequência do resultado desta avaliação, apresentando vários níveis de intensidade, constituindo-se numa experiência íntima e privada, de difícil mensuração, elaborada a partir de referências, padrões e expectativas individuais (RYFF, 1995).

Nesse contexto, espera-se que a Psicologia forneça contribuições sobre o desenvolvimento, condições e variações da velhice, especificamente a psicologia do desenvolvimento que, durante uma parte significativa do século XX, teve seu interesse mais voltado para o estudo da infância e adolescência. Como consequência disseminou-se a idéia de que a vida adulta constituía um período de estabilidade, e a velhice seria um período exclusivamente de declínio e perdas, concepção esta que pode ter contribuído para a expansão e manutenção de estereótipos e preconceitos negativos acerca do envelhecimento (SILVA; GUNTHER, 2000).

No entanto, a psicologia do desenvolvimento, nas últimas três décadas, vem aumentando a quantidade e expandindo rapidamente estudos sobre a velhice, tanto no campo científico nacional, quanto internacional, numa tentativa de compreender os processos, fatores e aspectos que envolvem o envelhecimento, devido, principalmente, ao surgimento de novas demandas ocasionadas pelo aumento considerável da população idosa (NERI, 1995).

Além disso, estudos advindos de outras áreas do conhecimento humano, como da sociologia, antropologia e biologia, e de outras áreas específicas da psicologia, como a psicologia social, trazem contribuições significativas para a psicologia do desenvolvimento. Essa integração tem contribuído para um reforço maior na mudança de pressupostos teóricos e populares da velhice como sinônimo de doença, considerando também o crescente número de idosos saudáveis que, embora, possuam

limitações fisiológicas, cognitivas e sociais próprias desta fase, não estão incapacitados para exercer atividades do seu cotidiano e nem de convivência social. Atualmente, há uma tendência de se perceber a velhice não mais como um período exclusivamente de incapacidades, perdas ou como um período improdutivo, mas como uma das fases do desenvolvimento humano, com demandas próprias, assim como as demais (NERI, 1995).

Para fundamentar essas novas concepções sobre a velhice, pesquisas nas mais diversas áreas do conhecimento buscaram embasamento em teorias, como a sistematizada por Erik Erikson, denominada teoria epigenética do desenvolvimento humano. Essa abordagem trouxe contribuições significativas à psicologia do desenvolvimento, primeiro por considerar que o desenvolvimento humano acontece em toda a extensão da vida, já que por muito tempo acreditou-se que a culminância do desenvolvimento seria na adolescência. E segundo, por acrescentar às demais teorias clássicas do desenvolvimento a adultez e a velhice e também por considerar o contexto sócio-cultural como um dos fatores do desenvolvimento humano (NERI, 2001a).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento não significa apenas crescimento, evolução ou culminância, mas também períodos de estabilidade e crises, estas geradas por forças contraditórias que podem resultar na sua resolução, a depender das condições contextuais e individuais, tanto pregressas quanto atuais do indivíduo (ERIKSON, 1976; NERI, 2001a).

Desse modo, Erikson analisou as implicações ocorridas na velhice, denominando esta fase como o período da ‘integridade’ ou do ‘desespero’, a depender da resolução deste conflito. Portanto, a vivência da velhice com integridade ou desespero está relacionada às realizações ocorridas durante todo o ciclo vital do idoso, aos traços de personalidade e às condições contextuais (ERIKSON, 1976).

Os pressupostos teóricos desse estudioso incentivaram muitos pesquisadores a realizar investigações mais apuradas sobre as modificações e crises vivenciadas na velhice, como Paul Baltes, um outro teórico bastante influente da psicologia do desenvolvimento, que sistematizou a perspectiva teórica do ciclo vital (life span).

De acordo a abordagem do ciclo vital, a constância e as mudanças no comportamento humano através do ciclo de vida mantêm-se desde a concepção até a morte. O propósito dessa abordagem é obter conhecimento sobre os princípios gerais ao longo do desenvolvimento, como as diferenças interindividuais e similaridades no desenvolvimento, bem como sobre o nível e as condições individuais da plasticidade humana. Uma das maiores contribuições dessa perspectiva é não

considerar o desenvolvimento como um processo unilinear, mas como um processo multidirecional e multifuncional, numa constante interação dialética com as condições contextuais e características pessoais do indivíduo (BALTES, 1998).

Baltes (1987) chama a atenção para as causas que poderiam resultar em um envelhecimento bem sucedido, destacando a importância da variabilidade e plasticidade individual neste processo, que está intrinsecamente relacionada a todo o curso do desenvolvimento do indivíduo. O envelhecimento bem sucedido seria o resultado de um processo de adaptação à velhice, através do qual o idoso busca meios para compensar as perdas inerentes desta fase, estratégias que podem lidar de modo adaptativo com as possíveis restrições da velhice, principalmente quando os recursos biológicos, sociais e psicológicos vão se tornando mais escassos. Baltes (1987) denominou este processo de adaptação de 'otimização seletiva com compensação'.

Mecanismos de adaptação são compreendidos como esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as novas exigências e demandas da velhice, acionadas pelo idoso, que podem ter origens internas e/ou externas (BALTES, 1987).

Portanto, os esforços cognitivos e comportamentais dos idosos, considerando que o envelhecimento biológico, psicológico e social lhe impõe limitações, são para manter e/ou aumentar suas potencialidades, buscando reduzir o máximo possível, o prejuízo das perdas e dos efeitos negativos destas na sua vida e bem-estar subjetivo, acionando, assim mecanismos para a adaptação.

Os idosos são confrontados constantemente com questões específicas da idade que devem ser ultrapassadas com estratégias que busquem devidos ajustes ao longo deste período. Para Rabelo e Neri (2005), estes ajustes seriam as adaptações realizadas nesta fase do ciclo vital, como um modo de maximizar as possibilidades individuais, a partir da busca de seus próprios recursos biológicos, psicológicos e sociais, reorganizando sua vida frente às limitações emergentes, buscando assim, meios de se adaptar as diversas situações, seja individualmente ou com a ajuda de outros.

Dessa forma, a pessoa idosa vivenciaria um constante e contínuo processo de atualização das suas potencialidades pessoais, bem como o aprendizado de viver com as novas limitações e tentando utilizar da melhor forma possível os seus próprios recursos internos ou externos.

Uma vez que os recursos internos ou psicológicos do indivíduo são construídos ao longo da sua vida, desde o nascimento, é possível que uma parte da explicação da evolução do envelhecimento esteja ligada também a fatores de personalidade, os quais, juntamente com os fatores contextuais,

podem ser responsáveis pela maneira como os indivíduos vivenciam a velhice. Na confluência entre fatores individuais e contextuais coloca-se o problema das diferenças entre homens e mulheres na vivência da velhice.

De acordo com a perspectiva do ciclo vital, o envelhecimento, além de ser um processo intrínseco ao desenvolvimento humano, constitui um fenômeno complexo, com diferenças na experiência individual que se devem a fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, e conseqüentemente, a diferenças de sexo, que determinam de modo significativo a existência humana. Neste sentido, homens e mulheres idosos possuem demandas específicas para o atendimento das suas necessidades e condições de vida. Em outras palavras, a vivência da velhice, por homens e mulheres, adquiriu significados diversos e ocasiona implicações diferenciadas para os mesmos e para sociedade (MOTTA, 1999).

Considera-se que a vivência da velhice pode ocorrer de modo diferenciado para homens e mulheres, assim como nas demais fases do desenvolvimento, devido à diferenciação biológica, social, cultural e histórica ao longo do seu desenvolvimento. Neste sentido, ao estudar as estratégias que buscam adaptações na velhice, é fundamental considerar as implicações do gênero, do período sócio-histórico, da cultura, fatores sócio-demográficos, história de vida e dos fatores de personalidade, já que estas implicações poderão influenciar significativamente no processo de envelhecimento biológico, social e psicológico de homens e mulheres idosos (NERI, 2001b).

Assim, o estudo sobre os mecanismos de adaptação na velhice adotados por homens e mulheres idosos não poderia deixar de considerar as diferenças de gênero que ocorrem durante todas as etapas do ciclo vital do indivíduo e envolve as diferenças de sexo. Gênero, neste trabalho, é compreendido como um produto socialmente construído, uma categoria relacional, na qual se consideram as relações de poder, a designação dos papéis sociais, bem como a experiência, a subjetividade e o saber concreto do homem e da mulher aprendidos ao longo do seu ciclo vital. Enquanto, sexo é compreendido como um aspecto puramente biológico e anatômico que diferencia o masculino do feminino e as possíveis diferenças orgânicas entre homens e mulheres. Mas, o sexo, como aspecto biológico é investido por determinantes sociais e culturais e passa a fazer parte de um conceito mais amplo que inclui, além do biológico, os aspectos psicológicos, sociais, culturais e contextuais, ou seja, gênero, um conceito indicador das diferenças entre homens e mulheres (NEGREIROS, 2004).

Breda (2007) ressalta que um dos maiores desafios para os pesquisadores da área de ciências sociais e de saúde é compreender os processos envolvidos na vivência da velhice, considerando o gênero, as dimensões biológicas, sociais, psicológicas, culturais associadas à fatores sócio-demográficas, que atuam de modo simultâneo e integrado na dimensão individual.

A atuação destas dimensões e fatores associados a processos individuais, caracteriza o envelhecimento como um fenômeno diferenciado, multifatorial e multidirecional, com ritmos, características e implicações próprias que podem trazer alterações significativas na vivência da velhice. Por isso é imprescindível à compreensão dos processos envolvidos neste fenômeno e assim contribuir com os estudos referentes a este tema, bem como oferecer contribuições às políticas públicas que atuam no atendimento à população idosa.

Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a verificar os mecanismos de adaptação que homens e mulheres idosos acionam para se ajustarem na velhice, destacando-se, neste sentido, dois conjuntos de fatores que contribuem para o processo de envelhecimento humano: os fatores contextuais e pessoais, sua interligação e identificação dos elementos que fundamentam as expectativas, vivências e experiências de vida de idosos.

O estudo se justifica, primeiro, pela relevância teórica do assunto, considerando a escassez de trabalhos que associem fatores individuais e contextuais ao bem-estar subjetivo global na velhice, levando em consideração as diferenças de gênero; segundo, ainda é pouco conhecido o efeito das mudanças ocorridas no fenômeno psicológico nas idades mais avançadas; e terceiro, pela relevância social, já que muitas pessoas podem esperar viver uma vida bem longa e o conhecimento desses fatores poderá subsidiar práticas de saúde, seja na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como na reabilitação.

Considera-se a velhice como uma fase do ciclo vital com transformações que ocorrem e evoluem individualmente, mas com repercussões coletivas relativas às diferenças inerentes ao gênero e as condições contextuais, com suas várias características sócio-demográficas que, associadas aos demais aspectos da velhice, geram uma tendência mais para perdas que para ganhos, levando homens e mulheres idosos a promover meios adaptativos na sua vida com a finalidade de reduzir o efeito negativo das perdas e maximizar o efeito dos ganhos (BALTES, 1998)

Há indicações na literatura que os mecanismos de adaptação adotados por homens e mulheres na velhice são diferenciados, uma vez que as limitações individuais e contextuais são

associadas a fatores sócio-demográficos que, por sua vez, estão relacionados a fatores mais amplos, como as dimensões biológicas, sociais e psicológicas, tornando a velhice uma experiência diferenciada e individual (NERI, 2001b).

A dimensão biológica refere-se aos aspectos morfológicos, fisiológicos e orgânicos do corpo do indivíduo. Mas também às funções destes e ao estado de saúde física e mental do idoso, bem como da sua capacidade funcional. Geralmente, a auto-avaliação da saúde física é realizada a partir da intensidade do declínio da capacidade funcional, ou seja, do quanto o idoso percebe que consegue realizar suas atividades rotineiras e manter cuidados pessoais sem solicitar maiores auxílios. Caso sua saúde física altere sua capacidade funcional a ponto de restringir muito ou encerrar a execução das suas atividades diárias, o idoso avalia a sua saúde de modo negativo, devido à perda da autonomia e da independência (COSTA, 2001).

A dimensão social diz respeito à rede de apoio social do idoso e à sua capacidade de integração social. O conjunto de pessoas e suas funções junto ao idoso formam sua rede de apoio social; são pessoas que oferecem ajudam ao idoso nas suas atividades diárias, como serviços domésticos, atividades externas à residência e ajuda financeira e/ou aquelas que oferecem apoio emocional, como afeição, atenção, empatia e preocupação com o idoso. A rede de apoio social também abrange as pessoas que atuam em instituições de saúde, assistência, lazer, entre outras que atendem o idoso. A integração social se refere ao número de pessoas e a qualidade da ajuda da rede de apoio social do idoso, então um idoso que tem ótima integração social, significa que dispõe de muitas pessoas que lhe oferecem suporte ou apoio importante na sua vida. (DESSEN; BRAZ, 2000).

Estudos sugerem que o suporte da rede de apoio social é muito importante para a manutenção da saúde física e mental do idoso. O suporte social pode promover a redução das angústias, ansiedades e sensação de solidão; ajuda o idoso a enfrentar situações estressantes e pode ainda melhorar sintomas de origem fisiológica ou fortalecer o sistema imunológico. O suporte social pode ser oferecido ao idoso por seus familiares, cônjuges, amigos, vizinhos, profissionais de saúde e de outras áreas ou ainda por funcionários domésticos (DESSEN; BRAZ, 2000; NERI, 2001b).

Cheng e Chan (2006) investigaram se o efeito do suporte social variava com o gênero na auto-avaliação da saúde realizada por idosos chineses. Eles concluíram que a associação entre gênero e apoio social foi significativa para as mulheres. A saúde das mulheres idosas que possuíam na rede de apoio social uma ajuda eficiente, auto-avaliaram sua saúde mais positivamente que aquelas que não tinham rede de apoio ou se tinham, o apoio era considerado insuficiente. As condições de saúde se

referiam à frequência em adoecer, às doenças crônicas, qualidade do sono, locomoção e emoções positivas. Os resultados sugeriram também que há um grau elevado de afinidade na auto-avaliação da saúde entre a população idosa chinesa e ocidental e suas redes de apoio social.

A dimensão psicológica se refere aos aspectos emocionais (sentimentos, emoções, estados afetivos) e cognitivos (funções cognitivas) dos idosos. Relacionados a estes fatores estão a auto-percepção e auto-avaliação do idoso em relação a si e à sua vida; a partir dessa avaliação, das circunstâncias e dos fatores de personalidade e sócio-demográficos, o idoso definirá metas e, a depender de todas as implicações neste processo, poderá compensar possíveis perdas, ou refinar, reelaborar ou desistir das suas metas (BALTES, 2004).

Rabelo e Neri (2005) consideram estes aspectos muito importantes para que o idoso, diante das adversidades contextuais e perdas individuais, possam minimizar o efeito dos eventos negativos na velhice, como a mudança de papéis sociais, doenças crônicas, incapacidades funcionais, solidão, entre outros, que alteram profundamente a vida do idoso, dificultando sua vivência satisfatória. É em busca de viver satisfatoriamente que o idoso pode buscar recursos contextuais e psicológicos para acionar estratégias de enfrentamento adequadas, maximizar possíveis ganhos, compensar perdas, buscando sempre meios de adaptação às adversidades contextuais e limitações individuais.

A meta principal do idoso seria continuar sua vida de modo satisfatório, e isso vai além da manutenção de cuidados pessoais, de compensações e adaptações; é continuar a vida mantendo seu estado de bem-estar subjetivo de acordo com as suas expectativas, mesmo diante das dificuldades que vão se intensificando com o avançar da idade, mas enfrentando-as com autoconfiança e autodeterminação. Caso contrário, a velhice poderá ser vivida com dor, lamentos, dependência e pesar.

Portanto, um dos grandes desafios dos indivíduos idosos seria equilibrar a diferença entre perdas e ganhos na velhice, buscando estratégias, recursos e mecanismos de adaptação, visando manter ou elevar seu estado de bem-estar subjetivo na velhice, de acordo as suas condições contextuais. O bem-estar subjetivo, neste estudo e de acordo Diener (1984), é visto como subjetividade, uma experiência íntima e social; a compreensão de que os aspectos positivos e negativos co-existem e se relacionam numa mesma situação; e por último, o bem-estar é definido pela satisfação com a vida.

Nesse sentido, levantou-se a questão de como homens e mulheres idosos lidam com a velhice, enfrentam perdas e ganhos, fazem uso de recursos biológicos, psicológicos e sociais e compensam as possíveis perdas. Desse modo, o presente estudo propôs-se a investigar as mudanças ocorridas na velhice, associadas aos fatores sócio-demográficos, e suas implicações sobre o bem-estar subjetivo, considerando as diferenças entre homens e mulheres e outros fatores sócio-demográficos envolvidos. Assim, formulou-se o problema nos seguintes termos:

Quais as percepções de homens e mulheres idosos em relação às mudanças (auto-referidas e auto-avaliadas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas) ocorridas na velhice, associadas aos fatores sócio-demográficos, e qual a influência destas mudanças sobre o estado de bem-estar subjetivo destes indivíduos?

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo principal identificar e descrever mudanças significativas ocorridas na velhice e seu impacto sobre o estado bem-estar subjetivo; subsidiariamente, buscou-se também a identificação de mecanismos de seleção, otimização e compensação, propostos na perspectiva do ciclo vital. Foram estabelecidos como objetivos específicos:

1. Caracterizar as mudanças relacionadas ao envelhecimento em homens e mulheres, associando-as a fatores sócio-demográficos;
2. Descrever o processo de seleção de metas por homens e mulheres idosos a partir da auto-avaliação das mudanças (auto-referidas e auto-avaliadas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas);
3. Identificar o uso de recursos internos (cognitivos e emocionais) e externos (materiais e humanos) por homens e mulheres idosos para o alcance das metas relevantes (otimização);
4. Identificar possíveis mecanismos de compensação para os declínios e/ou perdas auto-referidas nas diversas dimensões da velhice.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas duas últimas décadas tem repercutido significativamente nas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade, bem como na concepção do próprio indivíduo idoso sobre a velhice. Considerando-se que os idosos, assim como os demais segmentos etários possuem demandas específicas e ainda pouco exploradas, é que têm sido realizados vários estudos nas diversas áreas do conhecimento humano para que se possa compreender com maior profundidade esta fase do desenvolvimento humano e assim buscar alternativas para lidar cada vez mais e melhor com os idosos.

Nessa vertente de estudos, parte-se do pressuposto de que a velhice é parte do processo de desenvolvimento do ciclo vital humano, permeada por fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos, através dos quais são gerados crenças, percepções e comportamentos relativos a esta fase. Neste sentido, a abordagem do ciclo vital enfatiza a importância da seleção de prioridades de vida para uma regulação efetiva dos processos desenvolvimentais. Essas prioridades e os investimentos pessoais não são arbitrários, pois envolvem concepções subjetivas de ciclo de vida e refletem as tarefas evolutivas que as pessoas desempenham (BALTES, 1998).

Assim, a perspectiva do ciclo vital neste estudo será a referência teórica escolhida. Essa perspectiva foi sistematizada por Baltes (1987), por considerar que apenas a perspectiva biológica não traz explicações satisfatórias para o processo de envelhecimento. Por isso, ele propôs um novo modelo para investigar o desenvolvimento humano, ou seja, a perspectiva do ciclo de vida (life span).

A expressão ciclo de vida significa abrangência por toda a vida de um indivíduo ou grupo, ou pode se referir a um determinado período, também denominado 'short span'. Nesta perspectiva, a idade cronológica, comumente vista como uma variável relevante e organizadora dos eventos do desenvolvimento, geralmente registrados no decorrer da vida de um indivíduo, também é considerada um elemento organizador em pesquisas (NERI, 2001; BALTES, 1987).

No entanto, a principal contribuição dessa perspectiva é pensar o desenvolvimento e o envelhecimento como processos correlatos; em todas as etapas da vida existem ganhos e perdas, significando que o desenvolvimento não é apenas um processo em movimento para uma eficácia maior, tal como um acréscimo ou progresso de crescimento, mas, através do ciclo vital, o

desenvolvimento sempre consiste em juntar ocorrências de ganhos (crescimento) e perdas (declínio) (BALTES, 1987).

Nessa perspectiva, de orientação dialética, são considerados os aspectos de multidirecionalidade e multidimensionalidade do desenvolvimento, nos quais considerável diversidade é encontrada na direção das mudanças que constituem a ontogênese, mesmo dentro de um mesmo domínio. A direção das mudanças varia por categorias de comportamento em seus diversos aspectos e durante o mesmo período de desenvolvimento, no qual alguns sistemas do comportamento obtêm ou mantêm ganhos, enquanto que em outras áreas demonstram decréscimo em funcionamento (BALTES, 1987).

O contextualismo, na perspectiva do ciclo vital, também é um referencial relevante, pois através deste compreende-se que o curso do desenvolvimento individual pode ser entendido como resultado das interações (dialéticas) dos sistemas desenvolvimentais, como os fatores sociais, biológicos, culturais e psicológicos ou individuais. Assim sendo, a meta é atentar para o período social e histórico que exerce influências sobre o processo do desenvolvimento e conseqüentemente do envelhecimento das pessoas em variadas direções. Na verdade, a inclusão do contexto histórico no modelo é também uma tentativa de controlar o efeito de coorte, permitindo a combinação de estratégias longitudinais e transversais (NERI, 2001a).

Neste sentido, os pressupostos teóricos da perspectiva do ciclo de vida, a partir da concepção de multidirecionalidade e multidimensionalidade, ganhos e perdas e dos aspectos contextuais e individuais no processo de desenvolvimento, têm levado os estudos sobre desenvolvimento humano a se inserir num contexto multidisciplinar. Assim, as contribuições teóricas advindas da sociologia, biologia, antropologia e psicologia para a compreensão do envelhecimento ampliam a variedade e potencialidade de investigações longitudinais e transversais nesta área. Neste contexto, o campo do desenvolvimento é multidisciplinar e a perspectiva do ciclo vital tem levado os meios científicos ao reconhecimento de todo o ciclo de vida como relevante e pertinente para pesquisas longitudinais e de cortes transversais (BALTES, 1987).

Assim sendo, ao longo do desenvolvimento da humanidade, estudos sobre a diferenciação de gênero são realizados por essas áreas do conhecimento humano. Na psicologia, principalmente, em disciplinas específicas sobre desenvolvimento humano, personalidade, interações e papéis sociais, há um esforço para a compreensão do processo de construção da identidade de gênero, considerando a

raça, a classe social, a geração, fatores psicológicos e contextuais de homens e mulheres (NERI, 2001b).

Neste sentido, essas categorias são relacionais e configuram diferenças, oposições, conflitos, alianças e hierarquias, que refletem relações de dominação e poder existentes no seio da sociedade e da cultura. Por isso, consideramos que a categoria gênero é um fator fundamental em relação às expectativas e normas sociais que atuam também como reguladoras dos comportamentos e o desempenho de papéis específicos para homens e mulheres, além de estabelecer o modo de vida destes no decorrer do seu ciclo vital (NERI, 2001b).

Não se pode afirmar que todos os homens ou mulheres idosos vivenciam a velhice da mesma forma. Muitas mulheres idosas a experienciam de modo alternativo e atuante, fazendo-se valer de estratégias de enfrentamento, através das quais selecionarão metas, otimizarão os recursos disponíveis para assim compensarem possíveis perdas ou manter os ganhos. Estas mulheres idosas conseguem manter preservados sentimentos de auto-competência, bem-estar psicológico e crescimento pessoal, enquanto que muitos homens idosos, apesar das condições favoráveis para a vivência satisfatória da velhice, não conseguem se desvincular dos estigmas negativos ligados à mesma (BALTES, 1997; PEREIRA, 2005).

Desse modo, os fatores psicológicos dependem de transações ao longo do ciclo vital entre um organismo e seu contexto sócio-histórico, já que a motivação, a educação e a cultura favorecem os processos cognitivos e motores; mesmo que ocorra a diminuição do potencial biológico, a tendência é buscar um aumento da necessidade de utilização dos recursos psicológicos, sociais e materiais oferecidos pela cultura, para compensar possíveis perdas ou manter os ganhos (BALTES, 1997).

Esses processos de adaptação à nova fase, entretanto, não são invariáveis ou automáticos, eles estão relacionados com a história de vida do indivíduo, como sugerido na abordagem epigenética do desenvolvimento de Erikson (1974). Segundo essa abordagem, o desenvolvimento humano ocorre por determinados e antecipadas características de nossas personalidades em oito etapas (Confiança, Autonomia, Iniciativa, Diligência, Identidade, Intimidade, Generatividade e Integridade). O progresso por cada etapa está, em parte, determinado pelo êxito ou falta deste, em todas as etapas prévias. Assim, cada etapa envolve certas tarefas de desenvolvimento que são de natureza psicossocial, ou seja, envolvem aspectos considerados próprios de cada idade, bem como as condições sociais e culturais, nas quais o indivíduo está inserido e vai construindo sua identidade (ERIKSON, 1974).

De acordo com essa perspectiva teórica, se determinada etapa está bem administrada, gera-se certo benefício ou força psicossocial que auxiliará na superação das etapas anteriores do desenvolvimento e na resolução bem sucedida da etapa presente. Por outro lado, se o indivíduo não administrar tão bem uma etapa, pode-se desenvolver más adaptações e malignidades, o que pode prejudicar o desenvolvimento futuro (ERIKSON, 1976). Neste estudo sobre envelhecimento, é pertinente atentarmos para a última etapa relacionada à velhice, denominada de ‘integridade do eu versus desespero’.

Uma vez que a velhice representa a proximidade do fechamento do ciclo de vida, e a maneira como o idoso a vivencia é relativa, essencialmente, ao modo como ele vivenciou as fases anteriores do desenvolvimento, é claro, portanto, que não há total independência entre as diversas fases da vida, todo o ciclo se constituindo num processo dinâmico (TEIXEIRA, 2002).

Por isso Erikson (1974) sugere que, quando o envelhecimento ocorre com sentimento de produtividade e valorização do que foi vivido, sem arrependimentos e lamentações sobre oportunidades perdidas ou erros cometidos, poderá haver integridade e ganhos; do contrário, um sentimento de tempo perdido e a impossibilidade de começar de novo trarão tristeza e desesperança (desespero).

Portanto, a velhice é a fase onde ocorre naturalmente a avaliação do que foi vivido e realizado e do que se pode realizar, com a nítida percepção de que não é possível mudar muitas das coisas já passadas. O indivíduo, então, a partir da sua trajetória pessoal, transpassada por diversos fatores contextuais, já vivenciou uma ampla variedade de experiências positivas e negativas. De acordo com a auto-avaliação dessas experiências, tentará adaptar-se, buscando aceitar e conviver de modo satisfatório com a velhice e com a idéia de finitude próxima, reconhecendo os limites da sua capacidade e buscando maximizar suas habilidades ou adquirir novas (TEIXEIRA, 2002).

A trajetória alternativa é rejeitar a velhice, embasado na sua auto-avaliação, por perceber que já não dispõe mais de tanto tempo ou energia para investir nas realizações não efetivadas ao longo do seu ciclo de vida e por sentir que as restrições inerentes à velhice as tornam mais difíceis ainda de efetivá-las. Este idoso, geralmente, se torna uma pessoa de difícil convivência, pela amargura e lamúrias (TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva, a velhice é percebida como fenômeno biológico e cultural, único e ao mesmo tempo universal. Nesse processo, o ser humano confronta-se com problemas e limitações de

ordem biológica, econômica e sócio-cultural que o levam na busca por adaptações, visto que cada um desses aspectos interage com todos os outros e é por eles é afetado, singularizando seu processo de envelhecimento.

De acordo com Baltes (1997), seria através do processo de adaptação, denominado ‘otimização seletiva com compensação’ que o idoso buscaria lidar com a crescente limitação imposta pelo envelhecimento, com o intuito de manter ou aumentar suas potencialidades e diminuir o prejuízo das suas perdas.

Um dos aspectos da tarefa adaptativa seria minimizar os prejuízos da velhice pela ativação das capacidades de reserva para o desenvolvimento, como, por exemplo, o declínio das capacidades cognitivas, que podem ser compensadas por ganhos no domínio da inteligência prática. Contudo, Baltes (1997) ressalta que a manutenção do equilíbrio entre ganhos e perdas durante o envelhecimento torna-se menos satisfatória que nas demais fases do desenvolvimento.

Neste sentido, na procura de um modelo teórico de desenvolvimento para compreender mais e melhor como acontece o envelhecimento bem sucedido, no qual os ganhos são maximizados e as perdas minimizadas é que Baltes (2004) sugere o modelo teórico de “seleção, otimização e compensação” (SOC), contextualizado na perspectiva de ciclo de vida.

Deste modo, foram concentrados esforços para especificar as estratégias cognitivas e comportamentais acionadas pelas pessoas, tanto no plano individual quanto coletivo para lidar com as condições na velhice; o foco do seu modelo teórico é a orquestração desses mecanismos (seleção, otimização e compensação) pelos indivíduos e sua relação com o contexto sócio-cultural, além de outras características pessoais do indivíduo (BALTES, 2004; FREUND, 2006).

O mecanismo de seleção refere-se à capacidade do indivíduo de escolher determinadas metas para que seu desenvolvimento se direcione aos recursos disponíveis em áreas específicas da sua vida e assim guiar seu comportamento na direção desejada. A seleção de metas é efetivada a partir da avaliação pelo próprio indivíduo da sua auto-eficácia, dos recursos disponíveis, das circunstâncias e do tempo. Baltes (2004) afirma que a função da seleção pode ser elucidada pela seguinte metáfora: “Aquele que segue todos os caminhos, nunca alcança nenhum destino” (BALTES, 2004, p.165). Assim, o processo de seleção foi dividido em ‘seleção eletiva’, aquela que o indivíduo escolhe suas metas a depender das suas preferências e ‘seleção baseada nas perdas’, que é um tipo de resposta

adaptativa das metas que estão ameaçadas por perdas; nesse caso, o idoso é impelido a selecionar metas visando mais a atender às suas necessidades e possibilidades do que às suas opções pessoais.

Em relação à otimização, Baltes (2004) define-a como os meios favoráveis à aquisição de novas habilidades, pelos quais o indivíduo busca alcançar suas metas selecionadas, para assim, alcançar níveis satisfatórios de funcionamento. Esses recursos precisam ser adquiridos, refinados, coordenados e aplicados em uma área de metas selecionadas. Logo, os meios melhores e mais apropriados para o alcance das metas dependem da área da meta (trabalho, lazer, etc.), tanto quanto do contexto sócio-cultural, características pessoais, tais como sexo e idade, os quais promovem oportunidades que tornam determinados meios mais acessíveis que outros.

A compensação refere-se aos processos substitutivos que são necessários para manter um determinado nível de funcionamento em uma área desejada. Em outras palavras, quando o indivíduo é confrontado com a ocorrência de uma perda (interna ou externa), que pode ser temporária ou permanente, ou ainda quando se inicia o processo de declínio dos recursos para metas relevantes, é necessário investir recursos (por exemplo, investimento de tempo e esforço) contra tais perdas, para manter uma condição de funcionamento satisfatório. Assim, as perdas ameaçam algum nível de funcionamento do organismo, na dimensão individual e/ou social, tornando-se necessário um processo substitutivo (BALTES, 2004; FREUND, 2006).

Estudos sobre a dinâmica do mecanismo de compensação foram realizados por Salthouse em 1984, segundo Bäckman e Dixon (1995). Nesses estudos, foi verificado, em pessoas de diferentes idades, o nível de velocidade na digitação de um texto e constatou-se que havia associação entre o aumento da idade e os baixos níveis de velocidade no desempenho das diversas tarefas que envolvem o ato de digitar um texto. O resultado que corroborou a auto-avaliação de muito idosos; contudo, também houve uma quantidade significativa de participantes idosos que demonstraram um desempenho no mesmo nível que os participantes jovens. Então, no ano seguinte, Salthouse (1985) refez o estudo, mas desta vez buscou verificar como os mecanismos de compensação eram utilizados por esses participantes mais velhos; os resultados demonstraram que essas pessoas antecipavam a digitação antes de perceber partes do texto como um todo, enquanto que os jovens precisavam perceber toda a parte do texto para, só então, digitá-lo. Nesse sentido, eles obtiveram resultados semelhantes, mas as diferenças entre os grupos não foram significativas.

O modelo teórico de SOC é pensado para toda a extensão desenvolvimental do ciclo de vida humano. Na velhice, a dinâmica associada com SOC é considerada para explicar como as pessoas

lidam com a vivência da velhice, em relação à saúde relatada, às perdas ou declínio na plasticidade e na reserva de capacidade, já que é na velhice, mais que em outras fases, que a tarefa adaptativa de compensação se torna mais necessária, devido à limitação de recursos (BALTES, 2004; FREUND; BALTES, 1998).

À medida que envelhece, o indivíduo vai adquirindo maior necessidade da cultura e da sociedade para compensar perdas inerentes ao processo do envelhecimento. Assim, a educação, por exemplo, pode oferecer instrumentos para otimizar recursos disponíveis, estimular e/ou compensar a aquisição de novas habilidades. Embora na perspectiva biológica, o envelhecimento seja concebido como um fracasso normativo de adaptação, que produz um declínio progressivo no organismo, na perspectiva desenvolvimental, os diversos aspectos da cultura, da sociedade e das condições individuais tornam esse processo diferenciado, menos ou mais prazeroso e produtivo, a depender das características pessoais do indivíduo, assim como do contexto sócio-histórico e cultural (BALTES, 1997).

Baltes (1997) ressalta que, mesmo em relação às mudanças biológicas, ainda não possuímos respostas a todas as indagações de como e por que envelhecemos, mas há certo entendimento de que as transformações biológicas não devem ser encaradas como doenças, mas como um processo inerente ao ciclo de vida. Já as condições psicológicas não seguem o mesmo padrão de desgaste ao longo da vida, como as condições biológicas. O modo de atuar, de pensar, de sentir e interpretar a realidade de uma pessoa pode estar estreitamente relacionado com a maneira como as transformações são vistas e as estratégias empregadas para lidar com elas.

Portanto, é fundamental para identificação dos principais problemas na velhice, e posterior levantamento dos mecanismos de adaptação, que se tenha conhecimento sobre as mudanças que ocorrem nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos na velhice. Para tal a literatura específica foi revisada e foram considerados seus achados em relação a estes aspectos.

Os aspectos biológicos, sociais e psicológicos podem ser afetados pelo processo de envelhecimento e como tais podem comprometer o bem-estar subjetivo global na vida dos idosos. Relacionada ao estabelecimento e manutenção da qualidade de vida, está a capacidade do idoso em disponibilizar recursos necessários de compensação. Principalmente no que diz respeito ao processo de envelhecimento biológico, quando a capacidade funcional do organismo vai declinando, gerando implicações significativas para os aspectos sociais e psicológicos do processo de envelhecimento.

No aspecto biológico, verifica-se um envelhecimento do cérebro, que diminui de peso (cerca de 10%), com perda das células do sistema nervoso central, geralmente não substituíveis, gerando uma diminuição do número das sinapses, o que provoca não apenas modificações neurofisiológicas, mas modificações nos demais sistemas corporais, como o locomotor, muscular e sensorial, além de alterações nos aspectos cognitivos, como lapsos de memória, raciocínio mais lento e diminuição da inteligência fluida (STUART-HAMILTON, 2002).

Dentre os aspectos psicológicos afetados pelo envelhecimento, destaca-se a memória, compreendida, de um modo geral, como a capacidade de armazenar informações a longo ou curto prazo e evocá-las quando necessário. É um sistema subdividido em vários componentes, a depender do tempo e função de armazenamento (OLIVEIRA, 2006).

Os componentes da memória que mais sofrem declínios em virtude do envelhecimento são a memória operacional, na qual o idoso tem dificuldade para armazenar uma seqüência de informações e ter uma compreensão do todo; a memória explícita, quando o idoso tem dificuldades em evocar ou recuperar informações em uma dada situação e finalmente, na memória episódica, quando as informações de curto prazo de um tempo próximo não são lembradas facilmente (OLIVEIRA; TIMM; RIGONI, 2005).

Stuart-Hamilton (2002), apoiado em uma ampla revisão de literatura sobre memória e envelhecimento, aponta como hipóteses para o declínio progressivo da memória nos idosos, além das alterações neurofisiológicas, menor uso de estratégias para memorização e/ou mudança no estilo de vida, bem como a redução nas oportunidades de estimulação cognitiva, como ocasionadas pelo isolamento social, por exemplo.

Em estudo comparativo realizado por Erven e Janczura (2004) sobre o desempenho da memória em tarefas complexas, nas quais os participantes idosos e jovens precisariam usar mecanismos de recuperação livre de palavras apresentadas no contexto de sentenças, encontraram uma redução da recuperação de informações armazenadas na memória em função do aumento da idade. Os jovens obtiveram melhores resultados no desempenho da memória, embora os pesquisadores ressaltem que os resultados podem estar relacionados ao tipo de teste de memória aplicado.

Yassuda (2005), assim como Stuart-Hamilton (2002), afirma que o declínio no desempenho da memória pode estar relacionado a diversos fatores, não apenas neurofisiológicos ou de estímulo

ambiental: baixa auto-estima, baixo senso de controle das emoções, falta de confiança nas próprias habilidades e capacidades, sintomas depressivos, estresse, medo de não desempenhar uma tarefa satisfatoriamente e também por abuso de substâncias psicoativas ou efeitos colaterais de determinados medicamentos.

Cada um destes fatores pode ter diversas causas, como aposentadoria, que muitas vezes reduz os estímulos ambientais à capacidade cognitiva do idoso, já que ele não atua mais na sua área de trabalho e, às vezes, não busca compensar o tempo livre com outras atividades laborais; auto-estima rebaixada também influi no desempenho das funções cognitivas, pois se o idoso tem uma auto-percepção negativa do desempenho das suas capacidades de memória, criatividade e rapidez de raciocínio, é provável que expressará um desempenho incipiente. Ele sugere que muito dessa auto-percepção está relacionada aos estereótipos do senso comum sobre a velhice (YASSUDA, 2005).

Dixon, Nilsson, Frias et al. (2006) acreditam que um dos fatores fundamentais para o desempenho da memória é a boa condição de saúde. Assim, a partir de um estudo longitudinal, constataram que as diferenças de idade foram moderadas pelo fator saúde, inclusive sendo amenizados os efeitos negativos da memória após elevação da qualidade de saúde. Ou seja, o desempenho da memória está relacionado de forma significativa à saúde do idoso.

Do ponto de vista biológico, as alterações no corpo provocadas pelo envelhecimento também são sentidas no aparelho locomotor. Assim, de acordo com revisão de literatura sobre envelhecimento biológico realizada por Junceiro (1997), verificou-se que na velhice, o aparelho locomotor (conjunto de ossos que formam o esqueleto humano), é o mais afetado. Nesta fase a densidade e flexibilidade dos ossos diminuem de forma considerável, ou seja, cerca de 6% para homens e 16% para mulheres, havendo uma perda de massa óssea que vai implicar em dificuldades na locomoção, geralmente ocasionando quedas.

No entanto, deve-se considerar outros fatores associados às dificuldades ou incapacidades de locomoção, já que é natural que a incidência das dificuldades de locomoção eleve-se com a idade, no entanto, não se pode afirmar que estas dificuldades ou até mesmo incapacidades são universais ou atribuídas exclusivamente ao envelhecimento. Existem diversos fatores associados à perda da capacidade ou dificuldade de locomoção, como o genético, o estilo de trabalho ao longo da vida, cuidados com a saúde, entre outros. Nesse contexto, as mulheres estão mais propensas a desenvolver dificuldades ou incapacidades de locomoção, associadas ao declínio da força muscular, afetando

diretamente na execução de tarefas do cotidiano e que vão implicar na necessidade de cuidadores (JUNCEIRO, 1997).

Estudos confirmam que a força muscular é preservada até cerca de 50 anos, iniciando-se um declínio não tão percebido pelo indivíduo, porém, a partir dos 70 anos, esse declínio torna-se mais rápido e intenso, principalmente devido à redução da massa e fibras musculares. Assim, a taxa progressiva de redução na força muscular de idosos, comparada com adultos, é de cerca de oito a 15% por década, tanto em homens quanto em mulheres (JUNCEIRO, 1997).

De acordo com os resultados dos estudos de Hunter, McCarthy e Bamman realizados em 2004, conforme citados por Lacourt e Marini (2006), 70% das mulheres e 57% dos homens com mais oitenta anos não são mais capazes de realizar tarefas domésticas pesadas e cerca de 50% necessitam de ajuda para a realização de trabalhos domésticos, extra-domésticos ou de cuidados pessoais.

Mas esse declínio na velhice pode estar correlacionado não apenas à redução substancial da massa e fibras musculares ou perda progressiva de massa óssea, como também à diminuição de atividades físicas ou ao sedentarismo. Esses fatores acelerariam a perda progressiva da força muscular, além do aumento da gordura subcutânea e intramuscular, contribuindo de modo significativo para a crescente redução da força muscular (JUNCEIRO, 1997; LACOURT; MARINI, 2006).

Com a redução da força muscular, surge o cansaço físico, que leva à dificuldade de execução de tarefas do cotidiano, muitas vezes interpretado como sintoma de alguma doença física ou psicológica. Assim, Breda (2007) verificou, em um estudo realizado com 70 indivíduos, divididos igualmente entre homens e mulheres a partir de 70 anos, que 41,4% afirmaram sentir-se cansado (fisicamente) por três ou mais dias durante a semana anterior à entrevista, além de apresentarem redução na velocidade do caminhar (10%); em 20% ocorreu diminuição da força de preensão manual, sendo que em 21,4% dos avaliados observaram-se dois ou mais desses resultados. No entanto, o maior percentual foi verificado em indivíduos do sexo feminino e com idade mais avançada, não havendo uma associação significativa com as variáveis sócio-demográficas pesquisadas.

Assim, percebe-se que, tanto a diminuição da força muscular, quanto o declínio de locomoção, principalmente o aumento do cansaço físico, são aspectos verificados na maioria dos indivíduos idosos, principalmente entre as mulheres, e podem estar associados ao processo de perda muscular, proveniente do envelhecimento biológico.

Na velhice, podem ocorrer também alterações no sono, como agitação, insônia ou sonolência excessiva. Sobre a relação entre sono e envelhecimento, Trenel, Marshall e Rogers (2007), realizaram um estudo com 52 indivíduos saudáveis, divididos em três grupos etários, de jovens, adultos e idosos. Dentre os vários aspectos analisados do sono, verificaram que o tempo total de sono entre os idosos era menor que entre os jovens e esta diminuição, em parte, foi devido ao tempo que os idosos passavam acordados, um tempo muito maior que o dos mais jovens. Assim sendo, os resultados sugeriram que os idosos dormem menos que os jovens, mas não foram encontradas associações significativas entre envelhecimento, gênero e tempo total de sono.

No entanto, em relação à sonolência excessiva na velhice, Souza, Magna e Paula (2003), realizaram um estudo com 148 idosos para verificar a relação entre a sonolência excessiva diurna, uso de medicamentos para dormir e idade. Verificaram que 24% dos idosos apresentavam sonolência excessiva diurna, porém não houve associação entre idade, tempo de sono noturno e variáveis demográficas, a não ser uma frequência maior de sonolência diurna entre os idosos casados. Entretanto, houve associação significativa entre esse tempo de sonolência diurna com o uso de medicamentos e outras alternativas para dormir.

Portanto, os idosos que fazem uso de recursos extras que induzam ao sono, como um modo de otimizar os recursos disponíveis para compensar a dificuldade de dormir, justamente por vivenciar o declínio do tempo e ou da qualidade do sono, sofrem consequências como cansaço físico, diminuição na atenção, de memorização ou dificuldades locomotoras. Enfim, estas consequências podem levar o idoso a desempenhar de modo insatisfatório e inadequado suas atividades cotidianas, afetando sua qualidade de vida. No entanto, os autores sugerem que outros fatores sejam investigados, sugerindo-se que as dificuldades de dormir podem estar associadas, também, a outros fatores e não apenas ao envelhecimento (SOUZA; MAGNA; PAULA, 2003).

Portanto, nem sempre o envelhecimento é o único responsável por uma série de modificações no organismo humano, pois mesmo que algumas sejam inerentes a este processo, outros fatores devem ser considerados. Dentre os fatores considerados naturais ao envelhecimento estão o declínio ou perda da audição. Geralmente, os idosos se queixam da dificuldade em ouvir satisfatoriamente sons em um nível mais baixo ou em meio a outros sons, ou ainda os ouvem em alto volume. Alguns idosos passam a fazer usos de aparelhos auditivos para compensar distúrbios da audição (STUART-HAMILTON, 2002).

Com a finalidade de verificar o desempenho da capacidade auditiva de idosos e sua relação com o envelhecimento, Ruwer, Rossi e Simon (2005) desenvolveram um estudo com dois grupos de idosos (N=80) formados por homens e mulheres, sendo um dos grupos com queixa de alterações no equilíbrio corporal provocado por distúrbios no sistema auditivo.

Estes pesquisadores concluíram que os dois grupos de idosos apresentavam perda auditiva importante, mas não havia diferença significativa entre os dois grupos, e sim uma associação significativa entre perda auditiva e envelhecimento. Embora os dois grupos apresentassem queixas estatisticamente semelhantes de zumbidos no ouvido, dificuldade para ouvir e tontura, não foi verificado uma ocorrência muito maior destas queixas entre idosos com distúrbios severos no sistema auditivo (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005).

No entanto, Quintero, Marotta e Marone (2002), após um estudo realizado com 100 idosos, concluíram que não houve diferença estatística significativa entre os grupos, porém uma tendência de pior desempenho os idosos com presbiacusia, ou seja, a perda da acuidade auditiva provocada pelo envelhecimento biológico do aparelho auditivo, embora outros fatores também possam contribuir para o agravamento da perda auditiva provocada pelo envelhecimento.

No entanto, outros estudos afirmam que alguns idosos podem apresentar uma perda auditiva em torno de 26 a 28%. As mulheres apresentam um declínio ou perdas auditivas em menor intensidade que os homens, já que estes iniciam o declínio auditivo gradual, ainda jovens, com aproximadamente trinta anos (STUART-HAMILTON, 2002).

As hipóteses para essa diferença de gênero são diversas, mas geralmente as explicações são de que os homens são mais expostos a ruídos no ambiente de trabalho. Entretanto, constatou-se que mesmo aqueles que não são expostos a ambientes ruidosos, apresentam declínio ou perdas auditivas. Mulheres expostas a ruídos intensos no ambiente de trabalho apresentam um declínio ou perdas auditivas inferiores a dos homens. Ou seja, as pesquisas sobre esta diferença de gênero estão em expansão e consideram outros fatores além do gênero e do processo de envelhecimento (SUART-HAMILTON, 2002).

Porém, pode-se afirmar que o sistema auditivo vai passando por uma degradação física progressiva, ocasionando perdas auditivas que, em determinados indivíduos, podem ser mais intensas do que em outros, considerando-se a variabilidade individual. No entanto, ressalta-se que as pesquisas são criteriosas atribuir a perda auditiva dos idosos apenas ao envelhecimento, já que podem estar

relacionadas a outros fatores, como os ambientais e/ou genéticos (STUART-HAMILTON, 2002; QUINTERO *et al.*, 2002).

Um outro aspecto muito comum do envelhecimento biológico do idoso é o declínio progressivo da visão. Geralmente, este tem início a partir da fase adulta intermediária (após os 40 anos) e há um aumento considerável na velhice. Estudos apontam que 75% dos idosos necessitam fazer uso de óculos com lentes corretivas para compensar o declínio relacionado à capacidade de enxergar objetos à distância ou focalizar detalhes. Muitas vezes são necessárias intervenções cirúrgicas para corrigir disfunções oftalmológicas (STUART-HAMILTON, 2002).

Com a meta de verificar a prevalência da degeneração macular (deficiência da retina) relacionada à velhice, que leva a perda progressiva da acuidade visual até a cegueira, Santos *et al.* (2005) realizaram um estudo com 200 pessoas acima de cinquenta e cinco anos que buscavam tratamento oftalmológico em um centro médico. Concluíram, após entrevistas clínicas e exames oftalmológicos, que há uma associação muito significativa entre a degeneração macular e a idade, principalmente em idosos mais velhos (acima de 80 anos). Foi encontrada associação entre idade e gênero, ou seja, as mulheres idosas apresentaram mais problemas na visão que os homens idosos, e não houve associação entre degeneração macular e condições sócio-econômicas dos indivíduos.

Em outro estudo, Cypel *et al.* (2006) chegaram a resultados semelhantes aos de Santos *et al.* (2005) em um estudo com trinta idosos acima de 99 anos. Constataram que todos os idosos (100%) apresentavam uma baixa visual intensa devido à degeneração macular relacionada à idade. As mulheres idosas representaram 83% desta amostra que apresentou degeneração macular relacionada à idade.

Assim, percebe-se que os problemas visuais mencionados são complexos e incômodos para as pessoas idosas, afetando sua qualidade de vida de modo intenso, já que muitos idosos não conseguem ver de modo satisfatório ou já não enxergam mais, necessitando de cuidados. Mas deve-se ressaltar que a tecnologia médica tem avançado no sentido de amenizar ou até mesmo extinguir os efeitos de doenças visuais, principalmente quando identificadas e tratadas logo no início, pois doenças visuais, embora se manifestem na velhice, iniciam-se em outras fases do desenvolvimento humano (STUART-HAMILTON, 2002).

As pesquisas revelam que, além do declínio auditivo e visual, outros sentidos também sofrem alterações na velhice, sendo, entretanto, menos percebidas pelos idosos, como o olfato, o paladar e o

tato. Associada à perda ou declínio do paladar e conseqüente desinteresse pela ingestão de alimentos, está o declínio do olfato, um outro fator que exerce um papel fundamental na sensibilidade aos sabores.

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) afirmam, a partir de seus estudos, que na velhice, há uma diminuição das células olfativas, denominadas químio-receptores, responsáveis pela captação dos odores, acarretando a perda progressiva do olfato e do paladar. No entanto, Stuart-Hamilton (2002) ressalta que a intensidade do declínio do olfato e do paladar na velhice é discutível, mesmo com uma quantidade expressiva de relatos sobre o declínio destes sentidos, muitos idosos relataram ser bem leve, mesmo entre idosos centenários, enquanto que outros não tinham consciência desta alteração.

No entanto, sob condições de testagem, ao contrário dos relatos, os idosos, geralmente, apresentavam dificuldades em identificar os sabores dos alimentos, principalmente quando apresentados em seguida a outros sabores (salgados, amargos, adocicados, etc.), mas preservavam a capacidade de identificação do sabor doce, embora houvesse um leve declínio (SUART-HAMILTON, 2002).

O declínio do paladar na velhice é explicado pela redução da quantidade de células sensitivas das papilas linguais; nos jovens este número é em torno de 250 células em cada papila, nos idosos, porém, principalmente naqueles acima de 70 anos, este número sofre um decréscimo para menos de 70 células por papila lingual. Em parte, esta afirmação explica a necessidade de muitos idosos em acrescentar uma quantidade maior de ingredientes de sabor doce ou salgado nos alimentos, como uma forma de adaptar o sabor dos alimentos ao seu sistema gustativo alterado (CAMPOS *et al.*, 2000).

No que se refere à associação entre sensibilidade do tato e envelhecimento, os estudos realizados por Stuart-Hamilton (2002) indicam que os idosos precisam de estímulos mais intensos na pele para sentirem o contato com determinados estímulos, inclusive da temperatura de objetos. Isto se deve ou à diminuição do número de sensores de tato na pele ou às alterações nos nervos que conduzem a informação do estímulo ao sistema nervoso central. Mas o autor ressalta que a diminuição ou perda da sensibilidade tátil pode ocorrer devido a outros motivos, como doenças ou transtornos psicológicos. No entanto, este assunto é muito pouco estudado, as pesquisas ainda são incipientes, as considerações são escassas e os idosos tendem a não perceber claramente esta mudança.

Contudo, uma das mudanças mais perceptíveis na velhice é a aparência física, que influi diretamente na autopercepção sobre o corpo. Com o envelhecimento o corpo passa por modificações perceptíveis na sua aparência física, como o enrugamento da pele, flacidez muscular, embranquecimento dos cabelos, dentre outras modificações. Levando-se em consideração que os idosos das sociedades ocidentais convivem rotineiramente com a intensa admiração do corpo jovem, que apenas por ser jovem, é considerado pelo senso comum como belo e saudável, pode-se refletir sobre o impacto dessas mudanças na sua auto-percepção (SILVA; DIAS, 2004).

Assim, estudos têm demonstrado que o idoso tem uma percepção pouco positiva ou até mesmo negativa da sua aparência física, além de auto-estima rebaixada. Uma vez que não se sentem adequados ao padrão de beleza da sociedade ocidental, geralmente tentam ser valorizados por outros aspectos que não a aparência. Porém as mulheres idosas lamentam mais que os homens as modificações ocorridas na sua aparência, buscando recursos compensatórios para melhorá-la (SILVA; DIAS, 2004).

Assim, Braggion (2002) ao realizar um estudo sobre satisfação com a aparência corporal entre 92 mulheres com idades a partir de 50 anos, verificou que a maioria (71,7%) estava insatisfeita com sua aparência física associada à idade. Ao mesmo resultado chegaram Benedetti, Petroski e Gonçalves (2003) ao investigar a relação entre auto-imagem, auto-estima e exercícios físicos entre idosas acima de 60 anos. Constatou-se que estas mulheres possuíam uma avaliação negativa em relação à sua aparência física e, conseqüentemente, tinham uma auto-estima rebaixada. Mas, após a participação em um programa de atividades físicas desenvolvido por um período de um ano junto a estas idosas, a auto-estima foi elevada, e elas passaram a perceber-se com um corpo mais bonito.

Em relação à vida sexual na velhice, a literatura indica alterações, devido às modificações fisiológicas do aparelho reprodutor masculino e feminino, que perde a capacidade reprodutiva. Nas mulheres o declínio ou perda do desejo sexual é relacionado à menopausa, quando a mulher passa por alterações hormonais. No entanto, Kingsberg (2002) afirma que o declínio ou perda do desejo sexual está relacionado não apenas à idade, mas outros fatores, sendo falsa a idéia de que a menopausa automaticamente provoca a diminuição do desejo sexual, principalmente porque as alterações hormonais podem ser equilibradas através de tratamentos médicos.

Nos homens, as modificações fisiológicas do aparelho sexual não provocam alterações tão intensas como nas mulheres; muitos não perdem a capacidade reprodutiva e a maior preocupação parece ser o declínio ou perda da função erétil, que pode ser sanada através de tratamento

medicamentoso, pois para os homens idosos o desejo sexual se mantém, muda a intensidade (SCHIAVI, 1995).

Neste sentido, Kingsberg (2002) ressalta que desejo sexual significa interesse e motivação em manter atividades sexuais. Portanto, o desejo sexual não está apenas relacionado à frequência de atividades sexuais, mas ao comportamento sexual do indivíduo ao longo da vida, que inclui crenças e valores sobre atividade sexual e a motivação para a mesma, sendo considerados, também, os valores emocionais relacionados a esse aspecto.

Por isso, Negreiros (2004) chama a atenção para o fato de que os idosos brasileiros foram educados em uma sociedade que, há sessenta ou setenta anos atrás, era rígida e repressora quanto às normas que regiam o comportamento sexual das pessoas. Nessa época, aos homens era permitido manter relações sexuais antes do casamento apenas com mulheres profissionais do sexo; às moças casavam virgens e podiam manter relações sexuais, desde que fosse com a finalidade de procriação, sendo inadequado ou imoral uma mulher expressar o desejo em ter uma vida sexual ativa e satisfatória, a menos que ela fosse profissional do sexo.

A literatura aponta que há uma associação significativa entre desejo, atividade sexual e gênero, ou seja, entre os homens idosos há uma preocupação maior em manter a vida sexual ativa. Mas o desejo de manter uma vida sexual ativa é maior do que a frequência com que ocorrem as relações sexuais, especialmente a partir dos 80 anos, quando apenas 15% dos idosos informam manter uma vida sexual ativa (SCHIAVI, 1995).

Neste aspecto, devem ser considerados também fatores sócio-econômicos e educacionais que a depender do nível, podem dificultar o acesso as informações sobre sexualidade e vida sexual na velhice, além disso, há as crenças e valores individuais dos idosos que muitas vezes causam constrangimento na expressão de dificuldades sexuais vivenciadas (MARTINEZ; ALONSO, 2000).

Portanto, não podemos ligar o declínio ou perda do interesse sexual na velhice apenas a fatores fisiológicos, como a menopausa, pois as mulheres demonstram uma preocupação maior em relação à aparência física, por não possuírem mais um corpo jovem e atraente; ainda podem demonstrar menor interesse sexual em razão de questões morais, por receio de serem consideradas “velhas assanhadas” e também pela baixa qualidade da relação com o parceiro ou ainda por falta destes, como aponta Negreiros (2004).

Ao analisar as atitudes de mulheres a partir dos 60 anos em relação à sua sexualidade, Nascimento-Sschulze e Lemos (2004) concluíram que a sexualidade das mulheres foi ancorada nos papéis sociais desenvolvidos ao longo de suas vidas, como ser donas-de-casa, mães e esposas. A sexualidade destas mulheres foi vivenciada de modo insatisfatório, já que a noção de vida sexual estava relacionada a uma das obrigações do casamento. Essas pesquisadoras identificaram uma associação significativa entre aspectos sócio-demográficos e sexualidade, pois essas mulheres, por pertencerem a níveis sociais de baixa-renda, possuíam um atendimento médico, psicossocial e educativo limitado para lidar com suas questões sexuais.

Diante de tantas modificações na velhice, um dos aspectos psicológicos que merece destaque é o aumento da ansiedade e da agressividade (física ou verbal), principalmente entre as mulheres, com constantes alterações de humor. Xavier *et al.* (2001) identificaram entre pessoas com mais de 80 anos, uma elevação do nível da ansiedade, uma prevalência de 5,2% para os homens e 14,0% para mulheres. Estes achados tinham uma correlação significativa com uma menor satisfação com a vida, bem como com um pior padrão de qualidade de vida, como baixas condições sócio-econômicas, vida sexual insatisfatória, algumas limitações físicas e cognitivas e escassez ou ausência de contato sociais e afetivos.

Neste sentido, destaca-se a importância dos relacionamentos sociais na velhice, como um dos aspectos sociais de maior relevância para essa fase da vida. De acordo com Carneiro e Falcone (2004), a velhice pode ser vivenciada sem solidão ou isolamento, uma vez que os idosos, quando integrados e atuantes no seu meio social, estão contribuindo para a manutenção da sua saúde física e mental, conseqüentemente para sua qualidade de vida. Porém, estas estudiosas constataram que na velhice há uma diminuição ou perda da rede de relacionamentos sociais e de apoio.

Rede de apoio social, segundo Neri (2001b), é um grupo de pessoas que se ajudam mutuamente, favorecendo a qualidade de vida dos indivíduos deste grupo. Assim, para os idosos é fundamental a manutenção da rede apoio social, como o relacionamento positivo com o cônjuge, com os filhos e principalmente com amigos do mesmo período etário, já que estes relacionamentos são escolhidos livremente, podendo compartilhar semelhanças e diferenças vivenciadas nesta fase.

Neste sentido, a capacidade de interação social do idoso é fundamental para que ele possa contar com o apoio ou amparo propiciado por sua rede de contatos sociais e assim vivenciar sua velhice de modo satisfatório. A depender do estabelecimento e manutenção desta rede, o idoso pode

passar a perceber a velhice como uma fase do desenvolvimento prioritariamente positiva ou negativa (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Carneiro e Falcone (2004) afirmam que há uma diferença significativa de gênero no estabelecimento das relações sociais, uma vez que as mulheres costumam estabelecer uma relação de amizade mais próxima, qualitativamente superior a dos homens. Mas para estabelecer relacionamentos sociais é preciso ter uma boa capacidade de comunicação, de expressão e de assertividade. Estas capacidades estão relacionadas à auto-estima e autoconfiança, mas são também afetadas por fatores culturais, que geralmente são impregnados de estereótipos sobre a velhice, que consideram os velhos, em geral, dementes, feios ou com dificuldades de compreensão. A percepção desses estereótipos, dentre outros fatores influenciadores da vivência da velhice, pode dificultar o estabelecimento das relações sociais e afetivas (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Assim, pode ocorrer que a pessoa idosa perceba suas relações com outras pessoas como dependência, como sendo um estorvo para o outro, cujo apoio ocorre mais por obrigação do que por afeto, ela pode vivenciar esse relacionamento com sentimentos de angústia e baixa auto-estima, lamentando-se pela sua condição de idoso. Esses sentimentos são mais prováveis quando há declínio ou perda em alguma capacidade física ou cognitiva, como visão, audição, locomoção, memória, entre outros, que resultam em necessidade de cuidados (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Muitas vezes o idoso tem consciência do modo como é tratado, e por isso vai se afastando progressivamente do convívio social, ou então passa a reagir com agressividade, prejudicando sobremaneira sua interação social. Com a interação social prejudicada, surgem sentimentos de solidão, sentidos como uma angústia por perceber-se sozinho ou desamparado; o indivíduo pode tornar-se apático e muitas vezes depressivo, principalmente as mulheres, que mostram maior tendência a sentimentos de solidão que os homens (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Segundo Baltes (2004), os sentimentos de solidão aumentam com a idade, principalmente entre as mulheres, acompanhando a redução de tamanho das redes de relações sociais, ainda que a rede social se mantenha mais ampla. Neste sentido a variável gênero mantém associação significativa apenas em relação à solidão.

No entanto, Capitanini e Neri (2000) verificaram em um estudo com idosas (N=20), de idades entre 61 e 84 anos e que moravam sozinhas, que estas idosas buscavam mecanismos compensatórios para atenuar ou extinguir a solidão, participando de centros de convivência para idosos, igrejas ou

faculdades para terceira idade. Também foi encontrada uma associação significativa entre traços de personalidade, como timidez, ansiedade, introversão, dentre outros, e vivência da velhice, na medida em que esses traços interferiam no estabelecimento de interações sociais e ou afetivas.

Entretanto, muitas vezes os idosos negam a experiência da solidão ou isolamento social, principalmente porque carregam o estigma de excluídos da sociedade, e ainda mais porque a sociedade ocidental tende a perceber a solidão e isolamento social como aspectos negativos. Deste modo, os idosos geralmente tentam esconder que vivenciam esta experiência, dificultando o auxílio e conhecimento desta questão por pesquisadores, profissionais da saúde ou pessoas da sua rede de apoio social (CAPITANINI; NERI, 2000).

É possível que essa negação seja alguma forma de reação ao novo senso comum sobre a velhice, veiculado em meios de comunicação de massa, que propaga a idéia da velhice como uma fase sem restrições e sem diferença em relação a fases anteriores. Com um incentivo exacerbado para que o idoso sempre expresse pensamentos e atitudes alegres e positivas. Como uma possível consequência, os idosos podem desenvolver dificuldades para falar sobre as experiências negativas na velhice, como solidão ou isolamento social, tratando-os como se elas não existissem ou não tivessem importância nas suas vidas (CAPITANINI; NERI, 2000).

Desse modo, a solidão é resultante da perda de contatos sociais, da redução significativa na participação de atividades sociais, mas esta pode ser ocasionada por problemas de saúde ou ainda por dificuldades financeiras que impedem a busca por lazer e outras formas de contatos sociais. Porém, é preciso considerar as características individuais do idoso, assim como todo o seu processo de desenvolvimento e seus meios de integração social ao longo da vida, pois uma pessoa que não tinha uma ampla rede de apoio social nas fases anteriores, provavelmente manterá esse padrão na velhice (CAPITANINI; NERI, 2000).

Nessa fase, também há uma mudança de papéis sociais; geralmente o indivíduo está aposentado, os filhos estão adultos e provavelmente independentes, a menos que não se tenha filhos ou os tenha tido muito tarde, enfim o estilo de vida se torna diferente. Nessa fase, as pessoas geralmente tornaram-se avós e estabelecem um outro tipo de relação com os filhos, muitas vezes fornecendo orientações sobre educação dos netos, finanças, trabalho, entre outras. Por motivos de saúde ou financeiros, podem precisar da ajuda dos familiares ou, no caso das mulheres, se tornam cuidadoras dos netos, enquanto os filhos trabalham. Ou seja, não há uma perda do papel, mas uma mudança no seu conteúdo (SILVA; GÜNTHER, 2000).

Silva e Günther (2000) realizaram um estudo sobre papéis sociais e tarefas evolutivas desempenhadas por 98 adultos na meia-idade e na velhice (a partir de 50 e 60 anos respectivamente), todos de nível sócio-econômico de baixa renda. As autoras concluíram que os papéis sociais são influenciados pelas variáveis sócio-demográficas e pelo gênero; também foi identificado que o suporte social e o nível de escolaridade são fundamentais para a otimização dos recursos disponíveis e para a compensação necessárias de declínio ou perdas para a promoção de um envelhecimento satisfatório.

Inserido neste aspecto dos relacionamentos sociais, encontra-se o relacionamento com o parceiro(a) e estudos têm revelado que os idosos casados tendem a ter uma relação mais profunda com seus cônjuges e demonstram um cuidado intenso com o parceiro(a), principalmente se este possui alguma incapacidade física ou mental.

No entanto, os homens que se tornam viúvos ou separados, geralmente se casam novamente (em torno de 20%), enquanto que entre as mulheres, a média de um re-casamento é de 2%. Neste sentido, as mulheres sofrem mais do que os homens a perda do seu parceiro, que pode ser acompanhada de várias outras perdas (econômica, social, status conjugal, entre outras.); elas têm a experiência de viuvez, de ficar sem um parceiro, muitas vezes de muitos anos, ocasionando muitas vezes solidão emocional e ou isolamento social. Já a maioria dos homens não possui esta experiência (NERI, 2001c).

Por isso, pode-se perceber que a vivência da velhice é diferenciada para homens e mulheres, uma vez que, de acordo com os estudos referenciados, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais na velhice sofrem declínio ou perdas e podem estar relacionados ao envelhecimento biológico do organismo, ao envelhecimento cognitivo, as alterações emocionais negativas e mudanças na vida social do indivíduo, considerando que estes aspectos estão em constante interação e inter-influência.

No entanto, estas modificações podem não estar relacionadas exclusivamente à velhice, mas às variáveis sócio-demográficas, aos fatores contextuais, à variabilidade individual e principalmente ao gênero dos idosos. Por isso, o acionamento das estratégias de enfrentamento das modificações ocorridas na velhice e que resultem em declínio ou perdas parece ser diferenciado para homens e mulheres idosos. Pois é a partir do referencial de gênero que o indivíduo buscará compensar os declínios ou perdas, com o intuito de obter ou manter sua qualidade de vida e assim, propiciar a si mesmo uma vivência satisfatória da velhice.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

O presente estudo pode ser caracterizado como descritivo relacional, de abordagem qualitativa e quantitativa. Buscou-se identificar e descrever as diferenças por gênero quanto às mudanças significativas (auto-referidas e auto-avaliadas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas) ocorridas na velhice e suas sua avaliação subjetiva, associadas aos fatores sócio-demográficos.

A partir da auto-avaliação das mudanças e suas implicações, tentou-se realizar uma investigação da possível existência dos chamados mecanismos de seleção, otimização e compensação (SOC) e sua ação nos processos de envelhecimento. A abordagem metodológica utilizada – perguntas sobre prioridades, escolhas e soluções encontradas para possíveis declínios ou perdas na velhice - pressupunha que esses mecanismos operassem no nível psicológico consciente, ou seja, que os indivíduos seriam capazes de reorientar seu comportamento segundo esses princípios implícitos.

3.2 PARTICIPANTES E O CONTEXTO

Neste estudo, participaram 100 indivíduos idosos socialmente ativos, com idade igual ou superior a 60 anos, metade homens e metade mulheres. Essa proporção não é representativa da população brasileira, uma vez que, de acordo com as estatísticas populacionais, a proporção de homens e mulheres é bastante desigual, sobrevivendo mais mulheres do que homens, com o avançar da idade. No entanto, dado o interesse de confrontar o fenômeno psicológico do envelhecimento em relação à variável gênero, independentemente de representatividade do fenômeno na população, optou-se por uma amostra estratificada não proporcional.

Os participantes do estudo foram agrupados a partir do cruzamento dos dados das seguintes categorias: gênero, idade, situação conjugal, escolaridade em anos de estudo formal, renda familiar e situação ocupacional.

Esses idosos residem em variados bairros de diferentes níveis sócio-econômicos nos municípios de Salvador e da Região Metropolitana. A escolha dos participantes foi acidental e

se deu em ambientes como praças de alimentação de shoppings, salas de espera em clínicas e hospitais, pontos de ônibus, praças públicas, igrejas, entre outros, sempre priorizando os lugares nos quais os idosos estivessem em situação confortável e tranquila para conceder adequadamente as informações solicitadas. Outras estratégias de inclusão na amostra incluíram indicações de pessoas relacionadas à pesquisadora e auxiliares de pesquisa, favorecendo o acesso às residências dos idosos, de parentes e/ou amigos destes ou aos locais de trabalho. Uma vez realizado o primeiro contato, a maior parte das entrevistas foi realizada nas residências dos idosos, seguindo sua preferência.

Quanto à participação dos indivíduos neste estudo, observou-se que, de um modo geral, os idosos demonstraram muito boa vontade em participar da pesquisa como respondentes, sendo raríssimos os casos de pessoas que se recusavam a participar da pesquisa. Os respondentes, principalmente as mulheres com renda familiar mais baixa (menos de dois salários mínimos) e/ou com poucos anos de estudo formal, demonstraram-se bastante colaboradores e espontâneos na emissão das respostas. Porém, a maior parte das mulheres com renda familiar mais elevada e/ou com maior quantidade de anos de estudo formal, embora decidida a colaborar, mostrou-se mais reservada quanto a fornecer as informações solicitadas. Os demais fatores sócio-econômicos associados à participação das respondentes não pareceram gerar maiores influências. Por outro lado, a maioria dos homens demonstrou motivação e cooperação em conceder a entrevista, independente dos fatores sócio-econômicos associados.

Nesse sentido, a receptividade e colaboração dos idosos com o estudo podem ser explicadas pela sua expectativa de compartilhar percepções e sentimentos sobre sua vida atual, ter atenção quanto às suas questões, percepções, opiniões e vivências relacionadas à velhice, muitas vezes sentidas em silêncio e reveladas pela primeira vez às entrevistadoras. Essas circunstâncias, muitas vezes, levaram a relatos emocionados de resgate de experiências do passado, reflexões sobre a vida atual e expressão de expectativas quanto ao futuro.

3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa Psicológica da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado. As pessoas idosas que foram convidadas a participar da pesquisa foram informadas sobre a natureza, justificativa, os objetivos e os procedimentos metodológicos que seriam utilizados no estudo. As explicações foram dadas oralmente e por escrito através de linguagem clara e acessível.

A finalidade das explicações foi obter a manifestação livre das pessoas idosas quanto a sua participação no estudo, sendo assegurado que as mesmas teriam o direito de não participar ou de se retirar do estudo em qualquer momento. Também foram dadas garantias de confidencialidade das informações coletadas, bem como da preservação do anonimato dos voluntários quando houvesse a publicação dos resultados do estudo.

A admissão dos idosos na amostra foi condicionada à assinatura dos mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 01). Este documento foi preenchido em duas vias, ambas identificadas com o nome do informante, datadas e assinadas, sendo uma retida pelo informante e outra arquivada pelo pesquisador. No caso dos idosos que apresentaram dificuldades de leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devido a problemas visuais ou de analfabetismo, foram representados por uma outra pessoa sem envolvimento direto com a pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido na frente dos dois e depois esta pessoa assinou o documento conferindo que todas as informações foram dadas ao idoso e que as perguntas foram suficientemente esclarecidas pelo pesquisador ou auxiliares de pesquisa.

Em relação aos idosos que apresentaram demanda psicoterapêutica, foi feita a realização de encaminhamentos para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, com a devida aquiescência dos participantes. Ressalta-se que as entrevistadoras receberam treinamento para lidar com os idosos, considerando suas demandas específicas, os princípios éticos de beneficência e respeito e buscando estabelecer um relacionamento empático e acolhedor.

3.4 INSTRUMENTOS

Com a finalidade de atender os objetivos propostos neste estudo foram utilizados três instrumentos básicos: Ficha de informações sócio-demográficas, Questionário de auto-avaliação e Entrevistas em profundidade. Estes instrumentos foram elaborados e adaptados a partir da revisão de literatura sobre aspectos biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento, os mecanismos envolvidos na adaptação a velhice e também, a partir dos testes dos instrumentos.

O primeiro instrumento (ANEXO 02) foi uma ficha de informações sócio-demográficas elaborada com a finalidade de caracterizar o perfil sócio-demográfico dos homens e mulheres idosos, solicitando informações quanto a gênero, idade, situação conjugal, escolaridade em anos de estudo formal, situação ocupacional e renda familiar.

O segundo instrumento (ANEXO 03) foi um questionário de auto-avaliação dos respondentes quanto às mudanças auto-percebidas nas dimensões biológica, social e psicológica ao bem-estar subjetivo na velhice nas, na qual os mesmos respondem numa escala de 0 a 5, indicando as mudanças ocorridas na velhice em cada uma destas dimensões, na qual os valores têm os seguintes significados: 1: Mudou muito, para pior; 2: mudou um pouco, para pior; 3: não mudou; 4: mudou um pouco, para melhor e 5: mudou muito, para melhor.

Também constam neste instrumento duas questões abertas para possibilitar a expressão livre do idoso quanto aos principais problemas da velhice e explicações sobre metas, recursos e possíveis compensações adotadas. Os itens do questionário que se referiam aos aspectos biológicos foram: força muscular, rapidez nos reflexos, locomoção, cansaço, visão, audição, tato, olfato, paladar, vida sexual, sono e aparência física; Os aspectos sociais considerados foram: atividades sociais, qualidade dos relacionamentos, rede de apoio social e familiar, estabilidade financeira, respeito das pessoas, influência social, papéis sociais, isolamento social, solidão e relacionamento conjugal; os aspectos psicológicos se referem ao raciocínio, interesse por aprender coisas novas, capacidade de armazenar novas informações, capacidade de lembrar eventos passados, nível de conhecimento, capacidade de resolver problemas novos, capacidade em se comunicar, agressividade, ansiedade, tranquilidade, auto-confiança, auto-estima, controle das emoções, humor e angústia.

O terceiro instrumento foi um roteiro semi-estruturado para as entrevistas individuais em profundidade. As entrevistas tiveram duas principais finalidades: primeira, abordar a história de vida das pessoas idosas, suas concepções, percepções, valores, estilo de vida, auto-relato do estado de saúde, relações sociais, emoções, senso comum, entre outros; segunda, para ampliar as informações dos critérios de auto-avaliação (do questionário) da velhice, pois, de acordo com alguns estudiosos, associar aos dados quantitativos às informações qualitativas tem demonstrado melhorar o poder explicativo dos dados (DEBERT, 1988; KAHN, 2002; PHELAN; LARSON, 2002). Segundo Phelan e Larson (2002) privilegiar a expressão dos entrevistados, com o objetivo de apreender suas percepções e auto-avaliação acerca de si e do contexto é necessário para tentar vincular a produção de conhecimento à realidade vivida pelos entrevistados.

A entrevista individual em profundidade seguiu um roteiro com temas previamente definidos, que nem sempre foram seguidos na íntegra, devido a alguma demanda específica de um entrevistado ou outro, mas sempre mantendo o foco do estudo. Os temas do roteiro foram: dados sócio-demográficos; história de vida, resgate de memórias da infância, adolescência e vida adulta e seus respectivos períodos sócio-históricos e culturais; família extensa; relacionamentos afetivo-sexuais;

filhos; rede de apoio social; relacionamentos sociais; ocupações exercidas ao longo da vida; aposentadoria, trabalho após aposentadoria; estado de saúde física no ciclo de vida; aspectos cognitivos e emocionais; experiência de estar na velhice; fatores que consideram como fundamentais para um indivíduo nesta fase; demais assuntos que surgiram durante a entrevista.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em seis etapas:

1ª) *Testagem do instrumento*: buscou verificar e avaliar a capacidade dos instrumentos em atender aos objetivos propostos. Após a devida avaliação, foram feitas as modificações necessárias no instrumento e iniciou-se a montagem da equipe de entrevistadores;

2ª) *Seleção de componentes para equipe da coleta de dados*: Foram convidados estudantes do curso de psicologia através de divulgação junto a psicólogos que atuam com estagiários e de estudantes interessados no tema. Os requisitos principais para ser selecionados foram experiência em entrevistas (clínica, organizacional, etc.) e conhecimento de psicologia do desenvolvimento relacionada à fase da velhice;

3ª) *Treinamentos dos componentes da equipe*: A equipe (três estudantes selecionadas) recebeu orientações sobre o modo mais adequado de abordar os idosos e do termo de consentimento para efetivar a aplicação do instrumento. Também foi realizada uma análise minuciosa de cada ponto do questionário, na qual as dúvidas foram esclarecidas e dadas às devidas orientações para a aplicação do questionário;

4ª) *Aplicação do questionário*: O questionário foi aplicado junto aos idosos em diversos locais de Salvador e Região Metropolitana. Embora fosse um instrumento auto-aplicável, todos os idosos solicitavam que as entrevistadoras escrevessem suas respostas. Acredita-se que foi uma forma de interagir e manter um diálogo com as entrevistadoras;

5ª) *Reuniões de orientações*: A pesquisadora se reunia com a equipe de coleta de dados, uma vez por semana por um período de duas horas ou mais. Nestas reuniões ocorria a entrega dos questionários, discussão do andamento da coleta de dados e relato do processo de aplicação do questionário junto a cada idoso. Neste momento os entrevistadores expuseram dúvidas, dificuldades e as experiências vividas a partir do contato com os idosos.

6ª) *Entrevistas individuais em profundidade*: As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com seis dos cem idosos componentes desta amostra, escolhidos por acessibilidade, quatro mulheres e dois homens; duas mulheres e um homem residentes em Salvador e mais duas mulheres e um homem residente na Região Metropolitana; as entrevistas aconteceram em seus domicílios, exceto uma, que foi no local de trabalho do entrevistado; a duração das entrevistas variou conforme a disponibilidade do entrevistado e a necessidade de informações; assim, algumas entrevistas foram realizadas em três visitas, outras em duas e apenas uma entrevista correu durante uma única visita.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As análises descritivo-quantitativas foram realizadas a partir da construção de um banco de dados e analisados por um programa estatístico. Desse modo foram obtidas as frequências, médias, desvios-padrão e correlações entre as variáveis dos dados sócio-demográficos e os itens das dimensões biológica, sociais e psicológicas. As análises descritiva-qualitativa foram realizadas a partir da categorização e cálculo percentual das respostas.

O tratamento dos dados passou pelas seguintes etapas: na primeira, os itens do questionário foram somados, construindo-se um escore de bem-estar global. Esses escores foram relacionados às variáveis de gênero, idade, situação conjugal, escolaridade e renda familiar. Uma segunda forma de tratamento consistiu na construção de três escores de bem-estar, para as três dimensões investigadas – biológicas, sociais e psicológicas, somando-se os itens de cada dimensão.

Como primeiro passo da análise, as variáveis bem-estar global e suas sub-categorias, bem-estar biológico, social e psicológico, foram submetidas à análise de regressão, buscando-se apreender o efeito combinado do conjunto de variáveis independentes (gênero, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal e situação ocupacional) sobre as variáveis dependentes. Para a análise de regressão foi utilizado o método stepwise, sendo as variáveis categóricas renda, gênero, situação conjugal e ocupacional convertidas em variáveis dicotômicas (dummy).

Após essa primeira visão geral, foram examinados os efeitos de cada variável independente nos escores de bem-estar global, biológico, social e psicológico, visando a explorar mais detalhadamente as relações entre a vivência do envelhecimento e condições individuais e contextuais.

A terceira etapa do tratamento consistiu na categorização das duas respostas abertas do questionário sobre os aspectos negativos da velhice e o pior problema como homem ou mulher nesta

fase. Nas duas questões foi solicitado que os entrevistados explicassem o modo como lidavam com tais situações. Nesta etapa, buscou-se apreender as estratégias de seleção de metas, otimização dos recursos e compensação de declínios ou perdas (SOC), conforme a perspectiva teoria de Baltes (1997).

4 RESULTADOS

Esta seção apresenta uma caracterização da população estudada e os resultados obtidos após análise estatística da amostra sobre o bem-estar subjetivo na velhice nas dimensões global, biológica, social e psicológica por gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar e situação ocupacional. Esses dados são ilustrados, sempre que possível, com excertos das falas registradas nas entrevistas em profundidade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E VISÃO GERAL

A análise refere-se a 100 participantes, conforme mostra a Tabela 1, sendo 50,0% homens. A média de idade foi 67,9 (desvio padrão 7,52), sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 93 anos, mas a maioria dos idosos (38,0%) está na faixa etária de 60 a 63 anos. Desse modo, estes dados refletem a situação populacional dos idosos brasileiros, de acordo com Censo Demográfico do IBGE (2000), no qual a maioria dos idosos está na faixa etária dos 60 anos.

Os idosos participantes deste estudo são, na maioria, casados (61,0%) e tem de nove a 12 anos de estudo formal (52,0%), correspondendo ao atual Ensino Médio; a maioria possui renda familiar de dois a sete salários mínimos (57%); muitos trabalham (40,0%) e ainda não estão aposentados, enquanto 17,0% da amostra trabalham e estão aposentados. No geral, muitos destes idosos (57,0%) exercem atividades ocupacionais remunerada, conforme pode ser visto na Tabela 1.

No que se refere à situação sócio-econômica e a idade, a presente amostra reflete a condição dos idosos brasileiros em geral, já que estes estão principalmente na primeira fase da velhice (de 60 a 69 anos) e têm prolongado sua estada no mercado de trabalho, já representando 29,9% da população idosa. Nesse sentido, eles têm oferecido importante contribuição financeira às suas famílias, já que a renda média dos maiores de 60 anos é maior do que a dos jovens com menos de 30 anos. Mesmo entre aqueles que possuem rendimento mensal de um salário mínimo (42,8%), pode-se perceber a importância que o papel sócio-econômico dos idosos brasileiros desempenha para sua família e até para o país (SILVA, 2005; IBGE, 2004; CAMARANO *et al.*, 1999).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características sócio-demográficas da amostra	%
Gênero	
Homem	50,0
Mulher	50,0
Idade	
60 a 63 anos	38,0
64 a 69 anos	30,0
Mais de 70 anos	32,0
Média	67,9 (desvio padrão 7.52)
Situação conjugal	
Solteiros	09,0
Casados	61,0
Divorciados /separados	12,0
Viúvos	18,0
Escolaridade	
Faixa 1 – 0 a 08 anos	31,0
Faixa 2 – 09 a 12 anos	52,0
Faixa 3 – Mais de 12 anos	17,0
Média	9.87 (desvio padrão 4.85)
Renda familiar	
Até um salário mínimo	20,0
Faixa 2 – 02 a 07 s	57,0
Faixa 3 – Mais de 08 s	23,0
Situação Ocupacional	
Trabalha e aposentado	17,0
Trabalha e não aposentado	40,0
Não trabalha e aposentado	31,0
Não trabalha e não aposentado	12,0
% de participantes que trabalham	57,0
% de participantes que são aposentados	48,0

A primeira abordagem analítica utilizada tentou explorar a idéia de um nível global de bem-estar e a possível existência de um modelo capaz de prever o bem-estar subjetivo na velhice. Embora a escala de bem-estar global tenha alcançado um bom nível de consistência interna (alfa de Cronbach de 0,82), não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes estudadas e as médias do escore, exceto para situação ocupacional, razão pela qual a análise de regressão não produziu resultados relevantes para essa medida. Praticamente a mesma situação ocorreu com as variáveis bem-estar social e psicológico. No caso de bem-estar social, a análise de regressão apontou apenas uma variável (renda familiar) com impacto significativo no bem-estar social, embora explicando uma fração mínima da variância encontrada (0,055).

Entretanto, a dimensão biológica de bem-estar mostrou associação com diversas variáveis independentes, permitindo a análise de seus efeitos combinados, através da análise de regressão. Como pode ser visto na Tabela 2, três variáveis explicam quase um quarto da variância (0,242), sendo o gênero a variável mais importante em contribuição isolada.

Tabela 2 - Análise de Regressão Múltipla dos escores de bem-estar na dimensão biológica

Variáveis	<i>B</i>	<i>SE Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	-0,017	0,007	-2,613	0,010
Escolaridade	0,025	0,010	2,466	0,015
Homem	0,227	0,089	2,537	0,013
Proporção da variância de bem-estar na dimensão biológica explicada pelo modelo = 0,242, $F = 11,555$; $p = 0,000$				

Uma vez que não se encontrou um modelo que explicasse o bem-estar global, psicológico e social, e que a proporção da variância para bem estar na dimensão biológica foi modesta, passaremos a explorar separadamente cada dimensão e as variáveis particulares relacionadas.

4.2 BEM-ESTAR GLOBAL E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Uma análise de confiabilidade do conjunto dos itens da escala completa produziu uma alfa de Cronbach de 0,82, [$F(1,100) = 14,64, p < 0,0000$], indicando a viabilidade do agrupamento. A escala utilizada variou de 1 a 5, com os seguintes valores e significados: 1: Mudou muito, para pior; 2: mudou um pouco, para pior; 3: não mudou; 4: mudou um pouco, para melhor e 5: mudou muito, para melhor.

A média geral obtida (2,97) pode ser vista como um resultado neutro, ou seja, o estado de bem-estar subjetivo da amostra não se destaca por uma posição extrema nos pólos inferiores (1 e 2) ou superiores (4 e 5). O desvio padrão encontrado (0,54) é também relativamente baixo, sugerindo uma tendência estável da amostra. Esse resultado praticamente não se altera quando se comparam homens e mulheres. Assim, como pode ser visto na Figura 1, não há diferença estatisticamente significativa associada ao gênero entre os respondentes. O desvio padrão das duas médias é baixo (0,42 para homens e 0,41 para mulheres), indicando pouca dispersão das médias.

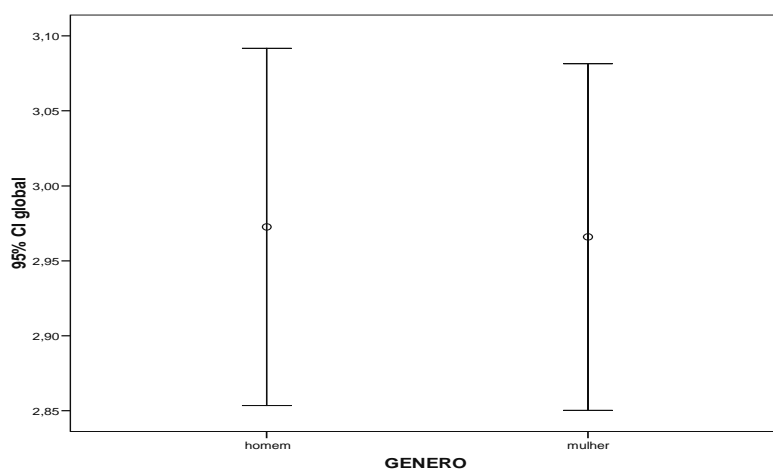


Figura 1- Médias e desvios-padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global relacionados ao gênero

Em relação à situação conjugal, os idosos casados demonstraram o estado de bem-estar subjetivo na dimensão global um pouco mais positivo que os demais grupos, apresentando uma média de 3,01, ou seja, praticamente os respondentes consideram que não houve alterações no bem-estar subjetivo na dimensão global relacionado a situação conjugal. Ao contrário, as pessoas solteiras apresentaram o menor escore de bem-estar global ($M = 2,72$), conforme pode ser observado na Figura 2. No entanto, apesar de os idosos casados apresentarem a maior média, a diferença entre os grupos

não é estatisticamente significativa. Também deve ser considerado o nível de dispersão muito alto entre os respondentes solteiros, significando que algumas pessoas apresentaram um estado de bem-estar subjetivo alto, enquanto outras um nível muito baixo, como pode ser verificado na Figura 2. Já a auto-avaliação entre os idosos viúvos resultou numa média de 2,97, um resultado quase neutro, mas também a melhor média entre os grupos das pessoas não-casadas, pois a média entre os separados foi de 2,93.

É possível que o bem-estar subjetivo na dimensão global relacionado à situação conjugal esteja vinculado à percepção positiva que a pessoa idosa tem do relacionamento com o cônjuge. Um exemplo pode ser visto no caso de George³ em relação à sua atual fase do relacionamento amoroso. Ele é um homem de 72 anos, casado há 37 anos, sua esposa está com 70 anos; eles têm dois filhos adultos, que têm suas próprias residências. Embora aposentado, ele trabalha como gerente na lanchonete da filha. Sobre sua vida conjugal, ele relata: *“Temos muita amizade um pelo outro, graças a Deus ela está comigo até hoje... fui um homem da boêmia... tenho muito amor por ela..., é mulher muito boa”*.

Nesse sentido, o resultado é congruente com o relatado por Norgren, Souza, Kaslow et al. (2004), que realizaram uma pesquisa multicultural sobre casamentos satisfatórios de longa duração e, entre outras considerações, concluíram que, quando o casal se encontra na velhice e o casamento tem mais 30 anos, vários fatores não são mais centrais na vida desse casal, como a criação dos filhos e a vida profissional; nessa etapa outros aspectos se tornam prioritários, como os cuidados com a saúde, redução da renda familiar, preocupações com a morte (de si ou do cônjuge), entre outras preocupações.

Assim, o casal se torna cada vez mais unido com o avançar da idade, sendo que a percepção positiva dos idosos em relação ao seu cônjuge pode ser vista como um importante recurso de apoio ou mecanismo protetor da saúde.

Desse modo, no estudo destes autores, estar casado teve associação significativa com o bem-estar subjetivo na dimensão global na maioria dos idosos, principalmente entre as mulheres que, por se perceberem mais frágeis e vulneráveis, sentem que precisam de proteção e cuidados.

³ Os nomes utilizados são fictícios.

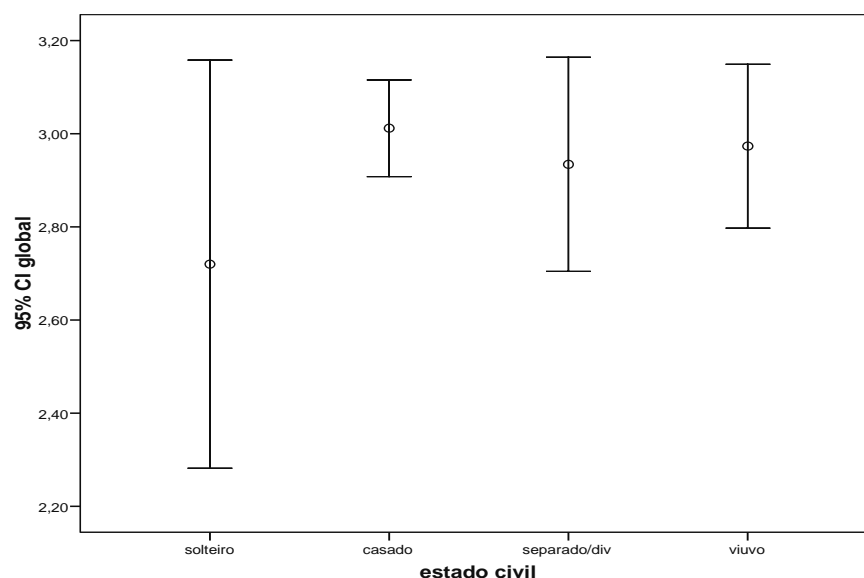
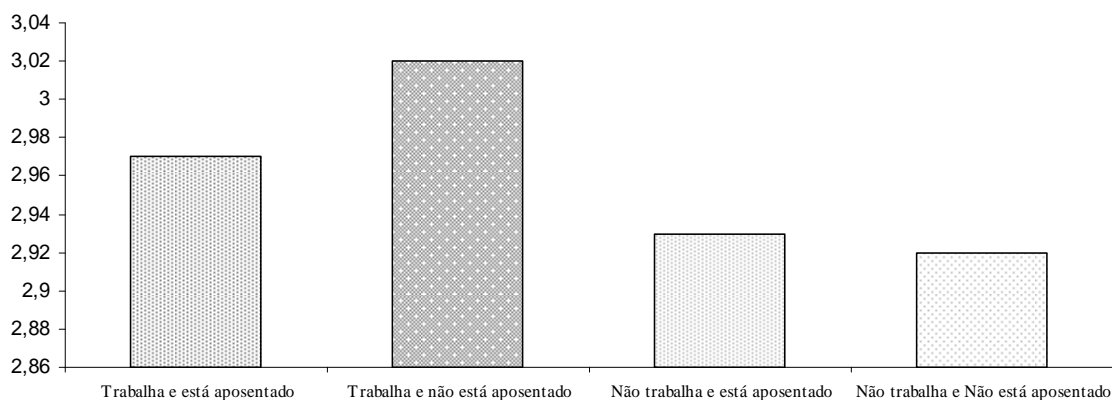


Figura 2 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por situação conjugal

Considerando-se a situação ocupacional dos respondentes, os que apresentaram o maior escore em relação ao bem-estar subjetivo na dimensão global foi o grupo dos idosos que trabalham e não estão aposentados ($M = 3,02$), conforme pode ser visto na Figura 3. Em seguida, vêm os idosos que trabalham e estão aposentados ($M = 2,97$). Assim, percebe-se que as pessoas que trabalham demonstraram possuir um bem-estar subjetivo na dimensão global um pouco maior do que aquelas que não trabalham, mesmo que possuam uma renda financeira proveniente dos rendimentos da aposentadoria, como é o caso dos idosos que não trabalham, mas estão aposentados ($M = 2,93$).

No entanto, o menor escore ($M = 2,92$), um pouco abaixo do anterior, é encontrado entre pessoas que não trabalham e não estão aposentadas; nesse sentido, percebe-se que os idosos que não trabalham realizaram uma auto-avaliação um pouco mais negativa, sendo os resultados significativos estatisticamente ($p < 0,05$). No entanto, deve-se levar em conta a relação existente entre idade e trabalho: a média de idade entre as pessoas que trabalham é mais baixa (64,9) do que entre as que não trabalham (71,9), o que confunde a análise dos possíveis efeitos do trabalho sobre o bem estar global, atenuando a relação.



Figuras 3 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por situação ocupacional

De acordo com os dados da Pan American Health Organization (PAHO) de 2004, 40% dos homens latino-americanos com 60 anos ou mais trabalham, enquanto que apenas 8% das mulheres da mesma faixa etária exercem algum tipo de atividade ocupacional remunerada. As principais justificativas para os idosos continuarem a trabalhar, mesmo depois de aposentados, é a necessidade de aumentar a renda familiar. Outros motivos incluem os sentimentos relacionados à ociosidade: tédio ou angústia e irritação por se sentirem inúteis, ou ainda por se perceberem como mais um encargo para família, que levam os idosos a voltar a trabalhar depois de aposentados e outros sequer encerram suas atividades ocupacionais, mesmo aposentados.

Por isso, é importante, como afirma Pereira (2005), analisar o significado do trabalho para quem se aposenta, visto que, para muitos idosos, o trabalho durante a vida constituiu não apenas uma fonte de sustento e obrigações, mas de satisfação pessoal, de produtividade, ascensão social e econômica, emancipação feminina, bem como para o alcance de metas ou realização de sonhos, como ter a casa própria, promover a formação educacional dos filhos e/ou outros familiares, entre muitos outros motivos, que levam muitos idosos a trabalhar intensamente no decorrer da sua vida.

Atualmente, as pesquisas indicam que a maioria dos idosos brasileiros (77,4%) é de aposentados ou pensionistas. Muitos, no entanto, ainda trabalham (29,9%), desempenhando um papel importante na manutenção da família; destes 88% são de homens e 77% de mulheres. O destaque é para as mulheres idosas que, nos últimos dez anos, têm aumentado como responsáveis pela manutenção da família, ou seja, de 1996 a 2006 este número aumentou de aproximadamente dez milhões para dezoito milhões de mulheres idosas pensionistas ou aposentadas que sustentam suas famílias. Outro resultado que chama atenção é o fato de ter mais filhos morando nas casas chefiadas por mulheres (44,1%) do que por homens (40,3%) (IBGE, 2007).

Portanto, a velhice de muitos brasileiros retrata a realidade do trabalho intenso, desde a infância até a velhice, mesmo depois de aposentadas. Os motivos são inúmeros, mas a maior parte é relativa à condição econômica da família do idoso, que demanda uma maior renda para seu sustento. No entanto, Giatt e Barreto (2003) a partir de estudo realizado com idosos que trabalham, concluíram que o idoso brasileiro que trabalha é aquele que demonstra boa saúde funcional (capacidade física e cognitiva) autonomia e mobilidade física, ou seja, a sua permanência no mercado de trabalho é possibilitada pela sua condição de saúde física e mental. Essa condição começa a declinar com o avançar da idade e quanto mais velho o idoso, mais será afastado de atividades ocupacionais, levando pessoas que trabalharam muito durante toda sua vida a se tornarem ociosas e muitas vezes deprimidas.

De fato, muitos idosos participantes deste estudo trabalharam muito durante a vida; na maioria dos casos, começaram desde crianças a trabalhar na lavoura, cuidando de animais e/ou em tarefas domésticas, como era o costume nas famílias do interior da Bahia no início do século XX, segundo o relato dos idosos entrevistados. Ao se aposentar, esses idosos tornaram-se ociosos e insatisfeitos com a vida; mesmo as mulheres que se dedicaram ao longo da vida aos cuidados com o marido, filhos e casa, passam a reclamar por trabalho junto aos familiares e profissionais de saúde que, muitas vezes, os proíbem de trabalhar, por receio das consequências ao seu estado físico, já em declínio de muitas funções (força muscular, locomoção, fragilidade óssea, etc.).

Assim é o caso de Dália, uma senhora aposentada e viúva que, aos 91 anos, avalia que ainda pode executar algumas tarefas domésticas e extra-domésticas, mas tem sofrido pressões por parte dos familiares, o que a deixa muito triste e magoada. Dália reside com a família de uma das filhas, com um total de seis pessoas numa pequena casa em um bairro popular de uma cidade da Região Metropolitana de Salvador; assim ela expressa a sua indignação por se sentir ociosa:

Trabalhei muito a vida toda pra criar este povo todo, viu... na roça, em restaurante, já tive restaurante pra pão do Pólo, costurava... hoje não querem que eu faça nada!! Mas qualquer vacilo deles eu faço as coisas, arrumo a casa, cozinho, sou ótima cozinheira, mesmo que minha filha brigue depois!!!

Embora Dália sofra de doenças ósseas e articulares, não está incapacitada física ou cognitivamente para desempenhar algumas atividades. A entrevistada reconhece suas limitações físicas, mas acredita que poderia desempenhar algumas atividades com auxílio, em ritmo mais lento e sem risco à sua condição física.

Figueiredo (2007) sugere que, para se vivenciar um envelhecimento ativo e saudável, não se deve tentar impedir o declínio funcional biológico do idoso, sob a justificativa de preservá-lo de

agravos físicos ou lhe proporcionar uma qualidade de vida mais satisfatória, ou ainda, não acumular mais encargos com os cuidados que demandaria lidar com o idoso doente. Em vez disso, a vivência de um envelhecimento ativo é levar o idoso a se sentir integrado e atuante na esfera social e familiar.

Nesse sentido, para que o idoso tenha um envelhecimento ativo, deve-se disponibilizar recursos que possam manter sua capacidade funcional física e cognitiva em atividade, sempre considerando suas limitações. Capacidade funcional é um dos principais indicadores de boa condição de saúde e de que o idoso está bem adaptado às condições contextuais nas quais está inserido e também traz informações sobre sua idade biológica, que independe da idade cronológica (CALDAS, 2006; GIATT; BARRETO, 2003).

Desse modo, tarefas que requerem certo esforço físico, de acordo a capacidade do idoso, podem ajudar a reduzir ou amenizar suas perdas físicas e cognitivas, buscando manter ou maximizar seus potenciais. Essa concepção se baseia na idéia de que o idoso, diante das contingências, avaliará suas fragilidades e limitações físicas e, partir dessa auto-avaliação, buscará estratégias compensatórias de natureza física, psicológica e social que lhes permitam manter o equilíbrio satisfatório entre os ganhos e as perdas inerentes à velhice (BALTES, 1997; FIGUEIREDO, 2007; NERI, 2001).

Quanto à idade, observou-se uma tendência (não significativa estatisticamente) ao decréscimo nos escores entre a primeira (60-63 anos) e a segunda (64-69 anos) faixa etária. Dos respondentes na faixa etária de 60 a 63 anos obteve-se escore de 3,04, enquanto da faixa mediana para os mais velhos, a partir de 64 anos, o escore foi de 2,93, destacando-se uma diferença muito pequena entre as duas últimas faixas etárias, como pode ser visto na Figura 4.

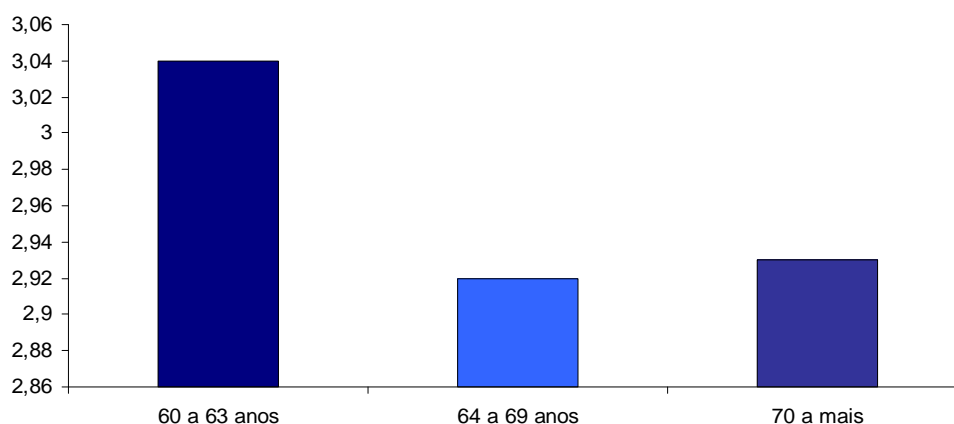


Figura 4 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por idade

De fato, os aspectos biológicos na vida dos indivíduos são muito relevantes, já que é a partir da condição da sua capacidade física, em interação com o ambiente, que os indivíduos vivenciarão seu desenvolvimento de modo mais satisfatório ou, então menos. Na velhice, em decorrência do envelhecimento biológico, o organismo altera suas funções com o avançar da idade, ocasionando muitas vezes perdas ou declínio biológicos. No entanto, estas perdas ou declínios não podem ser confundidos com doenças, já que o desgaste biológico acontece independente das doenças. Porém, como o organismo se torna mais fragilizado no envelhecimento, é provável que fique vulnerável a doenças, mas o modo como o idoso lida com estas modificações é fundamental para o seu estado de bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, para as ações que poderá tomar em favor de uma vida mais satisfatória (JUNCEIRO, 1997).

Essas modificações do envelhecimento biológico são percebidas pelos entrevistados que tendem a comparar o desempenho físico da juventude com o atual, como George, 72 anos, um homem dinâmico, comunicativo e alegre. E embora esteja vivenciando uma velhice satisfatória, sem maiores problemas de saúde (apenas hipertensão), com os filhos e esposa ou problemas financeiros, afirma sentir falta dos anos da juventude, nos quais fora um rapaz destemido e freqüentador assíduo das festas populares de Salvador, das quais já não participa mais por receio da violência urbana. Sobre esse aspecto, ele demonstra sentir-se vulnerável e lamenta: *“Tenho muito medo de morrer ou de ficar viúvo... gostaria de ser sempre jovem! Jovem é cheio de vida, sem medo da morte, de doenças, de sofrer violência dos vagabundos... eles são novos e fortes...”*.

Os idosos, geralmente, expressam preocupações quanto às limitações da força muscular, flexibilidade óssea, locomoção, percepção visual, auditiva, entre outras alterações que dificultarão a intensidade e a rapidez das reações de auto-proteção ou fuga numa situação que ofereça risco à sua integridade física. Estas alterações físicas irão modificar o modo como o indivíduo lida com as demandas do ambiente, levando-o a modificações no seu comportamento a fim de minimizar ou compensar os declínios ou perdas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas, ou seja, no estilo de vida do idoso (BALTES, 2004; COSTA JR.; RABAÇA, 2001).

No entanto, é importante ressaltar que as mudanças no estilo de vida do idoso podem ser adaptativas, uma vez que, utilizando e otimizando recursos internos (habilidades e potenciais) e externos (meios e condições de vida) buscam adaptações aos desafios da velhice, provocando mudanças através de atitudes positivas, com a meta de manter uma condição de vida satisfatória (BALTES, 2004; FIGUEIREDO, 2007).

Em relação à escolaridade, observa-se uma ligeira tendência ao aumento do estado de bem-estar subjetivo na dimensão global acompanhando o aumento dos anos de estudo. Os respondentes que possuem até oito anos de escolaridade apresentaram um escore médio de 2,90; os grupos com escolaridade mais alta (nove a doze anos e mais) mostraram escores um pouco mais altos (3,00 e 2,97). No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas.

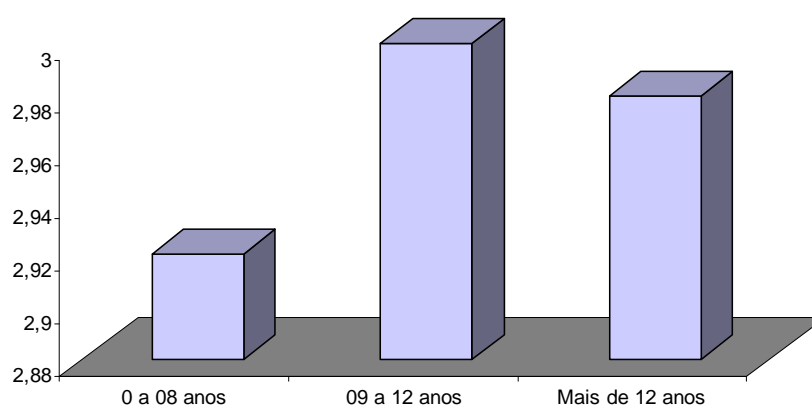


Figura 5 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por escolaridade

A escolaridade parece exercer forte influência no lidar com as demandas da velhice. Brucki, Nitrini e Caramelli (2003) chegaram a resultados semelhantes ao avaliar funções cognitivas de 433 idosos paulistas através do mini-exame do estado mental; eles concluíram que a escolaridade foi um fator altamente significativo no desempenho dos indivíduos, ou seja, os idosos com a menor quantidade de anos de estudo formal apresentaram os escores mais baixos; assim os idosos com mais de quinze anos de estudo formal (nível superior) apresentaram os mais escores mais altos.

Um outro estudo realizado por Lima-Costa (2004) também apontou resultados semelhantes, em que a escolaridade em anos de estudo formal tem forte influência na vida das pessoas. A autora fez um levantamento extensivo com jovens e idosos mineiros, objetivando comparar os hábitos de vida prejudiciais à saúde e verificar a influência da escolaridade nesses hábitos em ambos os grupos. Lima-Costa (2004) concluiu que quanto menor a quantidade de anos de estudo formal, mais frequentes os hábitos prejudiciais à saúde entre jovens e idosos, com associações mais significativas entre os jovens.

A escolaridade também mostrou uma tendência à associação com mecanismos de compensação. Embora as diferenças entre escores de bem estar global não tenham sido associadas à escolaridade formal, observou-se que os respondentes com escolaridade em mais de oito anos de estudo formal (atual Ensino Médio) relatavam as mudanças na velhice enfatizando as positivas, algumas vezes alegando que as mudanças negativas ocorrem em todas as idades; seguida revelavam meios compensatórios para mudanças que levavam a perdas ou declínios em determinadas funções, como citou Zenaide ao se referir a aparência física e aos problemas de saúde (dores na coluna e hipertensão), respectivamente:

Todos passam por tais mudanças na aparência! As pessoas não me dão à idade que tenho e olhe que eu já tenho quase 70! Sou privilegiada pela natureza! Não acho que mudei muito com a idade. Mas tomo meus cuidados: uso meus cremes, vou ao dermatologista e ao cabeleireiro... e à esteticista (fala sorrindo e muito orgulhosa de si).

Faço minhas caminhadas diariamente, minha hidroginástica... sou hipertensa, tomo meus remédios, controlo na dieta... é bom pra não engordar também!

De fato, Zenaide, 68 anos, é uma mulher muito bonita, de aparência jovial, aparenta ter uma idade inferior a que tem, é muito alegre e falante; viúva, mora sozinha em seu apartamento, num bairro de nível sócio-econômico elevado na cidade de Salvador, tem dois filhos adultos, casados e independentes, com os quais mantém contato frequente, embora um de seus filhos more no exterior e o outro seja um profissional muito atarefado.

Entretanto, Neri (2001), baseada nos estudos de Motta (1999) e Debert (1999), ressalta que os processos de vivência da velhice também devem ser analisados além do enfoque da escolaridade, mas também, a partir da classe social, já que as mulheres com um nível sócio-econômico mais alto tendem a buscar informações sobre saúde e estética nos mais variados veículos de comunicação. Os cuidados com a saúde são mais voltados para prevenção de doenças, mas há também um extenso uso da indústria da beleza, com seus cosméticos e procedimentos cirúrgicos, como uma forma de atenuar ou adiar os sinais do envelhecimento do corpo. A velhice, nesse sentido, é concebida como um estado de espírito, no qual só é velho quem assim o deseja, numa tentativa de se desvincular das representações estereotipadas acerca da velhice. Entretanto, as mulheres idosas de nível sócio-econômico mais baixo tendem a focar os cuidados com a saúde a partir do surgimento dos sinais e sintomas de alguma doença, enquanto os cuidados com a beleza, embora importantes, não são prioridade (NERI, 2001).

Assim como Zenaide, George (72 anos), com formação técnica em contabilidade, ao mencionar os declínios ou perdas na velhice, logo ressalta as mudanças positivas, mostrando uma preocupação compensatória. Por exemplo, relata que jogou futebol até os 57 anos, quando passou a sentir constantes dores nas pernas e a perceber o declínio progressivo da agilidade, então decidiu parar de jogar e justifica: *“Já joguei muita bola na vida! Eu era o melhor! Hoje faço caminhadas!”*.

Percebe-se que George, diante da realidade de não jogar futebol tão bem quanto antes decide investir os recursos disponíveis para o alcance satisfatório de sua meta, que foi manter o mesmo desempenho de antes (seleção de metas), em outra atividade, utilizando recursos físicos e psicológicos disponíveis (otimização) para esta tarefa (BALTES, 2004).

No entanto, percebe que está cada vez mais difícil o alcance da meta planejada e sente os prejuízos que este investimento está lhe trazendo. Prejuízos físicos, constantes dores nas pernas e fadiga muscular acentuada, devido ao intenso esforço físico; prejuízos sociais, devido às frequentes derrotas do seu time ou às difíceis vitórias, além das críticas dos colegas quanto ao seu desempenho e conseqüente distanciamento; prejuízos psicológicos, auto-estima rebaixada, desmotivação e prejuízos emocionais: tristeza, alterações de humor (a depender do seu desempenho no jogo).

O entrevistado, após reconhecer esses prejuízos e o declínio biológico envolvido nesta situação, decide redefinir suas metas, fazendo uma nova seleção. Quer parar de jogar futebol, mas manter uma atividade física. Assim, a partir dos seus recursos internos e externos, passa a fazer caminhadas diárias, para compensar a perda da atividade física praticada no futebol uma ou duas vezes por semana. Essas mudanças são compatíveis com as previsões da teoria do ciclo vital, que enfatiza o desenvolvimento como um processo de constante redefinição de metas (BALTES, 2004).

A compensação, neste caso, foi apenas em relação à atividade física, já que o jogo de futebol para os homens brasileiros representa também uma entusiástica atividade social e de lazer. Porém, o entrevistado ao avaliar que no passado foi um ótimo jogador e, como todo bom jogador, tem o momento de parar, decidiu que estava no seu momento. Decisão que tomou com segurança e tranquilidade, pois sua avaliação foi baseada nos sucessos do passado e sentimentos positivos em relação ao mesmo.

Nesse sentido, percebe-se que a atual fase do ciclo de vida do indivíduo idoso está relacionada às fases anteriores do seu desenvolvimento, bem como aos seus traços de personalidade e condições contextuais; logo, a fase atual representa um resultado de um processo das fases anteriores. Se este

resultado é vivenciado com sentimentos de auto-valorização e satisfação do que foi realizado, sem arrependimentos e lamentações, será vivenciado com integridade e não com desesperança ou desespero (ERICKSON, 1974).

No que diz respeito à renda familiar, observa-se uma clara relação com o estado de bem-estar subjetivo na dimensão global. Os respondentes que obtiveram escores maiores foram aqueles que possuem renda familiar igual ou maior que oito salários mínimos ($M= 3,10$). Depois, obteve-se um escore de 2,95 entre as pessoas que possuem renda familiar de dois a sete salários mínimos. Já o escore mais baixo ($M= 2,89$) foi obtido entre as pessoas que possuem renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo, como pode ser observado na Figura 6.

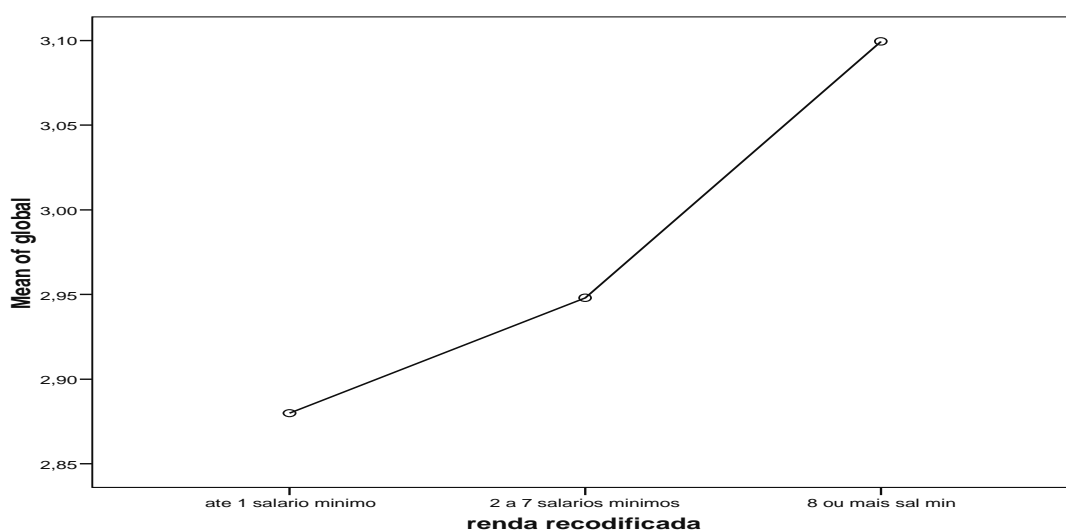


Figura 6 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão global por renda familiar

Assim, pode-se considerar que a renda familiar é um dos aspectos mais relevantes para a vivência satisfatória na velhice. Os idosos com a renda mais baixa declaram o menor nível de bem-estar global na vivência da velhice, enquanto que os idosos com a renda familiar mais alta avaliaram a vivência da velhice como um período em que as mudanças biológicas foram muito poucas e para melhor. As diferenças foram significativas estatisticamente ($p<0,05$).

Estes achados são consistentes com os resultados encontrados por Neri e Soares (2006), ao verificar a influência da renda no estado de saúde dos idosos. Os autores utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2004) de 1998 e 2003, com a finalidade de comparar o

estado de saúde de idosos de baixa renda antes e depois de programas assistenciais de benefícios promovidos pelo governo federal. Eles concluíram que a renda tem associação significativa com a saúde e, conseqüentemente, com o estado de bem-estar subjetivo do idoso, visto que, após o aumento da renda familiar devido aos benefícios, verificou-se uma maior estabilidade nos indicadores gerais de saúde destes idosos.

A entrevistada Guilhermina precisou fazer algumas alterações na sua vida para aumentar a renda e compensar a perda do poder aquisitivo devido à morte do marido, a saída das filhas da sua casa e aos tratamentos médicos necessários, devido aos declínios e perdas físicas. Guilhermina, uma mulher de 78 anos, moradora de um bairro popular em uma cidade da Região Metropolitana de Salvador, mudou para casa da filha solteira e mais nova (33 anos), construída sobre a casa da filha mais velha (42 anos), casada, pedagoga e mãe de duas crianças. A entrevistada é pensionista, com renda individual de um salário mínimo, tem casa própria em outro bairro, mas por decisão das filhas, precisou alugá-la para aumentar a renda familiar, já que suas despesas pessoais aumentaram muito devido ao tratamento médico e psicológico para doenças que lhe causam dores crônicas, como artrite reumatóide, artrose, além da suspeita de fibromialgia e depressão. Embora demonstre que não está satisfeita com a escolha, reconhece que foi a decisão mais viável, já que além de poder cuidar da sua saúde de modo mais adequado, revela que se sente mais em segurança por está próxima das filhas.

Guilhermina afirma que preferiria estar no seu *“cantinho, uma casa grande, iluminada e fresca, numa rua melhor..., vizinhos bons...”*, mas reconhece a necessidade de aumentar a renda, pois para o tratamento foi necessário investir em um bom plano de saúde privado, ressaltando que o pagamento do plano consome maior parte da sua renda individual. Ela justifica a opção pelo plano de saúde privado, reclamando da dificuldade de seguir um tratamento de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), já que precisa realizar sessões de acupuntura, ir freqüentemente ao reumatologista e a outros profissionais de saúde, realizar exames médicos, seguir uma dieta recomendada pelos médicos, ter acompanhamento psicológico e comprar diversos tipos de medicamentos. Na verdade, a entrevistada queixa-se que a renda familiar não é suficiente para todo o tratamento, mesmo com ajuda financeira das filhas, como é o caso do tratamento psicológico, que não tem cobertura pelo plano de saúde, ainda não tem como arcar. E ao ser questionada sobre as melhorias que o tratamento tem trazido, ela simplesmente responde: *“... ruim com ele (o tratamento), pior sem ele!”*.

Bós e Bós (2004) chegaram a resultados semelhantes ao realizaram um estudo, utilizando dados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul com 7.920 idosos. O objetivo dos autores foi analisar como os fatores sócio-demográficos influenciavam na

escolha do local de atendimento e comparar o impacto das rendas individual e familiar do idoso nessa decisão. Os resultados sugeriram que as decisões sobre onde o idoso recebe cuidados de saúde dependem das necessidades e recursos da família e não somente da situação individual do idoso. Conseqüentemente, a saúde do idoso de família de renda baixa recebe prioridade menor e é desproporcionalmente prejudicada pelo pouco recurso familiar e deficiências do sistema público de atendimento.

4.3 DIMENSÃO BIOLÓGICA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Uma análise de confiabilidade do conjunto dos itens relacionado a fatores biológicos produziu uma alfa de Cronbach de 0,77, [$F(1,100) = 14,64$, $p < 0,0000$], indicando a viabilidade do agrupamento. O escore médio encontrado foi o mais baixo das três dimensões (2,56, desvio padrão 0,50). A comparação dos grupos demonstra algumas diferenças importantes. Como mostra a Figura 7, os homens avaliam os itens da dimensão biológica em nível mais alto (2,71) que as mulheres (2,40), sendo que estas apresentam um nível de dispersão um pouco mais alto (desvio padrão 0,55 e 0,41 para os homens). Além disso, estas diferenças por grupos de gênero são significativas estatisticamente [$F(1,100) = 8,512$, $p < 0,01$].

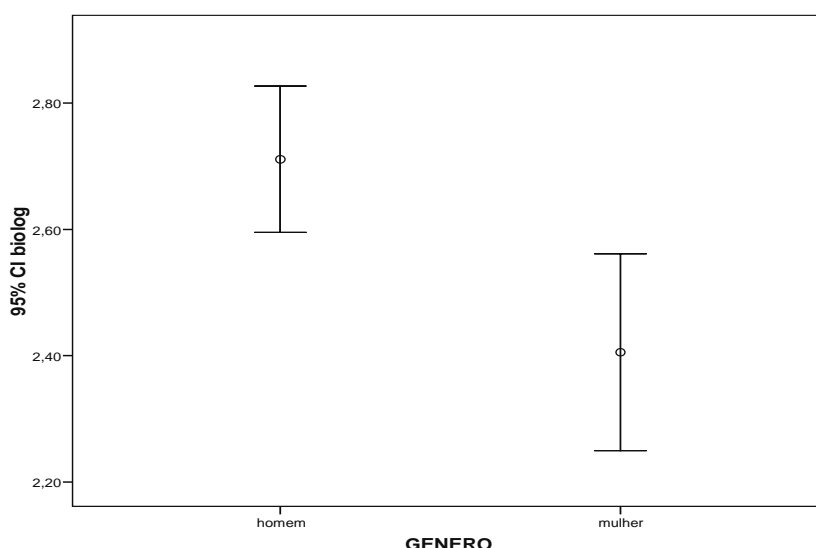


Figura 7 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por gênero

Estes resultados são coerentes com os achados na literatura, ao sugerir que os homens idosos tendem a avaliar sua condição física mais positivamente que as mulheres. Arber e Cooper (1999) chegaram a resultados semelhantes ao realizar investigar o estado de saúde auto-avaliada por mais de quatorze mil homens e mulheres idosos ingleses, entre os anos de 1992 e 1994. Os autores concluíram que as mulheres idosas sofrem mais com o desgaste físico que os homens, apresentam maior dificuldade no sistema locomotor e apresentam um nível muito maior de declínios físicos funcionais que os homens.

Quanto à situação conjugal, o maior escore obtido foi entre os respondentes casados ($M = 2,70$), seguido pelos separados ($M = 2,50$), enquanto que os menores resultados encontram-se entre os indivíduos solteiros ($M = 2,24$) e viúvos ($M = 2,26$), sugerindo que a velhice nesses dois grupos está sendo vivenciada mais negativamente. Mas é preciso considerar o nível de dispersão entre os solteiros (desvio padrão 0,65) e entre os separados/divorciados (desvio padrão 0,52), níveis considerados altos em comparação aos demais grupos, como pode ser observado na Figura 8. As diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

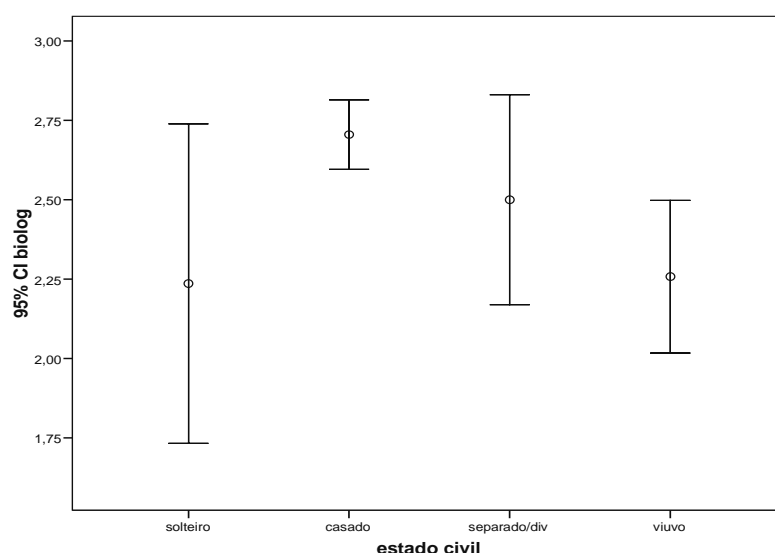


Figura 8 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por situação conjugal

A situação conjugal parece constituir um dos fatores mais importantes na vida dos idosos. Por exemplo, os casados relatavam com orgulho a quantidade de anos do casamento, enquanto que os não casados, principalmente as mulheres viúvas, expressavam tristeza por não terem mais os cônjuges consigo, mesmo aquelas que tiveram um casamento insatisfatório.

O entrevistado Manfredo, 73 anos, atualmente separado, foi um dos entrevistados que mais se referiu à sua condição de homem não casado, expressando profunda insatisfação. Relata que foi casado por duas vezes, ficando viúvo no primeiro casamento e separando-se no segundo, por desconfiar que estivesse sendo traído. Está sozinho por dez anos, mas ressalta que nunca ficou sem namoradas; no entanto, sente falta de uma companheira permanente. O entrevistado mora sozinho, é aposentado, não trabalha, e seu propósito de vida no momento é casar outra vez; acredita fortemente que, com uma nova companheira, muitos dos seus problemas acabarão, como o sentimento de solidão, a invasão de privacidade por suas filhas, noras e netas, que executam as tarefas domésticas da sua casa e a preocupação de ter um ataque cardíaco, sem ter alguém por perto socorrê-lo. Também considera que será muito bem cuidado por sua futura esposa, por isso, afirma:

Se tiver alguém aqui comigo, se eu tiver alguma coisa... assim, do coração, ela já sai, já pede ajuda, um socorro! (...) seria muito bom ter uma pessoa para conversar, ver televisão, se entreter, ter uma companhia, a gente se sente melhor!!! (...) vou buscar minha namorada no interior!

Manfredo afirma ter uma senhora no interior da Bahia, de 55 anos, disposta a vir morar com ele; embora não se conheçam pessoalmente, tem boas referências dela. Porém, segundo o entrevistado, seus filhos estão contra sua decisão, mas tem esperança que eles compreendam sua situação, e assim possa trazer a mulher para sua casa. Seu temor é contrariar o filho mais velho, do qual é mais próximo, mas está disposto a convencê-lo, expondo suas necessidades de casar pela terceira vez.

O desejo de Manfredo em casar outra vez reflete a sua necessidade de compensar algumas perdas. Uma companheira para o entrevistado representaria melhorias no aspecto social de sua vida, já que ele terá alguém para se relacionar e possivelmente junto com a companheira, outras pessoas se aproximarão, como amigas, familiares e vizinhos, ampliando seu círculo social de amizades; representaria também uma melhoria no aspecto biológico, devido à percepção de que sua saúde é fragilizada, acreditando que a companheira disponibilizará cuidados que poderão elevar seu estado de saúde; e também no aspecto psicológico, já que uma companheira elevaria seu estado de bem-estar subjetivo, por sentir que tem alguém ao seu lado, que não está mais sozinho. Todos estes aspectos são inter-relacionáveis e têm alterado o entrevistado seu estado de bem-estar subjetivo.

No que se refere à situação ocupacional dos respondentes, obteve-se o escore mais alto (2,75) no grupo das pessoas que trabalham e não estão aposentadas; já o menor escore ($M=2,33$) foi encontrado no grupo de pessoas que não trabalham e que não estão aposentadas. Os demais resultados se referem aos outros dois grupos, ou seja, idosos que não trabalham e estão aposentados ($M= 2,40$) e aqueles que trabalham e estão aposentados ($M= 2,57$). As diferenças são significativas entre os grupos.

Desta forma, os resultados sugerem que os idosos que exercem uma atividade remunerada demonstram um estado de bem-estar subjetivo mais elevado na dimensão biológica que aqueles que não trabalham, como pode ser visto na Figura 9. No entanto, é necessário considerar, como já foi mencionado na dimensão global, que o grupo de idosos que trabalham é mais jovem do que os demais, ou seja, a média de idade entre as pessoas que trabalham é mais baixa (64,9) do que entre as que não trabalham (71,9).

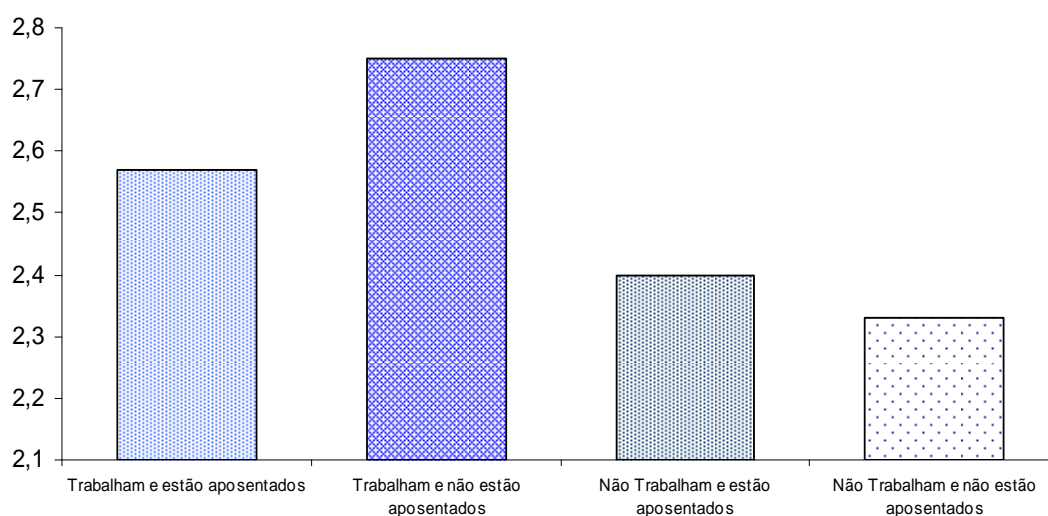


Figura 9 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por situação ocupacional

Os entrevistados que demonstraram um estado de bem-estar subjetivo mais elevado foi Zenaide e George. Eles expressaram seus sentimentos relacionados ao trabalho nessa idade, como pode ser visto na fala de Zenaide que, aos 68 anos está aposentada, mas continua trabalhando e demonstra gostar muito do que faz.

Muito orgulhosa de si ressalta: “*Sou aposentada... mas trabalho! Exerço cargo de chefia!(...) Trabalho menos hoje, trinta hora semanais! Adoro meu trabalho! Me sinto realizada, tenho meu carro, meu trabalho, meu apartamento!*”.

O entrevistado George (72 anos), muito satisfeito com seu trabalho e por estar trabalhando, mesmo aposentado, afirma que gosta de trabalhar para não ficar ocioso, com a vantagem de aumentar a renda familiar.

George não se sente cobrado como funcionário, já que a filha é a proprietária do estabelecimento, deixando a administração do negócio com ele. Embora as tarefas como gerente da lanchonete sejam muitas, ele considera um entretenimento, como afirma: *Trabalho a semana toda, de segunda a sábado de manhã, é muita coisa, mas é um trabalho leve, não tenho muita preocupação... até me distrai!*”.

Quanto à idade dos respondentes, observa-se uma clara relação entre aumento de idade e declínio da média de bem-estar na dimensão biológica (ver Figura 10). O menor escore ($M= 2,33$) encontra-se entre pessoas com mais de 70 anos e o maior escore obtido foi entre pessoas de 60 até 63 anos ($M= 2,72$), sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas ($p< 0,01$).

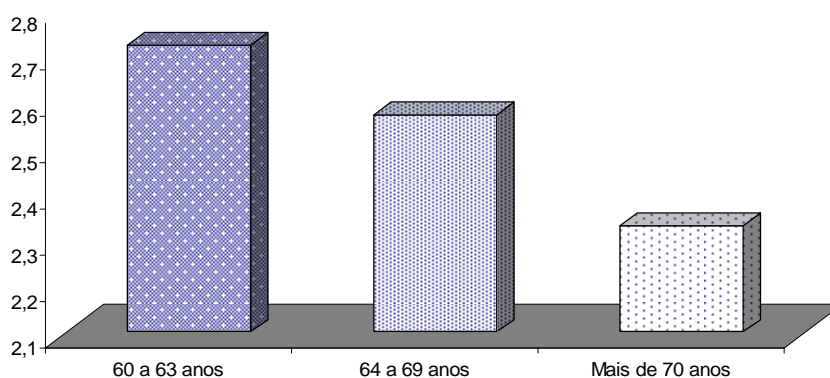


Figura 10 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por idade

O envelhecimento biológico provoca alterações e desgastes importantes em vários sistemas funcionais do organismo, alterações e desgastes que vão se intensificando com o avançar da idade e gerando efeitos negativos, como a diminuição progressiva da condição de saúde do idoso. As

entrevistadas Virgínia (93 anos) e Dália (91 anos) queixam-se muito dos incômodos físicos que as impedem ou dificultam o desenvolvimento de algumas tarefas.

Virgínia, por exemplo, queixa-se de problemas na coluna, fortes dores nas costas, que, embora não sejam constantes, tendem a piorar quando executa tarefas que exigem um esforço físico maior. Já Dália tem problemas nas articulações, bursite, dores estomacais e uma dor inexplicável na perna esquerda. Embora não estejam incapacitadas, sofrem por não poderem mais se locomover com facilidade, ter perdido parte da força muscular, da rapidez nos reflexos, da precisão visual e auditiva, entre outros aspectos físicos. Virgínia é de um nível sócio-econômico mais elevado, mora sozinha em Salvador, e Dália mora na casa de uma das filhas (com seis pessoas) num bairro popular em um município da Região Metropolitana de Salvador.

Dália relata que seus familiares não compreendem que ela ainda pode realizar algumas tarefas domésticas, as mais leves, sozinha; e outras com ajuda de alguém, como cozinhar, costurar ou fazer trabalhos artesanais. Reclama porque, principalmente sua filha a proíbe de executar qualquer trabalho em casa, para não piorar seu estado de saúde, mas revela que está ciente das suas limitações e se sente muito angustiada porque seus familiares a consideram uma incapacitada: *“Quando minha filha reclama quando faço alguma coisa, fico muito aborrecida, vou pro meu quarto ler minha Bíblia ou os livros da igreja... às vezes choro baixinho... tô acostumada a trabalhar e trabalhar muito, detesto ficar sem fazer nada!!”*.

Virgínia contrata uma diarista para a execução das tarefas domésticas mais pesadas, como a limpeza da casa, passar roupas, entre outras tarefas. Para carregar compras ou objetos pesados solicita ajuda de algum vizinho ou funcionário do condomínio. Faz questão de executar as tarefas domésticas mais leves, com os devidos cuidados para não forçar a coluna, como afirma: *“Faço os serviços mais leves, não gosto de ficar parada, mas serviço pesado que pode doer minha coluna... passar roupa, passar pano no piso (...) chamo a menina !”*.

Também ressalta que as tardes são reservadas para seu descanso, se alguma tarefa não pôde ser realizada pela manhã, deixa para o outro dia. Reconhece seu declínio físico e perdas, buscando as devidas adaptações nas atividades da vida diária, como afirma: *“Faço tudo que dá pela manhã, se não dá, deixo pro outro dia... a tarde é pra descansar!”*.

Portanto, apesar das perdas e declínios físicos relacionados ao avançar da idade cronológica, as duas respondentes demonstram buscar formas de compensar estas perdas e assim manter sua qualidade de vida do modo mais satisfatório possível.

Em relação à escolaridade, identificou-se uma associação clara entre a elevação progressiva dos escores de bem-estar na dimensão biológica e a maior quantidade de anos de estudo. Assim, o maior escore ($M = 2,80$) encontrou-se entre as pessoas que possuem treze anos ou mais de estudos; aqueles que têm de nove a doze anos de estudos obtiveram um escore de 2,62. Já o menor escore encontrado ($M = 2,32$) foi entre os respondentes que possuem o menor número de anos de estudos, ou seja, no máximo até oito anos (ver Figura 11). As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

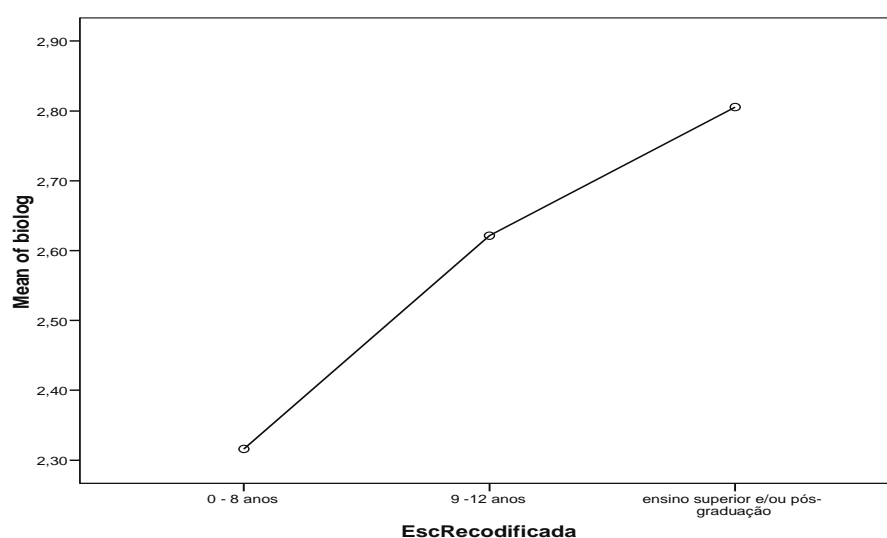


Figura 11- Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por escolaridade

No que se refere à renda familiar, o resultado mais elevado ($M = 2,70$) foi obtido entre os respondentes que declararam possuir uma renda familiar de oito ou mais salários mínimos, enquanto que um resultado oposto foi encontrado no grupo com a menor renda familiar, ou seja, renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo (2,36). Os respondentes que declararam possuir renda familiar de dois a sete salários mínimos mostram escore de 2,57. Contudo, as diferenças foram pequenas e não são estatisticamente significativas.

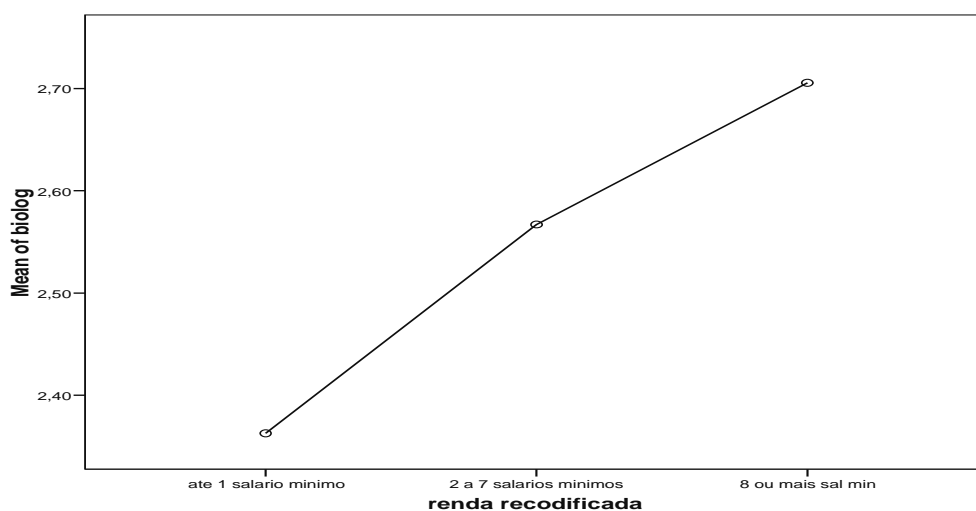


Figura 12 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão biológica por renda familiar

A entrevistada Zenaide (68 anos), renda financeira superior a oito salários mínimos, pode dispor de recursos que propiciem um aumento do bem-estar subjetivo na vivência da velhice, já que tem acesso a centros de tratamentos de saúde e de estética de boa qualidade, atividades sociais e de lazer, além de manter um círculo de amizades com pessoas da sua faixa etária. Inclusive, Zenaide está planejando uma viagem internacional: “*Estou planejando ir para Índia ou Grécia, vamos ver... mas minha irmã está muito doente... precisam de mim (família da irmã) quando ela ficar boa, pretendo viajar! Adoro viajar!*”.

Resultados semelhantes foram encontrados por Lima-Costa et al (2003) em um estudo sobre a influência sócio-econômica na saúde do idoso, no qual utilizaram também dados da PNAD de 1998, indicando que, quanto menor a renda do idoso, maiores os problemas com a saúde, maior utilização de serviços médicos e pior a capacidade funcional.

Parayba e Simões (2006) chegou a resultados semelhantes, ao analisar as diferenças nas taxas de prevalência de dificuldade funcional (locomoção, força física e mobilidade) entre idosos no Brasil, utilizando a renda familiar *per capita* como um indicador de nível sócio-econômico. Concluiu que a prevalência de dificuldade para caminhar cerca de 100 metros, para os idosos com renda familiar *per capita* muito baixa, é de 23,2% entre os homens e 34,5% para as mulheres. Essa dificuldade foi decrescendo no grupo de idosos mais ricos para 9,9% e 18,1%. Somente para 4,8% dos idosos que tem uma renda familiar *per capita* a partir de 14 salários mínimos, a renda deixa de ser um fator de risco para dificuldade funcional. Portanto, a renda pode ser considerada um dos indicadores do estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica.

Portanto, a dimensão biológica na vida dos idosos parece ser um aspecto muito relevante para o estado de bem-estar subjetivo na velhice. Embora a dimensão biológica seja, também muito relevante para indivíduos de outras fases do ciclo vital, para o idoso as mudanças biológicas que causam declínios ou perdas, têm maiores prejuízos, devido o desgaste biológico ser mais intenso, podendo representar a possibilidade de dependência ou incapacidade funcional.

4.4 DIMENSÃO SOCIAL E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Uma análise de confiabilidade do conjunto dos itens produziu uma alfa de Cronbach de 0,75 [$F(14,64, p < 0,0000)$], permitindo o uso do conjunto de itens como uma variável. Considerando a amplitude da escala, que varia de 1 a 5, a média geral obtida (3,10) pode ser vista como um resultado neutro, ou seja, o estado de bem-estar subjetivo da amostra não se destaca por uma posição extrema no pólo inferior ou superior.

Em relação à diferença de gênero, verificou-se que os homens apresentaram um escore de 3,06 para o bem-estar subjetivo na velhice, um pouco inferior ao nível das mulheres ($M = 3,13$), conforme pode ser visto na Figura 11. Contudo, é preciso considerar o alto nível de dispersão de ambos os grupos, principalmente entre os homens, nos quais o desvio padrão (0,67) é maior que entre as mulheres (desvio padrão 0,64). Embora as diferenças entre os grupos não sejam estatisticamente significativas, os resultados sugerem que as mulheres podem estar vivenciando a velhice na dimensão social de modo mais satisfatório que os homens.

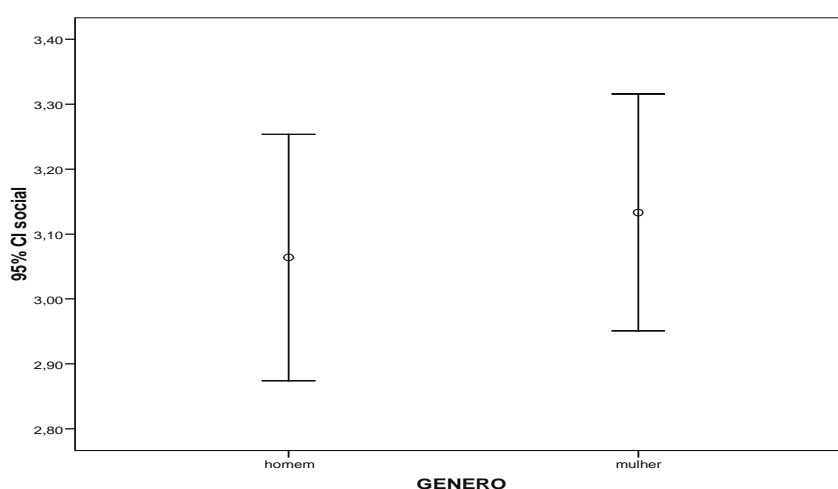


Figura 13 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por gênero

De acordo com Goldstein e Neri (1999) é possível que as mulheres idosas continuem parecendo mais expressivas que os homens, mas pode ser também que elas, em todas as idades, sejam mais solidárias, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens. De fato, as mulheres parecem disponibilizar mais recursos internos e externos para investir esforços, buscando mecanismos que gerem as adaptações necessárias para a manutenção de seu estado de bem-estar subjetivo elevado e uma vida satisfatória.

Os homens também sentem o efeito negativo da redução da frequência em atividades sociais, principalmente aqueles que tiveram uma vida social intensa, como foi o caso de George (72 anos), que admite a necessidade de redução da frequência a festas populares de Salvador nesta fase da vida, por receio da violência não apenas nas festas, como também nas ruas, na verdade, revela que se percebe frágil e vulnerável devido a velhice, prefere ficar em casa ou ir a eventos mais tranquilos e seguros:

Gosto muito de festas, mas não vou mais como antes, não, principalmente das festas de largo, estão muito violentas e a multidão 'tá demais... Gosto de levar meu neto para ver o desfile de sete de setembro, de ir ao Pelourinho no carnaval, a Festa da Lapinha, são mais tranquilas e sem violência, também bebo bem menos.

A entrevistada Dália (91 anos), assim como George, foi uma mulher de vida social intensa; mas atualmente ela se queixa que não passeia mais como gostaria, não é mais a pessoa ativa que sempre foi; seus filhos a proíbem de sair para longe do bairro onde mora, apenas costuma ir para as atividades religiosas e festivas da igreja que frequenta, inclusive lembra que gosta muito de visitar os “irmãos da igreja” que moram perto dela. Afirma com pesar que sempre gostou muito de passear e viajar, mas não pode mais, embora revele que sempre encontra um jeito de sair, pois detesta permanecer o dia inteiro dentro de casa sem fazer nada: “... então, quando não suporto mais, pego um ônibus ou moto-táxi e vou passear, vou fazer compras. Às vezes vou sozinha visitar os parentes... saio sem avisar, depois ligo avisando... minha filha reclama!”.

Quanto à situação conjugal, não é possível inferir conclusivamente seu efeito na dimensão social. Os idosos viúvos possuem o melhor estado de bem-estar subjetivo ($M= 3,20$), seguidos pelos casados ($M= 3,15$). No lado oposto da escala encontram-se os solteiros, com o menor escore ($M= 2,70$), apesar de que, entre estes, o nível de dispersão seja mais amplo (desvio padrão 0,66), como pode ser observados na Figura 12. Já entre os idosos separados ou divorciados, o escore 3,00 indica que a atual situação conjugal destes não traz modificações importantes no bem-estar subjetivo na velhice. Mas os resultados não são estatisticamente significativos, o que impede conclusões definidas.

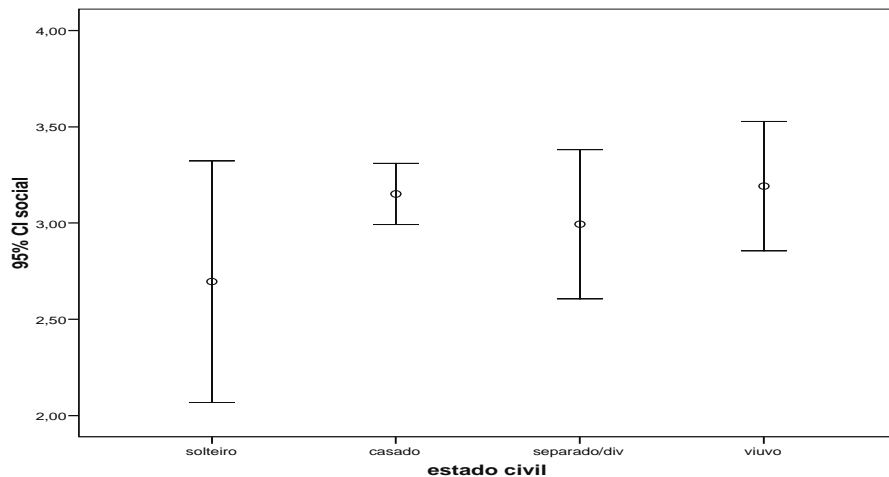


Figura 14 - Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por situação conjugal

No que se refere à situação ocupacional, foram encontradas poucas diferenças na dimensão social. Os idosos que trabalham e não estão aposentados apresentaram o maior escore de bem-estar subjetivo na velhice relacionado à dimensão social ($M = 3,16$); com um escore bem próximo ($M = 3,14$) estão aqueles respondentes que não trabalham e não estão aposentados, seguidos por aqueles que não trabalham e estão aposentados ($M = 3,08$). Já o menor escore ficou entre os idosos que trabalham e estão aposentados ($M = 2,95$), como pode ser visto na Figura 15. Mas essas diferenças não são estatisticamente significativas.

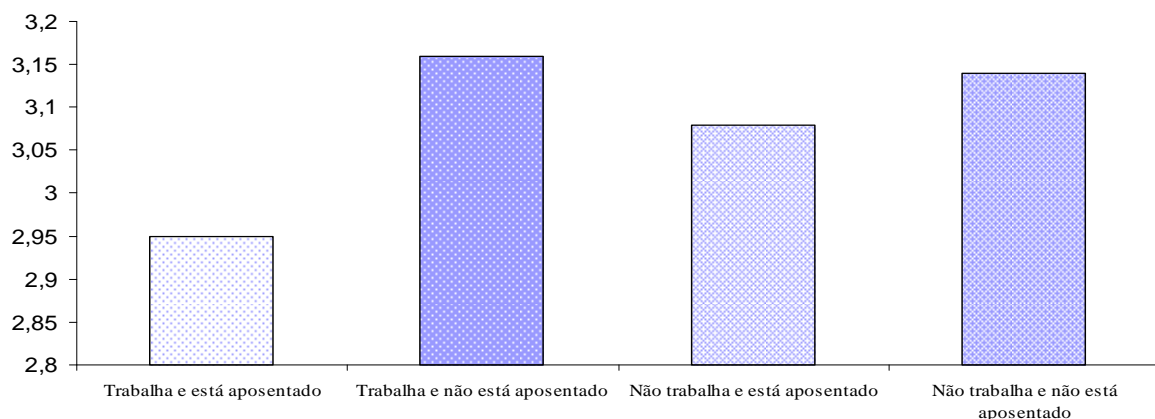


Figura 15 - Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por situação ocupacional

Em relação à variável idade associada à dimensão social praticamente não há mudanças relevantes no estado de bem-estar subjetivo da velhice, de acordo com a auto-avaliação dos respondentes. O maior escore ($M= 3,17$) foi obtido entre pessoas com mais de 70; as pessoas de 64 a 69 anos percebem que seu bem-estar social na velhice sofreu discretas mudanças ($M= 2,97$). Os outros respondentes mais jovens (60 a 63 anos) apresentaram um escore de 3,15 (ver Figura 16). Desta forma, os resultados sugerem que o bem-estar associado à idade é um elemento que passa por discretas mudanças na vida dos respondentes, sendo que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

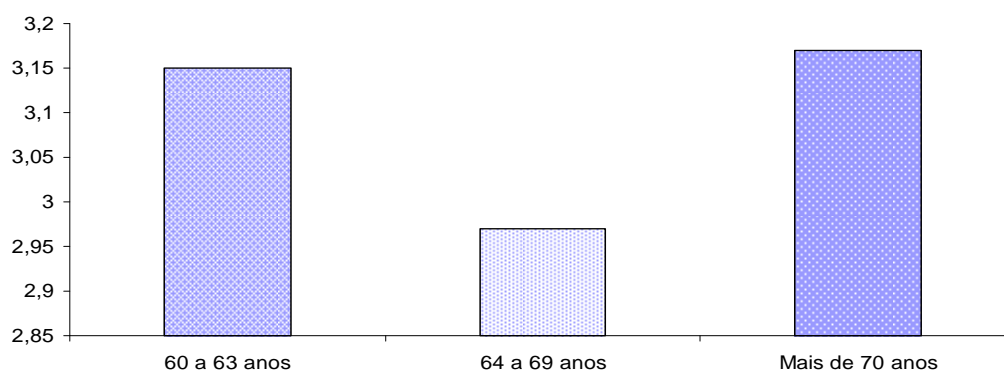


Figura 16 – Médias dos escores do estado de bem-estar subjetivo na dimensão social por idade

Quanto à escolaridade, o maior escore obtido foi entre os respondentes com o menor quantidade de anos de estudo formal ($M= 3,08$), ou seja, abaixo de oito anos de estudos. Dos respondentes que possuíam de nove a 12 anos de estudo formal e os que estudaram por mais de doze anos, obteve-se escores de 3,11 e 3,10, respectivamente. Percebe-se que os resultados são muito próximos, principalmente nos dois últimos grupos, indicando que o estado de bem-estar na dimensão social tem pouca relação com escolaridade. No entanto, é importante que consideremos o alto nível de dispersão destes grupos, principalmente entre os idosos dos quais se obteve o menor escore, já que estes apresentaram o maior nível de dispersão (desvio padrão 0,75), enquanto que o grupo dos respondentes que possuem mais de doze anos de estudos demonstrou o menor nível de dispersão (desvio padrão 0,53), como pode ser visto na Figura 17.

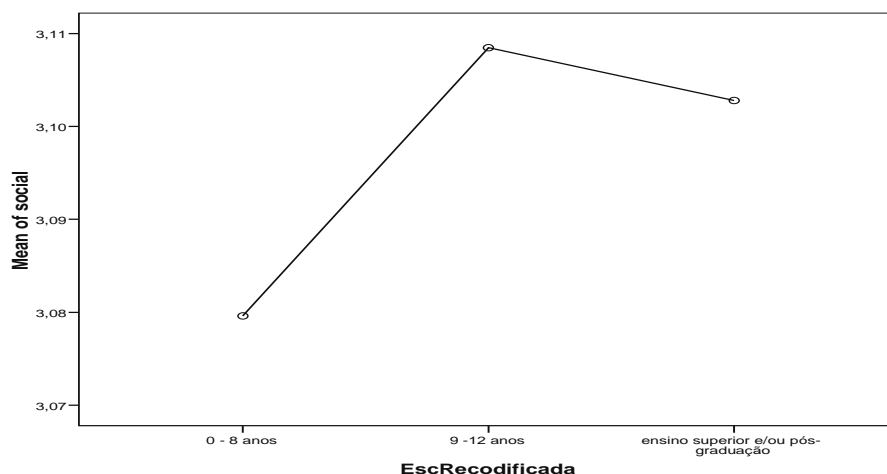


Figura 17 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por escolaridade

No que se refere à renda familiar, das pessoas que recebem de 02 a 07 salários mínimos, obteve-se um escore de 3,00, considerado neutro; dos respondentes que possuem uma renda familiar igual ou superior a 08 salários mínimos o escore foi de 3,40, ou seja, a maior média. Os idosos com renda mais baixa apresentaram o escore de 3,05, como pode ser observado na Figura 18. Assim, os resultados indicam que o estado de bem-estar subjetivo na velhice na dimensão social não sofreu maiores alterações associadas à renda. As diferenças encontradas a favor do grupo com renda mais alta não são estatisticamente significativas.

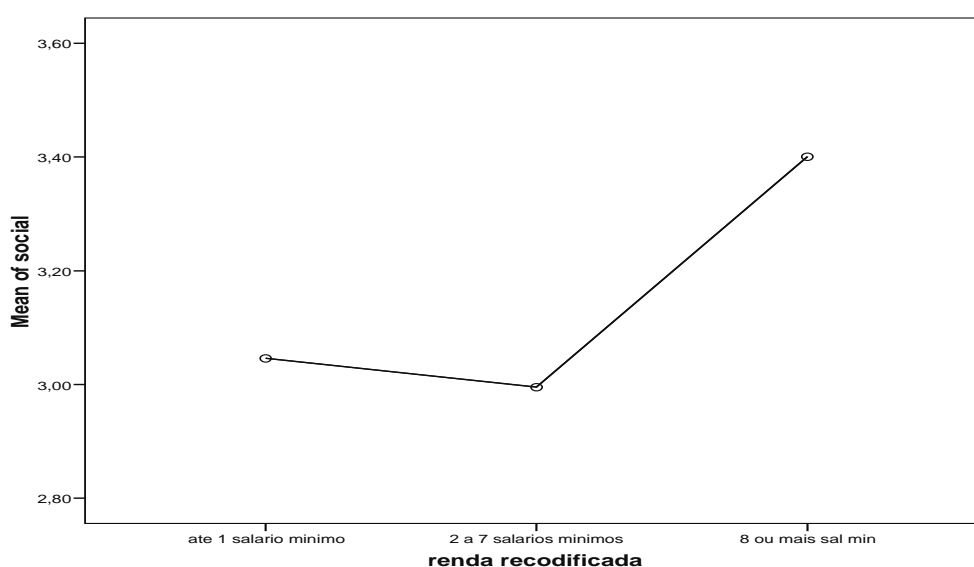


Figura 18 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão social por renda familiar

4.5 DIMENSÃO PSICOLÓGICA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

A viabilidade de uma dimensão psicológica obtida pela soma dos itens foi testada através da análise de confiabilidade, e produziu uma alfa de Cronbach de 0,73 [$F(1,100) = 14,64, p < 0,0000$]. A média geral obtida (3,23) pode ser vista como um resultado relativamente neutro, ou seja, o estado de bem-estar subjetivo da amostra não se destaca por uma posição extrema no pólo inferior ou superior, mas numa posição de quase neutralidade.

Em relação ao gênero, verificou-se que os homens apresentaram um escore de 3,13 para o bem-estar subjetivo associado à dimensão psicológica por gênero na velhice. Num nível um pouco superior encontra-se o escore das mulheres ($M = 3,32$), conforme pode ser visto na Figura 19. Portanto, os resultados sugerem que as mudanças do bem-estar subjetivo parecem não ser relevantes, principalmente entre os homens, embora o nível de dispersão entre estes seja maior (desvio padrão 0,58) que entre as mulheres (desvio padrão 0,48), mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

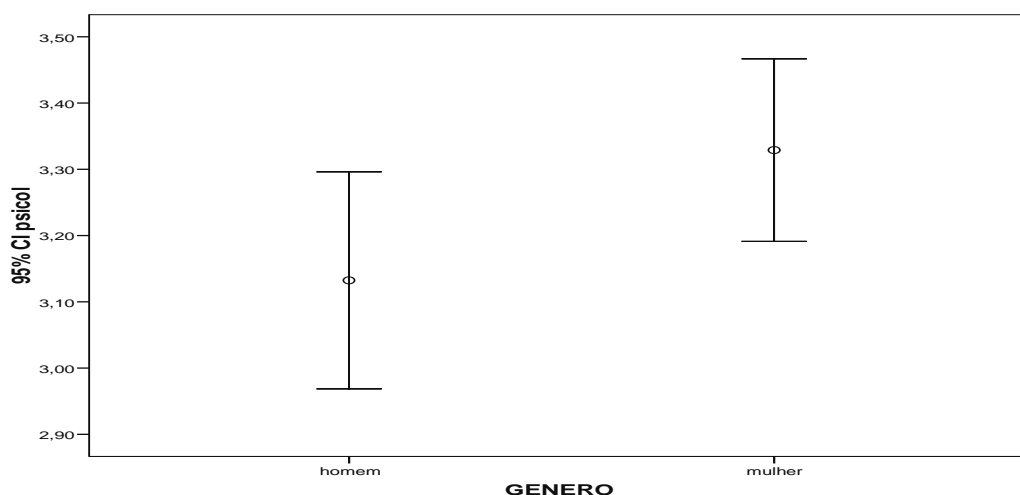


Figura 19 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por gênero

Os dados coletados nas entrevistas sugerem que as mulheres parecem estar mais atentas às mudanças cognitivas e aspectos emocionais que os homens, pois sempre se remetem a questões cognitivas e/ou emocionais, como podemos perceber nas falas de Zenaide (68 anos). *“Percebi que andava muito esquecida, principalmente em relação às informações novas, onde guardava minhas*

coisas, enfim, resolvi tomar um curso de memorização! Tem dado certo! (...) Para manter a mente trabalhando, faço curso de inglês, leio muito...”.

Em relação ao declínio cognitivo, Zenaide percebe que sua memória de curto prazo pode estar declinando; para minimizar os efeitos e evitar transtornos cognitivos numa idade mais avançada, tem investido em ações que exercitem suas funções cognitivas. A preocupação de Zenaide tem sentido, pois segundo pesquisa realizada pela WHO (1998), as mulheres têm uma tendência maior que os homens para desenvolver algum tipo de demência, devido à sua maior longevidade, portanto trabalhar na prevenção de uma possível demência no futuro é bastante saudável.

Em relação aos aspectos emocionais, Guilhermina (78 anos) demonstra possuir uma auto-estima rebaixada e apatia moderada diante dos desafios da velhice e tristeza por tudo que não realizou em outras fases da vida:

Não realizei nenhum dos meus sonhos, não casei com o grande amor da minha vida, não me formei em professora como eu tanto quis, não tive um bom casamento... sempre sofri calada... e agora que tô velha, doente... o que mais posso querer? Jeová que me segura, que não deixa eu cair em depressão!

A auto-avaliação que Guilhermina faz das suas outras fases na vida a deixa com o estado de bem-estar subjetivo e emocional muito rebaixado. A entrevistada demonstra que tem refletido sobre sua vida, seu passado, sobre o que fez e o que deixou de fazer, e lamenta por tudo poderia ter vivido. De acordo Erickson (1974), é na velhice que se avalia, principalmente em termos de ordem e significado, as realizações, e a depender da avaliação, a velhice será vivida com integridade ou desespero. Desespero por um tempo que passou, pelas oportunidades de realizações perdidas e por uma vida sem satisfação; idosos assim se tornam aquelas pessoas que vivem em constante nostalgia e tristeza por sua velhice.

Quanto à situação conjugal, de acordo com os escores obtidos, concluiu-se que os respondentes viúvos demonstraram o melhor estado de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica ($M= 3,43$), ao contrário dos respondentes solteiros que apresentaram o menor estado ($M= 3,16$). Mas os valores dos resultados são muito próximos, como o escore obtido entre os respondentes casados ($M= 3,18$) e entre os separados ou divorciados ($M= 3,27$), ou seja, os valores de bem-estar subjetivo praticamente não se alteram de um grupo para o outro, exceto para os idosos viúvos que se destacam mais um pouco (ver Figura 20). No entanto, é importante se considerar, como nas outras dimensões, o nível mais alto de dispersão entre os solteiros (desvio padrão 0,66) e os separados ou divorciados (desvio padrão 0,38) em relação aos demais.

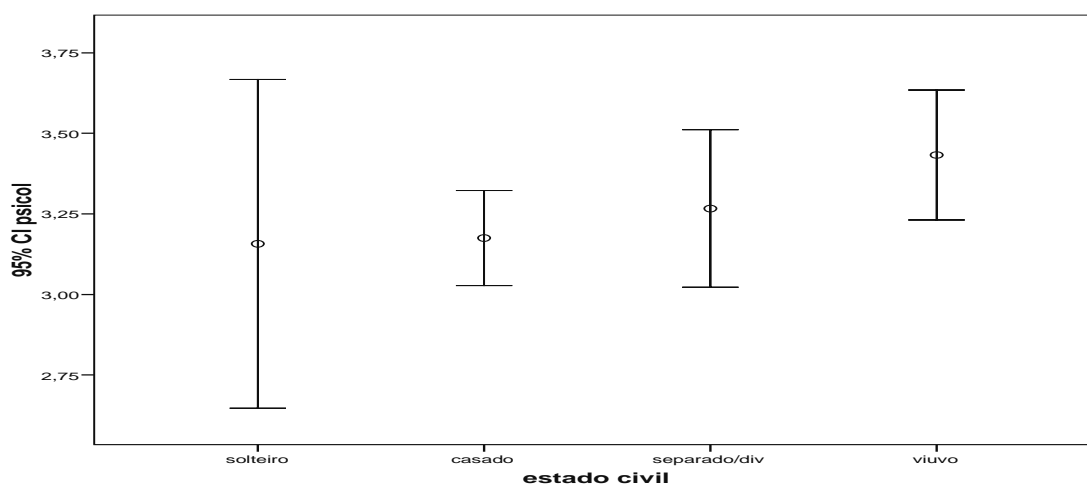


Figura 20 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por situação conjugal

No que se refere à situação ocupacional, o maior escore obtido ($M = 3,33$) está entre os respondentes que trabalham e também são aposentados, enquanto o menor resultado está entre os que trabalham e não estão aposentados ($M = 3,14$), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, como pode ser visto na Figura 21. Os grupos dos idosos que não trabalham e estão aposentados e aqueles que também não trabalham e nem estão aposentados apresentaram o mesmo estado de bem-estar subjetivo, ou seja, um escore de 3,27.

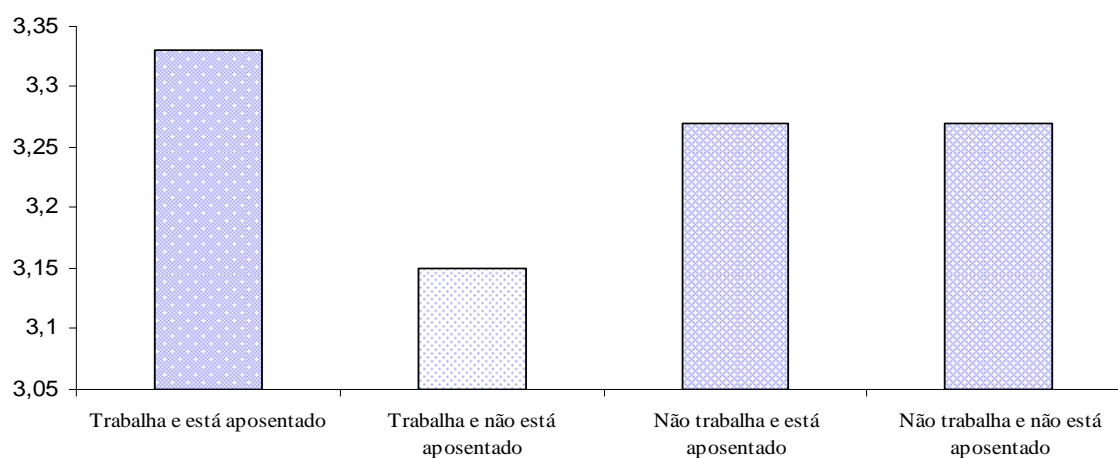


Figura 21 – Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por situação ocupacional

Quanto à idade, os respondentes de 64 a 69 anos apresentaram o menor escore ($M= 3,17$), enquanto que as pessoas de 60 a 63 anos apresentaram um escore de 3,24. No entanto, verificou-se o maior escore ($M= 3,28$) entre as pessoas com idade igual ou superior a 70 anos, conforme pode ser observado na Figura 22.

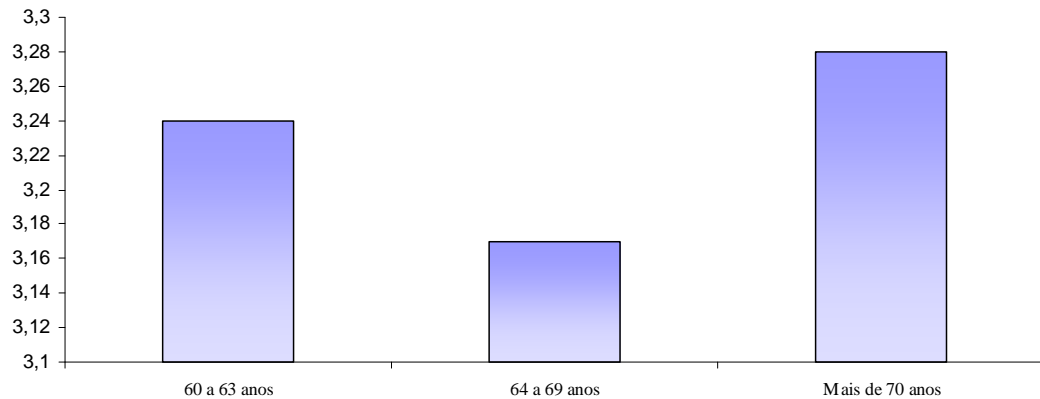


Figura 22 – Médias dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por idade

Em relação à escolaridade, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os respondentes com mais de doze anos de estudos um escore de 3,03, o menor escore. Já entre os respondentes que possuem oito anos ou menos e aqueles que possuem de nove a doze anos de estudos, obteve-se escores semelhantes, de 3,28 e 3,29 respectivamente, como pode ser visto na Figura 23.

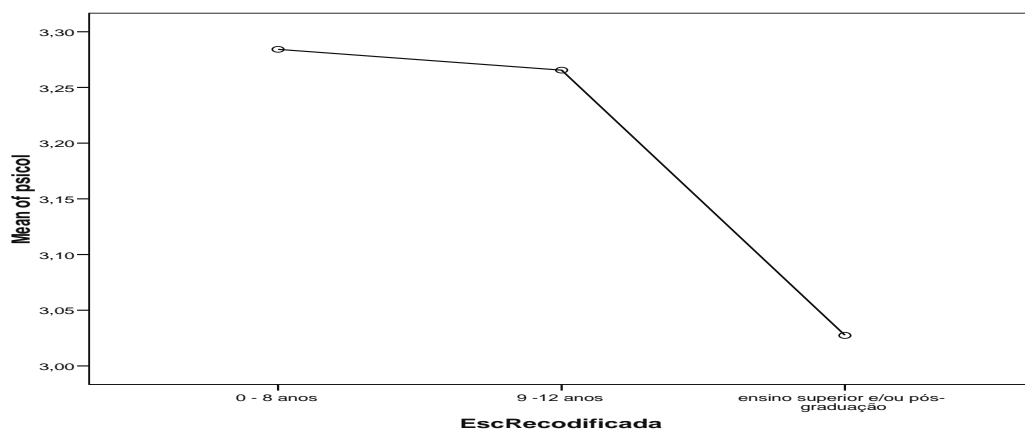


Figura 23 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por escolaridade

Quanto à renda familiar, verificou-se que os escores são praticamente iguais, conforme pode ser visto na Figura 24. Conclui-se, a partir da semelhança dos resultados dos grupos, que a renda familiar, é um elemento que não exerce maiores influências no estado de bem-estar subjetivo associado à dimensão psicológica na vivência da velhice.

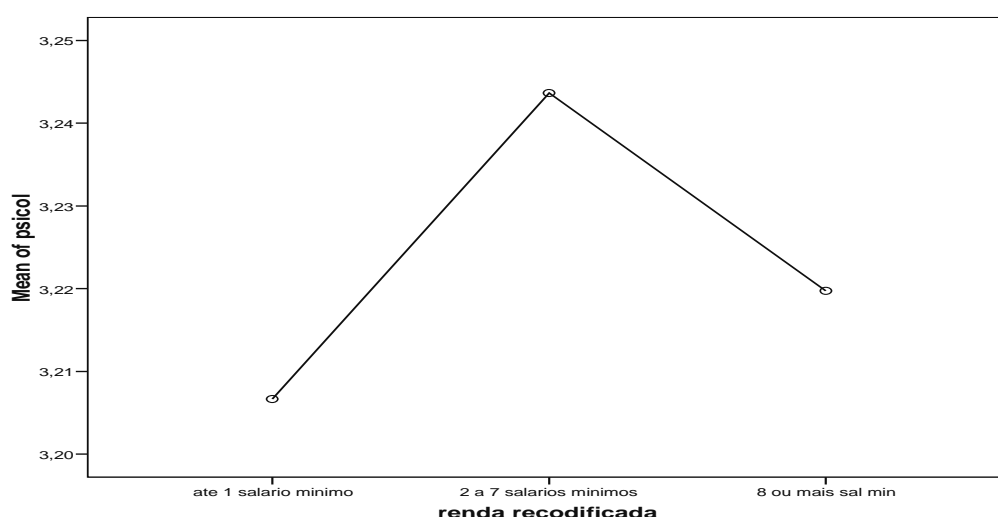


Figura 24 – Médias e desvios padrão dos escores de bem-estar subjetivo na dimensão psicológica por renda familiar

Portanto, os resultados sugerem que na auto-avaliação das mudanças ocorridas na velhice, na dimensão psicológica, estas são pouco significativas para os idosos, provavelmente devido a outras mudanças mais relevantes, como as mudanças biológicas (físicas e fisiológicas) que afetam a vida prática do idoso, reduzindo suas atividades sociais e ocupacionais e que podem trazer implicações para a dimensão psicológica, afetando o bem-estar subjetivo global.

4.6 ASPECTOS MAIS NEGATIVOS DA VELHICE E GÊNERO

Com o objetivo de promover uma livre expressão de sentimentos e percepções em relação à vivência da velhice e assim, buscar alcançar os objetivos propostos, foi incluído esse procedimento para obter uma avaliação, a partir do próprio respondente, sobre aquilo que lhe parece mais relevante como aspecto negativo da velhice. Essa avaliação global poderia ajudar a identificar menos as mudanças relatadas e sua extensão, e mais o impacto de mudanças particulares sobre a pessoa.

Nesse sentido, solicitou-se, através de entrevista semi-estruturada com duas questões, que os idosos falassem sobre o aspecto mais negativo na velhice e aquele que eles consideravam o pior problema da velhice como homem ou mulher. Depois das informações coletadas nas entrevistas, as respostas foram categorizadas e submetidas a análises estatísticas descritivas. Assim, serão relatados aqui os resultados dessa avaliação.

Com relação ao aspecto mais negativo da velhice, obteve-se como resposta predominante os problemas de saúde (40%), desde doenças crônicas e - ou degenerativas (hipertensão, osteoporose, artrite, entre outras) à necessidade da mudança no estilo de vida devido ao surgimento ou agravamento de doenças.

Todos os entrevistados (100%) referiram possuir algum problema de saúde, dos considerados mais simples, por estarem sob controle, como hipertensão e diabetes, aos mais complexos, que necessitavam de um investimento maior para a minimização dos seus sintomas, como doenças osteomusculares, cardíacas, visuais, disfunções sexuais, dentre outras. Os mecanismos de compensação, geralmente, são referidos como cuidados com a saúde e tratamento da doença. Como podemos observar nas falas de alguns entrevistados:

Tenho muita dor de coluna, às vezes tenho que ficar o dia todo sem fazer nada... tomo remédio e faço fisioterapia... pelos médicos eu nem tomava banho, não fazia nada (Virginia, 93 anos).

... só hipertensão! Não tomo remédios, controlo minha pressão com alimentação equilibrada e caminhadas” (George, 73 anos).

Sinto muitas dores... o tempo todo... é da artrite, o médico acha que tenho fibromialgia também! Tô fazendo acunputura (...) o médico disse que preciso de um psicólogo, disse que é depressão... (Guilhermina, 78 anos).

Não tenho nada! Só pressão alta, diabetes, mas tá tudo controlado! E a coluna, já vêia, que às vezes dói, faço hidroginástica (Zenaide, 68 anos).

... tenho uma dor nesta perna (esquerda)! a coluna dói, tomo remédio pra pressão e pro açúcar no sangue! (Manfredo, 73 anos).

Esses dados corroboram os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998, na qual a maioria dos idosos (69%) revelou possuir pelo menos uma doença crônica e/ou degenerativa, sendo que, com o avançar da idade, houve um aumento da prevalência destas. Observou-se, então que a presença destas doenças afetava significativamente o bem-estar global dos idosos devido às dificuldades vivenciadas e às alterações na vida provocada por estas doenças.

Também entre os aspectos mais negativos apareceram as dificuldades financeiras (8%); embora numa proporção bem menor que os problemas de saúde, elas parecem afetar de modo expressivo a vida dos respondentes, já que essas dificuldades se referiam à insuficiente renda familiar para cobrir todas as despesas domésticas e pessoais, principalmente com medicamentos.

Com um resultado equivalente, os idosos se queixaram de desconforto psíquico (8%), ou seja, de tristeza intensa, muitas vezes acompanhada de apatia, anedonia e choro fácil, ou ainda a sensação de irritabilidade, mau humor e impaciência. Este desconforto psíquico foi justificado pelos constantes conflitos familiares, sensação de isolamento, morte do parceiro (a), agravamento de doenças, carência de recursos financeiros, entre outros.

São condições que parecem afetar significativamente o bem-estar subjetivo global do entrevistado, levando-o a um descontentamento permanente, que é vivenciado em intensidades diferentes por cada indivíduo. Como no caso de Dália (91 anos), que foi casada por três vezes, ficando viúva do último casamento há três anos. Emociona-se muito ao lembrar do terceiro marido, revela sentir muito sua falta, mas sofre calada e sozinha. Afirma que ele foi um homem bondoso, cuidadoso, carinhoso e que se amaram muito. Também revela que tem estado muito triste com os constantes conflitos familiares e com a solidão.

Diante dessas situações, Dália costuma usar mecanismos de compensação, como refúgio na religiosidade, acreditando que haverá uma intervenção divina a seu favor; ou tenta esquivar-se ou fugir de pensamentos e sentimentos de saudade em relação ao seu falecido marido, tentando se ocupar em alguma atividade; ou ainda, costuma fazer pequenas viagens ou passeios com o objetivo de encontrar distração e assim aliviar seu sofrimento.

Uma outra queixa recorrente entre os entrevistados são os “esquecimentos”, como eles denominam, ou seja, o declínio cognitivo da memória de curto prazo, considerado como um dos aspectos mais negativos da velhice por 7% dos respondentes. Embora este declínio não traga

prejuízos para suas atividades pessoais, sociais e ocupacionais, eles se preocupam com a possibilidade de estarem desenvolvendo algum tipo de demência que altere profundamente seu estilo de vida em um futuro próximo, por exemplo, como a demência do tipo Alzheimer.

Por isso, muitos dos respondentes, ao perceberem que estão com dificuldades de armazenar informações novas e/ou resgatá-las, passam a buscar diversos mecanismos que possam compensar este declínio diante das demandas do cotidiano. A busca por mecanismos de compensação tem a meta de minimizar o declínio da memória de curto prazo e para isso, os respondentes tentam utilizar da melhor forma possível os recursos disponíveis, otimizando os recursos físicos, psicológicos, materiais, apoio social, dentre outros, com a finalidade de extinguir, minimizar ou retardar o máximo possível à perda progressiva da memória de curto prazo.

Dentre os recursos citados, estão busca por ajuda médica, auto-medicação, tratamento psicológico, aprendizagem de técnicas mnemônicas, busca por cura religiosa, entre outras. Mas ficam muito confusos porque conseguem lembrar de eventos longínquos do passado com riqueza de detalhes, mas esquecem assuntos ou fatos do cotidiano, como explicou o entrevistado George (72 anos): *“Eu tenho boa memória, inclusive Dr. Paulo falou que sou ótimo para lembrar nomes, datas, lugares daqueles tempos, de tudo! Mas... às vezes esqueço besteira do dia a dia... é da idade.”*.

Outros idosos, porém, diante dos desafios que a vida lhe apresenta, optam pela aceitação do declínio progressivo da memória, pois acreditam que isso é uma das consequências da velhice e que não há nada a ser feito.

De fato, os respondentes têm razão, o declínio progressivo da memória faz parte do envelhecimento biológico, como também pode estar relacionado à idade. O declínio cognitivo associado à idade se refere ao comprometimento de muitas das funções cognitivas (memória, linguagem, atenção, percepção, inteligência, entre outras) com franca evolução para um quadro demencial com o avançar da idade. Assim, quanto maior a longevidade do indivíduo, maior a possibilidade de desenvolver um quadro demencial. Enquanto que o declínio cognitivo associado ao envelhecimento biológico consiste em alterações leves em uma ou mais funções cognitivas, que podem avançar para um quadro demencial, como afirmam os autores Wagner, Brandão e Parente (2006).

Porém, estes pesquisadores ressaltam que Kirshner (2002 *apud* Parente *et al.*, 2006), a partir de seus estudos, concluiu que ainda não é possível distinguir diferença exata entre um declínio

cognitivo associado à idade ou ao envelhecimento através de métodos clínicos e comportamentais. Porque este pode iniciar-se com um déficit leve de algumas funções cognitivas e evoluir para alterações mais graves, como a demência do tipo Alzheimer, dentre outras. Então, o ideal é trabalhar em função de atenuar seus efeitos, de modo que se possa garantir uma qualidade de vida melhor para o idoso.

Contudo, para se chegar à conclusão de que um idoso está com um progressivo declínio cognitivo da memória e que este pode levá-lo a algum tipo de demência é necessário que se considere diversos fatores, como se outras funções cognitivas estão preservadas, se há sintomas de depressão, efeitos colaterais de medicamentos, alterações no comportamento e nas atividades da vida diária, acidentes vasculares cerebrais, hipovitaminases e realização de testes neuropsicológicos e exames de imagens cerebrais, dentre outras considerações, para assim concluir o diagnóstico e tomar as providências necessárias (SOUZA; CHAVES, 2005).

No entanto, Figueiredo (2007) lembra, com base nas pesquisas de Rubin *et al.* (1998) com idosos normais e de idades avançadas, que nem todas as pessoas idosas desenvolvem algum tipo de declínio cognitivo da memória e/ou de outra função cognitiva.

Os respondentes ainda citaram outros aspectos negativos, embora em percentuais menores, como: preocupações com morte e com a invalidez (4,00%) que são freqüentes entre os idosos. A invalidez significa dependência dos outros e incapacidade de cuidar de si mesmo. A velhice é a etapa do ciclo vital considerada próxima da morte, como explicou o entrevistado George (72 anos), tentando levar a entrevistadora a se sensibilizar com a sua preocupação:

Imagine você daqui há um tempo, ver que todos seus amigos e irmãos estão morrendo? Seus colegas da faculdade? ... a velhice aproxima a gente da morte e isso me deixa angustiado... prefiro não falar sobre isso... (pausa) e diz: minha esposa está viajando, foi pra Natal (RN) pro enterro de um parente já velho.

Um outro aspecto negativo citado foi a solidão (4,00%), que pode ser a sensação de sentir-se só, mesmo em meio a pessoas (experiência privada) ou estar sozinho (experiência social), devido à viuvez, separação conjugal ou porque os filhos moram em suas próprias casas. Aparece, então, o abandono da família (2,00%), já que o idoso passa a ver os filhos, netos e outros familiares raramente, e se sente desamparado e abandonado pelos familiares.

Segundo Veras *et al.* (1987) esta situação tem sido bastante comum na nossa sociedade, sendo consequência da mudança de padrão familiar da família extensa para a nuclear, que tem sido cada vez

menor, o que diminui a rede de apoio social ao idoso, que é levado a morar sozinho ou com cuidadores contratados, provocando um distanciamento daqueles com quem conviveu a maior parte da vida e, conseqüentemente, sentimentos de solidão e isolamento social.

Porém, Neri (2001c) em pesquisa com mulheres idosas que viviam sozinhas, concluiu que sentimentos de solidão e isolamento social não estão associados significativamente ao fato destas morarem sozinhas; ao contrário, a maioria das mulheres afirmou estar satisfeita por ser capazes de viver sozinha e independente; eram mulheres que tinham intensa participação na vida da comunidade na qual estavam inseridas. Mas características da personalidade e contingências do ciclo de vida individual foram relacionadas de forma significativa a sentimentos de solidão e isolamento social.

Muitos idosos (2,00%) se queixam da exclusão do mercado de trabalho, já que muitos precisam trabalhar para aumentar a renda familiar e não encontram emprego; mesmo tendo vasta experiência em determinadas áreas, são obrigados a realizar atividades alternativas, como vendedores autônomos, artesãos, funcionárias domésticas, doceiras, entre outras atividades; como uma forma de compensar a exclusão do mercado formal de trabalho e aumentar os rendimentos pessoais e ou da família. Ou, a depender do caso, simplesmente se tornam ociosos.

Neste sentido, os idosos (1,00%) sentem que houve uma diminuição na participação social (1,00%), além de desprezo e discriminação social (3,00%) por parte dos mais jovens. Diante disso, alguns idosos (2,00%) se queixam do controle familiar, como o aspecto mais negativo da velhice, pois percebem que alguns familiares não respeitam seus limites no ambiente doméstico, invadindo sua privacidade ou então tomando decisões sobre a vida do idoso, desde a escolha de profissionais de saúde que cuidem do mesmo até a administração da sua renda pessoal. Como declararam os entrevistados:

As meninas entram aqui direto... vão entrando porta adentro... mas... é bom, né, porque se eu passar mal elas me socorrem!(Manfredo, 73 anos).

... terapia? Tenho que perguntar às minhas filhas... seria bom. (Guilhermina, 78 anos).

Nestas falas, percebe-se o incômodo que causa a invasão de pessoas da família na casa dos idosos, tirando-lhe a privacidade e autoridade, embora racionalizem, percebendo as vantagens das mesmas. No caso da entrevistada Virginia, suas filhas tomam quase todas as decisões por ela, inclusive para conceder a entrevista ela precisou pedir autorização. Ao serem sugeridos locais para psicoterapia, já que alguns profissionais de saúde tinham indicado o tratamento, ela, indecisa, afirma

que precisaria pedir autorização às filhas, caso permitissem, se encarregariam das providências necessárias para a efetivação do tratamento. Assim, Guilhermina e Manfredo demonstram declínio da autonomia e independência pelos mais diversos motivos, como por exemplo, sentimentos de vulnerabilidade e por isso, necessidade de proteção e auxílio dos familiares.

Outro aspecto citado é a escassez de serviços especializados aos idosos (2,00%), como serviços de saúde, jurídicos, educacionais, esportivos e culturais. Foi citada também a perda da beleza (2,00%), numa referência às mudanças físicas percebidas com maior intensidade na velhice, como a calvície (pelos homens), enrugamento da pele, perda de massa muscular, entre outras. E também a perda do vigor da juventude (2%), sentida devido ao cansaço físico, diminuição da força muscular, lentificação da locomoção, diminuição das atividades sexuais, etc.

Entretanto, muitos idosos (13%) afirmaram não possuir nenhuma dificuldade específica nesta atual fase do desenvolvimento. Justificaram sua resposta afirmando que preferiam focalizar os aspectos positivos da vida, concepção reforçada pelo senso comum que, por sua vez, é influenciada por determinadas tendências gerontológicas que enfatizam a idéia de que a velhice é uma etapa do ciclo vital como a juventude ou fase adulta. Então, muitos idosos, por receio de críticas negativas, preferem não mencionar os aspectos negativos do envelhecimento (CAPITANINI; NERI, 2000), como podemos observar nas falas das entrevistadas:

Não tenho maiores problemas, tá tudo bem! O que tenho é normal, todo mundo tem! Tento levar minha vida normal!! (Zenaide, 68 anos).

Me sinto muito sozinha... sempre sofri calada... Jeová que me segura! (Guilhermina, 78 anos).

De acordo com estas falas, percebe-se que as entrevistadas, embora sintam as mudanças ocorridas na velhice, as enfrentam de modos bastante diferentes. Enquanto Zenaide tenta realizar adaptações e as devidas compensações, adequando-as às categorias de “normal”, já que são comuns, visto que todos as têm e por isso considera que não tenha maiores problemas na velhice. Guilhermina, diante das mudanças, prefere se calar e buscar refúgio na religiosidade através do silêncio, como meio de enfrentar e aceitar as atuais contingências da vida com a finalidade de atenuar seu sofrimento.

Esse resultado é congruente com os obtidos no questionário sobre o estado de bem-estar, em que os escores mais baixos foram atribuídos à dimensão biológica. Corrobora desta forma, os resultados da auto-avaliação sobre o bem-estar na dimensão biológica, por apresentarem escores

negativos, sugerindo uma autopercepção negativa do idoso em relação aos aspectos físico-orgânicos, no sentido de declínios e perdas na dimensão biológica. E corrobora também, as entrevistas em profundidade, nas quais temas sobre problemas com a saúde foram prevalentes, numa clara relação com os declínios ou perdas biológicas na velhice.

De acordo com o gênero, os resultados sugerem que as mulheres (23%) consideram que os problemas de saúde são os aspectos mais negativos na velhice que os homens (17%), embora o problema seja considerado o mais negativo para os homens também, considerando-se que muitos homens admitem não se preocupar com a saúde, a não ser quando da ocorrência de algum sintoma muito incômodo, por isso a proporção menor.

Gênero é um dos fatores mais relevantes relacionados aos problemas de saúde, pois há um consenso sobre a maior longevidade das mulheres, explicando essa prevalência de certas doenças associados ao gênero. As mulheres idosas são mais propensas a contrair doenças crônicas, degenerativas e ou incapacitantes, mas que não são fatais, como é o caso dos homens idosos (Neri, 2001c). Neste sentido, as mulheres tendem a avaliar sua saúde negativamente, percebem-se frágeis e vulneráveis, o que piora com o avançar da idade, por isso são mais consumidoras de medicamentos e freqüentadoras constantes de centros de tratamentos médicos. Também as dificuldades financeiras são as mais negativas para as mulheres (6%) que para os homens (2%), devido à administração das despesas domésticas ficarem a seu encargo. Os homens parecem que sofrem menos de desconforto psíquico (2%) que as mulheres (6%), como angústia intensa ou instabilidade de humor. No entanto, alguns homens se queixam mais de declínio da memória de curto prazo (5%) que as mulheres (2%). Entretanto, muitos homens (9%) afirmam que não há nenhum incômodo na velhice, enquanto apenas 4% das mulheres afirmam não ter problemas na velhice (Ver Figura 25).

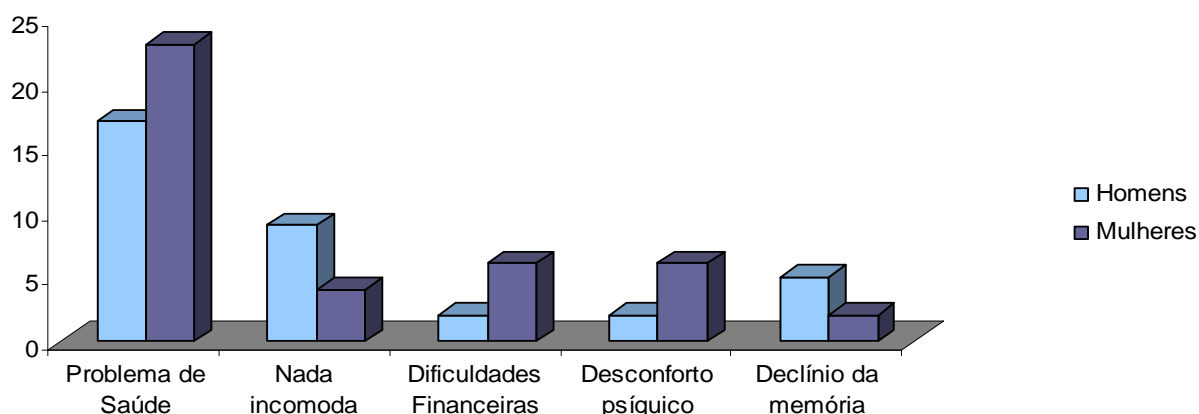


Figura 25 - Frequência dos aspectos mais negativos da velhice por gênero

Quanto ao pior problema da velhice, as pessoas idosas se referiram aos problemas de saúde (25%), mencionando os transtornos físicos comuns ao declínio orgânico nesta fase da vida. Também se referiram as frequentes idas aos profissionais de saúde, principalmente aos médicos, e esse aspecto se torna ainda pior se o idoso depende dos serviços públicos de saúde. Há também a preocupação com a dependência química devido ao uso constante de medicamentos e ainda insatisfação devido à necessidade de seguir uma dieta restritiva, além da sensação de cansaço crônico e fragilidade física.

Os respondentes (14%) se referiram às dificuldades financeiras como o pior problema da velhice, já que muitas vezes tinham a expectativa de que ao tornar idosos poderiam se despreocupar desta questão, mas muitos relataram que as dificuldades financeiras aumentaram mais ainda; A dependência dos outros foi um dos piores problemas da velhice para os idosos (10%), numa referência à dependência financeira, física e de companhia.

A solidão, mesmo em companhia de outras pessoas, foi referida por 8% dos idosos, explicada como falta de atenção dos familiares, perda de contato com amigos e – ou parentes, morar sozinhos ou estarem viúvos; também, 8% dos respondentes afirmaram que a desprezo e discriminação social são os piores problemas para uma pessoa idosa. No entanto, alguns idosos (8%) acreditam que na velhice não existe o pior problema, e justificam essa opinião dizendo que na velhice, como em qualquer outra fase da vida, há diversos problemas.

No entanto, realizando a análise por gênero, podemos verificar que em alguns aspectos homens e mulheres apresentaram resultados semelhantes (ver Figura 26), mas em outros a diferença foi expressiva, como podemos observar a partir nas análises a seguir.

De acordo com os homens (12%), o pior problema da velhice são as dificuldades financeiras, ou seja, as dificuldades de manter as despesas domésticas, com medicamentos e pessoais. Para tal é preciso voltar a trabalhar para aumentar a renda familiar e, muitas vezes, realizar trabalhos alternativos, geralmente como vendedores autônomos, devido à dificuldade de admissão no mercado de trabalho. Mas apenas 2% das mulheres afirmaram que o pior problema da velhice são as dificuldades financeiras. Elas consideram que o pior problema da velhice é o estado de saúde (13%), que vai se tornando cada vez mais debilitado com o avançar da idade, muitas vezes trazendo complicações que afetam a qualidade de vida e conseqüentemente o estado de bem-estar subjetivo global. Nesse caso, os homens compartilham essa opinião: 12% deles acreditam que o estado de saúde é o pior problema da velhice, pois, além dos transtornos físicos considerados comuns na velhice, ainda precisam lidar com transtornos físicos e psicológicos ligados à sua virilidade, como a disfunção erétil.

A dependência dos outros (empregados, familiares ou amigos) é um dos fatores considerados piores na velhice. A dependência financeira refere-se à administração de suas finanças, quando é realizada por uma outra pessoa ou ainda quando não se possui renda suficiente para se manter, necessitando ajuda financeira. A dependência física é mencionada por aqueles idosos que receiam sair sozinhos, ou por medo da violência urbana ou receio de ter algum mal-estar físico sozinhos na rua ou ainda quando, em casa, precisam que alguém realize determinados serviços domésticos (4% de homens e 6% de mulheres).

A solidão emocional (experiência individual) é um fator que parece ser mais sentido pelas mulheres (7%) do que pelos homens (1%), um resultado já esperado, pois na velhice as mulheres geralmente estão sem seus companheiros de longas datas e os filhos já adultos cuidam de suas próprias vidas. Já os homens geralmente reconstituem famílias quando viúvos ou separados e estão sempre buscando um meio de realizar atividades de lazer, mesmo as mais simples, como jogar dominó com outros idosos nas proximidades da sua casa. Porém são os que mais se queixam quanto ao desprezo dos mais jovens e discriminação social (5% dos homens e 3% das mulheres).

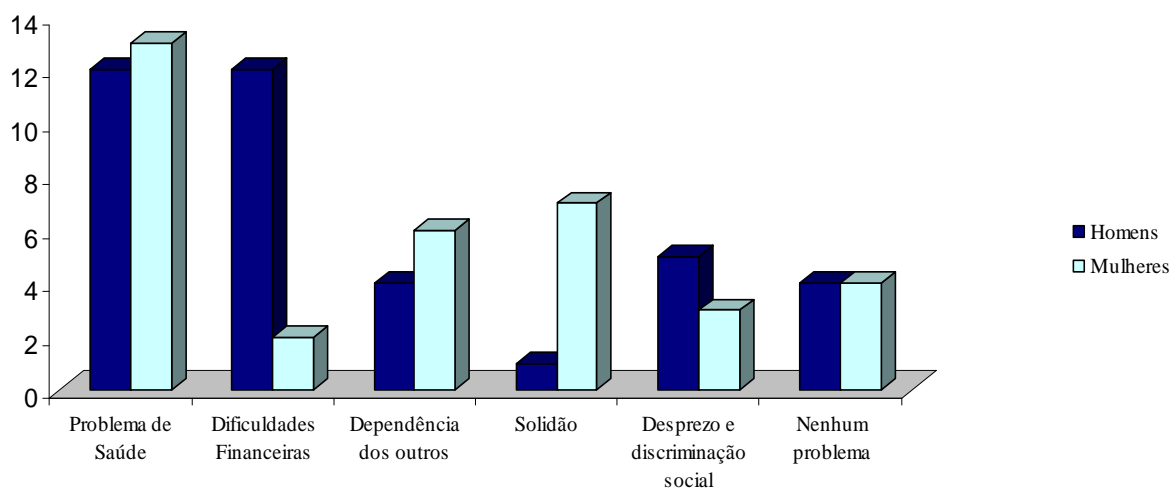


Figura 26 - Frequências de respostas sobre o pior problema da velhice por gênero

4.7 MUDANÇAS MAIS SIGNIFICATIVAS NA VELHICE

Para facilitar uma visão sintética dos resultados e permitir a visualização da contribuição isolada de cada item avaliado, a Figura 27 mostra todos os escores obtidos em cada item das escalas. A disposição dos resultados dos componentes representa a distância do eixo central da figura, ou seja, do ponto neutro (de não-mudanças) para o pólo positivo (ganhos ou crescimento) ou para o pólo negativo (perdas ou declínios).

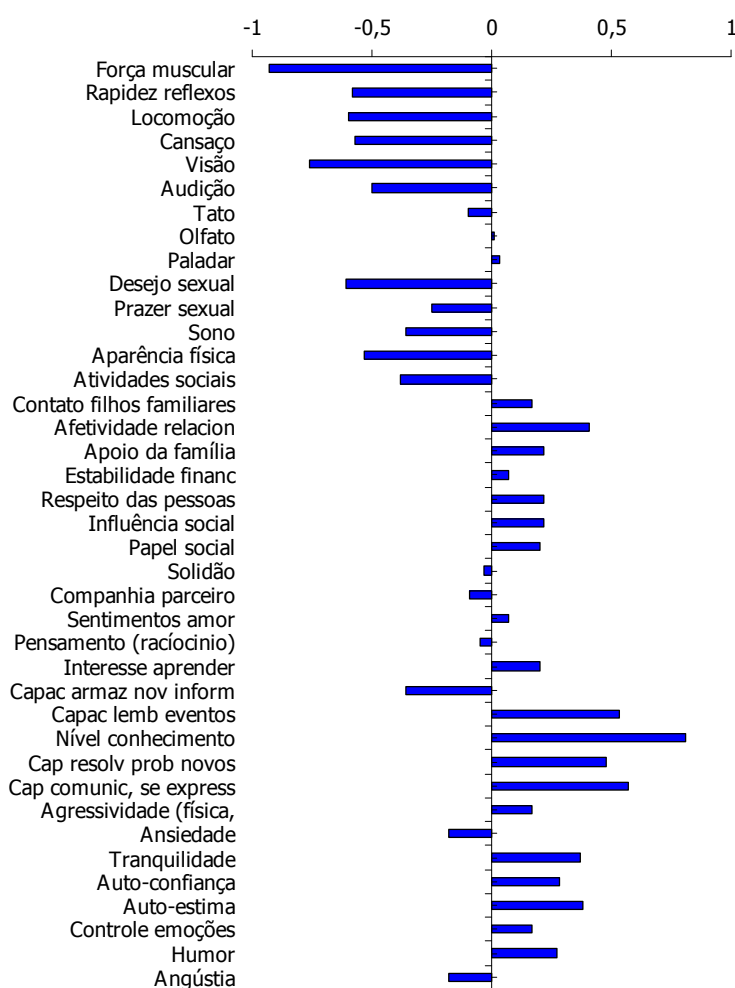


Figura 27 - Auto-avaliação dos componentes das dimensões biológicas, sociais e psicológicas

Nessa figura, é fácil verificar que a maioria dos componentes biológicos encontra-se no pólo negativo, sugerindo, desse modo, que estes componentes podem influenciar negativamente no estado de bem-estar subjetivo na velhice. Os componentes que mais sofreram mudanças para pior, por ordem de declínio, foram força muscular/óssea (-0,93); visão (-0,76); desejo sexual (-0,61); locomoção (-0,60); aparência física (-0,53) e audição (-0,51).

A força física (muscular e óssea) pode começar a sofrer declínio a partir dos cinquenta anos, tendo uma redução por década de 8 a 15%, sendo uma das funções biológicas que mais afetam a capacidade funcional dos idosos, principalmente entre os homens, devido às atividades ocupacionais e cotidianas culturalmente atribuídas a eles. Essas atividades muitas vezes exigem o uso da força física para a sua efetivação e, devido ao envelhecimento dos músculos, fibras musculares e ossos, esta força

física sofre um decréscimo gradativo na potência e resistência (JUNCEIRO, 1997; LACOURT; MARINI, 2006).

A dificuldade de locomoção também decorre da perda da força física, devido à redução da massa muscular e óssea, ocasionando perda progressiva da densidade e flexibilidade óssea, como ressalta Junceiro (1997). No estudo relatado, as dificuldade de locomoção e redução da força física apareceram sob forma de queixas referentes a doenças como osteoporose, artrite, artrose, fibromialgia, doenças na coluna, reumatismos, lesões por esforços físicos, entre outras doenças. As mulheres se referiram mais a estes agravos; muitas se queixavam de dores crônicas e algumas apresentavam alguns sintomas depressivos ou de ansiedade generalizada. O declínio progressivo ou perda da força física implica, na maioria dos casos, redução ou perda da autonomia, capacidade funcional, auto-estima e sentimento de inutilidade ocupacional em diferentes intensidades.

No presente estudo, os idosos demonstraram intensa preocupação quanto ao futuro em se tornarem dependentes ou inválidos. Interessante é que a grande maioria dos idosos expressou tendências de não aceitação e não acomodação desta condição no futuro, sendo estas relativas aos recursos disponíveis para a ativação de diferentes mecanismos de prováveis prevenções da dependência e invalidez.

Dentre os mecanismos citados pelos idosos, observou-se que os mais mencionados foram: intensa fé em Deus (religiosidade) como um mecanismo de proteção contra esta condição no futuro; diminuição no esforço físico no desempenho de algumas atividades; a não execução das mesmas ou solicitação de auxílio. Geralmente estas ações foram citadas por idosos de poucos anos de estudo formal e baixo nível de renda familiar. Também foram mencionados cuidados com a saúde física e mental, através de atividades físicas e tratamentos para prevenção de agravos; diminuição do esforço físico no desempenho de algumas atividades; abandono ou solicitação de ajuda para execução das mesmas.

Quanto às diferenças ou semelhanças de gênero, constatou-se que os homens foram mais voltados para a redução dos esforços físicos na realização de determinadas tarefas, ou então a desistência da execução. Já as mulheres demonstraram maior preocupação em cuidar da saúde, solicitar ajuda de outras pessoas e ainda recorrer à religiosidade para livrá-las dos agravos.

Os itens que não sofreram modificações foram “paladar” e “olfato”, provavelmente por apresentarem neutralidade em relação às mudanças fisiológicas, segundo os respondentes. No entanto,

estudiosos chamam atenção para o fato de que estas modificações podem ocorrer, embora sejam mais perceptíveis em testes diretos, já que ocorre a diminuição progressiva com o avançar da idade, da quantidade de células gustativas e olfativas, implicando assim no declínio das suas funções. No entanto, a intensidade deste declínio é variável e as funções de diferenciação dos sabores e cheiros são preservadas (CAMPOS *et al.*, 2000; STUART-HAMILTON, 2002).

A percepção dos idosos em relação à estabilidade das funções dos sistemas sensoriais olfativos e gustativos pode ser explicada através das transformações fisiológicas, cognitivas e sociais, entre outras, que são sentidas mais intensa e variavelmente, por implicarem consequências acentuadas nas suas atividades diárias. Assim, estas modificações são ofuscadas por alterações como redução da acuidade visual, auditiva ou transtornos cardíacos, respiratórios, ósseos, entre outros que afetam mais intensamente a qualidade de vida do idoso e consequentemente o seu bem-estar subjetivo global.

O declínio da visão e audição são alguns dos itens mais referidos pelos respondentes; nesse sentido, verifica-se boa concordância com a literatura disponível, que relata estudos comprovando uma redução progressiva tanto da visão quanto da audição com a progressão do envelhecimento, tanto para os homens quanto para as mulheres. Neste estudo, entretanto, não foram encontradas diferenças associadas a gênero, ao contrário do previsto na literatura, que aponta as mulheres como mais afetadas por problemas de visão relacionados ao envelhecimento e os homens mais propensos a uma maior redução progressiva da acuidade auditiva (Cypel *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2005; STUART-HAMILTON, 2002).

A redução destas funções fisiológicas muitas vezes leva o idoso a sentir insegurança no desenvolver das suas atividades cotidianas ou ocupacionais, bem como nos relacionamentos interpessoais, acarretando assim não apenas prejuízos físicos, mas também, psicológicos e sociais, como declarado por muitos idosos, quando mencionam a redução da acuidade visual e auditiva.

Este resultado também foi encontrado por estudo realizado por Fialho (2001) sobre a percepção da perda auditiva realizado com idosos catarinenses. Os resultados indicaram sensação de estranhamento, tristeza e nervosismo por escutar e não conseguir compreender o que ouviam, conforme relataram os idosos. A busca para compensar a perda auditiva está associada à percepção que as pessoas que convivem com o idoso têm desta perda auditiva. Se as pessoas percebem essas perdas como próprias do envelhecimento biológico e não mostram maiores preocupações com o idoso, ocorre geralmente isolamento social. Quando há apoio, entretanto, pode haver também uma busca por soluções para o problema, através de ajuda médica, cura pela religião, auto-medicação,

novas estratégias de comunicação ou ainda o uso do aparelho auditivo. Este autor também discute algumas restrições existentes nessa área, especialmente o elevado custo dos aparelhos, além da sensação de incômodo, que podem levar algumas pessoas à impossibilidade de aquisição e uso.

Em relação à redução da acuidade visual, os respondentes foram unânimes em afirmar que precisavam fazer uso de óculos com lentes corretivas para compensar a progressiva perda visual ou degeneração macular. De fato, Carvalho *et al.* (2004) constataram, a partir da pesquisa realizada com idosos num centro de reabilitação visual do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, que a principal causa da baixa visão está relacionada ao envelhecimento biológico associado à idade, ou seja, quanto mais avançada a idade maior a degeneração macular.

No entanto, estes pesquisadores verificaram também que, apesar da degeneração macular dos idosos, o uso de óculos com lentes corretivas estava relacionado a fatores sócio-culturais associados à escolaridade, idade e local de moradia. Desse modo, idosos que não sabiam ler e escrever ou sabiam muito pouco, moradores na zona rural ou ainda com idade avançada, não tinham interesse em usar óculos. Mas idosos da zona urbana, mesmo os analfabetos, demonstraram interesse em fazer uso dos óculos, pelo menos até certa idade. Ressalta-se que os idosos desse estudo, a depender de certos requisitos, recebiam ajuda de custo para adquirir os óculos.

No presente estudo, os respondentes, embora reconhecessem a necessidade do uso, nem sempre o faziam, principalmente por motivos financeiros ou dificuldades de atendimento médico pelo SUS. No entanto, as razões pareciam estar mais relacionadas às necessidades da vida cotidiana e/ou a intensidade da perda visual. Por exemplo, George, aos 72 anos, fazia uso de óculos apenas para ler ou escrever, justificando que sua acuidade visual não apresentou redução nos últimos exames, conforme relatou orgulhosamente: *“O grau dos meus óculos baixou, o doutor que falou e ele ficou impressionado! O normal é aumentar!”*.

Esta condição de George sugere o levantamento de algumas questões como a variabilidade individual no envelhecimento biológico, que é multifatorial e relativa ao componente genético; o fator idade, pois estima-se que uma pessoa com mais de setenta anos apresente declínios progressivos da visão, conforme indicam os estudos; o fator gênero, já que os homens apresentam um declínio visual menos acentuado que as mulheres; e a concepção dos profissionais de saúde que, baseados nas ciências biomédicas, tendem a minimizar outras dimensões envolvidas no envelhecimento biológico. Entretanto, George é uma das exceções em meio aos demais idosos, visto que os respondentes relataram que a perda da acuidade visual tem trazido consequências negativas de acordo com suas

condições contextuais de vida diária que incidem diretamente no estado de bem-estar subjetivo dos idosos (GUIMARÃES; FARINATTI, 2005).

Diversas outras conseqüências, além de quedas, foram mencionadas pelos respondentes relacionadas à redução ou perda de algumas funções biológicas, como referidas por Dália (91 anos) por causar prejuízos ocupacionais, devido às perdas na acuidade visual. Ela relata que foi uma ótima artesã, costumava confeccionar colchas, almofadas e roupas de “fuxico”⁴, mas atualmente precisa pedir auxílio nesta e outras tarefas, conforme explica:

Eu fazia muita coisa de fuxico (...) hoje eu só faço quando as meninas cortam o pano, minha mão não dá mais pra tesoura e botam a linha na agulha por causa das vistas (...), tenho que trocar os óculos (...) Faço menos, demoro porque tenho bursite e uma dor terrível nesta perna (esquerda), já fui internada (...).

Portanto, percebe-se que Dália tem compensado seu declínio visual e motor, solicitando ajuda, mas as suas dificuldades físicas podem estar relacionadas não apenas ao envelhecimento biológico do organismo, mas também às suas condições contextuais e características pessoais, já que, durante seu ciclo vital, ela desenvolveu atividades ocupacionais e domésticas que exigiam intenso esforço físico. É possível que esse histórico tenha relação com um desgaste maior do seu aparelho locomotor, ósseo-muscular e articulatorio, gerando os seus atuais transtornos físicos.

No entanto, de acordo com suas características pessoais, sempre foi uma mulher muito dinâmica e muito dedicada ao trabalho, criação dos filhos e a manutenção das despesas e dos cuidados domésticos, funções que exerceu até quase oitenta anos, quando passou a sentir com mais intensidade as limitações. Mas, mesmo diante das limitações, está sempre buscando manter suas atividades como artesã, cozinheira, costureira e dona-de-casa (seleção de metas), mesmo que de forma reduzida e sem a obrigação profissional.

E para alcançar a meta selecionada, Dália busca os mais diversos recursos (pessoas, renda, etc.) para compensar os declínios e perdas, como solicitar ajuda de familiares ou pagar para que outras pessoas realizem determinadas tarefas (carregar sacolas de compras, auxílio na confecção de roupas, artesanatos, etc.), reduzir a quantidade destas tarefas e o tempo de realização das mesmas. Mesmo com a reclamação dos filhos, ela afirma que não agüenta ficar “parada”.

⁴ Retalho de tecido redondo, franzido em forma de flor, que se une a outros para formar colchas, bolsas, roupas, etc.

Portanto, Dália, no auge de seus 91 anos, é uma mulher que considera sua vida razoavelmente satisfatória, apesar das dificuldades físicas, da falta que sente do último marido e de ter a independência limitada. Esses achados são consistentes com a perspectiva teórica do ciclo vital, sugerindo que o envelhecimento pode ser uma experiência bem-sucedida, caso o idoso busque meios de adaptação às suas demandas e às do ambiente, através da otimização seletiva com compensação, para equilibrar os ganhos e perdas na velhice (BALTES, 1987).

Porém, no equilíbrio de ganhos e perdas da velhice, Dália, assim como a maioria dos respondentes, demonstrou focar mais nas perdas baseados nos ganhos do passado, bem como na menor dificuldade de alcançar as metas selecionadas, de buscar e disponibilizar recursos internos e externos para implementação de projetos de vida.

No que se refere à aparência física do corpo, os resultados sugeriram insatisfação, devido às mudanças provocadas pelo envelhecimento do corpo. Os idosos não se percebem como homens ou mulheres de aparência física satisfatória, por terem como referência os padrões de imagem corporal enaltecidos pela sociedade, onde a beleza e a juventude têm uma relação quase intrínseca e a velhice é associada a estereótipos negativos, como decrepitude e feiúra (Silva e Dias, 2004). Ao comparar sua aparência física atual com a da juventude, os entrevistados expressam nostalgia e insatisfação, principalmente as mulheres. Os mesmos resultados também foram encontrados pelos pesquisadores Benedetti, Petroskie e Gonçalves (2003) e por Braggion (2002).

Porém, as mulheres idosas de níveis sócio-econômicos mais baixos demonstraram estar mais preocupadas com os problemas de saúde que com os aspectos estéticos da aparência física. Já as mulheres idosas de níveis sócio-econômicos mais elevados demonstraram preocupações mais relacionadas aos aspectos estéticos da aparência física. Porém a idade pareceu ser um fator importante, pois as idosas mais novas eram mais vaidosas que as mais velhas.

Stuart-Hamilton (2002) chegou a resultados semelhantes em estudo realizado com mulheres com mais de 60 anos, concluindo que as mulheres idosas mais novas, de menos de 70 anos, se preocupavam mais com a aparência física e, a depender dos recursos disponíveis, investiam em mecanismos (compensação) para minimizar ou disfarçar os efeitos do envelhecimento físico. Muitas dessas mulheres ainda não estavam sentindo as perdas do envelhecimento de modo mais intenso, como as mulheres idosas mais velhas que por isso concentraram mais seus investimentos em compensar tais perdas, surgidas através de problemas com a saúde.

Aparência física e saúde na velhice demonstraram ser aspectos importantes para o bem-estar subjetivo nessa fase da vida, pois a auto-percepção negativa da aparência física, devido à perda estética de atributos físicos importantes para o sexo oposto pode incidir na auto-estima, nas relações inter-pessoais e no iniciar e/ou manter relacionamentos afetivo-sexuais, como se refere Zenaide (68 anos) e George (73 anos), respectivamente:

(...) é comum, mas acho um absurdo mulheres velhas que gostam de se iludir, sustentando homem novo, eu... eu não quero isso pra mim!

(...) que mulher vai querer um velho (sic) e feio? Só se for interessada em meu dinheiro!!

De acordo com a concepção desses entrevistados não-casados, um relacionamento afetivo-sexual entre pessoas jovens e idosas se estabelece por motivos que não são atribuídos às características físicas do idoso, mas às suas condições financeiras. Ao mesmo tempo, eles demonstraram desinteresse em estabelecer relacionamentos afetivo-sexuais entre pessoas da sua faixa-etária.

Segundo os entrevistados, principalmente as mulheres, os motivos para este desinteresse, muitas vezes não seriam de ordem pessoal, mas contextual, como se admirou Dália (91 anos) ao ser questionada sobre se gostaria de ter um companheiro: *“E velho gosta de velho? Que nada...”*.

Na sua fala, Dália se refere a si e às mulheres idosas, mas sem expressar seu desejo de casar ou ter um companheiro. Sua intenção foi justificar a preferência dos homens idosos por mulheres jovens, explicando assim a tendência de se ter mais mulheres idosas não-casadas que homens. Entre os homens a resposta foi semelhante, porém com um outro enfoque, como afirmou Manfredo (73 anos): *“(...) pra cavalo velho: capim novo!”*.

A citação deste ditado popular por Manfredo e a fala de Dália demonstram a representação social que a sociedade tem da sexualidade dos idosos; os homens precisam de uma motivação maior para o ato sexual, que pode ser o corpo novo e saudável de uma mulher jovem para compensar o declínio do seu vigor sexual, bem como precisam da sua força física para o trabalho doméstico e para os cuidados que resultam do seu envelhecimento. A mulher idosa percebe que não atende a esses requisitos e admite que seja preterida pelos homens idosos.

Nesse sentido a aparência física e a saúde são consideradas algum dos fatores mais relevantes para conquistar parceiros amorosos, como geralmente ocorre entre os jovens, por possuírem a aparência física bela e saudável. Porém, se estes fatores se encontram em discordância com os

padrões sócio-culturais estabelecidos, como em relação à aparência física e saúde, então o fator socioeconômico passa a ser considerado como potencializador nesse processo de conquista amorosa (SILVA; DIAS, 2004).

No entanto, Catusso (2005) encontrou resultados diferentes em um estudo realizado com idosos paranaenses, no qual, além da importância da aparência física, saúde e das condições econômicas para iniciar ou manter um relacionamento afetivo-sexual na velhice, um outro fator pareceu ser mais importante: a capacidade de compensação das perdas e declínios das funções sexuais, tanto em homens quanto em mulheres, pela expressão da afetividade em forma de carinhos, palavras, olhares, atitudes, entre outras formas, sem a finalidade específica de culminar num ato sexual.

Porém, a concepção adotada pelos entrevistados sobre relacionamentos afetivo-sexuais na velhice tem restringido ainda mais, entre outros motivos, a possibilidade de os idosos, principalmente as mulheres, de vivenciar sua vida sexual com o cônjuge de modo mais satisfatório ou começar um relacionamento, até porque a maioria destas relatou estar sem parceiros amorosos estáveis ou temporários. Nesse contexto o desejo sexual reduz na intensidade, mas não acaba, apesar das tentativas por parte das mulheres de anulá-lo, como se referiu Virginia (93 anos), viúva e Dália (91 anos), separada e duas vezes viúva, respectivamente: “*Tens uns quinze dias que senti uma coisinha... mas corri e tomei um banho frio!*”; “*Sinto muita falta dele... da gente junto... mas pego minha Bíblia e peço pra Deus tirar esses pensamentos da minha cabeça.*”.

Virginia está viúva há vinte e dois anos, foi casada com um homem trinta anos mais velho que, aos 65 anos, se tornou impotente sexualmente devido a uma doença. Nesse período, Virginia, com apenas 35 anos, teve suas atividades sexuais suspensas, o que lhe trouxe intenso sofrimento psíquico. Aconselhada por um médico da família a buscar um amante, preferiu fazer uso de ansiolíticos, com a finalidade de acabar com o desejo por sexo.

Virgínia relata que os remédios lhe acalmaram, mas não acabaram com seu desejo, que foi intensamente sentido até uns quinze anos atrás, depois essa intensidade foi diminuindo com o passar dos anos, mas ainda não acabou embora seja muito pouca e menos freqüente. O marido da entrevistada foi o único homem com o qual Virgínia teve relações sexuais; não sente falta dele, pois as lembranças são focalizadas no período do intenso sofrimento que os dois vivenciaram.

Em contraste, a entrevistada Dália ainda sofre muito a perda do último marido, há três anos. Busca mecanismos de adaptação solicitando ajuda de Deus fervorosamente, embora muitas vezes se revolte por ter perdido o marido com quem mais se envolveu afetivamente e com quem teve uma vida sexual satisfatória.

Atualmente, Dália sente desejo sexual em menor intensidade, mas é tomada pela culpa e vergonha, por acreditar que uma mulher na sua idade não deveria mais sentir vontade de fazer sexo. Essa condição leva a entrevistada a vivenciar a velhice com angústia, culpa e certa ansiedade, tendo seu bem-estar subjetivo reduzido. Já Virginia tem por meta manter a tranquilidade da sua vida, não tem maiores problemas de saúde, é vegetariana, mora sozinha e demonstrou, de acordo com suas condições contextuais, um estado de bem-estar satisfatório na velhice.

De acordo com a revisão de literatura sobre gênero e sexualidade na terceira idade realizada por Risman (2005), o desejo sexual na mulher idosa não é bem aceito pela sociedade em geral, porque ainda é dominante a idéia divulgada desde os primórdios de que a mulher idosa é assexuada porque o desejo sexual na velhice é extinto. Sendo assim, as mulheres que expressam seu interesse por sexo são consideradas doentes, inadequadas ou imorais, de acordo com os valores sociais e morais-cristãos. Por isso, muitas idosas se sentem culpadas e envergonhadas com o sentimento de desejo sexual e buscam meios de anulá-lo.

Já entre os homens idosos, o desejo por sexo é aceito, porém não é considerado na sua devida importância, pois para a sociedade em geral, todos os homens idosos são impotentes sexualmente. Os homens idosos que manifestam seu interesse por sexo são considerados mentirosos, auto-iludidos ou possuidor de alto poder aquisitivo (RISMAN, 2005).

Os homens idosos, de acordo com os resultados, afirmaram que o desejo sexual não sofreu maiores mudanças, apenas leves declínios, em termos de disposição para o ato sexual, que já não era a mesma da juventude. Esclareceram que atualmente priorizavam a qualidade no desenvolvimento da relação sexual para o alcance do orgasmo, enquanto na juventude priorizavam a quantidade de relações e parceiras.

Esta busca por qualidade na relação sexual pode estar relacionada à necessidade de maior estímulo no ato sexual para alcance do prazer; em outras palavras, seria um mecanismo para compensar um possível declínio da diminuição da velocidade na resposta da função erétil.

Não houve diferenças quanto ao desejo sexual entre homens casados e não-casados; os casados expressaram manter o mesmo desejo sexual por suas companheiras de vários anos e vida sexual ativa. Os homens idosos não-casados declararam que tinham vida sexual ativa com parceiras não fixas. Estes idosos declararam não possuir disfunções eréteis, mas se antecipavam, afirmando que, caso surgisse esse problema, tomariam os medicamentos indicados. Tampouco as mulheres também referiram qualquer disfunção sexual como resultado do período da menopausa.

No entanto, Kingsberg (2002) cita estudos realizados pelo The National Health and Social Life Survey por Laumann, Paik e Rosen em 1999 e o Massachusetts Male Aging Study realizado por Feldman *et al.* em 1994, ambos sobre disfunção sexual nos Estados Unidos; os resultados dos dois estudos indicaram alta prevalência destas disfunções em homens e mulheres idosas, sendo que nas mulheres as disfunções sexuais tendiam a declinar com a idade. Essas disfunções comprometiam o bem-estar subjetivo biológico, social e psicológico destes idosos.

No Brasil, em 2003, Moreira *et al.* realizaram um estudo de dois anos, acompanhando homens com idades de 49 a 69 anos na cidade de Salvador, com o objetivo de identificar a incidência da disfunção erétil e os fatores associados. Os pesquisadores concluíram que, de um modo geral, entre os homens brasileiros, há uma incidência de 65,5 casos por 1000, uma incidência maior que os resultados do Massachusetts Male Aging Study (26/1000 pessoas ao ano), aumentando com o avançar da idade, baixos níveis de escolaridade e doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e tumores benignos da próstata.

Então, é possível que muitos dos idosos deste estudo possuíssem alguma disfunção sexual, mas não a tenham declarado. Esse resultado poderia ser explicado por algumas hipóteses, dependentes de teste: as disfunções sexuais não seriam as maiores preocupações na velhice, devido aos diversos tipos de tratamentos médicos e alternativos disponíveis, havendo maior diversidade de recursos para compensar estas disfunções; a compensação foi realizada por outros meios que não tratamento de saúde, como refúgio na religiosidade, em ocupações diversas, lazer, entre outras; os respondentes tiveram aspectos mais relevantes para mencionar, entre outras.

Nas dimensões sociais e psicológicas houve tendências para discretos ganhos ou crescimento de muitos componentes e, embora a literatura indique fortes influências do estado de bem-estar subjetivo nestas dimensões para a vivência satisfatória na velhice, neste estudo, estas dimensões não demonstraram influências significativas.

Na dimensão social associada às variáveis sócio-demográficas, os componentes que vão desde “atividades sociais” a “sentimentos de amor pelo parceiro” apresentaram mudanças na velhice com tendências para crescimento ou ganhos, embora muito discretamente, sugerindo tendências quase neutras no estado de bem-estar subjetivo global da velhice. O único componente que demonstrou uma ligeira tendência de poder influenciar negativamente o estado de bem-estar subjetivo global na velhice foi o componente “atividades sociais” associado à situação conjugal e renda familiar.

Assim, as pessoas idosas com as rendas mais baixas apresentaram tendências para vivenciar a velhice de modo mais negativo. Destes os indivíduos idosos solteiros foram os que mais demonstram sentir a redução ou perda das atividades sociais.

A situação conjugal pode ser uma variável importante na realização de atividades sociais, pois se os idosos são casados, separados ou viúvos, possivelmente terão familiares de gerações mais jovens (filhos, netos, bisnetos, genros, noras, etc.) ao seu redor. Essa condição pode facilitar o acesso a atividades sociais, mesmo que seja na sua casa. Os idosos solteiros, neste caso, estariam desvantagens.

A renda familiar também pode ser um recurso que facilita ou dificulta o acesso às atividades sociais, bem como um aglutinador de pessoas na casa do indivíduo idoso ou deste em outros locais. No entanto, muitos idosos de renda familiar mais baixa buscavam compensar a redução ou perda de determinadas atividades sociais, como passeios, viagens, visita a familiares, festas, entre outras, por atividades que não ofereciam custos, como a participação em grupos religiosos.

Em relação ao gênero, embora a literatura confirme uma associação com a dimensão social, como um fator altamente relevante para um melhor estado de bem-estar subjetivo global na velhice, não foram encontradas contribuições significativas do gênero associadas à dimensão social.

Na dimensão psicológica, o componente que mais demonstrou tendências para influenciar o estado de bem-estar subjetivo global de modo negativo foi a “capacidade de armazenar novas informações”, ou seja, a memória de curto prazo. No entanto, os respondentes afirmaram que esses declínios da memória não lhes causavam prejuízos pessoais, sociais ou ocupacionais.

Os resultados são compatíveis com a literatura, que aponta queixas constantes com as dificuldades de memória, preocupação intensa com o declínio das funções cognitivas que possam evoluir para algum tipo de demência. Por exemplo, Almeida (1998) realizou estudo visando a investigar a associação entre a queixa de dificuldades com a memória e o diagnóstico de demência entre 220 idosos com idade média de 69,4 anos. Destes, 59,1% se queixavam de problemas de

memória, dos quais 69,6% eram mulheres. Porém, apenas 28,6% dos idosos preenchiam os critérios para demência de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição (CID-10).

Entretanto, considerou-se que, em relação ao gênero, embora sem contribuições significativas nos resultados, as mulheres são as mais queixosas, mais depressivas e preocupadas não apenas com o declínio cognitivo, mas com os declínios e perdas biológicas em geral, entretanto no que se refere ao estado de bem-estar subjetivo associado à dimensão psicológica se percebem em estado melhor que os homens.

Este resultado é semelhante aos resultados do estudo realizado por Gilligan (1982) citado por Ryff (1989), sobre as diferenças de gênero no bem-estar subjetivo; as mulheres apresentaram um nível mais baixo de ânimo, maiores níveis de depressão que os homens. Mas elas revelaram vantagens em termos de relações positivas com os outros e escores altos de crescimento pessoal. Assim, essa nova concepção reforça uma visão menos negativa das diferenças de gênero sobre bem-estar subjetivo, nas quais as mulheres são mais fortes na sua dimensão interpessoal, cujo reforço tem sido um ponto central nas concepções de desenvolvimento sobre as mulheres (RYFF, 1989).

Portanto, percebe-se que as diferenças na vivência na velhice entre homens e mulheres são largamente apontadas na literatura, levando em consideração não apenas as diferenças de gênero, mas de níveis sócio-econômicos, de escolaridade em anos de estudo formal, da qualidade da rede social de apoio, da condição de saúde, entre diversos outros fatores que perpassam pela experiência da velhice. No entanto, é importante ressaltar que muitos dos problemas vivenciados na velhice não estão diretamente relacionados apenas ao envelhecimento, mas à outros fatores envolvidos e inseridos na vida do idoso, desde os individuais aos contextuais e assim evitar generalizações quanto às situações vivenciadas por idosos.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo, a partir do contato com a literatura específica e com os idosos participantes, pode-se perceber que as mudanças ocorridas na fase na velhice acontecem de modo integrado, inter-relacional, multifatorial e individualizado. Nesse sentido, são consideradas as macro dimensões implicadas neste processo, como os aspectos biológicos, sociais e psicológicos e cada um destes com suas devidas especificações.

Ao analisar os resultados quanto ao estado de bem-estar subjetivo das dimensões biológicas, sociais e psicológicas associados às variáveis sócio-demográficas sobre o estado de bem-estar subjetivo global na velhice, observou-se que o estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica é o que tem a contribuição mais relevante para o bem-estar subjetivo global. As demais dimensões apresentaram poucas contribuições significativas para o estado de bem-estar subjetivo global na velhice. A análise que se segue destacará os aspectos que demonstram os maiores efeitos.

O estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica está associado significativamente às variáveis idade, escolaridade e anos de estudo formal; e ao gênero, na medida em que os homens, ou seja, os idosos mais jovens, na faixa etária de 60 a 63 anos, demonstraram um melhor estado de bem-estar subjetivo que os indivíduos de outras faixas mais avançadas, nas quais os declínios e as perdas biológicas são mais intensos.

Em relação à escolaridade, os resultados indicaram que os indivíduos com maior quantidade de anos de estudo formal, ensino médio ou superior demonstraram um melhor estado de bem-estar subjetivo global na velhice que os indivíduos com uma quantidade menor de anos de estudo formal, Ensino Fundamental incompleto ou pessoas não alfabetizadas.

No que se refere ao gênero, os resultados indicaram que os homens idosos demonstraram um melhor estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica. Nesse sentido, a literatura é vasta em estudos que indicam que os homens avaliam seus aspectos biológicos de modo mais positivo que as mulheres. As mulheres idosas se declaram mais doentes, relatam maior número de morbidades e possuem um consumo mais alto de medicamentos que os homens (ROMERO, 2002; CALDAS, 2006; DE VITTA; NERI; PADOVANI, 2005; NERI, 2001).

Nesse sentido, a perspectiva teórica do ciclo vital talvez não atente que muitas das compensações efetivadas não são satisfatórias para o idoso, são apenas as possíveis. Devido às dificuldades inerentes à velhice, de alocar e otimizar recursos, dificuldades estas relacionadas a variáveis mais amplas que estão além do controle do idoso, como os fatores contextuais sócio-históricos no qual o idoso se encontra, sendo influenciado por este e que afeta diretamente seu modo de ser, pensar e atuar no mundo.

Por isso, muitas vezes o idoso é levado a constantes trocas de metas, porém, nem sempre estas trocas são realizadas sem conflitos, frustrações ou desapontamentos. E nem sempre as compensações são satisfatórias, muitas vezes são simplesmente aceitas por acreditar que dentre as opções possíveis esta foi a mais viável. Essas compensações foram as possíveis para essas pessoas, considerando-se todas as interações, inter-relações e influências dos fatores macros e micros e nem sempre estas levam a um envelhecimento bem sucedido, como percebido subjetivamente pelo idoso. A operação de mecanismos de SOC na velhice implica conferir ao indivíduo alguma responsabilidade por sua vivência nessa fase, frente às condições objetivas de vida. Entretanto, a teoria considera a relação dialética entre fatores contextuais e individuais, o que significa que o envelhecimento bem sucedido é um processo complexo, que depende de recursos externos e internos.

Freund (2006) aborda a questão da motivação para a seleção de metas, assinalando que não se sabe se esta motivação é inerente às condições contextuais do indivíduo ou da idade, ou se a idade seria um fator relevante para a motivação na busca da seleção de metas e otimização dos recursos. Baseada nessa idéia ela realizou um estudo com jovens e idosos. Os resultados indicaram que os jovens foram melhores nas mesmas tarefas para otimizar seu desempenho do que para compensar perdas. Já os idosos, ao contrário, foram mais persistentes para compensar perdas do que para otimizar seu desempenho. Esse estudo foi replicado com amostras diferentes, mas mantendo a idade e os resultados foram os mesmos. Um aspecto interessante do estudo foi que o efeito encontrado não dependia da percepção da tarefa ser mais fácil ou difícil, sugerindo a interpretação de que as metas variam de acordo com a motivação das pessoas, os jovens para desempenhar uma tarefa o melhor possível e os idosos para compensar as perdas. A motivação nos idosos está mais voltada minimizar perdas, o que leva para o estado de bem-estar que para a compensação de perdas propriamente ditas.

A partir da auto-avaliação de homens e mulheres idosos, o presente estudo identificou que as mudanças negativas ocorridas na velhice ocorrem principalmente nos aspectos biológicos, enquanto nas demais dimensões (sociais e psicológicas), as modificações tendem a ser neutras ou positivas. Algumas dessas modificações tendem a estar associadas com fatores sócio-demográficos, mas a

experiência da velhice parece ser vivenciada em conformidade aos padrões comportamentais e de personalidade, em congruência com o ciclo vital dos indivíduos. Essas mudanças, embora comuns a todos, são experiências únicas, em que cada indivíduo constrói seu próprio processo de tornar-se uma pessoa idosa.

Nesse processo, foi observado que as mudanças ocorridas nas dimensões biológicas, sociais e psicológicas no envelhecimento alteram a condição funcional (condição física e de saúde), o estilo de vida e a autopercepção do idoso, trazendo implicações diretas ao seu estado de bem-estar subjetivo na velhice. No entanto, as mudanças afetam a velhice de diferentes maneiras, algumas mais intensas, outras quase imperceptíveis. Neste estudo, verificou-se que as dimensões sociais e psicológicas associadas a fatores sócio-demográficos sofreram mudanças importantes para influenciar no estado de bem-estar subjetivo global, no entanto, foi na dimensão biológica que os idosos avaliaram que ocorreram as mudanças mais significativas e impactantes no estado de bem-estar subjetivo global na velhice.

Estes resultados corroboram os achados de Pereira, Cotta, Franceschin *et al.* (2006), ao realizarem um estudo envolvendo duzentos e onze idosos brasileiros, com o objetivo de identificar a contribuição das dimensões global, física, social, psicológica e ambiental associadas a fatores sócio-demográficos para qualidade de vida global na velhice, os autores concluíram que nenhuma das variáveis sócio-demográficas interferiu significativamente na dimensão global da qualidade de vida; a dimensão que mais contribuiu com a qualidade de vida na velhice foi a física (biológica), seguido da ambiental e psicológica.

A dimensão biológica na vida e no bem-estar subjetivo do idoso parece ser de fundamental importância para sua atuação no mundo, uma vez que, sua condição funcional é uma das preocupações centrais no envelhecimento, devido aos prováveis declínios ou perdas de determinados aspectos da dimensão biológica que podem lhe trazer prejuízos sociais e individuais (RABELO; CARDOSO, 2007).

Neste estudo, a dimensão biológica mostrou associações com diversas variáveis independentes, como a situação ocupacional, conjugal e renda familiar, mas forte associação com as variáveis, gênero (homem), escolaridade em anos de estudo formal e idade. Portanto, os homens mais novos (menos de 70 anos) e com escolaridade em mais de oito anos de estudo formal, demonstraram o estado mais elevado de bem-estar subjetivo global na velhice. Portanto, o resultado sugere que as

variáveis gênero, idade e escolaridade em anos de estudo formal podem ser preditoras significativas para o estado de bem-estar subjetivo global na velhice.

De fato, os homens idosos “mais jovens” desta amostra são os que ainda trabalham, embora muitos destes estejam aposentados; têm mais de oito anos de estudo formal; e auto-avaliam positivamente sua condição física e psicológica, mesmo que tenham declarado possuir pelo menos um tipo de doença física (articulatórias ou cardiovasculares), mas que ainda não lhes causavam nenhum prejuízo individual ou social.

Resultados semelhantes foram alcançados por Sprangers *et al.* (2000) ao demonstrarem em estudos que as variáveis gênero (mulher), escolaridade em poucos anos de estudo formal, idade avançada e situação conjugal (sem companheiro), estavam associadas significativamente a baixos níveis de qualidade de vida global. Em outras palavras, o gênero, a escolaridade em anos de estudo formal, a idade e a situação conjugal associadas às condições de saúde (dimensão biológica) foram variáveis que alteravam significativamente a qualidade de vida global dos idosos.

Sendo assim, o estado de bem-estar subjetivo global na velhice, como sugerem os resultados, pode ser considerado consequência da atuação de fatores sócio-demográficos associados a dimensões biológicas, sociais e psicológicos, que refletirão seus efeitos no bem-estar subjetivo global. Neste estudo, conforme mencionado, houve uma correlação significativa entre o estado de bem-estar subjetivo na dimensão biológica associado a certos fatores sócio-demográficos que influenciaram no estado de bem-estar subjetivo global na velhice.

No entanto, Joia, Ruiz e Donalisio (2007) chegaram a um resultado muito diferente ao realizar um estudo com o objetivo de descrever os fatores associados ao grau de satisfação com a vida na velhice. Concluíram que a maioria dos idosos estava satisfeita com a vida em geral (aspecto global) e em aspectos específicos, a satisfação com o conforto do domicílio foi à situação que mais se associou à satisfação com a vida. Assim sendo, o conforto domiciliar foi um preditor positivo para o estado de bem-estar subjetivo na velhice.

Porém, no presente estudo, os problemas de saúde foram escolhidos pelos idosos como o aspecto mais negativo da velhice e também como o pior problema para um homem ou uma mulher. A maioria das mulheres concordou que o aspecto que mais incomodava na velhice eram as doenças crônicas e/ou degenerativas, doenças que causavam certa dependência e perda gradual da autonomia. Os homens também se referiram aos problemas de saúde, embora a frequência e intensidade das

doenças referidas fossem mais mencionadas pelos homens mais velhos, como dores ósseas crônicas e doenças cardiovasculares.

As mulheres demonstravam muita preocupação com o avançar da idade e o provável progresso da dependência dos outros para os cuidados consigo e desempenho nas tarefas diárias, principalmente entre aquelas que a rede de apoio social não era tão efetiva. Os homens, embora preocupados com esta possibilidade, demonstravam menor preocupação ao se referir aos problemas de saúde e possíveis agravos.

A preocupação dos homens em relação aos problemas de saúde parecia estar mais focalizada no presente, na busca de alternativas que resolvessem os problemas de saúde vigentes, sem maiores preocupações com o futuro e inclusive tomando como referência alguns aspectos da vida passada para enfrentar os problemas atuais. A preocupação das mulheres parecia ser mais voltada para o futuro, devido às conseqüências tanto físicas, quanto sociais de um possível agravamento dos problemas de saúde.

As mulheres, principalmente as mais velhas (mais de 75 anos), demonstraram que a possibilidade da morte é outra preocupação recorrente, devido à falta que poderiam fazer a determinadas pessoas; outras, porém, afirmavam que a morte até seria uma alternativa viável diante da possibilidade de um quadro de dependência total e maiores encargos junto aos familiares ou amigos; também expressavam receio de morrer sozinhas, abandonadas e sem cuidados de familiares. Assim sendo, diante destas percepções e opiniões dos idosos, os resultados sugerem que as mulheres idosas demonstraram um bem-estar subjetivo global mais rebaixado que os homens.

Estes resultados corroboram os resultados do estudo realizado por Ryff (1989) sobre o significado de bem-estar subjetivo para idosos, que consideraram a saúde como o elemento mais importante para satisfação com a vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. Eles associaram a conservação da condição funcional e a aceitação das mudanças físicas, sociais, psicológicas, entre outras mudanças ocorridas na velhice às alterações positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar subjetivo.

Estes resultados também foram achados por Lebrão e Laurenti (2005) ao realizar um estudo sobre as condições de vida do idoso brasileiro, como parte de uma pesquisa maior do Projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). Neste estudo, os idosos avaliaram a saúde como o aspecto mais relevante na sua vida. Porém os autores consideraram preocupantes os níveis negativos de saúde

verificados na auto-avaliação realizada por estes idosos. Concluíram que essa avaliação negativa está diretamente relacionada a uma baixa qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade funcional.

Portanto, as mudanças no envelhecimento, parecem ser percebidas pelos idosos a partir da auto-avaliação da sua saúde e capacidade funcional. Aspectos que representam independência, autonomia e auto-estima elevada, em outras palavras, é a partir da auto-percepção da sua dimensão biológica como um todo que o indivíduo idoso se coloca e atua no mundo com confiança e segurança em si.

5.1 AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS

Um dos objetivos do presente estudo - identificar e descrever mudanças significativas ocorridas na velhice e o seu impacto sobre o estado de bem-estar estar subjetivo - foi plenamente alcançado, conforme o relatado na seção de resultados.

Os objetivos voltados para descrever o processo de seleção de metas, identificar o uso de recursos internos e externos, bem como identificar os possíveis mecanismos de compensação para os declínios e/ou perdas auto-referidas nas diversas dimensões da velhice relatado por homens e mulheres foram parcialmente alcançados apenas, uma vez que o nível de descrição desses mecanismos em operação foi apenas exploratório.

Nos questionários estruturados e nas entrevistas em profundidade, os idosos referiram alguns mecanismos de seleção, otimização e compensação, de modo genérico, demonstrando dificuldade em descrever os mecanismos utilizados para compensar alguma perda ou minimizar declínios, embora apresentassem detalhes de uma situação considerada problema para si. Desse modo, alguns esboços de estratégias elaboradas, recursos utilizados e otimizados, bem como as compensações realizadas, foram extraídos a partir do conteúdo das informações coletadas.

Nesse sentido, pressupõe-se que esta dificuldade seja devido ao modo não consciente e não planejado de acionar os meios de adaptação, recorrendo a estratégias de seleção, otimização e compensação. Os idosos, assim como os demais indivíduos de fases anteriores do ciclo vital, podem até expressar suas ações a partir de um planejamento, porém não seria um plano sistematizado, apenas

um direcionamento a seguir, já que estes mecanismos seriam, provavelmente, acionados inconscientemente, à medida que as pessoas se deparam com as situações.

Assim, sugere-se que estudos futuros explorem alternativas de coleta e tratamento de dados capazes de evidenciar a operação desses mecanismos. Das experiências de analisar e interpretar os resultados no presente estudo, emergem algumas idéias de possibilidades de abordagem do problema. Em primeiro lugar, supõe-se que os mecanismos de seleção, otimização e compensação são pertinentes a domínios particulares, cujo funcionamento pode ser essencialmente diferente dependendo do tópico em questão. Decorre disso, portanto, que a identificação desses mecanismos deve ser circunscrita a uma área específica. Assim, poder-se-ia planejar estudos que investigassem dimensões mais delimitadas. Em segundo lugar, assumindo que essas estratégias podem ser principalmente inconscientes, seria necessário planejar estudos que observassem o desempenho das pessoas em tarefas específicas, em diferentes momentos do seu ciclo vital, analisando o modo como são realizadas e as diferenças sistemáticas existentes.

O presente estudo junta-se ao corpo crescente de evidências sobre envelhecimento no Brasil e, nesse sentido, contribui para um objetivo socialmente importante – a qualidade de vida da pessoa idosa. A adaptação a este novo estágio do ciclo vital, para dar conta de transformações plurais que estarão acontecendo ao longo do processo de envelhecimento, traz a necessidade de mudanças na postura frente à vida e ao viver. Utilizando-se as habilidades individuais e os potenciais ainda disponíveis (às vezes até mesmo alguns inéditos), em forma de aprendizagem, o indivíduo idoso terá condições de responder aos desafios. A psicologia do desenvolvimento voltada para essa etapa da vida pode ser um coadjuvante importante na construção social do bem estar das pessoas idosas, na medida em que forneça idéias e soluções baseadas na pesquisa científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Osvaldo P. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. **Arquivo Neuro-Psiquiatria** 1998, vol. 56, n. 3A, p. 412-418. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2008. ISSN 0004-282X.

ARBER, Sara; COOPER, Helen. Gender differences in health in later life: the new paradox? **Social Science & Medicine**, Vol 48, Issue 1, Pages 61-76, January 1999. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science>

BÄCKMAN, Lars; DIXON, Roger. **Compensating for Psychological Deficits and Declines: Managing losses and promoting gains**. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey. 1995. Disponível: <<http://www.questia.com/library/book/compensating-for-psychological-deficits-and-declines-managing-losses-and-promoting-gains-by-lars-backman-roger-a-dixon.jsp>>

BALTES, Paul. Life-span theory in developmental psychology. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of Child Psychology** - Theoretical Models of Human Development. Vol. 01. 5. ed. Texas: John Wiley & Sons, 1998.

_____. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American Psychologist**, 52(4): 366-380, 1997.

_____. Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. **Developmental Psychology**, v. 23, n. 5, Max Planck Institute for Human Development and Education, Berlin, Federal Republic of Germany. 1987.

_____. The mastery of life: selection, optimization, and compensation (SOC). Annual Research Report 2003-2004 of the Center for Lifespan Psychology at the Max Planck Institute for Human Development, Berlin, Federal Republic of Germany, 2004. Disponível em: <<http://www.baltes-paul.de/SOC.html>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

BELTRÃO, Kaizô I.; CAMARANO, Ana Amélia. A Dinâmica Populacional Brasileira e a Previdência Social: uma Descrição com Ênfase nos Idosos. 2002. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/relatorios_tecnicos/relatorios/RT_01_99.pdf>.

BELTRÃO, Kaizô I.; ALVES, José Eustáquio Diniz. Reversão do hiato de gênero na educação brasileiro século XX. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XIV, ABEP, Caxambu, MG, Brasil, 20-24 set. 2004. Disponível: <<http://www.metas2015.unb.br/Documentos/Educacao%20Universal/Reversao%20do%20hiato%20de%20genero%20na%20educacao.pdf>>.

BEYENE, Yewoubdar; BECKER, Gay; MAYEN, Nury. Perceptions of aging and sense of well-being among Latino elderly. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**. 2004, 17(2):155-172. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/ndxqyd8h9517bv4h/>>.

BENEDETTI, Tânia; PETROSKI, Edio; GONÇALVES, Lúcia. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em: <<http://www.rbcdh-online.ufsc.br/include/getdoc.php?id=811&article=240&mode=pdf>>.

BÓS Antônio M. G.; BÓS, Ângelo J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, 38(1): 113-120, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2008.

BRAGGION, Gláucia F. **Satisfação com a aparência corporal, nível de atividade física, valor calórico da dieta e estado nutricional de mulheres com 50 anos e mais de acordo com o grupo etário**. 2002. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BREDA, Julio César. **Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório**. 2007. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

BROWN Cynthia, Lowis, MICHAEL J. Psychosocial development in the elderly: an investigation into Erikson's ninth stage. **Journal of Aging Studies**, Department of Psychology, University College Northampton, Park Campus, Northampton, England, 17, p. 415-426, 2003.

BRUCKI, Sonia M. D., NITRINI, Ricardo, CARAMELLI, Paulo *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, vol. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2008.

CALDAS, Célia P. Introdução à gerontologia. In: VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto (Eds.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 18-22.

CAMARANO, Ana A., BELTRÃO, Kaisô I, PASCOM, Ana R., *et al.* **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1999. (Texto Para Discussão, n. 681).

CAMPOS, Maria Tereza F. S.; MONTEIRO, Josefina; ORNELAS, Ana Paula R. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, vol. 13, n. 3, set./dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>.

CAPITANINI, M.; NERI, Ana L. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós. In: NERI, Ana L; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem-sucedida: aspectos cognitivos e afetivos**. 2.ed. São Paulo: Papirus, 2000. p. 71-88.

CARNEIRO, R.; FALCONE, E. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CARVALHO, Keila Monteiro de; *et al.* Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. **Rev. Hosp. Clin.**, vol. 59, n. 4, p. 157-160, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2008 July 03. ISSN 0041-8781.

CATUSO, Marilu, C., Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 4, dez. 2005. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/996/776>.

CELADE - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Divisão da CEPAL (Comisión Económica para América Latina) e ECLAC Population Division. Regional Intergovernmental Conference on Ageing: Towards a Regional Strategy for the Implementation in Latin America and the Caribbean of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Older Persons in Latin America and the Caribbean: Situation and Policies – Summary. Santiago, Chile, 2003. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLI1973-Summary.pdf>>.

CHENG, S. T.; CHAN, A. C. M. Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? **Social Science & Medicine**, City University of Hong Kong, Kowloon, Lingnan University, Hong Kong, China, 63, p. 118–122, 2006. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/socscimed>>.

COSTA, G. A. Tríplice visão do envelhecimento: longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice. 2001. Disponível em: <http://www.afrid.faei.ufu.br/producoes_cientificas/artigo-19/completo.pdf>.

COSTA JR., Abel dos Anjos; RABAÇA, José Antônio. A Influência do Trabalho de Força na Manutenção da Autonomia Funcional das pessoas idosas do sexo masculino. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.eduk.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=77>>.

CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas, ROSA, Fernanda Heringer Moreira; RIBEIRO, Priscila Cristina Correa. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia Reflexão e Crítica** [online]. 2007, vol. 20, n. 1, p. 81-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2008 June 15. ISSN 0102-7972.

CYPEL, M.; *et al.* Achados oculares em pacientes com mais de 99 anos. **Arquivo Brasileiro Oftalmologia**, 69(5): 665-9, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto. Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adultos e idosos / Reported illnesses in men and women, physically active and inactive, young adults and aged people. **Salusvita**. 24(1): 55-74, 2005. tab.

DEBERT, Guita. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, vol. 16, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 July 2008.

DIENER, E. Subjective Well-Being. **Psychological Bulletin**, 95, 542-575, 1984. Disponível:

DIXON, R., *et al.* How do health and biological age influence chronological age and sex differences in cognitive aging: moderating, mediating, or both? **Psychology and Aging**, American Psychological Association, vol. 21, n. 2, p. 318–332, 2006.

ERVEN, T.; JANCZURA, G. A memória dos idosos em tarefas complexas. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 20, n. 1, Universidade de Brasília, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a08v20n1.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2007.

ERIKSON, Erick. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1974.

_____. **Identidade: juventude e crise**. 2.ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976. p. 90-141.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. Evaluation of “Vital Aging-M”: A Psychosocial Program for Promoting Optimal Aging. **European Psychologist**, vol. 10(2): 146–156, 2005. Autonoma University of Madrid, Spain. Disponível em: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>>.

FELDMAN H. A, GOLDSTEIN I., *et al.*, Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study, *J Urol*. 1994 Jan;151(1):54-61,1994. In: KINGSBERG, S. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. **Archives of Sexual Behavior**, vol. 31, n. 5, Oct. 2002, p. 431–437, 2002.

FIALHO, I. M. **Perda auditiva em idosos na percepção dos sujeitos**. 2001. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=307428>>.

FIGUEIREDO, Vera L.M., Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências & Cognição**; Ano 04, Vol 12, 2007.. Disponível em www.cienciasecognicao.org

FREUND, A.; BALTES, Paul. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. **Psychology and Aging**, vol. 13, n. 4, 1998. Max Planck Institute for Human Development, Berlin, Germany.

FREUND, A. Age-Differential Motivational Consequences of Optimization Versus Compensation Focus in Younger and Older Adults. **Psychology and Aging**, vol. 21, n. 2, 2006. Department of Psychology, Northwestern University, Evanston, IL, USA.

GILLIGAN, C. (1982). Adult development and women's development: Arrangements for a marriage. In J. Z. Giele (Ed.), *Women in the middle years* (pp. 89–114). New York: Wiley. In: RYFF, Carol D. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1989 Dec Vol 57(6) 1069

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M. Health, work, and aging in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(3): 759-771, 2003 June. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2008 July 20.

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, Anita Liberalesso. Tudo bem, graças a Deus! religiosidade e satisfação na velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida na idade Madura**. 2.ed. Campinas: Papirus, 1999.

GUIMARÃES, J. R. S. Envelhecimento populacional e oportunidades de negócios: o potencial mercado da população idosa. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP [Associação Brasileira de Estudos Populacionais], XV, Caxambu, MG, 18-22 set. 2006.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 11, n. 5, set./out. 2005.

HOBBS, Frank B.; DAMON, Bonnie L. 65+ in the United States: Current Population Reports, **Special Studies**, p. 23-190. Washington: U.S. Bureau of the Census, 1996. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/1/pop/p23-190/p23-190.pdf>>.

HUNTER, G.; MCCARTHY, J.; BAMMAN, M. Effects of resistance training on older adults. *Sports Medicine*, v. 34, p. 330-348, 2004. In: Lacourt, M. & Marini, L. (2006). Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 114-121, jan./jul. 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: FIBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. 2000. Disponível em: <<http://www.home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>.

_____. **Síntese dos indicadores sociais dos últimos dez anos**, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987&id_pagina=1>.

_____. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>>.

_____. **Contagem da População, Aspectos da Contagem da População 2007**. 2007. Disponível: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>

JOIA, Luciane C.; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jun 2008.

JUCEIRO, João C. A Problemática do Envelhecimento na Perspectiva da Ecologia Humana: o caso particular de Marvão. 1997. Dissertação (Mestrado em Ecologia Humana), Universidade de Évora, Portugal, Disponível: <http://www.ensino.uevora.pt/meh/mestrado/raiz/Outros/Tabela%20Teses%201998-2003.pdf>.

KALACHE, Alexandre. Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde. [S.l.]: Relume-Dumará/UnATI, 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/resenhas/envelhecimento/terceiridade.htm>.

KAHN, R. On “Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn”. **The Gerontologist**, 42(6), p. 725-726, 2002.

KINGSBERG, S. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. **Archives of Sexual Behavior**, vol. 31, n. 5, Oct. 2002, p. 431–437, 2002.

KIRSHNER, H. Behavioral neurology: practical science of mind and brain. In: PARENTE, Maria Alice de M.; *et al.* **Cognição e envelhecimento**. São Paulo: Artmed, 2006.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.13, n. 4, p.201-208, dez. 2004. ISSN 1679-4974.

LIMA-COSTA Maria Fernanda, Barreto Sandy M., Giatti Luana. A Situação sócio econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD/ 98. **Ciência e Saúde Coletiva** 2002;7:285-295.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. **Rev. bras. Epidemiol**, 8(2): 127-141, 2005 June. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2008.

LLOYD-SHERLOCK, P. (2000) Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. **Social Science & Medicine**, 51, 887±895, School of Development Studies, University of East Anglia, Norwich NR2 7TJ, UK, 2000. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.

LUPIEN, S.; WAN, N. Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B. Biological Sciences*, 359(1449), p. 1413-1426, 2004. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1693425&blobtype=pdf>>.

LAUMANN, E. O., PAIK, A., ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544, 1999. In: KINGSBERG, Sheryl A. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. **Archives of Sexual Behavior**, vol. 31, n. 5, Oct. 2002, p. 431-437, 2002.

MARTINEZ, P.; ALONSO, V. Sexo mais pra lá dos 65 anos. Congresso Virtual de Psiquiatria, I, Conferência 13-CI-E, 01 fev.-15 mar. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/site/idoso/apostilas/O%20SEXO%20NOS%20IDOSOS.doc>>.

MOTTA, Alda. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, Campinas, 13, 191-221, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

MOREIRA, Edson D., LOBO, Carlos F. I., DIAMENT, Agla, et al (2003) Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. **Urology**, Vol 61, Issue 2, February 2003, Pages 431-436. Disponível: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VJW-47XVF9N-

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M., LEMOS, E. F. Sexualidade na terceira idade: memórias de mulheres dos anos dourados. **Psicologia Brasil**. São Paulo: v.5, p.14 - 19, 2004.

NEGREIROS, T. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Revista ALCEU**, v. 5, n. 9, p. 77-86, jul./dez. 2004. Departamento de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://publique.rdc.puc-rio.br/revistaalceu/media/alceu_n9_negreiros.pdf>.

NERI, Anita Liberalesso. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: _____. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados na perspectiva de curso da vida. Campinas: Papirus, 1995. p. 13-40.

_____. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001. p. 73-112

_____. Paradigmas contemporâneos sobre desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: _____. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001a. p. 11-38.

_____. Envelhecimento e Qualidade de vida da mulher. **GERP**, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2001b. Disponível em: <<http://www.alzheimer.med.br/mulher.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2006.

_____. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, II, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001c.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Políticas sociais, renda e saúde na terceira idade. **Cadernos de Saúde Pública**, Centro políticas sociais e EPGE, Fundação Getúlio Vargas (FGV), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2006.

NORGREN, Maria B.P, SOUZA, Mantilla S., KASLOW, Florence, et al. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estudos de Psicologia** 2004, 9(3), 575-584

OLIVEIRA, S. **Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, M.; *et al.* (2005) Instrumentos de avaliação de memória em idosos: uma revisão. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 28-35, jul./dez. 2005.

PAHO Pan American Health Organization - Perspectives in Health - Volume 9, Number 1, 2004. Disponível: http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number19_article02.htm

PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Disability prevalence among the elderly in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400018&lng=en&nrm=iso

PEREIRA, Renata J., COTTA, Rosângela M. M., FRANCESCHINI, Sylvia C. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, 2006, vol. 28, no. 1, pp. 27-38. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso.

PEREIRA, T. **Histórias de vida de mulheres idosas**: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de concentração: Psicologia da Saúde, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

PHELAN, E.; LARSON, E. Successful aging: Where next? **Journal of American Geriatrics Society**, 50(7), p. 1306-1308, 2002.

PRB - Population Reference Bureau. World Population Data Sheet of United Nations Population, 2007. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/2252382/2007-World-Population-Data-Sheet>.

PARENTE, Maria Alice. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PNAD - PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Microdados, 1998. Disponível:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm>

_____, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Síntese de Indicadores, 2004. Disponível:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default>.

QUINTERO, S.; MAROTTA, R.; MARONE, S. Assessment of the elderly auditory processing with and without presbycusis by ssw test. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, vol. 68, n. 1, p. 28-33, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>.

RABELO, D. F., CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v12n1/v12n1a09.pdf>>.

RABELO, D.; NERI, A. Psychological resources and personal adjustment for functional incapacity in aging. **Psicologia em estudo**, vol. 10, n. 3, p. 403-412, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300008&lng=es&nrm=iso>.

RAMOS, Luiz Roberto, VERAS, Renato P. and KALACHE, Alexandre. The ageing of population: the Brazilian scene. **Revista Saúde Pública**, vol. 21, no. 3, pp. 211-224, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034->

RISMAN, A. Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histórico-cultural. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517-59282005000100006&lng=pt&nrm=iso>.

ROMERO, Dalia E. Gender differences in the impact of family arrangements on health status of Brazilian elderly. **Ciências da Saúde Coletiva** CICT/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002, vol. 7, no. 4, pp. 777-794 [online- cited 2006-11-02]. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>

RYFF, Carol D.; KEYES, Corey Lee M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**. American Psychological Association, 69(4) 719-727, Oct. 1995. Disponível em: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi#toc>>.

RYFF, Carol D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57(6), p. 1069-1081, Dec. 1989

ROSA, L. H. T. **Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda-RS, Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Medicina) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS. Disponível em: <<http://verum.pucrs.br/ALEPH>>.

RUBIN, E.H.; STORANDT, M.; MILLER, et al., A prospective study of cognition function and onset of dementia in cognitively healthy elders. 1998 *Arch. Neurol.*, 55, 395-401. In: FIGUEIREDO, V.L.M. (2007). Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências & Cognição**, Ano 04, Vol 12. Disponível: www.cienciasecognicao.org

RUWER, S., ROSSI, A.; SIMON, L. Balance in the elderly. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 71, n. 3, p. 298-303, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2992005000300006&lng=en&nrm=iso>.

SALTHOUSE, Timothy In: BÄCKMAN, Lars; DIXON, Roger. Compensating for Psychological Deficits and Declines: Managing losses and promoting gains. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey. 1995. Download in: <<http://www.questia.com/library/book/compensating-for-psychological-deficits-and-declines-managing-losses-and-promoting-gains-by-lars-backman-roger-a-dixon.jsp>>.

SANTOS, L. *et al.* Degeneração macular relacionada à idade: prevalência e fatores de risco em dois centros oftalmológicos de referência em Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, 68(2): 229-33, 2005.

SCHIAVI, R. Sexuality and aging. **Urologic Clinics of North America**, 22(4): 711-26, 1995, Nov. Human Sexuality Program, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA.

SCAZUFCA, M. *et al.* Risk factors across the life course and dementia in a Brazilian population: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **International journal of epidemiology PubMed** - as supplied by publisher, 2008. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18583392?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

SIQUEIRA, Renata L.; BOTELHO, Maria Izabel; COELHO, France, M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciências Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>

SILVA, Iolete; GÜNTHER, Isolda. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol.16, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>

SILVA, R.; DIAS, A. Alterações da auto-estima do idoso, induzidas pela prática da recreação orientada, sob o enfoque da integração psicossocial, na perspectiva dos praticantes. Artigo Monográfico, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 2006 Nov. 15.

SILVA, Marina C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-

SILVER, C. B. Gendered identities in old age: Toward (de)gendering? **Journal of Aging Studies**, 17, 379–397, 2003, Brooklyn College and The Graduate Center, The City University of New York New York, N.Y. 10016, USA. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W51-49F8VKK-1&_user>.

SOUZA, J.; MAGNA, L.; PAULA, T. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol. 30, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>.

SOUZA, Juliana N.; CHAVES, Eliane C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Rev Esc Enferm USP**, 39(1):13-9, 2005.

SPRANGERS, M. A.; *et al.* Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **J Clin Epidemiol**. 53(9):895-907, 2000.

STUART-HAMILTON, Ian. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. O que é envelhecer? In: _____. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 15-42.

TEIXEIRA, P. Envelhecendo passo a passo. Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0283&area=d4>. Acesso em: jun. 2006.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**. mar. 2008, vol.19, n.1, p.81-94. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2008. ISSN 1678

TEIXEIRA, M. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2002/teixeirambm>>.

TRENEL, I. Michael *et al.* Sleep and metabolic control: waking to a problem? **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology**, 34:1-2, 1–9, 2007.

VERAS, Renato P. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. **Caderno do Envelhecimento Humano**, Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. p. 20, 2001.

_____. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. The increase of the elderly population in Brazil: transformation of and consequences for society. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1987, vol. 21, n. 3, p. 225-233. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9101987000300007&lng=en&nrm=iso>

VERAS, Renato P.; PARAHYBA, Maria Isabel. Anachronic health care models for the elderly: challenges for the private sector. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2008 June 14. ISSN 0102-311X.

YASSUDA, Mônica S. Desempenho de memória e percepção de controle no envelhecimento saudável. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem-sucedida: aspectos cognitivos e afetivos**. 2.ed. São Paulo: Papirus, 2005. p. 111-125.

WAGNER, Gabriela, P., BRANDÃO, Lenisa, PARENTE, Maria A. M, Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve, pp 225-238. In: PARENTE, Maria A.M., et al, **Cognição e Envelhecimento**, Porto Alegre: Atlas, 2006.

WALKER, Alan. Ageing in Europe: policies in harmony or discord? **Int. J. Epidemiol.**, 31: 758-761, 2002. Disponível em: <<http://www.ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/31/4/758>>.

WHO - World Health Organization. 50 Facts: Global health situation and trends 1955-2025. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/>.

_____. Active aging: a policy framework. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/entity/gender/documents/en/Gender_Ageing.pdf>.

_____. Active aging: What is "active ageing", 2005. Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

XAVIER, F. *et al.* (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Rev. Saúde Pública**, vol. 35, n. 3, p. 294-302. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO - DOUTORADO



**PESQUISA: GÊNERO E VELHICE: UM ESTUDO SOBRE AS MUDANÇAS DO
ENVELHECIMENTO**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,, concordo em participar da pesquisa realizada pela mestrandia EDIVANA ALMEIDA AGUIAR DOS SANTOS do Mestrado de Psicologia, da UFBA - Universidade Federal da Bahia, sobre o tema “Gênero e velhice: Um estudo sobre as mudanças no envelhecimento”, respondendo o questionário que se segue.

Meu consentimento é baseado na garantia de que minha identidade será preservada e nenhuma informação confidencial será divulgada. Assim, concordo que:

1. Fui devidamente informado (a) sobre os fins dessa pesquisa.
2. Responderei o questionário que se segue de acordo com as instruções.
3. Os dados coletados podem ser publicados como dados de grupo, sem identificação dos indivíduos participantes.
4. Poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, inclusive enquanto estiver preenchendo o questionário.

Declaro ter compreendido e concordo com todas as condições e termos expostos acima.

Salvador-BA, de de 2007.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO

PARTE I Informações sócio-demográficas

HOMEM

1. Eu tenho

_____anos completos.

2. Eu sou

Solteiro () Casado/Moro junto () Separado/Divorciado () Viúvo ()

3. Eu tive casamentos anteriores:

Não () Sim () Quantos _____

4. Eu estudei

Por _____ anos completos.

5. Possuo diploma em curso técnico e/ou segundo grau:

Não () Sim () Nome do curso:

6. Possuo diploma em curso superior:

Não () Sim () Nome do curso

7. Possuo diploma de pós-graduação – especializações, mestrados, doutorados, etc. (escolha o que você achar mais importante, se fez mais de um curso)

Não () Sim () Nome do curso

8. Se trabalha atualmente, o trabalho é remunerado:

Não () Sim () Número de horas semanais:

9. Atualmente sou aposentado.

Sim ()

Não ()

10. Ocupação que se aposentou:.....

10. Minha renda mensal familiar (inclua apenas as pessoas que moram na mesma casa)

- () Menos de 01 salário mínimo
- () 01 salário mínimo
- () 02 a 04 salários mínimos
- () 05 a 07 salários mínimos
- () 08 a 10 salários mínimos
- () Mais de 10 salários mínimos

11. Bairro onde reside:

PARTE II Estratégias de enfrentamento da velhice

A seguir informe o quanto cada um dos aspectos citados abaixo tem mudado sua vida após os 60 anos. Se houve mudança, marque no **+** (mais) para **melhor** ou no **-** (menos) para **pior**.

0 = Não mudou

1 = Mudou um pouco

2 = Mudou muito

I. Aspectos biológicos

	0	1	2	+	-
1. Força muscular					
2. Rapidez nos reflexos					
3. Locomoção					
4. Cansaço					
5. Visão					
6. Audição					
7. Tato					
8. Olfato					
9. Paladar					
10. Desejo sexual					
11. Prazer sexual (qualidade)					
12. Sono					
13. Aparência física					

II. Aspectos sociais

	0	1	2	+	-
1. Atividades sociais (festas, cultos, etc.)					
2. Contato com filhos e familiares					
3. Afetividade nos relacionamentos					
4. Apoio da família					
5. Estabilidade financeira					
6. Respeito das pessoas					
7. Influência social					
8. Função na sociedade (papel social)					
9. Solidão (amigos, familiares, etc.)					
10. Companhia da parceira					
11. Sentimentos de amor pela parceira					

III. Aspectos psicológicos

	0	1	2	+	-
1. Pensamento (raciocínio)					
2. Interesse por aprender coisas novas					
3. Capacidade de armazenar novas informações					
4. Capacidade de lembrar eventos passados					
5. Nível de conhecimento					
6. Capacidade de resolver problemas novos					
7. Capacidade em se comunicar, se expressar					
8. Agressividade (física, verbal, etc)					
9. Ansiedade					
10. Tranquilidade					
11. Auto-confiança					
12. Auto-estima (valorizar a si mesmo)					
13. Controle das emoções					
14. Humor					
15. Angústia (tristeza intensa)					

IV. Estratégias de enfrentamento

1. Dentre todos esses aspectos, diga o quê **mais** lhe **incomoda** e **como** você **lida** com o problema.

2. Para o senhor, como **HOMEM**, qual o **pior problema** da velhice e como você lida ?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO

MULHER

PARTE I Informações sócio-demográficas

1. Eu tenho

_____anos completos.

2. Eu sou

Solteira () Casada/Moro junto () Separada/Divorciada () Viúva ()

3. Eu tive casamentos anteriores:

Não () Sim () Quantos _____

4. Eu estudei

Por _____ anos completos.

5. Possuo diploma em curso técnico e/ou segundo grau:

Não () Sim () Nome do curso:

6. Possuo diploma em curso superior:

Não () Sim () Nome do curso

7. Possuo diploma de pós-graduação – especializações, mestrados, doutorados, etc. (escolha o que você achar mais importante, se fez mais de um curso)

Não () Sim () Nome do curso

8. Se trabalha atualmente, o trabalho é remunerado:

Não () Sim () Número de horas semanais:

9. Atualmente sou aposentada.

Sim ()

Não ()

10. Ocupação que se aposentou :

10. Minha renda mensal familiar (inclua apenas as pessoas que moram na mesma casa)

() Menos de 01 salário mínimo

() 01 salário mínimo

() 02 a 04 salários mínimos

() 05 a 07 salários mínimos

() 08 a 10 salários mínimos

() Mais de 10 salários mínimos

11. Bairro onde reside:

PARTE II Estratégias de enfrentamento da velhice

A seguir informe o quanto cada um dos aspectos citados abaixo tem mudado sua vida após os 60 anos. Se houve mudança, marque no **+** (mais) para **melhor** ou no **-** (menos) para **pior**.

0 = Não mudou

1 = Mudou um pouco

2 = Mudou muito

I. Aspectos biológicos

	0	1	2	+	-
14. Força muscular					
15. Rapidez nos reflexos					
16. Locomoção					
17. Cansaço					
18. Visão					
19. Audição					
20. Tato					
21. Olfato					
22. Paladar					
23. Desejo sexual					
24. Prazer sexual (qualidade)					
25. Sono					
26. Aparência física					

II. Aspectos sociais

	0	1	2	+	-
12. Atividades sociais (festas, cultos, etc.)					
13. Contato com filhos e familiares					
14. Afetividade nos relacionamentos					
15. Apoio da família					
16. Estabilidade financeira					
17. Respeito das pessoas					
18. Influência social					
19. Função na sociedade (papel social)					
20. Solidão (amigos, familiares, etc.)					
21. Companhia do parceiro					
22. Sentimentos de amor pelo parceiro					

III. Aspectos psicológicos

	0	1	2	+	-
1. Pensamento (raciocínio)					
2. Interesse por aprender coisas novas					
3. Capacidade de armazenar novas informações					
4. Capacidade de lembrar eventos passados					
5. Nível de conhecimento					
6. Capacidade de resolver problemas novos					
7. Capacidade em se comunicar, se expressar					
8. Agressividade (física, verbal, etc)					
9. Ansiedade					
10. Tranquilidade					
11. Auto-confiança					
12. Auto-estima (valorizar a si mesmo)					
13. Controle das emoções					
14. Humor					
15. Angústia (tristeza intensa)					

IV. Estratégias de enfrentamento

1. Dentre todos esses aspectos, diga o quê **mais lhe incomoda** e **como você lida** com o mesmo.

2. Para a senhora, como **MULHER**, qual o **pior problema** da velhice e como você lida?