

MULHERES IDOSAS FALANDO SOBRE ENVELHECER: SUBSÍDIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

ELDERLY WOMEN TALKING ABOUT AGING: SUBSIDIES FOR PROMOTING HEALTH

MUJERES MAYORES HABLAN SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ORIENTACIONES PARA PROMOCIONAR LA SALUD

Valéria Silvana Faganello Madureira¹
Simone Regina Peliser²
Vilma Beltrame³
Mariestela Stamm⁴

RESUMO

Estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de compreender o que é envelhecer na perspectiva de mulheres idosas. Participaram dele oito mulheres de Concórdia-SC, com idades entre 60 e 75 anos. Os dados foram coletados em entrevista individual semi-estruturada, gravadas e transcritas. A análise dos dados feita com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) originou quatro idéias centrais em torno das quais os DSCs foram organizados. Os resultados indicam que o envelhecimento é percebido como um processo gradativo, como um "dom" não conferido a todos, que traz vantagens e desvantagens. A diminuição do vigor físico dificulta a realização de algumas atividades, mas não impede que a pessoa conviva com outras pessoas, aprenda coisas novas, bem como que faça amigos e planos para o futuro. Depressão e menopausa são fatores negativos e comuns da idade, mas as doenças crônicas são mais facilmente aceitas. A velhice é considerada oportunidade de realização e tempo de liberdade, em que a vida pode ser vivida intensamente, sem limites impostos por compromissos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Mulheres; Idoso; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

This is a qualitative study to understand what it is to grow old from the point of view of elderly women. Participants included eight women from Concórdia, State of Santa Catarina, Brazil, aged 6 to 75 years old. The data was collected through individual semi-structured interviews which were recorded and transcribed. The data was analyzed through Collective Subject Speech and four central themes arose. The results show that aging is seen as a gradual process, as a "gift" not common to all, which has its advantages and disadvantages. Reduced physical strength makes some activities difficult, but does not inhibit living with other people, learning new things, as well as making friends and plans for the future. Depression and menopause are negative factors, common at this age, but chronic diseases are more easily accepted. Aging is perceived as a time for fulfillment and a time of freedom, when life can be lived intensely without the constraints imposed by commitments.

Key words: Aging; Women; Aged; Gender Identity.

RESUMEN

El presente estudio cualitativo se ha realizado con el objetivo de entender qué significa el proceso de envejecimiento para las mujeres mayores. Participaron ocho mujeres de Concórdia, Santa Catarina, entre 60 y 75 años. Los datos fueron recogidos en entrevistas individuales semiestructuradas, grabadas y transcritas. A partir del análisis de datos llevado a cabo con la técnica del discurso del sujeto colectivo (DSC), surgieron cuatro ideas centrales donde se organizaron los discursos. Los resultados indican que el envejecimiento se percibe como un proceso gradual, como un "don" que no todos reciben, que aporta ventajas y desventajas. La disminución del vigor físico hace más difícil realizar algunas actividades pero no impide la convivencia con otras personas, aprender cosas nuevas, hacerse amigos y hacer planes para el futuro. La depresión y menopausia son factores negativos y comunes de la edad; sin embargo las enfermedades crónicas se aceptan con más facilidad. La vejez es la oportunidad de concretar proyectos y de disponer de tiempo libre, donde la vida puede vivirse intensamente, sin límites impuestos por compromisos.

Palabras clave: Envejecimiento; Mujeres; Anciano; Identidad de Género.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. Grupo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde (GEPEPS). Santa Catarina, Brasil.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade do Contestado-UnC. Membro do GEPEPS. Santa Catarina, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. Aluna do doutorado em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC-RS. GEPEPS. Santa Catarina, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. GEPEPS. Santa Catarina, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Liberal Brezolla, 30. Bairro Bela Vista. Concórdia-SC.

E-mail: val@uncnet.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é fenômeno mundial. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) mostram que o número de pessoas idosas crescerá muito no período de 1975 a 2025, principalmente nos países em desenvolvimento.¹ O número de idosos no Brasil será de aproximadamente 32 milhões em 2020, o que corresponde a um em cada 13 brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos.² Essas informações evidenciam uma mudança na pirâmide etária que em 1940 tinha uma base alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice, o que configurava o Brasil como um país de jovens. Em 1990, observava-se um estreitamento da base e maior proporção de pessoas atingindo o ápice. A tendência atual é de maiores transformações, com a pirâmide assumindo a forma de barril, semelhante aos países que já sofreram o processo de envelhecimento populacional.

Em 1970, pessoas com 60 anos ou mais compunham aproximadamente 4,95% da população brasileira. Em 2000 esse número passou para 8,6%, e a estimativa é que chegue a 14% no ano de 2025. No censo de 2000, o Estado de Santa Catarina contava com 5 357 862 habitantes, dos quais 430 241 (8%) tinham 60 anos ou mais. Na mesma época, no Alto Uruguai Catarinense, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 8,9% do total populacional e, no município de Concórdia, 8,3% ou 5 250 idosos de um total de 63 058 habitantes.³ Por si sós, esses números indicam a necessidade de maior atenção ao envelhecimento e à velhice.

Envelhecer é um processo gradativo que, no ser humano, envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Envelhecer remete a *velho*, antigo, fora de uso, antiquado, o que o associou com incapacidade para o trabalho, improdutividade, com inatividade, o que nem sempre corresponde à realidade e traduz preconceitos para com a velhice. Essa imagem da velhice acentua aspectos pejorativos, associando-a a problemas, ônus, inutilidade, doença, dependência, perda e impotência.⁴

Na Antigüidade, dificilmente uma pessoa convivia com seus pais por muito tempo e, em geral, não conhecia seus avós, pois a expectativa de vida era de aproximadamente "18 anos entre os romanos; [e] de 25 anos no século VII".^{5,217} No início do século XX, um brasileiro vivia 33 anos; em 2004, a expectativa de vida ao nascer estava em 71,7 anos, com uma diferença de seis anos entre homens e mulheres.³ Isso pode ser atribuído a vários fatores, tais como o fator hormonal, que protege a mulher de problemas cardiocirculatórios; menor exposição a fatores de risco em razão da proteção do ambiente doméstico; menor consumo de bebida alcoólica e de cigarro; a atitude de cuidado com a própria saúde, procurando informações e serviços com maior frequência que os homens.⁴

Entretanto, cabe considerar que a permanência da mulher no ambiente doméstico já não é tão intensa, e mesmo que ela desempenhe papel de cuidadora da casa e da família é cada vez mais freqüente o exercício

de outra atividade remunerada fora do lar, mesmo que informal. Essa característica do trabalho feminino e da dupla jornada comum na vida das mulheres contemporâneas não costuma ser levada em conta e permite questionar a proteção do ambiente doméstico à saúde da mulher.

No que se refere à atenção em saúde, é geralmente aceito que as mulheres procurem assistência de forma mais espontânea e preventiva.⁶ Entretanto, o controle sobre o corpo e a saúde da mulher é muito maior em virtude de seu papel na reprodução, o que a obriga a buscar o serviço de saúde com maior freqüência tanto para si (planejamento familiar, gravidez, preventivo de câncer) como para os filhos (vacinas, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, doenças). Além disso, é comum a mulher assumir o cuidado dos membros mais velhos da família, o que a leva novamente ao serviço de saúde para acompanhá-los. Essas considerações permitem questionar a espontaneidade geralmente atribuída à busca feminina por assistência em saúde.

Essa situação está muito ligada à tradicional separação dos espaços de acordo com o gênero, que situa a mulher no mundo do lar e da família e o homem no espaço público, o que tem efeitos sobre a vida e a saúde. As mulheres idosas de hoje aprenderam, na sua maioria, a viver nessa condição e acreditam ser a melhor para elas; já outras mulheres lutaram para que mudanças na maneira de viver a própria vida pudessem ocorrer; e ainda para outras a viuvez proporcionou-lhes a oportunidade de viverem mais autonomamente.

A natureza do ser humano o diferencia sexualmente em homem e mulher, porém a construção de gênero masculino ou feminino está relacionada a múltiplos fatores, como o poder que cada um tem ou o papel que assume na sociedade, valores, cultura e situação política.⁷ Gênero é uma construção social e histórica na qual as características físicas e as diferenças biológicas servem de referência e, em geral, o masculino está relacionado ao poder e o feminino, à submissão, de tal forma que homens que não exercem seu poder podem ser considerados femininos e mulheres que o possuem são vistas como masculinizadas. A perspectiva de gênero considera, reconhece e valoriza as diferenças entre homens e mulheres, mas questiona e combate as desigualdades que delas resultam.

A participação da mulher no mercado de trabalho trouxe mudanças na condição feminina e fez com que muitas mulheres começassem a sofrer com problemas de saúde até então pouco comuns a elas.⁸ Entretanto, essa inserção crescente não a tem desobrigado de suas funções tradicionais, gerando acúmulo de tarefas e riscos, o que pode elevar os níveis de estresse especialmente quando a própria mulher assume a dupla jornada como obrigação dela. Para muitas, o trabalho fora do lar é considerado uma forma de liberação, de alcançar auto-suficiência.⁶

O aumento no número de mulheres que assumem a chefia da família é fenômeno recente no Brasil.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE⁹), em 2004, 29,4% de 56,1 milhões de famílias eram chefiadas por mulheres, o que não é, necessariamente, resultado de mudanças de valores e papéis de homens e mulheres na sociedade. Entre as mulheres identificadas como a pessoa de referência da família, a maior proporção se encontrava na faixa etária de 60 anos ou mais (27,4%); já entre os homens, 35,3% dos responsáveis pela família tinham entre 25 e 39 anos de idade. Esse panorama coloca a chefia feminina também como decorrência do processo de transição demográfica da população brasileira nos últimos anos. Assim, o envelhecimento populacional e a maior expectativa de vida para as mulheres são aspectos diretamente ligados ao aumento no número de mulheres que moram sozinhas e/ou que assumem a chefia da família.

Nos países desenvolvidos, são idosas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; nos países em desenvolvimento, como o Brasil, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. A aposentadoria é um marco da velhice, e a idade⁵ para que ela ocorra, é fixada pelo Estado; nessa idade, o indivíduo deixa de ser um trabalhador e muitas vezes se torna inativo para o mercado de trabalho, o que pode tanto desencadear problemas como representar o começo de uma nova vida. Entretanto, a idéia que vincula aposentadoria e velhice persiste.⁴ Para as mulheres, a aposentadoria está muito ligada à viuvez, pois a maioria das idosas brasileiras só obtém aposentadoria com a morte do marido.⁸

Diversos fatores estão relacionados ao aumento na expectativa de vida mundial, e estima-se que os avanços científicos e tecnológicos permitirão ao ser humano alcançar a idade de 110-120 anos ainda neste século.^{10:424} Apesar do aumento na expectativa de vida e da divisão do ciclo de vida em faixas etárias, uma pessoa não se torna idosa porque completou 60 anos, pois, para muitas, a cronologia não traduz sua percepção interior de idade. A velhice é um processo gradativo que, para além do aspecto cronológico, é percebido quando algumas características físicas como a flacidez da pele, as rugas e os cabelos brancos o demonstram. A maneira como cada um chega à velhice dependerá, dentre outros fatores, do estilo de vida, da situação socioeconômica, das doenças que teve/tem, do apoio familiar, o que indica que não existe um padrão único de envelhecimento.

A velhice pode ser classificada como *velhice normal*, na qual há ausência de patologias; *velhice patológica*, na qual as doenças estão presentes; e *velhice ótima*, que toma como referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social.^{11:34} Para a mulher, a linha divisória entre maturidade e velhice é representada pelo climatério e pela menopausa, indicadores do final da vida reprodutiva e que trazem alterações fisiológicas e psicológicas.⁴

As mulheres que hoje vivem o processo de envelhecimento não precisam mais seguir os padrões de suas mães e avós, pois já conquistaram um pouco mais de espaço. Mesmo as que hoje são idosas e aprenderam a submissão às

regras da família e da sociedade, já podem decidir o que querem e a maneira como desejam viver, embora isso exija adaptação e constante auto-regulação em termos biológicos, psicológicos e sociais.

Embora as mulheres tenham sido sempre consideradas biologicamente mais frágeis, diferentes autores^{2,8,12} mostram a maior longevidade feminina e, na maioria das vezes, os homens têm uma taxa de letalidade maior que a das mulheres¹² quando adoecem. O número de mortes de homens em idades mais jovens contribui para aumentar a longevidade feminina. Acidentes de trânsito e homicídios figuram como as principais probabilidades dessa diferenciação, principalmente entre 15 e 34 anos de idade.¹³ Entretanto, embora a mortalidade feminina seja menor em praticamente todas as faixas etárias, as mulheres apresentam indicadores de morbidade e de utilização de serviços de saúde mais elevados.⁶

Esse panorama indica que a enfermagem deve preparar-se para assistir às pessoas idosas, e para isso não é suficiente conhecer as mudanças provocadas no corpo pelo envelhecimento ou saber cuidar das alterações provocadas por patologias específicas; é necessário conhecer o que significa o envelhecimento para as pessoas, como elas o vêem e vivem, quais são suas prioridades, como se sentem, quais suas perspectivas para o futuro e o que fazem ou fizeram para melhor viver a velhice. Além disso, as questões de gênero também merecem atenção no envelhecimento e no cuidado com idosas/os, justamente para que não se considere o envelhecer como um processo universal, igual para homens e mulheres.

A compreensão do envelhecimento sob uma perspectiva de gênero não possibilitará apenas melhor assistência em situações de doença, mas também ações de promoção da saúde, considerada um recurso para a vida¹⁴ que enfatiza os recursos pessoais, sociais e as capacidades físicas na criação de oportunidades para que indivíduos possam fazer suas escolhas para uma vida mais saudável. Foi com base nessas considerações que este estudo foi desenvolvido, com o objetivo de compreender a percepção de mulheres idosas sobre o envelhecer.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo qualitativo foi desenvolvido com mulheres idosas (60 anos ou mais), participantes do "Alternativo – Programa de Extensão para Integração e Desenvolvimento de Adultos e Idosos" da Universidade do Contestado (UnC) em Concórdia-SC. A opção por esse grupo foi feita com base na manifestação de interesse da coordenação do Programa. À época do estudo, o grupo contava com 105 participantes, dos quais 48 eram mulheres com idade superior a 60 anos. Desse total, 8 atenderam aos critérios de inclusão (ser participante ativa do grupo, ter 60 anos de idade ou mais, ser mulher, morar no perímetro urbano de Concórdia e aceitar participar deste estudo).

A escolha das participantes foi feita mediante a apresentação da proposta ao grupo, ocasião em que os critérios de inclusão no estudo foram esclarecidos e, diante das manifestações de interesse e do atendimento aos critérios, os nomes e telefones foram tomados para contato posterior. Os dados foram coletados em entrevista semi-estruturada, a qual foi feita individualmente nas residências das participantes no decorrer do mês de julho de 2006, orientada por um roteiro com nove perguntas elaborado pelas autoras, o qual permitiu dar livre curso ao relato das mulheres, respeitando-lhes o fluxo de idéias e o ritmo de fala. Os questionamentos foram inseridos para aprofundar os relatos e para introduzir novos temas. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas em formulário próprio. A saturação dos dados foi observada na análise preliminar da sétima entrevista e a coleta foi encerrada depois de entrevistada a oitava participante.

Por ocasião da entrevista, foram oferecidos esclarecimentos adicionais sobre os objetivos do estudo, a metodologia a ser utilizada, a análise dos dados e a utilização dos dados obtidos. Da mesma maneira, a todas foi assegurado o respeito ao anonimato pela manutenção em sigilo de nomes e de outras informações que pudessem identificá-las. Após isso e esclarecidas todas as dúvidas manifestadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado, ficando uma via com cada uma das participantes. Todos os cuidados éticos cabíveis ao estudo e previstos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram tomados e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnC (Parecer CEP-UnC nº 115/2006).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi escolhido para a análise dos dados e se caracteriza pela construção de um discurso único baseado em trechos resumidos dos discursos originais obtidos nas entrevistas e que apresentam semelhanças entre si.¹⁵ As ferramentas propostas para a organização dos discursos são¹⁵: **Expressões-Chave (EC)**: trechos do discurso destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria a ele subjacente. **Idéia Central (IC)**: nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia o(s) sentido(s) presente(s) em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de EC. **Ancoragem (AC)**: expressão de uma dada teoria ou ideologia professada pelo autor do discurso e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Afirmações genéricas usadas pelos depoentes para “enquadrar” situações particulares. Discurso do **Sujeito Coletivo (DSC)**: reunião num só discurso-síntese homogêneo, redigido na primeira pessoa do singular de ECs com a mesma IC ou AC. Os relatos obtidos nas entrevistas foram analisados para a identificação das expressões-chave de conteúdo semelhante. Em seguida, as ECs foram lidas repetidamente para identificação das ICs para, a partir daí, formular uma síntese originando um discurso único relativo a um tema. Os DSCs foram discutidos com base na literatura.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, as mulheres idosas participantes mostraram similitudes e diferenças entre si, mas mesmo em contextos de vida diferentes, a forma de pensar é geralmente semelhante. A idade média delas foi de 66 anos, sendo a mínima de 60 e a máxima de 75 anos. No que se refere ao estado civil, quatro mulheres eram casadas, três viúvas e uma solteira. Das viúvas, uma vive com um novo companheiro e as demais moram com uma filha e neto(a). Entre as casadas, uma reside com o esposo e a filha e as demais vivem somente com o esposo. A solteira mora sozinha por opção, pois considera importante não depender financeiramente da família e não precisar dar satisfação de sua vida aos irmãos e cunhadas.

“A viuvez ou a separação pode levar as mulheres à chefia de famílias monoparentais ou a viver na casa dos filhos [...] Morar sozinha ou morar com parentes pode ser o resultado desses mesmos desenlaces”. Os homens em geral chefiam famílias com mulher e filhos e, em sua maioria, ao ficarem viúvos ou após uma separação, encontram outra esposa; já as mulheres chefiam famílias com filhos, moram sozinhas, na casa dos filhos ou com parentes.^{2:37}

Cinco das participantes estudaram até a 4ª série do ensino fundamental. Elas relataram que encontravam dificuldade na leitura e escrita e buscavam aperfeiçoar-se no programa alternativo. Duas das participantes têm origem em famílias com melhor condição financeira e finalizaram o ensino médio. Uma concluiu o nível fundamental no ensino supletivo. Isso está de acordo com dados do IBGE³, que indicam que apenas 50% dos idosos tiveram a oportunidade de completar o ensino fundamental. Entre as mulheres, esse número é menor, pois os homens tinham mais oportunidade de estudar, principalmente antes da década de 1980, quando as diferenças entre gêneros começaram a diminuir. Essa realidade fica evidente quando analisamos as participantes deste estudo, que viveram sua juventude em uma época em que a mulher não “precisava” estudar, pois sua função era cuidar do lar, cabendo ao homem estudar e assumir os papéis de chefe e provedor da família.

Ao longo da vida, todas tiveram outro trabalho além do cuidado da casa e da família. Todas relataram ter trabalhado muito, o que as desgastou fisicamente. Uma delas não é aposentada e depende da renda do marido e da venda de trabalhos manuais; as demais são aposentadas e/ou recebem pensão por viuvez. Essas informações evidenciam que a dupla jornada de trabalho tão comum às mulheres, tão discutida e retrato fiel das desigualdades entre gêneros, também fez parte da vida cotidiana das participantes, impondo-lhes grande carga de trabalho nem sempre valorizado, porque nem sempre exercido no mercado formal.

Para se divertir ou se distrair durante o tempo livre, a maioria indicou o clube de idosos, local onde têm oportunidade de ficar com pessoas amigas, da mesma

idade e livres para passar horas agradáveis. Além dessa convivência, trabalhos manuais, atividades físicas, leituras e conversas com amigos também foram indicados como formas de lazer. A internet é também citada como forma de contato com pessoas e também de aquisição de novos conhecimentos.

Todas as participantes disseram se sentir bem mesmo quando têm algum problema crônico de saúde. Doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial não são consideradas limitantes; já o climatério e seus sintomas foram citados como doença e percebidos como algo ruim. Todas fazem algum tipo de atividade física como forma de lazer, de alívio do estresse e de manutenção da saúde. As atividades mais citadas foram hidroginástica, caminhadas e ioga.

A média de filhos foi de 2,5 por mulher. Em 1940, a média era de 6,2 filhos por mulher e em 2004 caiu para 2,1 o que se aproxima da média das participantes, embora elas tenham tido filhos nas décadas de 1960 e 1970, quando o número de filhos por mulher girava em torno de 6,3 e 5,8, respectivamente.³

Na seqüência, apresentamos as temáticas extraídas, as idéias centrais e os discursos resultantes da análise, bem como a discussão com base na literatura.

MUDANÇAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO

IDÉIA CENTRAL – Continua tudo igual

DSC – *Eu não esperava chegar até essa idade, achava que quando tivesse 60 anos já era! Que nada, estou aqui e não me sinto nem velha. **Eu continuo com toda a corda.** Não sinto nada diferente, continuo fazendo as mesmas coisas: dançar, que é a minha paixão, passear e viajar que eu adoro. Não parei de trabalhar, de estudar; aliás, estou estudando mais do que quando era criança. Acho que não vi mudança, **porque a gente vai entrando devagar na velhice, vai se acostumando com ela.** Então, de ruim, nada; se continuar assim está bom.*

O discurso reflete a maneira como o envelhecimento e a velhice eram considerados há algumas décadas, quando a pessoa que chegava aos 50 anos, especialmente a mulher, já na menopausa, não tinha grandes expectativas de futuro e deveria até mesmo portar-se mais sobriamente, usar roupas discretas e ficar em casa. Entretanto, as melhorias significativas nas condições de vida ocorridas no século XX contribuíram para aumentar a perspectiva de vida, ajudando a modificar a forma de considerar a velhice. Na juventude das participantes, alguém com 50 anos era considerado idoso, o que ajuda a compreender a visão que tinham da velhice e que se modificou na própria vivência.

O aumento da expectativa de vida para cerca de 70 anos fez muitas coisas mudarem no campo do envelhecimento e da velhice, pois agora há a possibilidade de desenvolver

novas habilidades, de viver melhor e de realizar alguns sonhos da juventude e que em outras épocas poderiam ser considerados inadequados para essa idade.^{4,16} As mudanças na situação/condição social das mulheres criou novas oportunidades permitindo-lhes viver sem o alto grau de discriminação de antigamente, com mais direitos e oportunidades. O discurso revela, também, a percepção do envelhecimento como um processo que se dá ao longo da vida, o que está de acordo com o discurso científico sobre o envelhecer.

IDÉIA CENTRAL – A perda da força e as doenças

DSC 1 – *Não gosto de ter chegado nessa idade com problemas de saúde, essas coisas de velho. A menopausa é simplesmente horrível, uma fase difícil da vida, mas **a gente aprende a lidar com isso também.** A gente é como uma árvore: até que é nova é viçosa, depois vai subindo e ficando desfolhada. Quando se é nova, tudo vem, mas tudo vai. A partir dos 60, tudo vem e quase tudo fica. As forças vão acabando, não tem mais aquela disposição para trabalhar, não consegue mais fazer as coisas como antes; parece que o serviço não rende mais, o tempo vai mais devagar, **mas na cabeça é tudo igual.***

Para as mulheres em geral, as doenças são mais incapacitantes do que para os homens, razão pela qual tendem a ingerir maior quantidade de medicamentos que eles e, mesmo com o passar da idade, essas diferenças se mantêm.^{6,12} A menopausa é considerada um marco na percepção do envelhecimento por muitas mulheres, pois com ela o envelhecimento passa a ser mais sentido. Isso sugere quanto a vida da mulher gira em torno da fertilidade/reprodução e que o fato de estar biologicamente impedida de fazê-lo marca o início da velhice,¹⁶ separando a mulher de uma suposta "essência" feminina.

No passado, muitas não tinham a oportunidade de experimentar o climatério e de sentir suas conseqüências porque não viviam o suficiente para isso. Com o aumento da expectativa de vida, "as mulheres passaram a viver mais e a experimentar os efeitos da menopausa", tais como a perda de vigor, de massa óssea, de hormônios, de libido e outros sintomas que sinalizam o início de uma nova etapa na vida, considerada por muitas a mais próxima da velhice.^{17,72} Por causa dos seus efeitos, muitas mulheres e até profissionais da área da saúde consideram a menopausa uma doença. Em resumo, a ciência considera o climatério e a menopausa como algo a ser controlado e medicalizado, "e não [...] uma etapa natural do ciclo de vida feminino".^{16,179} Atualmente, com os avanços científicos, há possibilidade de postergar a menopausa e atenuar os sintomas típicos do climatério, proporcionando a muitas mulheres melhor aceitação dessa etapa.¹⁶

O discurso analisado destaca o aprender como forma de lidar com possíveis problemas de saúde que acompanham o envelhecimento, o que vai ao encontro de um dos critérios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa¹⁴ e que trata do desenvolvimento de habilidades pessoais. De acordo com esse critério, aprender durante

toda a vida é importante para as pessoas se prepararem para as diferentes fases do viver, até mesmo para o enfrentamento de doenças. Há também, no discurso, referência à existência de um descompasso entre o envelhecimento do corpo e o da mente, pois, enquanto diminuem a disposição, o vigor e a agilidade física, o mesmo não acontece com a "cabeça". Essa diferença de ritmos de envelhecimento também exige adaptação e demanda ações de assistência e de promoção da saúde.

IDÉIA CENTRAL – As mudanças dependeram também dos outros

DSC 1 – *Minha vida mudou, depois que **ele parou de beber**, é outra vida, uma tranquilidade.*

DSC 2 – *Minha vida mudou bastante depois que **fiquei viúva**, porque antes estava mais presa ao casamento. Eu me libertei para fazer as coisas do jeito que eu achava que devia ser feito*

DSC 3 – *Até que os **netos** eram **pequenos**, não dava para sair, porque sempre me dediquei muito a eles.*

DSC 4 – *Mesmo já de idade, eu **morava com meus irmãos, cunhadas e sobrinhos**. Então, eu não tinha como mudar nada. Só queria ter tido a oportunidade de estudar, ter liberdade, porque quando morava com a família a gente não era nada. Depois que saí, mudou! Estudei, fui trabalhar fora, comecei a comprar minhas coisas. Só depois disso, fiz a minha vida.*

Fazer mudanças na própria vida não é tarefa fácil, principalmente para mulheres que aprenderam a aceitar muitas coisas (tal como a relação de dependência com o marido e/ou outros homens da família) como naturais e a seguir regras. Em razão da naturalização dos papéis femininos que enfatizam a maternidade, as mulheres podem ter maior circulação social dado o cuidado dos filhos e de outros membros da família, bem como um vínculo afetivo mais forte com eles, o que atua reforçando a percepção deles como naturais. Esse maior envolvimento atua a seu favor como fator protetor, mas, por outro lado, "elas podem ser relativamente prejudicadas pelas imposições sociais de prestar cuidados aos cônjuges e ascendentes"^{12:16} O **cuidar** também interfere na forma como a mulher vive o seu envelhecimento e a sua velhice porque a necessidade de fazê-lo limita-lhe a liberdade, como acontece quando assume o cuidado dos netos.

Os discursos deixam evidente que mudanças no curso da vida dessas mulheres nem sempre dependem apenas da iniciativa individual ou da própria vontade, mas de ações dos outros ou de fatos que as permitam. Assim, a mudança vem intimamente vinculada a terceiros: o marido que deixou de beber ou morreu; o crescimento dos netos; o fato de não morar mais com parentes. Isso sugere a vinculação da vida da mulher com o viver de outros, dependentes dela ou dos quais ela depende, que perdura, restringindo-lhe iniciativas e oportunidades.

Com o seu viver relacionado ao cuidar, a mulher permaneceu profundamente ligada ao lar durante

muito tempo, vivendo em famílias nucleares formadas pelo casal e filhos. Nessa conformação, pessoas solteiras permaneciam com os pais ou com outros parentes, seguindo as suas regras. Essa situação é especialmente verdadeira para as mulheres jovens e/ou velhas que, em sociedades cuja história é dominada pelos homens, "podem até disputar a autoridade na vida privada; [mas] na vida pública, seu estatuto é idêntico; são eternas menores"^{5:111} Esses arranjos familiares sofreram alterações ao longo do tempo em razão de mudanças culturais e de fatores financeiros, já que muitas mulheres passaram a trabalhar fora do lar, exercendo atividades remuneradas. A criação dos planos de aposentadoria, a aposentadoria para as agricultoras e as pensões para viúvas, conferiu independência financeira a muitas mulheres, possibilitando o aumento do número de idosas que moram sozinhas por opção. Essa é uma grande conquista, mesmo que, em muitos casos, possa ser uma condição temporária, limitada ao período em que tenham condições físicas e mentais para desempenhar as atividades básicas diárias.⁸

PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

As participantes do estudo revelam percepção repentina do envelhecimento vinculada à idade de 60 anos, como se ele acontecesse abruptamente "do dia para a noite". A mudança do *status* de adulto para idoso nessa idade pode provocar perturbação, pois, se a passagem cronológica se dá facilmente, na mente as coisas ocorrem assim. As alterações físicas acontecem gradativamente, mas a percepção delas não se dá dessa maneira, e algumas pessoas podem não compreendê-las, sendo tomadas de surpresa ao se darem conta da velhice. Estudo desenvolvido em Goiânia com dez idosos(as) faz referência a eventos como menopausa, ganho de peso, rugas e doenças, que fazem com que a velhice seja percebida abruptamente ainda na quarta década de vida¹⁸, o que difere do presente estudo, onde a percepção súbita do envelhecimento é marcada pelo aniversário de 60 anos.

Esses conflitos e a não-aceitação do envelhecimento e da velhice podem ser aprofundados pela sociedade contemporânea, que supervaloriza a juventude, bem como os aspectos físicos e estéticos a ela relacionados. Em um mundo como esse, o corpo jovem, firme e esbelto é muito valorizado e desperta nas pessoas o desejo de prolongar a juventude, agindo para apagar/amenizar as marcas do tempo. Soa como "se o velho bom fosse o eterno jovem, como se fosse possível aumentar a longevidade sem chegar à velhice"^{4:33} Essa é uma visão que desvaloriza a velhice, considerando o envelhecer como sinônimo de fatores tidos como negativos (doenças, problemas físicos, mentais, dependência dos outros, incapacidades e inatividade) que induzem as pessoas a pensar que a velhice deve ser prevenida e que os efeitos do envelhecimento devem ser amenizados.

Nesse sentido, a cobrança é ainda maior para as mulheres, em razão dos padrões estéticos considerados

ideais e desejáveis para todas e em qualquer idade, o que contribui para reforçar a idéia da velhice como anomalia contra a qual é preciso lutar. Queros e Neri¹⁹ afirmam que isso abre a possibilidade de conflitos internos, pois envelhecer não é uma opção; para as autoras, os homens conseguem conviver mais serenamente com seus conflitos internos do que as mulheres, o que pode explicar os estados depressivos que muitas referem ao perceberem que estão envelhecendo.

Com todas essas alterações, é necessário preparar-se para envelhecer, pois as mudanças corporais são inevitáveis, embora seja possível atenuá-las ou retardá-las. Nesse sentido, conhecer a si mesmo(o), perceber as mudanças e buscar melhorar as condições da vida na velhice é importante para que a(o) idosa(o) se mantenha integrada(o) na sociedade.¹⁷

IDÉIA CENTRAL – Envelhecer é um dom

DSC – *Não sinto que estou envelhecendo! Eu sempre tive espírito jovem, e a mente não envelhece. Tu tens o dom de ficar velha, de conquistar a velhice. Então, velho é só maneira de dizer. Eu tenho mãe, e ela é que é velha.*

A idéia hoje tão enfatizada da necessidade de preparar-se para a velhice está presente no discurso que a trata como uma conquista. Envelhecer é processo gradativo, contínuo e inexorável, mas sentir-se velho depende de como a pessoa percebe a si própria e de seu modo de ver a vida. Existem diferentes percepções do envelhecimento e da velhice, o que varia de acordo com a cultura. Para o grupo Bambara do Mali, a velhice é uma conquista e o envelhecimento é “um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano.”^{20:850} Nessa visão, prevalecem o conhecimento, os ensinamentos que podem ser transmitidos e a maior proximidade com ancestrais. Na cultura ocidental, prevalece a idéia de que é preciso manter-se fisicamente jovem, o que supervaloriza os aspectos visíveis em detrimento dos internos à própria pessoa e da trajetória de vida. O ideal é unir o exterior com o interior, pois é o conjunto que leva uma pessoa a sentir-se bem, uma vez que tudo o que ela vivenciou pode interferir em seu processo de envelhecimento.⁴

No discurso analisado, nova referência é feita ao fato de a mente não envelhecer, o que contribui para reforçar a idéia de que, nas diferenças de ritmo de envelhecimento, o corpo envelhece mais rapidamente.

A VIDA HOJE

IDÉIA CENTRAL – Aprender e se cuidar

DSC – *A gente tem que conhecer as coisas, ler, fazer cursos, ouvir palestras, ir para a aula no 'Alternativo'. Eu continuo me aperfeiçoando e sou feliz assim, aprendi muita coisa. É preciso também se cuidar e percebi isso na hidroginástica; diminuí o estresse e me sinto melhor. Então, a vida não acabou, porque a vida nunca pára, a gente sempre tem algo para aprender.*

As mulheres que hoje são idosas viveram por muitos anos à margem dos homens (pais, maridos), os quais tinham mais oportunidades e mais direitos assegurados. As mulheres participantes que não estudaram quando jovens o fazem agora, buscando coisas novas, bem como integrar-se à sociedade e interagir com um mundo novo.

O ato de aprender é muito estimulado na velhice, atualmente, como “forma de manter a mente ativa, possibilitando adaptação às mudanças, à convivência em sociedade, em família e consigo mesmo”.^{21:114} O mesmo acontece com a atividade física, cada vez mais enfatizada na velhice. Os profissionais da saúde vêem as atividades intelectual e física como alternativas para prevenção de doenças crônico-degenerativas de alto custo para a sociedade. Entretanto, o discurso indica que não é apenas isso; nele, essas atividades surgem também como oportunidade de desenvolvimento e de bem viver a velhice, colocando-a como um período pleno de possibilidades.

Sobre a relação entre exercício físico e longevidade, uma pesquisa feita por geriatras da Universidade de Harvard com médicos que lá estudaram na década de 1950 e que praticavam exercícios físicos regulares indicou que eles aumentaram em um ano a expectativa de vida na faixa dos 80 anos, mas a maior vantagem encontrada foi a melhoria na qualidade de vida e na disposição deles para viver na velhice.²² A prática de exercícios é benéfica em qualquer idade, postergando ou atenuando o processo de envelhecer, mas em idades mais avançadas ajuda a prevenir doenças e o envelhecimento não saudável.

IDÉIA CENTRAL – O convívio com as pessoas

DSC 1 – *A melhor coisa que tem são os grupos de idosos, porque a gente convive com a turma da nossa idade, que tem as mesmas idéias; os jovens pensam de outra maneira. E eu tenho cada vez mais amigas, porque não tenho preconceito.*

DSC 2 – *A família também é importante. Minhas filhas estão me 'pageando' mais agora. Eu tenho um marido que me acompanha e, quando as coisas não estão certas, a gente conversa.*

O convívio com pessoas é importante para manter-se ativa(o) e saudável, e nos grupos de idosos ocorrem novas descobertas, novas amigas e, em alguns casos, relacionamentos amorosos. Os discursos reforçam a idéia de que os grupos de idosos proporcionam troca de experiências, desenvolvimento de diferentes atividades e a criação/fortalecimento de vínculos afetivos. O convívio com as pessoas da maneira como apresentado nos discursos converge com o critério de criação de ambientes saudáveis para a promoção da saúde, como forma de estímulo à ajuda recíproca (cuidado de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente).¹⁴

IDÉIA CENTRAL – A vida sem compromissos

DSC – *Agora, faço as coisas quando tenho vontade, sem horário fixo. Não preciso levantar tão cedo e saio quando quero. Hoje, penso que tem que viver o máximo, não só trabalhar o máximo.... e viver bem.*

Envelhecer sugere a possibilidade de uma vida sem os compromissos habituais da vida de um adulto jovem ou médio. Poder aproveitar a vida, sem seguir tantas regras impostas pelo trabalho, pela família e não ser tão submetido às diferentes maneiras de controle da vida, oportuniza conhecer um mundo novo, mudar e experimentar novas maneiras de viver e realizar as próprias vontades. Durante a vida adulta, as pessoas, geralmente, trabalham para sustentar a família e assegurar algumas possibilidades de uma velhice tranqüila. Sonham com a aposentadoria e com a liberdade que ela sugere, fazem planos para viver sem as cobranças e responsabilidades que vivenciaram como trabalhadores.^{23,24} Mas nem sempre é assim em um mundo que valoriza o trabalho e a produtividade e, ao aposentar-se, a pessoa pode sentir-se inútil, ultrapassada, um peso social. Os discursos indicam que esse não é o caso das participantes.

O FUTURO

IDÉIA CENTRAL – Importante é viver o presente

DSC – *Daqui para frente, tudo que vier é lucro. Então, é viver o momento. Amanhã é amanhã; não sei se vou estar aqui e então vivo o presente.*

IDÉIA CENTRAL – Quero aproveitar o que vem

DSC – *Eu quero viver na natureza até o final da vida, plantar, cuidar das minhas árvores, viajar e me doar para os meus filhos. Enfim, quero aproveitar tudo o que vem pela frente. Não gosto de ficar em casa; gosto de sair.*

Muitas pessoas aprenderam, ainda quando crianças, que não existem perspectivas de futuro ao envelhecer. Esse conceito se modificou muito, mas, mesmo assim, muitos o aceitam e o traduzem na sua forma de viver a velhice, como apresenta o primeiro discurso acima. É necessário conhecer as mudanças, saber o que está por vir e aceitar a finitude, mas reconhecendo a possibilidade de realizar, de sonhar, viver e ser feliz. Ter a oportunidade de conhecer um mundo novo dedicando-se a coisas a que não podiam dedicar-se anteriormente em razão das próprias demandas da vida de adulto com muitas responsabilidades e compromissos, poder estar mais perto da natureza, conviver com a família e, para algumas mulheres, poder sair de casa é sinônimo de liberdade. O enfoque dado atualmente pelos meios de comunicação ao aumento no número de idosos, geralmente, sugere a idéia de doenças e perdas físicas, mentais, materiais e sociais. Nesse contexto, resta aceitar o destino, mas a

realidade pode ser bem diferente, principalmente se o(a) próprio(a) idoso(a) estiver consciente da importância de se manter atuante e integrado em seu meio.

Abre-se, aqui, mais um espaço para a atuação em promoção da saúde no sentido de reforçar o desenvolvimento de habilidades pessoais, bem como a criação e a inserção em ambientes favoráveis nos quais o convívio com os outros seja incentivo à ajuda recíproca, à reorientação de modos de vida, ao cuidado de si e do outro.

IDÉIA CENTRAL – Quero ter saúde

DSC – *Eu espero não ficar doente, não ficar de cama, quero trabalhar, fazer as minhas coisas em casa sem depender de ninguém... e poder chegar ao final da vida com saúde. Quero estar lúcida e saber o que se passa em volta. Tendo saúde, não preciso de mais nada.*

O envelhecimento ainda está muito ligado ao declínio das funções físicas, mentais e a problemas de saúde, e o fato de a pessoa não ter doenças consideradas características da velhice é um fator importante para a felicidade. As doenças crônicas ameaçam a preservação do corpo e da mente e são muito mais freqüentes na velhice. Entre os idosos, principalmente mulheres, é cada vez maior o número de doenças crônicas que incapacitam para a realização de tarefas consideradas simples.²⁴ O discurso indica que a percepção da própria velhice está ligada à possibilidade de realizar essas tarefas, sugerindo que a mulher se consideraria velha quando não conseguisse mais realizá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do que é ser mulher e de como viver sendo mulher nas diferentes etapas da vida mudou muito, mas ser mulher e idosa é uma situação relativamente nova, pois vivemos em uma época com número crescente de pessoas idosas. Com este estudo, foi possível perceber semelhanças entre a maneira de perceber o processo de envelhecer e de agir na velhice das participantes e na literatura. Para as participantes, mesmo quando a velhice é repentinamente percebida, o envelhecimento se dá gradativamente, possibilitando à pessoa aprender a conviver com ele, e alguns indicadores, tais como rugas e cabelo grisalho, marcam o início desta etapa. A linha divisória entre a vida adulta e a velhice é representada pelos 60 anos, mas as participantes percebem o envelhecimento como um "dom" não conferido a todas, que traz vantagens e desvantagens.

O desgaste físico foi indicado como ponto negativo por, em algumas situações, impedi-las de executar tarefas que anteriormente executavam com facilidade. As mudanças psicológicas, hormonais e a depressão vêm em conseqüência das alterações percebidas no

corpo e que as levam a ver a vida com outros olhos. As mulheres destacam os problemas de saúde como aspectos negativos do envelhecer, mas as doenças crônicas não são consideradas como problema porque não as incapacitam.

O cuidar de outros (filhos, marido, familiares) e a dependência de terceiros esteve muito presente ao longo da vida dessas mulheres. As próprias demandas da vida as levaram a postergar sonhos, muitos dos quais puderam ser concretizados na velhice, depois de cumpridas obrigações como encaminhar os filhos, cuidar dos netos e ajudar o marido a abandonar o álcool. Situações como adquirir independência financeira ou mesmo a viuvez, vinculadas à conquista de liberdade, ajudaram-nas a realizar sonhos, permitindo-lhes viver a vida à maneira delas.

Os discursos analisados deixam claro que as mulheres não se prepararam para o envelhecimento e expressam que, se o tivessem feito, se soubessem o que as esperava e se tivessem tido a oportunidade de aprender mais sobre como é o envelhecer, poderiam estar em melhor forma.

Dentre as maneiras de preparo para a velhice e de melhor vivê-la, destacam a prática de exercícios físicos como forma de movimentar o corpo e aliviar o estresse. Somado a isso, fazer amigos, divertir-se e conviver com outras pessoas atuam como estímulos para que se mantenham atualizadas. O aprendizado e a possibilidade de aprender coisas novas servem como forma de renovação, fazendo com que se sintam inseridas no mundo.

A velhice é vista como um recomeçar. As idosas têm consciência de que a etapa que estão vivendo é a última da vida e procuram vivê-la intensamente. Entretanto, isso não é visto como algo que impõe limites, mas, ao contrário, leva-as a perceber que é possível sonhar e concretizar sonhos justamente porque não existem mais os muitos compromissos da juventude e da vida adulta que lhes tolham tempo, o que lhes permite ver a vida com outros olhos e simplesmente viver bem.

Para o futuro, almejam ter saúde para manter a independência e para cuidar de si mesmas sem precisar de auxílio para desenvolver as atividades diárias. Com isso, esperam aproveitar cada momento da vida e ser felizes.

Os discursos analisados indicam que poder decidir o que fazer da própria vida sem sentir-se obrigada a dar satisfação de seus atos é muito importante para essas mulheres que passaram por grandes mudanças culturais, chegando à velhice com vigor físico e mental, para vivê-la em tempos de maiores direitos e possibilidades para as mulheres. Tudo isso lhes permite viver cada vez melhor, realizando coisas que não fizeram quando jovens por

falta de recursos, em razão das obrigações ou porque muitas possibilidades lhes eram vetadas justamente porque são mulheres.

As participantes não consideram a velhice de forma negativa, apesar das limitações que esta traz em vários campos do viver. Além disso, o envelhecer é tido como algo bom, um "dom", que é aprendido na própria vida. Embora possa ser uma surpresa perceber-se velha, o que pode até mesmo provocar depressão justamente por evidenciar subitamente uma série de perdas, especialmente no plano físico, esse não é o pensamento predominante entre essas mulheres. Mesmo quando isso acontece, é situação passageira que demanda aceitação e adaptação à nova fase, ao corpo idoso, à nova condição. A necessidade de adaptação à velhice ajuda a desnaturalizar essa fase da vida que, como tantas outras, quando percebida como "natural", não demanda atenção ou estudo, exceto nos seus desvios.

A resignação com a velhice e com a aproximação do final da vida não é o resultado trazido pela superação da "surpresa" provocada por perceber-se velha. Ao contrário, a velhice passa a ser considerada como oportunidade de realização e como tempo de liberdade, em que a própria vida pode ser vivida intensamente, sem limites impostos por compromissos. É a velhice vista como oportunidade e realização.

Esses são elementos importantes para os profissionais de saúde, que precisam conhecer a população com a qual trabalham para além dos aspectos biomédicos e epidemiológicos que, embora essenciais para um bom planejamento da atenção em saúde, não são suficientes para o cuidado. O envelhecimento populacional exigirá cada vez mais conhecimento e tecnologia. Entretanto, é preciso também dar maior atenção aos sonhos e desejos, mesmo na velhice, quando há uma tendência a focalizar as doenças do corpo e da mente, ao invés dos aspectos saudáveis, e este estudo ajuda a demonstrar isso.

Esse é precisamente o foco da promoção da saúde, cujas estratégias podem desenvolver-se nas direções individual e/ou coletiva, envolvendo o fortalecimento da capacidade para lidar com os múltiplos fatores que condicionam a saúde e da capacidade de escolha.^{25:706} Uma atenção de saúde de boa qualidade técnico-científica e humana demanda que se pense a velhice como processo que envolva também o corpo biológico, bem como as/os que a vivem tendo dela uma visão bem diferente daquela que os profissionais de saúde têm. Isso implica mudança para deixar de ver as(os) idosas(os) como um aglomerado de doenças crônicas, vendo o que não está ao alcance dos olhos e dando oportunidade de participação às/aos idosas/os, hoje muito conscientes de suas próprias necessidades, nem sempre evidentes nas estatísticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002 jul./ago.; 7(4):899-906.
2. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas (SP): Papirus; 2004.
3. Brasil. *Projeção da população do Brasil: 1980 – 2050*. Censo Demográfico. [Citado em 19 mar 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Kachar V. *Terceira idade & informática: aprender revelando potencialidade*. São Paulo: Cortez; 2003.
5. Beauvoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
6. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Rev Saúde Pública*. 1992 jun.; 26(3):195-202.
7. Louro GL. Nas redes do conceito de gênero. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizador. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
8. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud Avan* 2003 set./dez.; 17(49):35-63.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais e de saúde 2005*. Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica nº 17. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
10. Veras R, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 abr./jun.; 9(2):423-32.
11. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, AL, Organizador. *Qualidade de vida e idade madura*. 3ª ed. Campinas: Papirus; 2000.
12. Neri AL. *Velhice e qualidade de vida na mulher*. In: Neri AL, Organizador. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus; 2001.
13. Oliveira JC, Albuquerque FRPC. A mortalidade no Brasil no período de 1980-2004: desafios e oportunidades para os próximos anos. [Citado em 15 out 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadavida/2004/metodologica.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Informação Educação e Comunicação. Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Saundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). *Caxias do Sul: EDUCAS*; 2003.
16. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol Reflex Crít*. 2004; 17(2):177-87.
17. Oliveira MC. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas: Papirus; 2004.
18. Silva EV, Martins F, Bachion MM, Nakatani AYK. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *Reme Rev Min Enferm*. 2006 jan./mar.; 10(1):46-53.
19. Querosz NC, Neri AL. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice. *Psicol Refl Crít*. 2005; 18(2):292-9.
20. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun.; 19(3):849-53.
21. Cachioni M. Universidade da terceira idade das origens à experiência brasileira. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas: Papirus; 2004.
22. Timo-laria C. O envelhecimento. *Acta Fisiátrica* 2003 dez.; 10(3):114-20.
23. Coelho S. *Envelhecer e ser feliz: conversando com a terceira idade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
24. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun.; 19(3):705-15.
25. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saúde Pública*. 1999 out./dez.; 15(4):701-9.

Data de submissão: 8/10/2007

Data de aprovação: 7/4/2008