



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

A Importância das Relações Sócio-Familiares na Promoção da Qualidade de Vida do Idoso

SIMONE ALEX DE OLIVEIRA

BRASÍLIA – DF

NOVEMBRO/2009

SIMONE ALEX DE OLIVEIRA

**A Importância das Relações Sócio-Familiares na
Promoção da Qualidade de Vida do Idoso**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito
parcial para a obtenção do grau de Psicólogo
da Faculdade de Ciências da Educação e
Saúde (FACES).

Professora-Orientadora: Maria Do Carmo de
Lima Meira.

BRASÍLIA, NOVEMBRO/2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professora Maria Do Carmo de Lima Meira

Professora Cristina Loyola

Professora Cláudia May

A menção final obtida foi:

BRASÍLIA, NOVEMBRO/2009

Dedicatória

Dedico esta monografia ao meu pai *in memoriam*, e à minha mãe pelo carinho, paciência e ajuda, aos meus irmãos e amigos, pelas palavras de incentivo e apoio durante toda esta jornada.

Agradecimentos

Agradeço de todo o coração a todos os professores que passaram pela minha jornada.

À minha Orientadora Professora Maria do Carmo, que me acolheu com a calma, atenção, carinho e paciência. Pelas palavras de motivação e ensinamento durante a realização deste trabalho. Obrigada!

À todos os amigos que cultivei nesta jornada, e que guardarei no coração para sempre.

À minha família inteira pela compreensão e apoio durante a fase desta monografia.

À Minha irmã Soninha que é minha melhor amiga e companheira, confiante e parceira nos momentos de risos e choros da vida.

Às minhas queridas amigas e confidentes, Rute, Mariana e Kely, que sempre estiveram comigo nos momentos mais difíceis, e tenho certeza estarão sempre.

À minha terapeuta Luciana, pelo apoio, incentivo e amizade.

À Vicente, pelo incentivo quando tudo começou. Muito obrigada!

À Minha filha Carol, a quem eu amo tanto, é a luz da minha, e a minha melhor motivação. Seu carinho e amor são muito importantes nos momentos felizes e nos mais difíceis, com certeza!

Ao ser Universal, de onde vem força e equilíbrio para perfazer a caminhada, na certeza de nunca estar sozinha.

Epígrafe

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo (1802-1885)

Sumário

Resumo	vi
INTRODUÇÃO	9
Capítulo I – O IDOSO E O PANORAMA POLÍTICO-SOCIAL ATUAL	15
1.1 Conceito	15
1.2- Cenário atual do processo de envelhecimento.....	18
1.3- Aspectos Gerais sobre a Velhice	24
1.4- A Interferência das Políticas Públicas	26
1.5- Políticas Sociais – Escola Aberta e Universidade Aberta da Terceira Idade – (UnATI)	30
Capítulo II - QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	34
2.1- O que é Qualidade de Vida (QV)?.....	34
2.2- Qualidade de Vida do Idoso.	36
Capítulo III – O PAPEL SÓCIO-FAMILIAR NA	50
QUALIDADEDE VIDA DO IDOSO.....	50
3.1-A Família em Constante Mudança	50
3.2-O Contexto Familiar	52
3.3- Família e Sociedade.....	59
3.4-Aspectos gerais do suporte sócio-familiar.....	62
3.5- A Importância da Rede de Suporte Sócio-familiar.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

Resumo

O envelhecimento populacional traz preocupações sob a dimensão pública, social e familiar, conhecer estas perspectivas e como elas influenciam na promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso foi a preocupação deste trabalho. No exterior é considerado como idoso o sujeito acima de 65 anos de idade e no Brasil acima de 60 anos, mas a velhice é um constructo cercado de complexidade e subjetividade e influência cultural, política e ideológica, e para se viver bem a fase da terceira idade, é de suma importância o trabalho de políticas públicas e sociais, como por exemplo, a fiscalização para que se cumpra de fato o que estabelece o estatuto do idoso, e a criação de mais espaços de engajamento social, como o trabalho do SESC e as UnATI. O próprio movimento do idoso pode pressionar para novas conquistas como já se concretizou até hoje, mesmo não sendo o ideal, mas consideramos que a conquista dos idosos é muito grande. O relacionamento social e familiar ou de suporte é o que realmente pode assegurar ao idoso a motivação para vivenciar as conquistas de seus direitos, o relacionamento pode assegurar que o idoso viva essa fase com qualidade de vida mesmo na presença dos comprometimentos naturais da idade, visto que podem se sentir vivos, úteis, ter uma percepção mais positiva da real situação, quando o idoso se engaja em algum curso, ou num projeto, é como se voltasse a ser útil e produtivo, o idoso precisa ser respeitado, tratado sem infantilização ou preconceito, deve ser tratado com dignidade. Este trabalho vem mostrar o quanto é importante essa inter-relação, já que no futuro, a população deverá ser marcada pela solidariedade, visto que a família está cada vez menor e a população cada vez mais idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento, qualidade de vida do idoso e relacionamento sócio-familiar.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo como Estatuto do Idoso, a pessoa acima de 60 anos é considerada idosa, mas de acordo com a subjetividade humana, derivado da percepção e internalização e vivência de cada um, esse marco é diferenciado entre a população idosa, podemos perceber entre os nossos, que há inclusive pessoas jovens que agem e pensam como velhos, e velhos que pensam e agem como jovens, como dizia Moreno, cada pessoa se desenvolve diferentemente no campo mental, afetivo e social. (Costa 1998).

Existem diversos termos para se referir as pessoas desta chamada última etapa do ciclo vital: velho, idoso, 3ª idade. De acordo com a literatura estudada, o termo velho pode vir associado ao sujeito decrépito, já idoso e 3ª idade, é associado ao sujeito com possibilidades, que tem acesso ao esclarecimento, estando mais integrado, mesmo com as limitações da idade, ou seja, é um termo que denota imagem positiva desse segmento populacional.

De acordo com a revisão bibliográfica feita, que a população em geral, e a brasileira, em particular, que é nosso foco no estudo, está em pleno envelhecimento populacional, dentre outros fatores, devido a mudança nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade. Essas mudanças ocorreram em função da diminuição de fecundidade, devido a entrada e crescimento da posição da mulher no mercado de trabalho, utilização de contraceptivos e avanços tecnológicos que previnem e garantem o tratamento a saúde, esse tratamento é claro, tanto estético quanto em relação às doenças, ainda não atinge a população em sua unanimidade, mas em alguma medida todos foram beneficiados com essas inovações no mundo contemporâneo.

Podemos dizer que a população em geral hoje tem acesso a todo tipo de informação, pela mídia, pela internet, sendo que hoje em dia as pessoas têm mais acesso a faculdade, cursos, trabalhos de ONG's etc., o que favorece o contato com informações sobre saúde e cuidados para a prevenção, diagnósticos e tratamentos.

Constatamos que a população idosa é em grande parte feminina, isso vem ocorrendo entre outros fatores, devido a sua atitude em buscar informações, serviços de saúde, preocupação com seus hábitos alimentares e com a aparência, ou seja, se cuidando mais, elas sobrevivem mais, e são as mulheres que idosas ou não, estão mais propensas a fazer trabalhos voluntários, participar de grupos e cursos, palestras. Observa-se, porém, que na viuvez as mulheres estão menos propensas a buscar essas atividades e o recasamento, influenciadas pela cultura familiar, mas são em geral mais animadas e buscam ocupar o tempo com atividades, seja cuidar dos netos ou jogar com as amigas.

As políticas públicas são insuficientes, visto a grande demanda da população idosa, o inchaço do sistema público, em contrapartida, existe uma dependência em face da aposentadoria, mas não é um padrão do segmento idoso. Os mesmos muitas vezes são ainda chefes de família sustentando e abrigando filhos adultos que não saem de casa nunca, ou mesmo quando sem recursos, são sustentados pelos filhos e em troca, cuidam dos netos, da arrumação da casa, da refeição da família, da costura das roupas, da reunião de escola dos netos. Isso muda com a velhice avançada, que incapacita mentalmente e fisicamente o idoso.

Hoje já não é raro o idoso conseguir driblar o preconceito e discriminação, e se colocar como sujeito, inclusive aceitando usufruir de seus direitos conquistados ao longo das décadas, como o direito a utilizar o turismo com descontos, usar os acentos preferenciais, acesso a filas preferenciais, entre outros fatores.

A demanda de serviços para essa população cresceu muito e serve em geral aos idosos que conquistaram uma aposentadoria, que são da década privilegiada em termos de emprego e estabilidade financeira, em detrimento do que vemos hoje. O turismo para idosos também cresceu, e toda gama de serviços, como academias, spas, cursos etc., e o perfil da população são pessoas que têm mais tempo, um pouco mais de renda, quase nenhuma atividade e menos rede de relacionamentos e que buscam nesses espaços, novos relacionamentos em geral, resgatar a auto-estima, sentirem-se úteis, vivos, e para alguns, resgatar a própria identidade.

O processo de envelhecimento ocorre em um contexto de desigualdades sociais, econômicas, precário acesso aos serviços de saúde, isenção de uma política governamental de qualidade.

No que compete às entidades públicas, encontram-se importantes obrigações como estimular a criação de locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; apoiar a criação de Universidades Abertas para a Terceira Idade (UnATI's) e impedir a discriminação do idoso e sua participação no mercado de trabalho.

A conscientização quanto a necessidade de promover qualidade de vida do idoso tem despertado na mídia a responsabilidade de participar e tentar influenciar a sociedade, no sentido de divulgar novas tecnologias para tratamentos e mais que isso, disseminar a idéia de que para se viver mais, deve-se viver melhor, com interação social, atividade física e objetivos na vida, entre tantas outras coisas, mesmo que o dinheiro e a saúde sejam escassos.

É justo e necessário garantir ao idoso a sua integração na comunidade, a volta desse grupo ao mercado de trabalho tem incentivado e alimentado a expectativa positiva

e aspirações dos grupos da melhor idade, pois com expectativas e projetos, o idoso mantém ou obtém o sentimento de importância e fortalece a própria identidade.

Envelhecer com qualidade de vida é um desafio cercado de muitas dificuldades. O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, tendo em vista sua necessidade de conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Dados da literatura propõem que o apoio e a rede de relações sociais na velhice, quer sejam com o cônjuge, com os familiares e/ou principalmente com amigos da mesma geração, favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos.

As pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes se o apoio adequado lhes for proporcionado. Os idosos encontram-se potencialmente em risco não apenas porque estão velhos, mas porque estão vulneráveis à incapacidade a partir de suas próprias mentes, seus corpos e seu meio físico e social, já que a percepção subjetiva de sua situação desfavorece em geral, mais do que a própria limitação da idade.

No campo do tratamento e da reabilitação é comum, hoje, pensar em ações multiprofissionais, oferecendo alternativas de ajuda aos familiares de idosos acometidos de doenças que causam incapacidade física e cognitiva, de informação e de auto-ajuda (Neri, 2004, p.21-22).

A boa qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo, biológico ou psicológico, nem uma responsabilidade individual, mas, sim, um produto da interação entre pessoas vivendo numa sociedade em transformação.

De acordo com as atuais pesquisas na área de gerontologia, o prognóstico da população é que será constituída de idosos, devido a nova constituição familiar.

Este trabalho tem como propósito analisar a importância das relações sócio-familiares e sua contribuição na promoção da qualidade de vida do idoso brasileiro.

Como objetivos específicos, pretende-se conhecer de que forma a família pode contribuir para a busca e a manutenção da qualidade de vida na 3ª idade. Reunir informações sobre os aspectos psicossociais que contribuem para adquirir e manter a qualidade de vida na 3ª idade.

Optou-se no primeiro capítulo fazer um breve histórico do conceito de idoso, a diferença entre velho, velhice, idoso, terceira idade e qual é o marco cronológico dessa fase; falamos sobre o envelhecimento populacional, e a importância do SESC com a idealização das UNATI's, o incentivo as atividades e eventos para a terceira idade; discutiremos sobre os aspectos gerais da velhice, sobre as atitudes, preconceitos e novas reflexões com a difusão dos conteúdos divulgados na mídia; falamos da interferência das políticas públicas e as conquistas em Lei do segmento idoso; sobre a efetivação das UNATI's e o serviço prestado às comunidades.

No segundo capítulo falamos sobre o constructo Qualidade de Vida; Qualidade de vida do Idoso e suas implicações; sobre o cenário atual e a feminização da velhice no processo de envelhecimento. Qualidade de Vida do Idoso é um tema importante a ser estudado, devido a constatação do efeito do envelhecimento populacional e suas consequências, para as quais ninguém, nem os jovens estão preparados, não podemos apenas atribuir esse processo à responsabilidade do sistema público. As crenças,

preconceitos e atitudes do idoso e da população em geral mediam o comportamento psicossocial e as interpretações e o desconhecimento, podem apenas prejudicar a imagem dos idosos e sua integração na sociedade e, conseqüentemente, sua Qualidade de Vida. (Neri, 2001).

No terceiro capítulo foi feito um levantamento geral sobre a família, seu surgimento, seu processo de mudança, o cenário contemporâneo; sobre o contexto real do idoso no núcleo familiar; falamos sobre a família e sociedade; aspectos gerais do suporte sócio-familiar; e finalmente sobre a importância da rede de suporte sócio-familiar.

O presente trabalho realizou um levantamento na literatura sobre as conquistas e mudanças sociais que afetam o idoso, a família como um todo e a repercussão que essas causam em suas vidas, bem como em sua qualidade de vida.

Sendo assim, o estudo permitiu reunir informações para melhor compreensão das dificuldades que o idoso e a família enfrentam nessa etapa da vida, esse conteúdo pode servir para alertar o grupo multiprofissional que lida com essa população idosa, para a necessidade de promover à família cada vez mais auxílio e informação, para saber o que esperar da velhice e como lidar com ela, informações sobre as reais necessidades desses idosos, bem como contribuir para a diminuição do preconceito para com os idosos, criação de espaços para interação sócio-familiar, para que o idoso possa viver essa etapa da vida de modo digno e com qualidade de vida, mesmo na presença de limitações da idade e de doenças. Sendo respeitado e recebendo suporte, familiar, solidário e social para a manutenção de suas necessidades objetivas e subjetivas, como por exemplo, ajuda na adaptação de um móvel para que não se machuque, bem como ter a percepção que isso é uma forma de afeto e promoção de bem estar.

Capítulo I – O IDOSO E O PANORAMA POLÍTICO-SOCIAL ATUAL

1.1 Conceito

Ao se fazer um trabalho sobre a população idosa, podemos partir dos seguintes questionamentos, O que é a velhice? E qual o marco cronológico do sujeito para ser considerado idoso?

Segundo Solomon (1975), Nobre de Melo (1981), e Kaplan (1993) citado em (Costa,1998), foi estabelecido que o início da velhice se dá aos 65 anos de idade.

De acordo com Simões (1998) a Organização Mundial de Saúde – OMS (1999/2000) expõe que idosos são indivíduos entre 60 e 74 anos.

No entanto segundo a ONU (Organizações das Nações Unidas), os indivíduos acima de 60 anos são avaliados como idosos.

E no Brasil, de acordo com a Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003, Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Entretanto Moreno considerava que a noção de idade deveria ser posta de lado ou ser revista, já que cada ser humano se desenvolve diferentemente do outro, no nível mental, social e afetivo, enquanto pode ser bem desenvolvido um nível, o outro pode ser que nem tanto. (Costa, 1998).

Para Veras (2002), velhice é um termo impreciso, é um constructo cercado de complexidade já que engloba os níveis fisiológico, psicológico e social. Não é possível estabelecer conceitos aceitos universalmente, estão em jogo ainda conotações culturais, políticas e ideológicas.

Além disso, num país tão diverso, é difícil ter uma noção clara do que é ser velho, já que existem vários pontos de vista, como o econômico, étnico e cultural. (Sinson, 2003).

De acordo com Fraiman (1995), velhice é um resultado dinâmico de um processo de vida, complexo e com implicações para toda a sociedade.

E pode ser entendida como uma etapa da vida de ordem cronológica, onde estão presentes modificações de ordem biopsicosocial e que afetam a relação do indivíduo com o meio. (Salgado, 1982)

Já a expressão terceira idade é uma classificação social mais livre de constrangimentos, denota uma imagem positiva, mas construída culturalmente, já que a palavra velho e velhice segundo Reis (2001), tem conotação degradante no geral.

A expressão “idoso” pode ser utilizada em substituição a conotação depreciativa que a terminação “velho” pode gerar, o idoso necessita ser considerado e abastecido de acolhimento necessário nessa fase da vida na qual se encontra (Mascaro, 2004).

Também para Grinberg & Grinberg (1999), a palavra “velho”, sugere a idéia de sujeito decrépito, com atitudes previstas para a idade em decadência. A representação social de Velho é um indivíduo repudiado e só, seja por declínio, abandono ou exclusão, jogado a própria sorte. Já os idosos são integrados a si mesmos e à sociedade. São mais esclarecidos, tentam manter o ritmo de vida, mesmo com as limitações pessoais.

Para os autores acima, muitos idosos de hoje são bem dispostos, animados, gostam de brincar, namorar, contar piadas e anedotas e distinguem-se dos velhos ranzinzas e rabugentos, visto a construção de vida de escolhas.

Ao tratar de questões relacionadas à publicidade e à velhice, salienta que a expressão do abandono e da solidão nas novelas tem certamente nos velhos um elemento forte, mas eles agora são também apresentados como ativos, capazes de oferecer respostas criativas a um conjunto de mudanças sociais, reciclando identidades anteriores, desenvolvendo novas formas de sociabilidade e de lazer, redefinindo as relações com a família e os parentes. (Debert, 1999).

De acordo com Neri (2004), é um anseio ancestral do ser humano, ter uma boa velhice, onde exista uma grande preservação da saúde e da independência física e

cognitiva, bem como a preocupação com a manutenção da autonomia moral. Há ainda a preocupação com a atividade, produtividade, papéis sociais e expectativa de ter uma vida feliz, satisfeita e realizada.

Segunda a autora uma boa velhice pode ser entendida por muitos como atribuída a sorte, graça divina ou vida virtuosa, mas o conhecimento científico aumenta a probabilidade de se viver mais e melhor. A velhice é a última etapa do ciclo vital, em que pode ocorrer o declínio de funções biológicas e aumento da dependência social e ou familiar, mas sabe-se que o declínio não é universal para todos os domínios do organismo, ocorre em ritmo diferente para cada sujeito. Havendo ainda possibilidades ligadas a resiliência e plasticidade humana.

A velhice bem sucedida apresenta-se em idosos autônomos, independentes, que possuem envolvimento ativo com a vida pessoal, familiar, no círculo de amizades, atividades de lazer e de relações sociais. A presença de produtividade, desenvolvimento de papéis sociais, tudo isso se traduz em autodescrição de satisfação e de ajustamento. Refletem-se em reconhecimento social e proporciona que sejam vistas pela família e sociedade como modelos de velhice saudável. Ainda é relativamente pequeno o número de idosos que chegam a ter uma boa velhice, porque perpassa o caminho da genética, do estilo de vida, de condições socioeconômicas e culturais. (Neri, 2004)

Segundo a autora na velhice bem sucedida, ocorre o envelhecimento típico determinado pela espécie que pode ser controlado e não causa impacto na qualidade de vida objetiva, nem subjetiva, nem impedimentos físicos, mentais, psicológicos e sociais. Viver bem e obter os melhores resultados das capacidades que se têm é requisito para uma velhice com qualidade de vida, por não dar ênfase exclusiva à saúde.

A velhice patológica está associada a eventos biológicos, mas de forma profunda se agrava relacionada a eventos sócio estruturais, ecológicos e psicossociais, que podem

agravar e acelerar o processo e está relacionada com a perda de bem-estar subjetivo, independência e autonomia. (Neri, 2004)

1.2- Cenário atual do processo de envelhecimento

De acordo com Fraiman (1995), as mulheres vivem entre 6 a 8 anos a mais que os maridos, e se casam com homens 6 a 8 anos mais velhos, ficam viúvas antes e a grande maioria não tem profissão, dependem do marido ou dos filhos.

No Brasil, as mulheres em média, vivem cinco anos a mais que os homens (Paschoal, 2002), além das diferenças biológicas, como por exemplo, a proteção a eventos cardiovasculares, conferidos pelo hormônio feminino, existem as seguintes questões, em geral; a mulher ainda permanece no ambiente doméstico, estando protegida dos fatores de risco, como acidentes de trabalho, de trânsito e homicídios. E ainda os atuais homens idosos, consomem ou consumiram mais álcool e fumo, e estão associados às doenças que aumentam a mortalidade.

Para Paschoal (2002), existe uma enorme diferença na atitude da mulher em relação à doença, elas buscam o serviço de saúde com mais frequência, procuram informações sobre saúde, o que leva a possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Para Veras (2002), em breve os fatores de risco sujeitos aos homens poderão se estender às mulheres, visto que a sua crescente luta por igualdade de oportunidades, incorporação de valores e hábitos, bem como pelo aspecto financeiro que contribui com o orçamento familiar, que há pouco eram restritos aos homens, hoje se estendem às mulheres.

Segundo Paschoal (2002), aumenta a necessidade de investimentos na área social, as famílias são cada vez menores e as mulheres que sempre foram as tradicionais cuidadoras, agora geralmente trabalham fora.

De acordo com Veras (2002), com a maior participação da mulher como força de trabalho, surge a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso. Supondo-se que o Estado e a comunidade prestarão esta função, é preciso planejar que os poucos recursos públicos sejam usados com a máxima eficácia e eficiência.

Segundo o autor, a mulher geralmente tem maior solidão, pois a expectativa de vida do homem é menor, as doenças crônicas na mulher são mais frequentes, renda menor, perda do companheiro além do recasamento dos homens, mais propensos a casar com mulheres mais jovens. Sendo que para a mulher o recasamento é mais complicado, de acordo com a questão cultural e até pela questão hormonal, que desfavorece a relação sexual. Normas sociais vigentes são, também responsáveis pelas reduzidas taxas de recasamento entre as mulheres idosas descasadas.

Lopes (2003), discute as relações de dependência entre idosos e gerações mais jovens, e o apoio intergeracional, construídos a partir dos contratos de gênero. Para ela esses fatores se entrelaçam com o processo de envelhecimento, com o fenômeno da feminização da velhice, que também devem ser compreendidos quando se quer refletir sobre Qualidade de Vida na Velhice.

Para Lopes (2003), no Brasil, ainda se tem a noção de que os idosos são um ônus para a sociedade. E apesar de sinalizar e insistir em pró-atividade e transmitir reportagens e imagens de idosos dançando, estudando e namorando, ainda assim a mídia apresenta-os como economicamente dependentes. De acordo com os especialistas, em breve o sistema previdenciário irá sucumbir sob o peso da quantidade de idosos dependentes.

Para Camarano e El Ghouri, (1999, p. 281, citado em Lopes (2003), a idéia dos economistas é que o indivíduo dependente é aquele que é incapaz de prover, por seus próprios meios, suas necessidades de consumo ou o exercício dessas atividades, mas o conceito de dependência deve levar em consideração não apenas a idade cronológica, mas agregando critérios como sexo, condição de atividade, nível educacional e variedade das experiências e condições de vida em um determinado período.

Para Lopes (2003), a dependência do idoso se dá para com a família e as instituições, pois é a família que faz o intermédio entre as relações do idoso com o Estado e deles para com o mercado, tanto ao receber benefícios ou rendimentos. Cabe ao Estado assegurar acesso à saúde, promover regularidade dos benefícios e assistências sociais.

De acordo com Veras (2002), o que o idoso tem de mais precioso é sua habilidade e conhecimento, hoje não mais valorizado, e substituído pelo conhecimento técnico-científico-tecnológico. Os que não puderam acumular poupança, têm situação financeira pior, visto que a aposentadoria, na maioria das vezes, traz vencimentos inferiores ao período produtivo.

Lopes (2003), questiona, porém afirmações da literatura que colocam que os idosos são vulneráveis por sua condição social, como a dificuldade em entrar e ou permanecer no mercado de trabalho, que os idosos também gastam mais com saúde, e que têm queda na renda, esses fatores aumentam sua marginalização e atendimento precário às suas necessidades, e isso acaba por reafirmar a condição de dependentes.

Ao contextualizar as perspectivas atuais sobre a constituição e manutenção do grupo familiar, temos o seguinte cenário: O Estado oferece de forma precária, recursos e serviços, inclusive de proteção social, há a dificuldade de inserção no mercado de trabalho para o idoso e a população em geral, há queda nas taxas de fecundidade,

entrada da mulher no mercado, tudo isso caracteriza as famílias que possuem membros idosos.

Segundo Camarano e El Ghauri (1999, citado em Lopes (2003), as famílias estão menores, com estruturas envelhecidas, mais mulheres como chefe de família, melhores condições de vida, maior renda e menor número de dependentes. Para tal cenário os autores defendem que os idosos passam de assistidos a assistentes, de acordo com dados colhidos sobre o impacto da previdência rural no orçamento familiar na região nordeste do Brasil.

Para Lopes (2003), diante do grau de miséria e instabilidade das famílias, em geral é a regularidade da aposentadoria de um ou mais idosos que alimenta, muitas vezes, três gerações da família, mesmo ganhando quantia irrisória.

De acordo com Camarano, (1999, citado em Lopes, 2003), a população idosa hoje experimentou em sua juventude, uma vida produtiva num momento favorável da economia, diferente do que os jovens de hoje experimentam. Os idosos de hoje, em geral, tiveram a chance de construir em certo patrimônio, de ter a casa própria e de certo modo tiveram salários mais altos e por mais tempo, por isso o idoso de hoje exerce um papel econômico importante no seio da família. De acordo com a conjuntura atual, dificilmente os jovens de hoje terão a mesma condição em sua velhice, podemos prever que relações intergeracionais assumirão configuração diferente das de hoje nesse sentido.

Para Saad e Goldani (1999, citado por Lopes (2003), o fluxo de apoio entre jovens e idosos nas famílias apresenta o seguinte quadro: os idosos viúvos recebem mais apoio e os casados dão mais apoio; os pais apóiam mais os filhos, enquanto estes têm filhos pequenos; o apoio às filhas e das filhas é mais presente e diversificado do que aos filhos e dos filhos homens, quanto menor a renda e saúde do idoso, maior a chance

de receber apoio; a distância geográfica entre pais e filhos idosos e adultos determina o tipo e frequência do apoio.

Ainda para esses autores, de acordo com Lopes (2003), essas relações sofrem influências peculiares, inclusive de influência cultural relativas às obrigações filiais e existência de laços traduzidos numa espécie de contrato social entre gerações.

Por outro lado, o apoio entre pais idosos e filhos adultos, deixa evidente a falta de instrumentos sociais formais de atendimento ao idoso. E o apoio dos idosos para com os filhos adultos, evidencia o ônus para o idoso de ter que arcar com ajuda aos familiares.

Hoje as mulheres participam mais do mercado de trabalho e têm números menores de filhos, Lopes, (2003) cita que para Saad (1999), isso aponta a chance de mulheres serem mais responsáveis por oferecer, apoio material e agentes de apoio intergeracional.

Segundo Debert (1997) e Goldani (1999 citados em Lopes, 2003), a vida adulta é marcada por maior longevidade das mulheres e por novos papéis intra e extra-familiares, por isso a relevância de se discutir o caráter multidimensional do envelhecimento e a variedade dos caminhos percorridos.

As idosas de hoje construíram sua vida e envelhecimento mais restritas ao lar, de acordo com modelos tradicionais, isso tornou a maioria das mulheres dependentes economicamente do marido, e depois dos filhos e netos. Essas idosas são mais afetadas pela estrutura de políticas públicas e de programas sociais. O desafio desses mecanismos estatais e sociais é assegurar Qualidade de Vida aos idosos, através da diminuição da mortalidade e combate a morbidade, garantindo uma vida saudável, diante da atual perspectiva dos contratos sociais e de gênero.

Em função da maior longevidade e mais as alterações de curso de vida, as mulheres assumem o papel de cuidadoras do idoso, e de acordo com a intensificação do cuidado e o rol de responsabilidades da mulher, sacrifica seu tempo de lazer e a oportunidade de socialização, já que de acordo com Goldani, (1999) citado em Lopes (2003), 50% das mulheres cuidadoras ficam clinicamente deprimidas.

Lopes (2003), aponta que mulheres no modelo tradicional ao responsabilizar-se pelos cuidados, e pelo estímulo à ajuda mútua, ao se disporem a cuidar, ficam prejudicadas na captação de recursos materiais, esses ficam reservados ao homem, o provedor. E com o aumento da longevidade, as mulheres idosas têm grande chance de sobrecarga nas tarefas de cuidar, quando essas tarefas findam, ficam sozinhas, e dependentes das gerações mais jovens. Mas as mulheres de hoje em dia, estão mais envolvidas em papéis profissionais e também são provedoras, nessa nova realidade, são redefinidos os papéis sociais e familiares.

As mudanças no universo individual e familiar, somadas às demandas do idoso, reforçam a necessidade de redefinição de dependência/interdependência entre gerações, pois a velhice tem papel fundamental na definição de qualidade de vida das futuras gerações, que serão fortemente influenciadas pelas condições políticas e pelas novas configurações de laços de família. Ocorrerão mudanças nas demandas por políticas públicas, desafios para o Estado, sociedade e família. Nesses termos a feminização da velhice é um dado fundamental, já que a desigualdade social deverá ser atingida por programas de suporte e conscientização de mulheres perante o cuidado dos membros da família em geral, principalmente dos idosos e crianças.

De acordo com o Serviço Social do Comércio- SESC-SP (2003), uma pesquisa realizada pela Divisão de População feita pela ONU (Organização das Nações Unidas),

revelava uma tendência inédita na história humana, a população idosa na Terra será maior do que a de menores de 15 anos!

A terceira idade está se definindo como o setor populacional de maior crescimento. E a previsão numérica elevada da população idosa está relacionada ao progresso tecnológico e se estende à elevação da qualidade de vida, graças ao avanço da medicina, em particular, na área de geriatria, novos tratamentos e medicamentos, capazes de melhorar as nuances do envelhecimento e prolongar o tempo médio de vida. (SESC, 2003).

Segundo o IBGE, (em 2002, citado por SESC, 2003), no Brasil, em 1980, havia cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, em 2000, quase dobrou, a proporção passou para 30 idosos a cada 100 crianças.

Segundo o SESC (2003), o crescimento populacional no segmento idoso, traz uma série de problemas carentes de solução política, social e familiar, pois a solução não está só em dar alimento e cuidado médico, por isso a rede de apoio é tão importante, entre outros.

Além da rede de apoio, uma característica muito relevante é a atitude diante do envelhecimento, pois colabora para a qualidade de vida, retardo do envelhecimento e das doenças de forma global. Atitudes como adoção de hábitos saudáveis em geral tais como: hábitos alimentares adequados, atividades físicas e instituição de programas de valorização e de convívio social. Esses são suportes que auxiliam na qualidade de vida dos idosos. (SESC, 2003)

1.3- Aspectos Gerais sobre a Velhice

Neri (2003), discute sobre as atitudes que permeiam a vida do ser humano e particularmente do idoso. Para ela a atitude abrange noções de crenças, preconceitos, estereótipos, valores e ideologia, e em conjunto podem ser reconhecidas como

processos sociais-cognitivos que podem orientar, integrar e controlar os comportamentos.

As atitudes negativas e preconceitos em relação à velhice são tão antigos, quanto a rejeição do ser humano à dependência, sofrimento, doença e morte, tão prováveis com a chegada do envelhecimento. No entanto, de acordo com Neri (2003), nos últimos 55 anos essas questões foram temas de estudos científicos, e sensibilizadas pelo processo de envelhecimento populacional, permitiram a institucionalização de políticas, profissões, organizações e serviços para atender às demandas do idoso.

De acordo com a citação de Neri (2003), em 1969, Butler cunhou o termo “ageism”, para nomear os preconceitos que resultam de falsas crenças a respeito dos idosos e cujo efeito é a discriminação social, baseada na idade. Para Butler é uma intolerância comparável à racial, religiosa ou sexual e dá origem à restrição de oportunidades, e de tratamento desigual aos idosos.

Neri (2003), faz a citação de alguns autores que tratam sobre isso como Kaliser (1979) que afirmou que a compaixão e superproteção com que as pessoas e instituições tratam o idoso, são tão nocivos a eles quanto os estereótipos negativos. Palmore (1980) infere que a supervalorização de atributos como a sabedoria, pode criar falsas expectativas em idosos e não idosos, e prejudicar a imagem social e auto-imagem dos idosos. Já Levy (2001), cita que pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação aos idosos existem e operam sem controle consciente das pessoas, como se fizessem parte das formas corretas de interagir com os idosos. Assim os próprios idosos acham normais as formas de tratamento discriminativo que enfrentam no trabalho, na propaganda e nos serviços de saúde, entre outros.

Não é desejável, por exemplo, que se infantilize o idoso, isso não é o que o idoso precisa, ele precisa de respeito, carinho e suporte sócio-familiar. A questão da

supervalorização do idoso, como sinônimo de sabedoria citada acima, ou ainda a afirmação de que se tem a idade que se quer, nem sempre traz benefícios aos idosos, visto que alguns podem sentir-se diminuídos, menosprezados por acharem que são exceção à regra disseminada, geralmente pela mídia, haja vista não se sentirem capazes de agir ou perceber essa sabedoria adquirida com a idade ou a capacidade de viver bem na idade em que se encontra, pela situação econômica, psicológica ou situacional entre outros fatores.

Segundo Neri (2003), a literatura, televisão e jornais diários são poderosos instrumentos na formação de atitudes e crenças em relação aos idosos. Os conteúdos das comunicações não podem ser considerados como causadores de comportamentos, mas como moderadores, pois afetam e são afetados pelos comportamentos de indivíduos, grupos e instituições. Os conteúdos da comunicação servem como indicadores de complexos processos de troca e construção social em curso, em dado contexto sócio-histórico.

Entretanto os conteúdos veiculados pela mídia, em alguma medida podem trazer reflexões importantes para a população idosa, e alteração de acordo com a moderação do comportamento, visto que pode despertar ao longo do tempo motivação para a mudança.

1.4- A Interferência das Políticas Públicas

Segundo Borges (2003), a legislação de Política Nacional do Idoso – PNI (Lei 8.842/94) tem como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. (art. 1º).

Esses direitos devem se concretizar a partir de políticas sociais na área de saúde, promoção e assistência social, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer. A PNI é um marco, mas não se firmou nos

direitos sociais, visto que falta destinação de recursos suficientes para a sua consecução, salvo em iniciativas esporádicas, ressalta Borges (2003).

Ainda de acordo com Borges (2003), os direitos sociais foram privatizados, a postura do Estado defende e incentiva previdências privadas, transferindo sua responsabilidade. Assim as políticas sociais que mais interferem na qualidade de vida dos idosos, são as da previdência social, as da saúde e as da assistência social, e são as que mais estão sendo afetadas.

O foco mais importante deve ser a criação, ampliação e melhoria de propostas de ação que possam aumentar o nível de qualidade de vida e dignidade do idoso, com o objetivo de proteção e inclusão. Para a autora o desafio é a busca de uma rearticulação de técnicas de organização, conscientização, atuação e luta, recriando instituições, organizações e ações que permitam o desenvolvimento sócio-cultural, político e econômico, influenciando na vida dos cidadãos e das coletividades, integrando-as ao movimento global, mas respeitando suas peculiaridades e identidades.

Borges (2003), ressalta que no Brasil, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorre bruscamente e coincide com um quadro de crise nos Estados, com o agravamento dos problemas e desigualdades sociais. E as políticas sociais são determinadas por interesses políticos e econômicos, os benefícios sociais são negociados como mercadorias em função de interesses e não das necessidades da população.

Os benefícios sociais segundo a autora passaram recentemente a ser tratados como direitos da cidadania e são previstos segundo característica fundamental a universalização, mas o que ocorre na prática é a seletividade e regionalidade dessas concessões, atravessado pelos interesses dominantes.

Borges (2003), cita que em 1976 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e se começou a pensar em política direcionada aos idosos e aposentados. Nessa época o Brasil era considerado um país de jovens, passou-se a investigar a velhice no Brasil, e as pesquisas mostraram o isolamento social, marginalização, preconceito e a freqüente pobreza do velho brasileiro.

A autora destaca que surgiram os primeiros movimentos sociais, grupos de idosos organizados buscaram parcerias junto ao SESC, Sesi, LBA e Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo de se organizar e refletir sobre seus direitos e fazer pressão política.

Em 1982, ocorreu a primeira Assembléia Nacional dos Idosos e precedeu a inclusão de alguns parágrafos na constituição de 1988, dedicados à conquista de direitos, podendo refletir em melhoria de qualidade de vida do idoso. A partir daí foi criado o primeiro Conselho do Idoso e também a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), que atua até hoje ampliando as áreas de atuação profissional. Partindo dessa Associação, surgiu o escopo da Lei 8.842/94, uma lei moderna e ágil, mas que precisa ser colocada em prática, para que possa melhorar a qualidade de vida do idoso, e para tal, precisa de decisão política e investimentos.

De acordo com Borges (2003), a questão do envelhecimento no Brasil é perpassada por contradições regionais e injusta distribuição de renda, isso dificulta alcançar os direitos sociais e acesso a dignidade e saúde.

Para a autora, a área de saúde do idoso deve ser vista de forma integral, por meio de formas de prevenção e programas de incentivo ao idoso e à família para cuidar de seus idosos, o atendimento contínuo e domiciliar, tudo isso pode melhorar sensivelmente a qualidade de vida do idoso, diminuindo internações onerosas às famílias e ao governo.

A regulamentação da Lei 8.842/94, de 3 de julho de 1996, traz propostas para viabilizar avanços e garantir a melhoria do atendimento asilar aos que não possuem família, nem meios de subsistência e que dependem de atitudes filantrópicas ou públicas. (Borges, 2003)

Nessa atuação política e profissional, para a autora, é necessária a consciência da importância da projeção comunitária, e articulação com outros segmentos sociais, para garantir avanço, instrumentalizando o idoso para que ele possa buscar alternativas para viver com mais qualidade de vida.

A criação de espaços significativos de participação social do idoso nas comunidades é uma necessidade, e pode aumentar a visibilidade do segmento idoso, lutando por direitos de cidadania e contra a exclusão social e preconceito, preocupações legítimas com o aumento da longevidade e aumento populacional desse segmento, salienta Borges (2003).

Para Boaretto e Heiman (2003), o aumento da população idosa, se deve à vários fatores, entre eles a redução da mortalidade infantil e diminuição de taxas de fertilidade, associada à introdução de tecnologias novas na área de cuidados médicos. No entanto esses fatos não se associam à melhora da qualidade de vida, principalmente da população menos favorecida.

É importante salientar que há também uma redução da fecundidade, para Paschoal (2002), essa redução se deve a urbanização, pois facilita o acesso à educação e saúde e a programas de planejamento familiar.

Para Bosi (1994, p.77, citado por Boaretto e Heiman 2003, pg. 107), a velhice é uma categoria social, marcada por desvalorização do indivíduo, que não pode mais produzir conforme o mercado. A velhice ou senilidade passa a ser um processo social e não mais somente psíquico ou biológico.

A participação do idoso em discussões, movimentos e seminários, é muito importante, como os promovidos pela Câmara Municipal de São Paulo em 1996 sobre qualidade de vida do idoso, que deram origem à vacinação de idosos, além de melhor tratamento de idosos a partir de treinamento de funcionários dos ônibus coletivos, no intuito de melhorar a qualidade no atendimento aos usuários idosos.

(...) A capacidade mental, para continuar viva, depende da nossa atenção a vida, do nosso interesse pelas coisas e de um projeto.(...) durante a velhice deveríamos estar engajados em causas que nos transcendem, que dão significado a nossos gestos cotidianos (...), o interesse de vida e projetos podem ser tanto particulares, quanto de engajamento na luta por melhorias dos direitos da classe idosa em comum. (Bosi, 1994, p. 80, citado por Boaretto e Heiman (2003, p. 107),

Para esses autores é preciso incentivar e fortalecer a prática da participação em movimentos de idosos, para que possam dialogar com o poder público, para se criar estratégias para a conquista de mais direitos, além da execução dos já conquistados.

1.5- Políticas Sociais – Escola Aberta e Universidade Aberta da Terceira Idade – (UnATI)

Existem diversos movimentos que trabalham no intuito de favorecer o idoso na mais abrangente concepção da palavra, como ONG's e Igrejas, mas um enorme trabalho social sob perspectiva sócio-educativa no segmento idoso começou na década de 60 com o SESC, foram criadas as Escolas Abertas da Terceira Idade, com o objetivo de criar espaços de convivência para minimizar a solidão e o isolamento social entre os velhos. (Borges, 2003).

Dentre as instituições públicas, a universidade é a mais equipada para atender as necessidades do idoso, pois uma forma de reduzir problemas de solidão é melhorar o

contato social e desenvolver novas capacidades em idade avançada, isso pode ser feito por meio dos centros de convivência. Eles podem agrupar os idosos em atividades culturais, de lazer, esportivos, mas sempre supervisionados por profissionais qualificados. (Veras, 2002)

Segundo o autor, para os idosos autônomos e independentes, pode-se pensar em introduzir a UnATI (Universidade Aberta da Terceira Idade), este nome é derivado do *Lês Universités Du Troisième Age*, projeto francês bem-sucedido, mas que restringe as atividades ao campo de ensino. Uma versão mais ambiciosa de um centro de convivência, dentro de uma universidade, deve incluir serviços de atenção integral à saúde e outros ligados à perspectiva acadêmica da UnATI. Com objetivos de desenvolver iniciativas culturais e intelectuais, com currículo amplo incluindo habilidades práticas e atividades de lazer.

Um centro de convivência, uma das propostas das UnATI's, tem o mérito de oferecer ao idoso um local para fazer suas atividades sendo observado pelos colegas e técnicos, assim pode-se detectar e atender eventuais problemas de saúde, antes que se tornem crônicos e mais difíceis de tratar. (Veras, 2002)

Segundo este autor, a concepção de uma micro universidade temática que conjuga ensino, pesquisa e extensão voltadas para o cuidado do idoso, possibilita a criação de alternativas inovadoras, e todos os participantes, usuários e profissionais, são artífices de um grande experimento, onde se busca novas alternativas para o idoso.

Para o autor devido ao vínculo com as universidades, esse programa traz a pessoa idosa para o campus, eles entram em contato com os jovens, e pode significar diminuição da discrepância de valores e idéias, que compõe o processo social de desvalorização do idoso, pois o jovem atualmente tende a desqualificar o idoso e seu saber.

A UnATI, segundo Veras (2002), tende a desmistificar alguns saberes, não se oferecem cursos para ocupar o tempo vago do idoso, mas para transmitir os conceitos atuais, que objetivam sua valorização como cidadão e reforçam a percepção de sua própria identidade.

O autor cita que um grande obstáculo ao sucesso dessa iniciativa é a condução dos idosos aos centros, pois mesmo com direito ao transporte público gratuito, não resolve a questão, visto que são superlotados, degraus altos e freadas bruscas que dificultam o uso desse, que deve ser um benefício ao idoso e não, mais uma limitação. Se o objetivo é fazer com que o idoso participe plenamente da vida, deve beneficiar-se de acesso fácil aos serviços existentes. Esses fatores são de ordem política-institucional, mas a participação dos idosos em organização para identificar necessidades comuns e propor soluções pode ser uma saída. A própria convivência nesses centros possibilita a percepção dos seus direitos e deveres.

Segundo Veras (2002), Unidades que englobam assistência, ensino e pesquisa, voltados especificamente para o idoso são quase inexistentes em nosso país, com destaque para a UnATI/UERJ.

De acordo com Reis (2001) não infantilizar o idoso, respeitá-lo e até reinseri-lo no mercado de trabalho, é uma ocupação das UnATI's. Para o precursor médico Renato Veras, qualificar o idoso é qualificar a cidadania. Só em 2001, mais de 2.000 alunos circularam pelo campus da UERJ, hoje os jovens dos cursos regulares já não estranham a presença dos idosos.

Veras (2002) sugere que com o crescimento da população é preciso que a sociedade e as autoridades competentes se conscientizem e encontrem de forma justa e democrática os caminhos que levem à qualidade e à equidade na distribuição dos serviços, como da UnATI para a população idosa.

No entanto na concepção de Fraiman (1995), é a partir do segmento idoso organizado, que a velhice consegue obter políticas públicas e sociais que favorecem suas vitórias. O segmento idoso unido e participando de movimentos que cuidam de seus interesses fortalecem as manifestações e conquistas, como as que já foram adquiridas até hoje.

Capítulo II - QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

2.1- O que é Qualidade de Vida (QV)?

Há cerca de quarenta anos, o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, fez uma afirmação que iniciou as discussões sobre o verdadeiro significado de Qualidade de Vida. Dizia ele que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas”. Essa afirmação na década de 60, continua válida até hoje, já que nem sempre riqueza financeira que é uma variável objetiva, corresponde necessariamente à felicidade humana, variável esta carregada de elementos subjetivos, inerentes a cada ser humano. (Bramante, 2004, pg.186)

Na década de 70 Hettler, um outro norte-americano afirma que os seres humanos necessitam de uma vida em harmonia entre seis dimensões: valores espirituais e éticos; equilíbrio emocional; ambiente social, familiar e comunitário; desafio intelectual; ocupação vocacional; condicionamento e nutrição adequados. (Bramante, 2004, pg.186)

Qualidade de Vida significa muitas coisas, diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve saúde, educação, transporte, moradia, trabalho, atividade física e participação nas decisões que lhe dizem respeito e determinam como vive uma população. Compreende situações variadas, como escolaridade, atendimento digno, conforto, alimentação adequada e até posses materiais, bem como, a própria cidadanização, que inclui além de tudo, o acompanhamento da administração de bens estatais, privados e públicos, como escolas, produtos de consumo pessoal, pavimentação e conservação de ruas e locais coletivos para o lazer, ou seja o exercício democrático da cobrança da transparência das medidas e procedimentos dos governantes e dirigentes. (Gonçalves & Vilarta 2004)

Ainda de acordo com Gonçalves e Vilarta (2004), para a OMS, a definição de qualidade de vida leva em conta a subjetividade: interessa o conhecimento sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e sociais como são percebidas; e a objetividade: interessa a posição do indivíduo na vida e as relações estabelecidas na sociedade.

Para a OMS citado por Silva e Marchi (1997), ter saúde é um estado que inclui funcionamento do corpo, capacidade de vivenciar sensações de bem-estar psicológico e social, demonstrando dessa forma, ter qualidade de vida em suas relações.

Para os autores saúde e qualidade de vida (QV) não são sinônimos, mas andam de “braços dados”. QV tem estado muito na moda, mas para médicos e psiquiatras QV é o nível de alcance de objetivos, de forma organizada. É estabelecer um plano de vida e criar condições de lutar para realizá-lo, mesmo que não o consiga 100%, mas ter a sensação de controle da própria vida, isso sim parece ser condição de boa qualidade de vida e de felicidade, mesmo não sendo sinônimos, podemos dizer que são quase inseparáveis.

Segundo os autores a felicidade é a sensação de gosto pela vida, de prazer de viver, que tem a ver com o estado de satisfação da pessoa, com condições subjetivas e de paz interior, assim QV como felicidade é algo que depende das expectativas e do plano de vida de cada um, de forma individual e subjetiva, significando QV diferente para cada um que a percebe.

Um exemplo maior desta subjetividade e de desvinculação de que QV pode ter com o funcionamento do corpo e questões objetivas, nos é dado pelo físico inglês Stephen Raking, autor do livro Uma Breve História do Tempo. Como sabem, ele é um homem preso a uma cadeira de rodas. Expressa-se somente com o auxílio do

computador, mas ainda assim, consegue produzir, criar e concretizar suas aspirações. (Silva & Marchi, 1997, pg. 27).

Finalmente, Pegado (2004, citado em Bramante 2004), médico especializado em QV, afirma que esse constructo é uma variável que resultada de desenvolvimento pessoal e coletivo, é dependente de vários fatores que determinam nossa capacidade de produzir, ser feliz e saudável.

2.2- Qualidade de Vida do Idoso.

Os significados de Qualidade de Vida podem ter diferenciações, de acordo com cada faixa etária. Nesse trabalho abordaremos a QV nos idosos, e segundo Spirduso e Cronim (2001 citado em Gonçalves & Vilarta, 2004), o significado depende de expectativas, sentimentos e objetivos delineados pela experiência de vida e pelos limites temporais próprios do ser humano. É preciso motivar, facilitar o exercício integral de competências físicas e mentais e essas ações estão ligadas ao relacionamento pessoal, satisfação emocional, prestação de apoio social e o despertar para o sentido da vida.

Qualidade de Vida do Idoso é um tema importante a ser estudado, devido a constatação do efeito do envelhecimento populacional e suas conseqüências, para as quais ninguém, nem os jovens estão preparados, e não adianta apenas atribuir esse processo à responsabilidade do sistema público. As crenças, preconceitos e atitudes do idoso e da população em geral mediam o comportamento psicossocial e as interpretações e o desconhecimento, podem apenas prejudicar a imagem dos idosos e sua integração na sociedade e conseqüentemente sua Qualidade de Vida. (Neri, 2001).

Segundo Neri (1993), a promoção da qualidade de vida do idoso resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, desse modo excede a responsabilidade individual.

De acordo com um estudo de Neri (2003) sobre conteúdos de textos veiculados pelo jornal O Estado de São Paulo entre 1995 e 2002, foram levantados os principais traços das atitudes e crenças de velhice vigentes no Brasil, e há duas formas de tratamento quanto à velhice: uma é a condição médico-social que merece tratamento científico e político, de acordo com a relevância para o bem-estar da sociedade e dos idosos. A outra é considerá-la como questão existencial e cultural, que merece tratamento literário, artístico e social, compatível com a necessidade das pessoas e grupos e seu significado social e individual. Em ambos os contextos, a boa velhice é identificada com boa saúde, auto-cuidado, estilo de vida saudável, atividade, produtividade, satisfação, otimismo e jovialidade.

Ainda de acordo com a análise de Neri (2003) sobre os conteúdos do Jornal Estado de São Paulo, a boa velhice é a que não põe em risco o bem-estar do idoso, nem de seus familiares, e nem desestabiliza as finanças da sociedade, nem o bem-estar das novas gerações. De acordo com os textos do Jornal, o tratamento dado à velhice é rico, os textos são fundamentados na maioria das vezes em dados científicos, opiniões de especialistas, alguns textos são preconceituosos, mas em sua totalidade dão uma noção clara sobre a variabilidade do que se passa na vida real e também sobre as importantes preocupações e expectativas, e os mais relevantes valores e temores da sociedade.

O conceito de velhice no geral é negativo, tanto pela ótica individual quanto social, significa de modo geral, declínio, solidão, doença e fardo pesado para a sociedade. Solução para o envelhecimento não há, é irreversível, mas seu processo pode ser retardado, controlado, parte de seus males pode ser corrigida, existem tratamentos de última geração, mas ainda longe de ser acessível à maioria das pessoas. E para a grande maioria dos males da velhice podem e devem ser prevenidos por um adequado estilo de vida, que inclui cuidados, atividade, otimismo e disposição pessoal. (Neri, 2003)

A autora alerta sobre a afirmação de que, investindo individualmente a longo prazo, as pessoas podem garantir a boa qualidade de vida na velhice. Pouco se fala de soluções coletivas, institucionais, em vez disso chama-se a atenção para a falência do Estado brasileiro, falta proporcionar boas condições de vida para seus idosos. Os textos do Jornal propõem que a eliminação da falência do Estado e da desigualdade social, depende da reforma da previdência.

Então a boa Qualidade de Vida na velhice foi transformada em questão política, na medida em que se realçou a questão previdenciária e incluiu a proposição de duas mudanças: “uma é a alteração nas relações do Estado com a sociedade, a outra é a alteração nas concepções sobre o lugar do idoso na sociedade, ou sobre os deveres da sociedade para com ele”. (Neri, 2003, pg. 53)

Park (2003), salienta que a longevidade envolve Geriatrias, Gerontólogos, medicamentos, complementos alimentares, drogas para retardar o envelhecimento, exercícios e lazer, mas cita o outro enfoque na função social que provoca discussões sobre o papel do velho em uma sociedade produtiva, estar e sentir-se inserido significa estar produzindo e ter objetivos de vida.

Park (2003, pg. 71), evidencia a citação do Geriatra e Gerontólogo Dr. Renato Maia Guimarães (1999, p. 2), ao responder à questão: “Qual a receita para envelhecer bem?” Sua resposta é a seguinte:

É basicamente assim: correr como criança (pela importância da atividade física e da brincadeira propriamente dita); comer como um índio (comer menos e alimentar-se de produtos o mais natural possível); descansar como um gato (deitar, esticar e ao levantar-se fazer um alongamento como fazem os gatos); ter a persistência de um camelo (manter seus compromissos consigo mesmo da

atividade física e da dieta); ter a alegria de um golfinho (não posso afirmar que a alegria aumente a esperança de vida, mas que o mau-humor diminui, é certo); ter a independência de um pássaro (depende o mínimo possível dos outros); ter a solidariedade de um cão (ser solidário sempre); E por último, fugir da sombra, fugir da escuridão. (Não ficar apático, escondido, achando que a vida quem vive são os outros. É preciso voltar para o palco e viver a vida de maneira brilhante.) (Guimarães, 1999 citado em Park, 2003, pg. 71)

De acordo com a citação acima, crianças, índios, animais e artistas no palco são as melhores possibilidades para o velho. São seres que estão de certa forma às margens da sociedade, e que possibilitam outras formas de existir e de se relacionar em uma sociedade que exclui o idoso. (Neri, 2003)

De acordo com Balter e Mayse (1999 citado por Neri 2004), são importantes antecedentes de uma boa velhice, o acesso à atividade, envolvimento social e estilo de vida saudável, além de metas na vida, crer na própria capacidade de controlar sua vida e ser capaz de investir em saúde, e na capacidade cognitiva de relações sociais.

Mesmo com a presença da doença, ainda assim com atividades multiprofissionais entre eles a psicologia educacional e comunitária, enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, dentre outras, estas áreas podem oferecer ajuda e cuidado aos idosos, inclusive nos casos de dependência física e cognitiva, para que possam viver com mais dignidade e com certa qualidade de vida. (Neri, 2004).

A psicologia explica algumas condições, nas quais é possível ocorrer preservação do potencial para o comportamento e para o desenvolvimento, isso pode

ocorrer em algumas áreas do desenvolvimento intelectual, como em alta competência para realizar atividades práticas e lidar com problemas existenciais complexos, de acordo e dependentes do acúmulo de experiência de vida. (Neri, 2002)

De acordo com Fortes e Neri (2004), existem estudos sociológicos e psicológicos sobre a influência dos eventos de vida na determinação de estados de saúde e bem-estar na velhice; e em que medida o indivíduo tem controle sobre a ocorrência dos eventos de vida, já que se deve levar em consideração o contexto social e circunstâncias.

Evento de vida, segundo Davies (1996, citado por Fortes & Neri (2004), são eventos significativos que podem causar grande impacto na vida do sujeito e pode despender maior ou menor envolvimento emocional, menor ou maior prazer/desprazer. Eventos de vida marcam a passagem para novas formas de adaptação da personalidade. Conforme a citação de Baltes, (1987), à medida que a pessoa envelhece aumenta a chance de ocorrência de eventos de vida inesperados, tanto relacionados à saúde quanto relacionados à vida de entes queridos.

De acordo com Fortes e Neri (2004), os eventos de vida exigem uma demanda à personalidade individual ou do círculo ao qual a pessoa pertence, que pode funcionar como amortecedor da pressão exercida por eles. Dependendo do valor que o sujeito atribui ao evento; dependendo de sua origem interna/externa, biológica, psicológica, social; dependendo da previsibilidade, duração, disponibilidade de apoio social e do grau de controle que a pessoa tem sobre a ocorrência, a vivência de um evento negativo irá demandar maior ou menor exigência de recursos emocionais. Também os eventos positivos exigem que a pessoa se ajuste a eles, envolvem recursos pessoais e sociais e requerem adaptação perante a nova situação.

De acordo com as autoras, os sujeitos têm chance de adquirir uma forma adequada de lidar com os eventos de vida, tornando-se menos vulneráveis aos seus efeitos negativos na velhice. As autoras citam Aldwin (1984), para ele isso ocorre de acordo com três aspectos - o efeito vacina, ou seja, passar por uma experiência, aumenta a chance de, no futuro, ao viver eventos similares, possa o sujeito ter um repertório maior de estratégia de enfrentamento, adquirido com a experiência.

Outro aspecto é domínio e autoconfiança, ou seja, lidar com sucesso com um evento, pode incrementar a personalidade com características desejáveis de autoconfiança e controle interno.

O último aspecto considerado pelo autor, é que a experiência com os eventos pode gerar a mudança em perspectiva e valores, quando crenças e atitudes pessoais não correspondem de maneira satisfatória às exigências de determinadas situações, podem ocorrer modificações internas, e busca de fortalecimento de laços sociais.

Os eventos de vida desafiam a integridade da auto-estima, e os esforços de enfrentamento mostram efeito sobre o desenvolvimento da capacidade do sujeito de domínio, autonomia e auto-conceito positivo. E podem ser vistos como um elemento de ligação entre aspectos da estrutura individual e desenvolvimento individual.

Segundo Rey (2004) mesmo o idoso vivendo com a presença de doenças e agravos afetivos e sociais, ainda assim pode viver bem a velhice, com as condições que tem desde que seja capaz de acionar recursos pessoais, de estratégia, de enfrentamento, de otimização e compensação.

Atualmente qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e, mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido, são locuções avaliadas como sendo congruentes, ou seja, constitui um

construto pleno, relacionado a vários pontos de vista acerca do envelhecimento como evento social e particular. (Neri & Yassuda, 2004).

Capitanini e Neri (2004), ressaltam que na vida adulta e na velhice, ser casado e ter amigos, conhecidos e companheiros é sinal de sucesso social, e o isolamento é visto como insucesso. Esses valores acarretam dificuldades aos idosos, sob a forma de preconceito, baixa auto-estima e insatisfação, e ainda podem trazer dificuldades em obter suportes.

De acordo com essas autoras, o suporte social ou rede de suporte é um conjunto de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, bem como estabelecimento de novos contatos sociais.

Para elas esse tipo de suporte ajuda o sujeito a perceber que é cuidado, amado, valorizado e que faz parte de relações mútuas. As redes que acompanham a pessoa ao longo de toda a vida são chamadas de comboios sociais e por razões históricas, sociais e de personalidade, dão sentido às experiências e ajudam na interpretação de expectativas e realizações, de acordo com Antonucci (1985, citado por Capitanini & Neri, 2004).

Como indicadores de vida satisfatória é imprescindível a combinação dos seguintes fatores: boa saúde, contatos sociais, rede de amigos, presença de confidente, renda satisfatória, educação, estado civil, atividade, religiosidade, atitude positiva perante a velhice, lazer, relações familiares positivas, participação voluntária em trabalhos na comunidade. Glass e Jolly (1997, citado por Capitanini & Neri, 2004).

A avaliação do bem-estar psicológico está intrinsecamente associada à avaliação de solidão. E estão influenciadas por fatores como a história de vida, personalidade e valores. A solidão e o isolamento social não são bem vistos, então parece que negar a solidão é uma forma de melhorar a comparação social. (Capitanini & Neri, 2004)

Nesse processo, os idosos chegam a negar a própria velhice ou as dificuldades que esta apresenta como a solidão e podem recorrer à exaltação exagerada de bem estar. O senso comum gerontológico reforça isso quando tenta convencer os idosos de que tudo podem, e que a velhice é um estado de espírito, que a capacidade de viver sozinho é privilégio reservado aos bem-sucedidos pelo fator genético, méritos pessoais ou de traços de personalidade. (Capitanini & Neri, 2004)

De acordo com as autoras, em parte por medo de comparação social e sanções, algumas pessoas idosas têm dificuldade em reconhecer e falar sobre as experiências negativas e isso pode dificultar a prevenção e tratamento de tensões emocionais, dificultar ajuda no estabelecimento ou restabelecimento de laços afetivos, auxiliar a diminuir a auto-avaliação e opiniões negativas sobre a pessoa solitária.

Ainda de acordo com as autoras, na velhice o ser humano é capaz de preservar capacidades intelectuais e afetivas. O próprio indivíduo e o ambiente podem favorecer o aprimoramento dessas capacidades mediante o estímulo à produtividade e à flexibilidade, valorizando o envolvimento social, os cuidados com a saúde e comprometimento com a vida, mediante esses recursos é possível adquirir e manter a qualidade de vida dos idosos.

Neri (2001), afirma que é preciso identificar e promover condições que permitam uma velhice saudável. Para a autora qualidade de vida na velhice é um fenômeno complexo e perpassado de múltiplas influências, e é produto de uma história interacional que se delinea no desenvolvimento de indivíduos e sociedade. De todo modo a avaliação da qualidade de vida envolve comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e valores sociais e individuais, e estão sujeitos a alterações, tanto culturais, quanto temporais.

Para tal, como condição objetiva, temos as competências pessoais, suporte público na área da saúde, acesso a lazer e educação, condições do ambiente, rede relacional, familiar, alfabetização, condições de trabalho entre outros. As subjetivas podem ser observadas de acordo com opiniões e relatos sobre as condições objetivas, se lhe parecem satisfatórias ou não e sobre os efeitos que têm no bem estar individual e coletivo. A multiplicidade de critérios objetivos e subjetivos reflete-se no grande número de disciplinas necessárias para a definição da qualidade de vida na velhice. (Neri 2001).

De acordo com Neri (2001), o autor Lawton (1991), construiu um modelo de qualidade de vida na velhice com quatro dimensões que são: competências comportamentais, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem estar subjetivo.

- Para Lawton a competência comportamental, representa a avaliação da pessoa, no que diz respeito à saúde, condição física, cognição, comportamento social e utilização adequada do tempo.

M. Baltes (1997, citado por Neri, 2001), complementa que como competência comportamental se tem o que reflete autonomia e independência, desde o auto-cuidado, atividades em geral e descanso, são todos indicadores de saúde e funcionalidade física e mental.

Mesmo na presença de incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais no dia a dia, não indica necessariamente impedimento cognitivo e emocional. Os idosos também têm capacidade para ativar mecanismos de compensação, no intuito de enfrentar perdas inclusive funcionais, ou sob o apoio de recursos tecnológicos, sociais ou psicológicos, mesmo que precisem valer-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas. (Neri,2001)

- Existe uma relação direta entre a qualidade de vida e condições ambientais favoráveis, que permitam aos idosos desempenharem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos e guardam relação direta com o bem estar percebido, pois para sentirem-se adaptadas ao ambiente é preciso que este esteja de acordo com a capacidade física e competência comportamental. Portanto quando possuem independência e autonomia, podem providenciar segurança e cuidados no ambiente para torná-lo mais agradável e confortável para se viver. (Neri, 2001)

Se os idosos já não dispõem de facilidade para fazer todo manejo no lar, é necessário que os membros da família ou de instituições ou cuidadores providenciem um ambiente melhor, com construções adaptativas, que permitem interação física, social e psicológica do idoso, para aumentar a qualidade de vida deles, no entanto todas essas providências fazem com que o idoso tenha compensação de disfuncionalidades sensoriais e psicomotoras, prevenção de ocorrência de incapacidades gerada por acidentes, insegurança e medo, prevenção da depressão por desestrutura ambiental e despersonalização por parte dos outros, fornecimento de estímulos e desafios que promovam o funcionamento físico e psicossocial, promoção da autonomia e da independência possíveis. (Neri, 2001)

- Qualidade de vida percebida está intimamente ligada à avaliação subjetiva que o idoso faz de seu próprio funcionamento de qualquer competência comportamental, seja na dimensão da dor relatada, saúde percebida, relato de medicamentos usados, alterações percebidas na cognição.

Bandura (1997, citado por Neri, 2001), observa que a avaliação subjetiva pode ajudar no controle e execução de novos comportamentos capazes de produzir resultados,

a isso o autor chama de auto-eficácia, e a aquisição da auto-eficácia percebida é determinante no desempenho físico e intelectual e de bem estar subjetivo na velhice.

De acordo com Neri (2001), o constructo (qualidade de vida) é de multidimensionalidade e os critérios sociodemográficos, políticos, médicos e epidemiológicos são insuficientes para definir qualidade de vida na velhice, devido a heterogeneidade das experiências da velhice.

Na opinião da autora é necessário, no entanto, promover condições para uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício favorável, sem discriminar os velhos como improdutivos ou a velhice como cara ao sistema social.

... considerar o idoso como um ser não mais produtivo e, em consequência, não lhes reconhecer o direito à cidadania é imoral. Independentemente deste aspecto ético, há de se pensar que o idoso hoje, e com muito mais razão no futuro, consumirá grande parte dos recursos destinados à saúde e ao bem estar... (Netto & Ponte, 2002)

Segundo Giulio Vicini (2002), existem pesquisas sobre a influência de variáveis atuando sobre a saúde e o bem-estar dos idosos. O autor julga que esses estudos apontam para uma visão mais holística de saúde que não a biomédica, por considerar variáveis físicas e psicossociais.

Para o autor, os estudos de Neri, apontam que as pessoas têm uma boa velhice, porque desde sempre se adaptam. Controlando emoções e eventos que produzem estresse, solucionando problemas, desenvolvendo novas habilidades, sendo ativas e tendo competências sociais e afetivas adequadas à realidade de cada período de suas vidas. Uma boa velhice é fruto de um processo contínuo de adaptação.

De acordo com Giulio Vicini (2002), Neri conclui existir 3 estratégias de intervenção: - promover saúde física ao longo da vida; - educação continuada na vida adulta e velhice, inclusive treinamento visando compensar perdas cognitivas, biológicas, motivacionais e sociais; - encorajar a flexibilidade nas relações interpessoais e sociais.

Para o autor não é possível viver sem doenças, uma velhice com qualidade de vida significa ter condições de recuperar a saúde, é uma velhice com desenvolvimento de potencial ou compensação de eventuais perdas. Como visão holística, entende-se a saúde como estado de equilíbrio físico, psíquico, mental, espiritual e ecológico do organismo. A manutenção desse equilíbrio e sua recuperação, quando obtidos, liberam forças orgânicas internas, isso deve mover a busca pelo envelhecimento saudável. Essa visão integral de saúde do idoso deve promover a descoberta de novos papéis de valor para o idoso, pois isso é essencial para a saúde e qualidade de vida.

Como afirma Lawton (1991 citado em Freire e Resende 2001), A qualidade de vida na velhice envolve uma avaliação multidimensional, por critérios intrapessoais e normativo-sociais, das relações atuais, passadas e futuras entre o indivíduo e seu ambiente.

Para Freire e Resende (2001), o envelhecimento bem sucedido está ligado à capacidade do indivíduo para manter ou restabelecer o bem-estar psicológico frente a limitações, estar satisfeito com a vida atual e ter expectativa frente ao futuro.

Acreditamos que dentro dessa capacidade, encontra-se a motivação do sujeito, Salgado (1982), já que a motivação depende de características comportamentais, de experiências vivenciais. As pessoas mais motivadas e inteligentes possuem uma condição maior de adaptação, são mais propensos a ver a velhice com olhar positivo, encarando-a como uma época de mais liberdade, de mais tempo, de mais experiências.

Row e Kahn (1997 e 1998, citado em Freire & Resende 2001), discutem que o envelhecimento bem-sucedido é um objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para ser alcançado.

Para se atingir o objetivo deve-se manter um alto nível de funcionamento, isso requer habilidades mentais e físicas, sendo que essas são independentes entre si e não necessariamente estão presentes na pessoa que envelhece. A ausência ou presença dessas habilidades depende do que a pessoa traz como bagagem de experiências, informações e condições físicas, do que faz ou deixa de fazer pela qualidade do envelhecimento, de sua história de vida, disposição física e psicológica, de condições sociais e de acordo com o que viveu antes. (Freire & Resende 2001).

Para Wong (1999, citado em Freire & Resende, 2001), falta a perspectiva do sentido pessoal e propósito frente ao declínio físico, sem isso a longevidade pode vir a ser um fardo insuportável.

O desafio é descobrir os sentidos de vida, para as autoras a prática tem mostrado que muitas pessoas que possuem deficiências e/ou doenças inatas ou adquiridas, conseguem envelhecer com qualidade de vida, pois continuam ativas, com objetivos e metas a atingir.

De acordo com as autoras, as ponderações de Wong (1999) têm relação com Frank (1990), citam que para ele a consciência de uma tarefa a cumprir é importante para manter o idoso psíquica e espiritualmente hígido e protegido. Esse sentido pessoal ajuda a superar as crises e perdas e afastar a depressão, ansiedade e a baixa auto-estima.

É necessário que os responsáveis pela criação de políticas públicas e ajudantes informais como a família, reconheçam e favoreçam a importância do sentido de vida para a manutenção da saúde e do bem-estar. (Freire & Resende 2001).

Neri e Debert (1999), citam que a longevidade dos indivíduos se deve ao sucesso de conquistas sociais e de saúde, mas demandam novos serviços, novos benefícios e atenções que são desafios no presente e no futuro.

De acordo com Veras (2002), viver longos períodos sem companhia predispõe ao isolamento. A vida emocional e social ativa confere benefícios em termos de aumento de anos de vida, com qualidade.

Capítulo III – O PAPEL SÓCIO-FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

3.1-A Família em Constante Mudança

A família ainda é o grupo mais forte onde as pessoas podem se reconhecer e se ajudar, já teve alterada sua configuração e formato, mas sua função é assegurada pelos próprios sujeitos, e é mediada pela influência cultural.

Segundo Andolfi (1994, pg. 18 citado por Cervený & Berthoud 2002, pg. 17), “...a família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros...”.

A família passa por inevitáveis transformações em função das mudanças na sociedade decorrentes da globalização, de questões de gênero, aumento populacional entre outros. (Cervený & Berthoud 2002).

Segundo Dias (1992), a família contemporânea significa grupo de indivíduos sejam estes consangüíneos ou não, portanto, o conceito de família atualmente se distancia da ligação biológica e ganha um sentido subjetivo. O que liga a família podem ser laços de parentesco ou afinidade.

É muito comum hoje em dia, uma família em que o casal se separa, ambos casam-se novamente, têm os filhos do primeiro casamento, e do segundo casamento. Há ainda as situações de adoção, onde a família recebe incorporada crianças que não possuem a ligação biológica, mas que têm a afinidade com os pais adotivos e os irmãos, e não só afinidade, mas a diversa gama de conflitos que toda família possui.

O termo família é universal, mas nem sempre foi assim, pois segundo Áries (1981:7) o sentimento de família surgiu a partir do século XV. Hoje o sentimento de

família engloba, assim, todas as emoções inerentes à pessoa: identidade, pertença, rejeição, amor, carinho, raiva, medo e ódio. (Zamerlam, 2001)

A palavra família foi usada em sua origem para denotar os serviçais, conforme Seuzki (1997), por volta do século XV, porém, seu significado se ampliou, abarcando todos os membros da casa. O vínculo medieval da família era de proteção e lealdade mútuas, o uso do termo evoluiu até o contrato familiar atual. (Zamerlam, 2001)

Para a autora é na família que a criança aprende a socializar-se, pois sendo um ser social, e vivendo num ambiente em que todos dependem uns dos outros, aprende a conviver em família e fora da família, incorpora padrões sociais de sua cultura e aprende a comportar-se e conviver com outras pessoas, pois segundo Kaloustian (1994), a iniciação das crianças na cultura, nos valores e nas normas da sociedade começa na família.

Achamos relevante falar sobre a criança e a ressignificação da família, pois suas atitudes na convivência com o idoso, bem como no respeito aos mais velhos de casa ou da sociedade em geral, sua prestatividade em auxiliar e compreender essas pessoas, serão baseadas no aprendizado que as crianças adquirem e vivenciam no seio da família, serão o norte de sua personalidade e dos seus comportamentos.

Como cita Dias (1992), é a família que oferece a base para a formação da personalidade dos indivíduos e as ligações emocionais com as pessoas importantes para nós e a oportunidade de estabelecer os vínculos afetivos, propicia também o desenvolvimento de condições físicas e mentais, assegura a formação e o reconhecimento da própria identidade. Quando se tem idosos em casa, é possível fazer acordos para que todos se sintam respeitados. Se pudermos entender a posição do outro, apenas como diferente, a vida familiar fica mais fácil. Desse modo todos se beneficiam

do vínculo familiar, as pessoas que estão em formação e os idosos que precisam dos vínculos afetivos para fortalecer a própria identidade.

Segundo a autora, os avós podem contribuir com uma valiosa fonte de aprendizagem, sendo amados e respeitados também podem oferecer ricas contribuições e generosa dose de amor e carinho. É útil ter essa troca com os mais velhos, pois estes em geral têm mais tempo e mais interesse em se relacionar e servem de modelo para os mais jovens principalmente na ausência dos pais, muito comum hoje em dia, devido a gravidez na adolescência ou em função de separações ou carreira. (Dias, 1992).

Na família todos aprendem a dar de si e receber dos demais. E os sucessos e insucessos familiares compõem o repertório pessoal de cada um e será ativado sempre que se relacionar. (Dias 1992).

É em geral na família que se aprende os primeiros passos, os exemplos de vida, os valores, enfim, e primordialmente, se aprende a respeitar, a trocar experiências e afeto, a desenvolver colaboração e solidariedade. Quando não observamos isso em família é possível que tenhamos dificuldades em nos relacionar de modo adequado e afetivo, pois a cada relacionamento as experiências anteriores, ou seja, o repertório pessoal de cada um comparece, e se a experiência foi negativa ou positiva é dessa forma que irá comparecer e influenciar novos comportamentos e atitudes

3.2-O Contexto Familiar

De acordo Cerveny e Berthoud (2002), Erickson foi um dos primeiros estudiosos sobre o ciclo de vida familiar, sendo a velhice um dos estágios. As autoras a chamam de a fase madura última e se caracteriza pelo envelhecimento dos pais e transformações na estrutura familiar. Essa fase em geral é marcada por dificuldades e conflitos, da família para com o idoso e vice-versa.

Segundo as autoras em nossa cultura, o idoso é desvalorizado e a família em geral tem dificuldade em conviver com ele que além de tudo, tem que lidar com questões pessoais de adaptação, perda de função e de papel e limitações da idade. Quando existem conflitos de fases anteriores, isso dificulta as relações nesse momento do ciclo vital. (Cervený & Berthoud 2002).

Porém a chamada fase madura última hoje não é mais símbolo apenas de sofrimento, as possibilidades de curtir, de aprender, de se enamorar aumentaram muito; e de fato o segmento idoso ganhou espaço na mídia e no comércio, mas ainda atinge apenas uma parte dessa população.

Segundo Coelho (2002), é comum hoje na mídia a venda da imagem feliz dessa fase. Programas de viagem, academias, cursos, tudo voltado para essa população. O que pode explicar esta demanda, é que um grande volume dessa população é de classe média e que conseguiu na década de 60 e 70 adquirir bens duráveis ou podem gozar de uma aposentadoria.

A solidão é em geral companheira dos idosos que ficam viúvos, pois de modo geral depositam todo cuidado com o lar, com o companheiro, às vezes têm apenas um ao outro e quando este parte, tudo fica sem sentido. A presença da solidão, principalmente das viúvas é amenizada pelos grupos que se formam via igreja, entidades assistenciais, programas de voluntariado, movimentos sociais e a própria vida familiar. (Coelho, 2002)

De acordo com a prática clínica, a presença de parentes nessa fase é de uma riqueza inestimável. As pessoas de mais idade são acessíveis aos jovens e é comum alianças fortes entre avós e netos. Outro lado da moeda é um idoso solitário, que não conseguiu estabelecer vínculos significativos com a família e não possui rede de apoio.

Sem o suporte social ou familiar e com a escassez financeira, a velhice pode ser muito sofrida. (Coelho, 2002)

Quando o idoso fica viúvo, mas a família ou o relacionamento social é suficiente como suporte, a pessoa tem a chance de através da presença amiga, do carinho familiar, do relacionamento com as crianças e exemplo de vida para todos e principalmente para os jovens, faz com que a solidão não surja, ou que ao menos sua “estadia” seja breve.

De acordo com a autora, o indivíduo nessa fase precisa sempre voltar ao seu passado para falar do presente, essa retrospectiva é centrada na conjugalidade (que é a vivência e a perda), parentalidade (sucesso como pais) e realização profissional (o que realizou e se ainda é ativo ou ao menos tem a aposentadoria). Essa retrospectiva mostra o que o idoso foi, assim pode falar o que é no presente. O idoso vive a parentalidade ampliada e complexa de hoje, muitas vezes o papel dos avós é consolidado e em geral é mais fácil a convivência dos netos com os avós do que com os próprios pais. (Coelho, 2002)

É comum, não termos paciência de ouvir o idoso repetir as histórias antigas e não se lembrar do que ensinamos no dia anterior, mas é importante acima de tudo ter amor, e nos lembrarmos de que isso é muito importante para os idosos, ouvirmos com atenção e interesse, traz uma espécie de calma, pois suas lembranças são sua identidade, sem elas a identidade vai como que se fragmentando e deixando o idoso perdido, esse é o funcionamento desse sujeito hoje carente de quase tudo, pois as perdas de mobilidade, de familiares, de saúde são muitas, o relacionamento afetivo é a forma de compensar tudo o que diretamente ou indiretamente conseguimos e aprendemos com os nossos.

Os sentimentos dos idosos em geral são falta, sentem os parentes ausentes, distantes, ocupados com sua própria dinâmica familiar e profissional, podem sentir que

mais dão do que recebem, ou seja, preenchem a vida dos outros, mas não sentem-se acolhidos e amados. (Coelho, 2002)

Para minimizar o sentimento da falta, muitos conseguem gerar novas formas de manter o vínculo pelo telefone, visitas, reuniões e comemorações em família, os fins de semana são os mais esperados. O preenchimento aparece em geral no relacionamento com os netos, na ajuda com as tarefas, no reconhecimento recebido pelos atributos e sabedoria ganhos com a maturidade.

A plenitude dessa fase depende do balanço intergeracional, se foi positivo, continua como período de realização, se foi negativo, a impossibilidade de mudanças cria depressão e isolamento. Essa fase depende de como foram vividas as fases anteriores do ciclo familiar, como a fase de aquisição, da adolescência e da fase madura, onde a família é cheia de vida, de pessoas, de movimento. (Coelho, 2002)

Segundo Zamerlam (2001), cada vez mais contar com o outro é essencial à sobrevivência, e isso assusta, pois depender pode ser correr o risco da separação, da perda, do abandono, da solidão. O homem hoje domina a tecnologia, mas se vê desamparado e sem vínculos.

No imaginário coletivo há expectativas sobre a família nuclear, e a maior delas é que “a família produza cuidados, proteção, aprendizado de afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem”. Mas estas são possibilidades e não garantias de que seja dessa forma. O contexto da família pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas potencialidades. (Carvalho, 2000, pg. 13).

A família tem passado por reorganização, desorganização e rearranjo, precisamos compreendê-la, esse contexto tem estreita relação com o sócio-cultural. Até

os anos 90 o Estado significou o tutor na distribuição de bem-estar social e vetor de inclusão social, mas com o novo cenário que pede por reforma previdenciária e novos modos de gestão política social, as redes de solidariedade e sociabilidade a partir da família passaram a ganhar importância na proteção social. (Carvalho, 2000).

No Brasil, as sociabilidades sócio-familiares e as redes de suporte e solidariedade sempre foram e continuam a ser importantes, principalmente nas camadas populares, como agente de resistência e sobrevivência, tanto na situação de família enorme com conterrâneos, quanto na família pequena onde os filhos moram com os pais e precisam deles como fonte de apoio, afeto, moradia. (Carvalho, 2000)

A família e sociabilidades sócio-familiares se alteraram, mas conservaram a possibilidade de proteção, sociabilização e criação de vínculos relacionais. No entanto, a solidariedade e função protetora da família, em particular em situação de pobreza e exclusão só é possível se essas famílias recebem atenção e proteção do Estado, como espaço nos serviços públicos para acolhimento e escuta; rede de serviços de apoio psicossocial, cultural e jurídico à família, programas de complementação de renda que garantem a erradicação do trabalho infantil. (Carvalho, 2000)

É importante que ocorram esses processos que garantem desenvolvimento da autonomia familiar, para superar o enfoque assistencialista presente na política social brasileira.

“O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo. Desconsiderar isso é ter a vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sob a camisa-de-força de uma

única forma de emocionar, interpretar e comunicar”. (Carvalho, 2000, citado por Szymanski 2000, pg. 27)

De acordo com Bilac (2000), com o aumento do divórcio e recasamentos, criam-se relações complexas, o modelo familiar burguês, pai, mãe e filhos, está em queda, dando lugar a um modelo diversificado e fruto de negociações e acordos entre os membros.

Segundo Sarti (2000), a família não é mais uma totalidade homogênea e sim um universo de relações diferenciadas. No mundo contemporâneo, a questão da tradição e papéis pré-estabelecidos, deu lugar a projetos em que a individualidade é decisiva, nesse caso as relações tornam-se conflitivas devido a falta de tradição, embora a vida familiar tenha o mesmo valor social que sempre teve.

As pessoas querem aprender a serem sós, terem autonomia, morar sozinhas, mas sentem-se solitárias demais, e com a introdução da individualidade, se põe em questão o princípio de hierarquia dentro e fora do lar. Segundo Piaget (1977, citado por Sarti, 2000), a contestação do padrão tradicional de autoridade dos pais sobre os filhos e do homem sobre a mulher, trouxe uma confusão entre os excessos de autoridade e o exercício legítimo e necessário da autoridade na família, levando à permissividade que prejudicou toda a família, principalmente as crianças que ficaram sem limites. Piaget mostrou que a autoridade baseada no respeito mútuo constrói uma moral autônoma. E a autonomia consiste em compreender o porquê das leis sociais e que não somos livres de recusar.

De acordo com Romanelli (2000), a organização da família entre outros, transmite valores, normas, modelos de conduta e orientação para tornar os sujeitos imaturos em sujeitos de direitos e deveres, mas tudo depende da camada social e repertório cultural em que se inserem as famílias.

A autoridade hoje, mais que no passado é questionada, criticada e em alguns casos, negada e rejeitada. De acordo Romanelli (2000), cada vez mais o chefe de família deixa de ser o provedor principal, a hierarquia tende a ser substituída por vínculos igualitários em todas as camadas e nas médias a redução de autoridade masculina, contribui para formar sujeitos de direitos e não de deveres, esse individualismo dos filhos prevalece sobre as aspirações coletivas, e torna a cidadania um privilégio de poucos.

Segundo Relvas (2000), uma situação de dependência pode ser caracterizada quando a interação com alguém é imediatamente necessária ou mesmo vital, por motivos de doença, falta de autonomia financeira ou mesmo psicológica.

Ainda de acordo com Relvas (2000), para o idoso se reconhecer dependente é mais complexo, porque está presente a ambivalência de sentimentos. Há o desejo de ser dono de si próprio, de mostrar seu poder e autonomia em relação às gerações mais jovens, mas existe também o desejo de proteção e presença do outro. Há uma crise de identidade do idoso, que busca uma nova forma de estar na família e no mundo. Como na adolescência, surgem os conflitos, baseados em situações não resolvidas entre pais e filhos ao longo do envelhecimento.

Há ainda situações de inversão parental, quando os filhos de modo geral agem como pais de seus pais como, por exemplo, a filha opinar na roupa de sua mãe, ou os filhos resolverem a questão financeira dos pais. (Relvas, 2000).

Segundo o mesmo autor, o idoso pode se sentir desvalorizado pode ocorrer uma crise de identidade, sentimento de perda de controle e sentimento de inutilidade, mas há nessa fase potencialidades que diminuem com a idade e outras que se renovam. O saber acumulado, a sua experiência de vida, o papel de reservatório de tradições e

continuidade cultural, associado ao papel de modelo das gerações são pontos que contrariam a desvalorização social.

De acordo com Relvas (2000), o papel da família e da geração mais nova é proporcionar um espaço de aprendizagem aos idosos. A regra geral é que toda a família deve participar do processo, avaliando com o idoso quais são suas necessidades reais. Procura-se desse modo, o equilíbrio entre a capacidade de autonomia e a necessidade de apoio, para não cair no abandono ou na superproteção precoce. Só assim a velhice poderá ser uma idade de integração e não de segregação. Não é tarefa fácil, visto que os idosos quando sentem-se dependentes reativam antigos conflitos que já tiveram com os próprios pais e que não foram resolvidos.

Em muitos casos, ocorre um dos maiores traumas da vida adulta: a viuvez, ela provoca a sensação de perda, desorientação, solidão e até abandono, agravado por outras perdas afetivas, na medida em que a presença dos familiares diminui e parentes e amigos da mesma geração começam a desaparecer, isso aumenta o sentimento de solidão, que contribui para um maior isolamento social. (Relvas, 2000)

Quando o idoso fica viúvo, a família pode ser importante fonte de suporte, mas é crucial que não exerça o papel de superproteção e anulação de autonomia pessoal. É tarefa da família ajudar o (a) viúvo (a) encontrar novos interesses, e outras fontes de suporte social e extra familiar. (Relvas, 2000). A própria rede social, oferece suporte para a família e o idoso em questão, que muitas vezes sente-se imobilizado pela dor e pelo sofrimento, dependendo do tipo de relação estabelecida entre os membros da família.

3.3- Família e Sociedade

De acordo com Takashima (2004), abordar e mediar famílias, tentando apoiá-las e fortalecê-las em seu dia-a-dia, através de políticas de atendimento, é um grande

desafio. Uma política de atendimento e proteção se torna exigência emergencial a curto prazo. O interesse deve se concentrar mais em posturas e práticas, disseminação de experiências alternativas, centradas no respeito, na singularidade do trabalho, produção permanente de subjetividades que possam se dirigir à auto-estima e à autonomia e se articular com o resto da sociedade. Isso é importante para que no seio das famílias, seus membros consigam redescobrir e se reapropriar de suas capacidades e criatividade em elaborar uma trajetória histórica tornando-se, mesmo frente a suas fragilidades, sujeitos de direito e cidadania, derivados do fortalecimento da família.

Geralmente em situações de desemprego, divórcio, viuvez, filhos que não saem de casa, as gerações mais velhas coabitam cada vez mais com as novas, e isso é mais comum nas camadas populares. (Peixoto 2004).

O autor cita a situação de idosos que com uma quantia irrisória, ainda assim ajudam os filhos, esses muitas vezes, vem morar com eles, por necessidade. Os pais são menos dependentes dos filhos e sua casa é suporte para estes.

O tamanho da família está geralmente associado à situação sócio-econômica, pois as de menor poder aquisitivo são em geral mais numerosas, e as que têm melhor padrão sócio-econômico, com níveis de renda e nível de instrução elevado, inclusive possibilitando às mulheres maior acesso aos serviços de saúde, e permite assim melhor planejamento e controle da quantidade de filhos. Quando a mulher se cuida mais, vive mais tempo e pode tanto ter mais qualidade de vida, quanto também pode se tornar fonte de suporte e auxílio na promoção da qualidade de vida de seus idosos. (Takashima, 2004).

A saúde é uma expressão integral do desenvolvimento humano, e depende do funcionamento da sociedade, sendo que uma instituição como a família tem um papel fundamental nesse processo, pois é na família que o homem expressa sua intimidade e

espontaneidade e dispõe de liberdade para definir seu sistema de normas, estilo de vida e regras. Sendo que a sociedade exerce um papel decisivo nas funções dos membros da família. (Rey 2004)

Para o autor a relação sociedade-família é complexa, e existem múltiplos canais diretos e indiretos que a caracterizam, mas a família é um elemento fundamental na promoção de saúde, pois nela se forma a personalidade dos mais novos e desenvolve de maneira crescente a dos mais velhos. A família é assim um cenário de permanente produção subjetiva, que perpassa a convivência e os relacionamentos entre os membros sociais e familiares.

Berquó (1999), cita que no próximo século, o cenário geral será marcado por solidariedade entre famílias, gerações, amigos e pessoas em geral, pois com o envelhecimento populacional, estaremos longe do cenário de jovens, cuidando de idosos, assim a solidariedade de todos será uma necessidade. Com a diminuição de nascimentos, de fato o quadro que se tem hoje, onde os mais novos cuidam dos mais velhos não irá prevalecer, visto que iremos ter uma população idosa, necessitada de suporte e solidariedade, seja da família ou não.

Hoje o velho ainda pode se amparar na família, entretanto Evandrou e Victor (1989 citado por Debert 1999) citam que o fato de hoje o idoso viver com a família não é garantia de respeito, as denúncias de maus tratos geralmente ocorrem nos casos em que diferentes gerações convivem na mesma unidade, o fato de morarem juntos não é garantia de relações amistosas.

O que ocorre a nosso ver é que a família, muitas vezes não está preparada para lidar com o idoso, as famílias em muitos casos, precisam de orientação, informação que os auxiliem a lidar com o idoso de forma a garantir seu amparo físico e emocional. Em

muitos casos, é na rede social e com os amigos e vizinhos que o idoso encontra espaço para se colocar, inclusive nos casos de denúncia.

Vale ressaltar que de acordo com Grinberg e Grinberg (1999), a Constituição de 1988, artigo 29, cita que os filhos maiores têm o dever de amparar os pais na velhice, também de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), este é protegido contra os maus tratos. No Art. 4º diz que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Apesar de existirem casos e casos, a família ainda é um grande suporte, e para Peixoto (2004), a solidariedade familiar é importante na sociedade brasileira, os apoios se efetuam em função da situação social dos sujeitos. Existem sujeitos que são ajudados pelos filhos adultos, tanto prestando pequenos serviços, quanto ajuda financeira, mas ao mesmo tempo abrigam outro filho em dificuldade.

3.4-Aspectos gerais do suporte sócio-familiar

De acordo com Donfut (2004), cuidar dos outros faz parte do papel social atribuído à mulher, elas são provedoras de ajuda, mas também as principais beneficiárias.

De acordo com essas autoras as mulheres desenvolvem competências para criar redes sociais significativas e usufruem delas em caso de necessidade. É uma das razões de sua melhor adaptação às limitações da velhice, viuvez e isolamento residencial.

A relação mãe/filha estrutura a rede de ajuda, as mulheres tomam conta dos filhos, netos, pais e quando velhas recebem o apoio dos filhos e noras, mas isso não exclui conflitos intergeracionais. (Donfut, 2004).

O que os idosos mais temem é depender de ajuda, por isso é tão difícil aceitá-la, portanto para colaborar com eles é preciso avaliar se estão correndo riscos ou se ainda

podem tomar decisões e conduzir a rotina, mesmo que seja do seu jeito e desagrade os filhos. Se são lúcidos, têm o direito de fazer as coisas do seu jeito. (Silva, 2006). Devem ser respeitadas suas decisões e desejos, haja vista a lucidez que apresentam e que os autorizam e os responsabilizam pelas conseqüências de seus atos.

Para a autora, se eles têm tomado decisões que desagradem a família, como não querer empregada, a mesma deve tentar entender seus motivos procurando conviver com a decisão deles e buscar outras formas de amenizar os problemas que surgem.

A família deve se colocar no lugar dos idosos, imaginar-se com seus problemas de saúde, tentar pensar como é perder amigos e parentes e ter pouca atividade. Se deve inclusive incentivar e mostrar as situações a eles, tomar com eles decisões, mas não se deve tomar a decisão sozinha, pois isso é ignorar e ferir a dignidade dos idosos. (Silva, 2006).

Para Silva (2006), mostrar interesse em estar com eles é o maior apoio que se pode dar. Parece simples, mas em muitas famílias estabelece-se uma rotina de conversas rápidas, visitas raras e burocráticas que não ajudam em nada os pais idosos. A autora cita que o psicólogo Jaime Lisandro Pacheco (sem bibliografia) lembra que é preciso conversar, principalmente ouvir o idoso, ainda que as histórias sejam repetitivas. E quando houver diálogo, é importante dar tempo para ele escutar, apreender a adaptar-se, pensar no que foi dito, argumentar, e tomar uma decisão quando for preciso.

Silva (2006), relembra que quando o idoso contar histórias que você já ouviu, incentive-o a falar mais. As lembranças levam o idoso a uma época em que era jovem, forte, confiante, mais capaz. Isso tem efeito curativo, pois as reminiscências permitem que repense assuntos importantes e os organize. Não os force a encadear as situações, nem corrija, deixe que passem pelas lembranças, ouvi-los ajuda a compreendê-los e é uma oportunidade para aprender sobre sua herança cultural.

Convém perguntar o que se pode fazer para facilitar-lhes a vida, além de perguntar, observar essa necessidade. As visitas são muito importantes, e se há presença de doença, são mais significativas ainda, mesmo que eles não queiram ou não possam conversar. A presença da família e o carinho significam que o idoso é aceito, e acima de tudo garantem ao idoso que ele ainda é o mesmo, já que as limitações da idade e as doenças provocam uma crise de identidade. (Silva, 2006).

3.5- A Importância da Rede de Suporte Sócio-familiar

Para Silva (2006), quanto mais a família compreende o processo de envelhecimento e as doenças do idoso, mais eficiente será a ajuda oferecida. Os familiares muitas vezes precisam obter informações sobre as limitações, administrar finanças e burocracias, fazer adaptações na residência, nos móveis, encontrar um médico adequado e acompanhar a saúde do idoso, bem como as recomendações médicas.

A família pode ajudar o idoso a reorganizar a casa, revisar os hábitos, procurar soluções, pois se o corpo muda a casa também deve mudar, pois casa segura é a que tem condições de cuidar de suas tarefas básicas como se banhar, usar a cozinha, vestir-se com conforto e sem se machucar. (Silva, 2006).

A autora cita que Simone de Beauvoir em *A velhice*, revisou o tratamento dado aos idosos na Europa e concluiu que a coletividade decide o destino dos idosos. No Brasil os cuidados são reforçados na nossa cultura pelo Cristianismo, um de seus preceitos é o respeito e valorização dos pais. A relação de pais e filhos existe e quando os pais ficam idosos, o quadro em muitos casos se inverte. Com a vida longa dos pais e/ou com a enfermidade, ocorre uma interdependência que fecha o ciclo de vida dos velhos e enriquece as vidas dos filhos e netos.

Não são mais os filhos que precisam de pais e sim os pais que precisam dos filhos, na medida do respeito e carinho é possível que todos ganhem com a interdependência, desde que isso não traga humilhação e segregação.

Mas, contudo, a velhice ainda é mal compreendida, e temos dificuldade de entender o que ainda não vivemos, e isso isola o idoso na incompreensão, pois para nós é mais fácil entender os problemas de uma criança ou de um jovem, pois já passamos por esta fase, mas quando a velhice chega é que a conheceremos de verdade. (Silva, 2006).

A autora cita que as famílias mudaram e a forma de cuidar dos pais também muda, tudo que fizermos para ajudar nossos pais nos ajudará mais adiante. A delicadeza, a indiferença, a ignorância e a sabedoria serão repassadas para as próximas gerações. E amando e respeitando nossos idosos, ensinamos nossas crianças a amar e respeitar o velho que seremos algum dia.

Os velhos lidam com experiências que jogariam um jovem na depressão, ressalta Silva, (2006), pois eles além de tudo o que passam, ainda assistem as mortes de seus queridos amigos e/ou parentes, descobrem a cada ano novas limitações, sejam orgânicas ou não. A solidão vem de carona com a falta de equilíbrio e mobilidade, e com as mudanças na família e não raras as vezes o abandono.

Segundo Camarano e El Ghaouri (1999, citado por Neri & Sommerhalder 2002), em sociedades menos desenvolvidas, os filhos são um seguro de velhice para os pais, quanto maior o número de filhos, maior a garantia de cuidadores na velhice dos pais. Já em sociedades mais desenvolvidas, cai o nível de natalidade e surgem alternativas de apoio, já que com menor número de filhos, esses idosos não podem contar tanto com o apoio da família, e podem necessitar mais de solidariedade e programas sociais. Quanto

ao investimento que o idoso faz na educação dos filhos, doações e empréstimos a estes ao longo da vida, é na velhice que cabe a esses filhos retribuir com cuidados e afeto.

No Brasil é como se houvesse um contrato intergeracional implícito estipulando o papel de cada membro, em cada estágio de vida. Mas a grande maioria dos idosos não são de todo dependentes em termos funcionais e nem sempre dependem economicamente dos filhos, de acordo com Neri e Sommerhalder (2002).

As autoras citam Camarano et al (1999), que afirmam que por diversos motivos, as novas gerações não estão dando conta de prover suas necessidades, isso configura maior complexidade no cuidado a idosos dependentes, pois é natural que os idosos tornem-se crianças de novo e dependam dos filhos.

Para os idosos pobres em idade avançada, e/ou quando não são produtivos, geralmente são institucionalizados, negligenciados e maltratados, e quando têm posse material, ou mesmo quando são ativos e produtivos, como tomar conta da casa e dos netos, terão mais garantias de receber alguma ajuda. As relações entre gerações no Brasil, são de extrema complexidade e variabilidade, não permitindo generalização de dados obtidos em países desenvolvidos, “o suporte informal, oferecido pela família ao idoso é a face visível de um universo complexo e multifacetado, o das relações intergeracionais”. (Neri et al 2002, Pg 18).

De acordo com as autoras, na maioria dos casos, o apoio que os idosos necessitam é sobre informações que os ajudem a tomar decisões de ordem prática e a utilizar os recursos disponíveis para a manutenção e melhoria de seu bem-estar. Em outro nível podem começar a precisar de ajuda para realizar atividades práticas, como fazer compras, receber pensão, tirar documentos ou mesmo de pequenos reparos e arrumação da casa.

Segundo Neri et al (2002), em geral existe uma reciprocidade, os filhos ajudam nas atividades, e em troca os pais idosos ficam com os netos, concertam roupas, cuidam do jardim etc., e mesmo quando os idosos têm doenças crônicas e precisam de ajuda intensiva, o mais comum é serem independentes e autônomos e que troquem ajuda com os filhos. De acordo com Camarano et al (1999, citado por Neri et al 2002), a independência é a capacidade de realizar tarefas básicas diárias ou de auto cuidado, e autonomia é a capacidade de tomar decisões.

Os laços afetivos, a personalidade do cuidador e sua história de relacionamento com o idoso, sua motivação e capacidade de doação, interferem na disponibilidade para cuidar do idoso, mas o cuidar é uma experiência heterogênea e determinada por variáveis históricas e culturais. (Camarano & El Ghaouri 1999, citado por Neri & Sommerhalder, 2002).

Geralmente a fragilidade na saúde, causados por patologias múltiplas, são agravados pela solidão e pobreza. A falta de companhia está ligada ao novo formato do núcleo familiar, nas cidades grandes, há pequenas famílias, em detrimento de um padrão de família extensa em cidades menores e/ou rurais. Nesse ambiente a questão da solidariedade sócio-cultural é muito presente. (Veras, 2002)

Para Neri (1993) envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas maiores, além de ter equilíbrio entre as limitações e potencialidades, mas para tal deve-se promover a saúde ao longo de todo o curso de vida, inclusive educação continuada, incluindo treinamento compensatório e flexibilidade individual e social.

Para tanto em atividades grupais, os idosos encontram satisfação pessoal, e fazem parte do suporte ou rede social, que é definido como a presença de outros, e ou dos recursos psicológicos e materiais fornecidos por familiares, amigos e/ou vizinhos, conhecidos, antes, durante ou depois de um evento de vida. (Neri, 1993).

Nessas atividades o idoso aprende muito, seja qual for a atividade, exercita seus conhecimentos e habilidades, apreende novas informações sobre os assuntos relativos a essa fase da vida que estão vivendo, e informações que fortalecem sua capacidade de autocuidado, pois o grupo oferece espaço para troca de experiências entre seus membros.

De acordo com Derntl e Watanabe (2004), o autocuidado é uma ação aprendida, como resultado de experiências cognitivas e sociais, compreende todas as atividades individuais dirigidas à manutenção e melhoria da sua saúde e as decisões de usar o sistema formal e informal, para a melhoria de sua vida, e compreende ações para prevenir diagnosticar e tratar a si mesmo.

Segundo as autoras o autocuidado é um comportamento autônomo, e presente mesmo em algum grau de dependência, sua adoção é uma estratégia de cuidado na velhice, e se harmoniza com o desenvolvimento de atitudes, aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam melhorar a saúde e a qualidade de vida.

Derntl e Watanabe (2004), ressaltam que a maioria dos idosos, em comunidade, tem capacidade física e cognitiva de aprender formas de autocuidado, praticá-las e transmiti-las as outras pessoas. E que essa capacidade é roubada muitas vezes pela superproteção ao idoso.

Segundo os autores, o que a família pode fazer é motivar e estimular o idoso, pois seus valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida, influenciam as pessoas em relação ao autocuidado, muitas vezes esses valores e costumes não fazem parte do repertório do idoso e é nesse sentido que a família pode intervir, para que o idoso perceba a importância do autocuidado.

O estereótipo de que o idoso é passivo e que perdeu sua capacidade, faz com que a família e o próprio idoso sejam afetados na percepção do potencial do mesmo. As

dificuldades de mobilidade, por exemplo, podem ser minimizadas pelo uso de bengalas, andador, calçadeiras, bem como adaptações no ambiente e no comportamento, como aprender a tomar pouco líquido e ir ao banheiro antes de se deitar ou a ir em um lugar público, para evitar a frequência de idas ao banheiro. (Derntl & Watanabe, 2004)

Assim como o autocuidado é importante para o idoso, a preocupação com a alimentação do mesmo deve ser incentivada, visto que o distúrbio nutricional está associado à pobreza, ao isolamento social, à depressão e à imobilidade, além de alterações orgânicas como redução do fluxo salivar e alteração do paladar para doces e salgados. As mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento associadas as condições sociais e familiares podem ser sinônimo de boa ou má qualidade de vida. (Myriam Najas, 2004).

Acreditamos que para o idoso em geral, mas destacando o que mora sozinho, a presença da família mesmo que eventual, pode interferir de modo positivo na alimentação do idoso, visto que pode ajudá-lo fazendo algumas compras no supermercado, fazendo um suco nutritivo diferente, e com isso incentivar o idoso a comer alimentos mais saudáveis, lembrando que com a alteração do paladar, é preciso incentivo para que o idoso experimente novos alimentos, mesmo que seja esporádico.

Para Matsudo (2004), as evidências sustentam que há um efeito positivo entre estilo de vida ativo e minimização de efeitos deletérios. Há necessidade de atividade física regular durante toda a vida, principalmente após os cinquenta anos de idade, mesmo que a pessoa seja sedentária, pois isso produz um impacto real na saúde, longevidade e qualidade de vida.

Para a autora a chave para o envelhecimento com qualidade de vida (QV) é ter um estilo de vida ativo. Qualquer atividade física no cotidiano é válida, inclusive as

atividades realizadas no lar, como varrer, rastelar, caminhar até a farmácia ou o mercado contribuem para uma melhor QV.

Segundo Matsudo (2004), as mudanças para a adoção de um estilo de vida mais ativo do indivíduo, bem como o estímulo à prática regular de atividade física são fundamentais para garantir a qualidade de vida do idoso, mesmo na presença de limitações da idade.

Mas, nada parece gerar tanto sofrimento psíquico quanto o fato de não ter sua existência reconhecida. O olhar do outro, de acordo com Todorov (1996), não só constitui o outro como sujeito, como a sua ausência, ou seu não reconhecimento, implica na mais absoluta solidão, se o outro estiver ausente, não podemos captar seu olhar, portanto mais doloroso do que a solidão física que pode ser resolvida ou amenizada de algum modo, é viver entre os outros sem deles receber qualquer manifestação ou afeto. (Trench, 2004).

De acordo com Rosa (2004), o apoio social tem papel central na promoção de saúde e QV por meio da facilitação de conduta adaptativo em situações de tensão emocional. Existe também uma forte relação entre as redes formadas por laços sociais e ou relações com parentes e amigos, e proteção contra doenças.

Para a autora a mera atividade de diversão, ou qualquer atividade que tire o idoso da rotina, inclusive o tire da frente da TV, do rádio e da leitura apenas, ou seja, o que tem efeito benéfico é a atividade que envolve o contato com outras pessoas, o relacionamento social.

O apoio social é a totalidade de recursos oferecidos por outras pessoas e se divide em: apoio emocional que ocorre com expressões de amor e afeto; apoio instrumental que ocorre com auxílios concretos, como ajuda financeira; apoio de informação que ocorre com conselhos, sugestões, orientação e interação social positiva

que ocorre quando há disponibilidade de pessoas com quem se diverte e relaxa. (Rosa 2004).

De acordo com Wallstem e col (1999 citado por Rosa,2004), o cuidado e interesse no indivíduo, das pessoas que compõem a rede de apoio é em geral mais importante para a saúde mental do idoso, do que o suporte instrumental como refeições, serviços domésticos, e etc.

As pessoas que oferecem apoio social, influenciam e podem encorajar o controle dos comportamentos do idoso, de beber, fumar, fazer exercícios físicos, buscar tratamento médico e etc.

No entanto para Kause e Borawski-Clark (1995, citado por Rosa, 2004), quanto maior o nível educacional, maior a chance de ajudar os outros, pois para ser capaz de ajudar outras pessoas, o idoso deve ter recursos, assim como experiências diversificadas. E tendo condições de ajudar membros da rede social, podem beneficiar-se, pois ajudar os outros dá a sensação de objetividade e bem-estar, pois aderem mais as normas de reciprocidade do que de dependência. Os vínculos familiares em geral são mantidos pela obrigação e os amigos são voluntários, o idoso de nível elevado tem recursos que favorecem o relacionamento social.

De acordo com Rosa (2004), a família se modificou muito com o processo de industrialização, urbanização e modernização. A estrutura familiar sofreu transformações em relação à sua composição, tamanho, papéis tradicionais. Entretanto a Gerontologia reconhece a relevância que os laços familiares tem para os idosos. Apesar de ter ocorrido uma mudança familiar, esta não perdeu sua função, mas a família contemporânea ganhou auxílio e compartilha sua função com organizações formais.

Alguns especialistas recomendam encorajar os idosos a cuidarem também dos membros da sua rede, enquanto são capazes de oferecer apoio instrumental e social,

assim quando forem mais fracos em capacidade funcional, a família poderá fornecer apoio a esse idoso, não pela obrigação, por exemplo, filial, mas devido a reciprocidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família ainda é um porto seguro em geral, onde as pessoas se ajudam mutuamente. E para se falar sobre o papel sócio familiar é relevante pensar na infância, onde somos educados, aprendemos com as palavras, mas principalmente pelos exemplos, pelas ações, pelos comportamentos. É no lar que se espera aprender amar e respeitar, é na ligação emocional que se fortalecem os vínculos e as parcerias, tão necessárias na velhice.

Quando os idosos sentem-se importantes na família, isso pode facilitar o relacionamento, visto que podem ficar mais dispostos em se envolver nas atividades familiares, serem mais afetuosos e bem humorados, principalmente com os netos, que geralmente trazem alegria e possibilidades de o idoso passar conhecimentos e se relacionar com eles.

Se aprendermos a ser solidários e pacientes, por exemplo, isso irá comparecer sempre que alguém precisar de nós e o inverso também é verdadeiro, nos casos em que o idoso precisa conviver com a família no mesmo espaço residencial, geralmente surgem conflitos, além de toda a dificuldade de adaptação que a família precisa fazer nos hábitos, quando existe a presença de um idoso, pioram os conflitos quando a dinâmica familiar já era conflituosa. Além disso, a família geralmente não conhece a dimensão do que é essa fase, não conhece a fundo como é comprometedor e assustador para o idoso, passar por certos fatos, ou seja, a família em geral não entende o idoso, não sabe lidar com ele e as particularidades da idade.

A divulgação na mídia e a reflexão que isso traz, colabora para que mais idosos, se percebam, se valorizem, e que inclusive recebam incentivos da família para se engajar em atividades que lhes garantam relacionamento social e aprendizagem. Muitas

vezes a família, em alguns casos, o próprio idoso não percebe a capacidade que ainda possui, de vivenciar e adquirir novos conhecimentos, ou o que lhe é possível aprender sobre auto-cuidado, ou sobre algo que nunca pensou um dia em experienciar, enfim, que é capaz de continuar se desenvolvendo, na família e fora dela.

Mesmo com pouco dinheiro, ou sem plano de saúde, o idoso pode se animar a participar de terapias comunitárias do bairro, se isso for divulgado, pode se interessar em fazer caminhadas, a participar de grupos de terceira idade promovidos nas proximidades do bairro, é preciso muitas vezes o incentivo dos filhos ou vizinhos, até de ações práticas da família, como buscar a informação dos possíveis locais onde funcionam, esses espaços gratuitos e como participar deles. Nesses locais, os idosos podem trocar experiências, aprender alguma atividade nova, dançar, se divertir, se sentir útil, se reconhecer, perceber o que é bom na sua fase atual e o que pode fazer para buscar melhorar, dentro das possibilidades reais de cada um, buscar qualidade de vida, mesmo na presença de limitações ou de certos agravos na saúde.

A família tem o papel além de cuidador, motivador e incentivador, tem o papel de dar acolhimento, mostrar que se importa e buscar inserir o idoso num contexto de relacionamento, onde ele possa não só receber, mas dar ajuda instrumental, ou seja, cuidar dos netos, não no sentido da família explorá-lo, mas para valorizar a ajuda do idoso e fortalecer os relacionamentos.

Na fase madura, o sujeito tomava as decisões, direcionava a família, tinha autonomia e alguma autoridade, mas quando chega a fase da terceira idade, precisa mais dos outros, essa dependência, seja ela emocional, instrumental e em alguns casos financeira, assusta, e muitas vezes quem protege e cuida do idoso, não é a família exatamente, mas uma outra rede social, enfim, o idoso teme depender, porque denota perda no futuro.

Devido a reorganização da família e individualismo dos filhos, a questão da autoridade foi alterada, pois a hierarquia tende a ser substituída por vínculos igualitários e assim os mais novos muitas vezes desconsideram o idoso e a autoridade que sua figura deveria representar.

É muito importante a família como um todo se respeitar e aprender a lidar com a diferença, para que todos tenham seu espaço respeitado, assim como é importante aprender a lidar com a diferença da idade, a família deve aprender a lidar como idoso e suas limitações e características próprias da idade, visto que assim, podem prestar o auxílio devido, sem faltas ou excessos. A velhice é uma etapa distinta, mas não é uma doença, porém o próprio idoso incorpora esse conceito errôneo e diz não servir mais para nada.

Morar sozinho geralmente é visto como sinônimo de solidão e quando isso ocorre devido a viuvez, é um trauma muito grande, visto que é como se a viuvez fosse uma espécie de novo ciclo, em que se tem que reaprender a viver “sozinho”, principalmente quando quem fica era muito dependente do outro, no campo emocional ou para cumprir tarefas, ou companhia em atividades, entre tantos outros motivos, como não ter de fato nenhum outro familiar, ou rede social. De repente é como se nada mais tivesse graça ou sentido, como se a vida tivesse ido embora junto com o outro. O filme *Up Altas Aventuras*, retrata bem isso, na cena em que mostra a reação do idoso com a perda da companheira da vida inteira, desde a infância quando eram amiguinhos, passando pelo casamento e envelhecimento sem filhos ou parentes, tinham apenas um ao outro, perdendo a companheira, ficou um vazio e a rabugisse. A vida do idoso só ganha sentido novamente, com a presença do moleque escoteiro que tira seu sossego, mas ao menos está presente, fazendo companhia e “demandando cuidados e proteção”, a

vida do idoso volta a ter sentido, pois volta a ter atividade, a se sentir importante e útil e acima de tudo, realizar um projeto de vida, uma aventura, se sentir vivo novamente.

Ainda quanto ao assunto dependência temos, atualmente, uma outra realidade em que muitos idosos é que sustentam ou ajudam os filhos, e com o pouco que ganham, dão suporte aos filhos já idosos também. Na situação da classe média e alta, não é diferente, hoje temos um quadro já denominado Síndrome do Ninho Cheio, em que grande parte dos casos, os filhos ou filhas não se casam ou fazem isso cada vez mais tarde para se dedicar aos estudos ou a carreira. O que se vê são pessoas da fase madura morando ainda com os pais e sendo sustentados por eles geralmente. O que muda é que são os pais idosos os donos da casa e do dinheiro e portam-se com mais propriedade e autoridade

Acreditamos que em qualquer situação, mesmo num idoso acamado ou impedido de comunicação, o que é um fator primordial é a qualidade de vida, ou seja, promover a possibilidade de vivenciar dentro do possível, o melhor, com conforto, estimulação, presença, afeto, higiene, cuidados e proteção, isso quando se tem um quadro sem autonomia de decisões, diálogo, locomoção, é o mínimo que se espera como qualidade de vida.

É tarefa de todos, mas principalmente dos profissionais que lidam com o segmento idoso, a função de fornecer à família informações sobre as limitações do idoso, como lidar com elas de modo prático e espacial, como lidar com burocracias e direitos dos idosos em relação aos bens, para que a família não abuse disso, ou mesmo ajustes no lar, onde pode evitar que o idoso escorregue ou se machuque. Os mais necessitados dessas informações são as famílias mais humildes que não possuem profissionais a disposição para dar esclarecimentos, sobre pequenos ajustes nos móveis, dentro de suas possibilidades, para garantir no mínimo higiene, proteção, segurança e

uma alimentação mais adequada tendo em vista a baixa renda, e que o idoso tem seu paladar alterado com a idade.

A extensão das famílias na cidade pequena se deve à necessidade e solidariedade, as pessoas aceitam a tarefa de abrigar vários membros da família, o dinheiro não dá para que todos tenham seus lares e despesas, falta emprego, o número de filhos é maior, as filhas engravidam cedo e vão para a cidade grande trabalhar, deixando seus filhinhos com suas mães, por exemplo. A família na cidade grande é pequena, as pessoas são mais individualistas, não abrem mão de certo conforto e independência em muitos casos.

Falamos até aqui sobre a necessidade de cuidado e proteção que se espera ser oferecida ao idoso, mas o outro lado da moeda é que no intuito de ajudar e demonstrar afeto e por falta de esclarecimento e muito amor, a família pode prejudicar a capacidade de autonomia e auto-cuidado, com isso o idoso pode ficar dependente ao extremo. De acordo com Camarano (1999 citado por Neri, 2002), a independência é a capacidade de realizar tarefas e autonomia, de tomar decisões. A dependência excessiva do idoso pode comprometer a sua percepção subjetiva da sua real situação, podendo vir a perceber como pior do que é por falta de experiência de autonomia e independência para lidar com novas situações.

O relacionamento social parte da premissa de que todos ali são importantes, que todos contribuem e que todos têm práticas e informações a trocar, quando se é absolutamente só ou se percebe dessa forma, a característica de capacidade de trocas e aprendizado é substituída pelo sentimento de abandono, de inutilidade e solidão. O isolamento e a solidão propiciam a depressão e a noção de que não há mais nada a perder, não é raro ouvirmos algum idoso dizer que está esperando a morte chegar, pois não tem mais perspectiva de vida. Em alguns casos os vícios como álcool e cigarro são

seus passatempos para esquecer a dor e a solidão, mas que comprometem cada vez a saúde, e não é raro que os problemas causados pela bebida ainda afastem cada vez mais os familiares.

A solidez e a qualidade de laços de afeto e de respeito são as chaves para uma boa velhice, apesar das características inerentes a fase da terceira idade e o papel da família é de valor imenso para a promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso, pois ainda tem um poder de suporte sólido, na maioria dos casos, é à família que todos recorrem, mas nas piores situações é bem verdade que os idosos são mais bem tratados, valorizados e ajudados fora da família, recebendo esse auxílio de amigos e vizinhos.

O levantamento e discussão de possibilidades de atividade e relacionamento social conseguiram reunir informações que demonstram a importância da rede social, do relacionamento social para o idoso em adquirir e manter a qualidade de vida.

Conhecer a inter-relação social, familiar e idoso, trouxe enriquecimento teórico, esses conhecimentos trarão vantagem ao lidar com o idoso e seus familiares, no sentido de compreensão das variáveis particulares da fase da terceira idade e compreensão da complexidade das organizações familiares, bem como a compreensão de que a família muitas vezes não tem idéia do que fazer para ajudar o idoso e garantir sua dignidade. Esta etapa da vida deve ser tratada baseada na informação e no afeto, para que seja uma etapa de integração familiar e social e não uma etapa de segregação social.

Este trabalho veio trazer enriquecimento pessoal, visto que já trouxe benefícios na inter-relação com os familiares idosos, propiciando mais compreensão, paciência e demonstrações de afeto e colaboração, bem como reflexão sobre o próprio envelhecer.

Não se teve a pretensão de esgotar o tema, mas levantar questões que sugerem que a família é responsável pela obtenção e manutenção da qualidade de vida do idoso,

mas que, sobretudo, o relacionamento social e de rede de suporte junto ao trabalho da família é fundamental.

Consideramos que o objetivo do trabalho foi alcançado, visto que identificamos de que forma a relação social e familiar pode contribuir para a busca e manutenção da qualidade de vida do idoso.

Sugerimos que em próximas pesquisas sejam abordadas quais ações podem ser criadas no futuro para assegurar a qualidade de vida do idoso baseado apenas na solidariedade, já que a previsão é que teremos velhos cuidando de velhos e uma minoria de jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, L. R. (2000). *Manual para a Elaboração de Projetos e Relatórios de Pesquisa, Teses, Dissertações e Monografias*. Rio de Janeiro: LTC
- Berquó, E., (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. Em Neri, A. L. & Debert, G. G. (Org.) *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus.
- Bilac, E. D., (2000). Família: algumas inquietações. Em Carvalho, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. SP: Cortez.
- Boaretto, R. C. & Heiman, L. S., (2003). Conselhos de Representação de idosos e Estratégias de participação. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M., (2003). (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papirus.
- Borges, M. C. M., (2003). Políticas públicas e sociais no Brasil. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M., (2003). (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papirus.
- Bramante, A. C. (2004). Qualidade de vida e lazer. Em Gonçalves, A. & Vilarta (Org). *Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas*. Barueri, SP: Manole.
- Brasil. Estatuto do Idoso. (2003). *Estatuto do Idoso: Lei n. 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do idoso*. -Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoria e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Capitanini, M. E. S & Neri, A. L., (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. Em Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (Org.) *Velhice bem sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus.
- Carvalho, M. C. B., (2000). O lugar da família na política social. Em Carvalho, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. SP: Cortez.
- Cervený, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. SP: Casa do Psicólogo.
- Coelho, M. R. V. P., (2002). Visitando a Fase Última. Em Cervený, C. M. O. (Org.) *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. SP: Casa do Psicólogo.
- Costa, E. M. S., (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena- Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Agora.
- Debert, G. G., (1999). A Construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. (Org.) Neri, A. L. & Debert, G. G. (Org.) *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus.

- Deps, V. L., (1993). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. Em Neri A. L. (Org.) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Derntl, A. M. & Watanabe, H. A. W., (2004). Em Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.) *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Dias, M. L. (1992). *Vivendo em família: relações de afeto e conflito*. SP: Moderna.
- Donfut, C. A. (2004). Em Peixoto, C. E. (Org.) *Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV.
- Fortes, A. C. G. & Neri, A. L., (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (Org.) *Velhice bem sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus.
- Fraiman, A. P., (1995). *Coisas da Idade*. São Paulo: Editora gente.
- Freire, S. A. & Resende, M. C., (2001). Sentido de vida e envelhecimento. Em Neri, A. L. (Org.) *Maturidade e velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Gonçalves, A. & Vilarta, R., (2004). *Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas*. Barueri, SP: Manole.
- Grinberg, A. & Grinberg, B., (1999). *A arte de envelhecer com sabedoria*. São Paulo: Nobel
- Kaloustian, S. M., (2004). *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: Cortez.
- Leme, L. E. G. & Silva, P. S. C. P., (2002). O idoso e a família. Em Netto, M. P. (Org.) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu
- Lopes, A., (2003). Dependência, contratos sociais, e qualidade de vida na velhice. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M., (2003). (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papirus.
- Márquez, E. F. (2003). *Envelhecimento e Atividade Física: Auxiliando na melhora e manutenção da Qualidade de Vida*. São Paulo: SESC.
- Mascaro, S. A. (2004). *O que é Velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Matsudo, S. M., (2004). Atividade física. Em Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.) *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Najas, M. (2004). Aspectos nutricionais. Em Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.) *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. L. & Sommerhalder, C., (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. Em Neri, A. L. (Org.) *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Editora Alínea.

Neri, A. L., (2001). Velhice e qualidade de vida . Em Neri, A. L. (Org.) *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas*. Campinas, SP: Papyrus.

Neri, A. L., (2003). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papyrus.

Neri, A. L., (2004). O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (Org.) *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papyrus.

Netto, M. P., (2002). *Gerontologia- A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Netto, M. P. & Ponte, A. L., (2002). Envelhecimento: Desafio na transição do Século. Em Netto, M. P. (Org.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Pacheco, J. L., (2003). As Universidades Abertas à Terceira Idade como Espaço de Convivência entre Gerações. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M., (2003). (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papyrus.

Park, M. B., (2003). O ciclo da vida representado nas páginas dos almanaques de farmácia brasileiros. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M., (2003). (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papyrus.

Paschoal, S. M. P. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Paschoal, S. M. P., (2002). Epidemiologia do Envelhecimento. Em Netto, M. P. (Org.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Peixoto, C. E., (2004). Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. Em Peixoto, C. E. (Org.) *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV.

Reis, L. M. A., (2001). *Maturidade: manual de sobrevivência da mulher de meia-idade*. Rio de Janeiro: Campus Ltda.

Relvas, A.P., (2000). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistêmica*. Edições Afrontamento.

Rey, F. G., (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Romanelli, G., (2000). Autoridade e poder na família. Em Carvalho, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. SP: Cortez.

Rosa, T. E. C., (2004). Redes de apoio social. Em Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.) *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.

- Salgado, M. A., (1982). *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo: SESC-CETI.
- Sarti, C. A., (2000). Família e individualidade: um problema moderno. Em Carvalho, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. SP: EDUC/Cortez.
- SESC. (2003). *O século da Terceira idade*. São Paulo: SESC.
- Silva, M. A. D. & Marchi, R., (1997). *Saúde e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: Best Weller.
- Silva, M., (2006). *Quem vai cuidar dos nossos pais?* Rio de Janeiro: Record.
- Simões, R. (1998). *Corporeidade e a terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: UNIMEP.
- Simson, O. R. M.V., (2003). Atitudes e crenças sobre velhice. Em Simson, O. R. M. V., & Neri, A. L., & Cachioni, M. (Org) *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Papyrus.
- Szymanski, H., (2000). Teorias e teorias de famílias. Em Carvalho, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. SP: Cortez.
- Takashima, G. M.K., (2004). O desafio da política de atendimento à família. Em Kaloustian, S. M. (Org.) *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: Cortez.
- Trench, B., (2004). Reflexões sobre o envelhecer. Em Litvoc, J. & Brito, F. C. (Org.) *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Veras, R. P., (2002). Atenção Preventiva ao Idoso- Uma Abordagem de Saúde Coletiva. Em Netto, M. P. (Org.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Vicini, G., (2002). *Abraço afetuoso em corpo sofrido – Saúde integral para idosos*. São Paulo: Editora SENAC.
- Zamerlam, C. O. (2001). *Os novos paradigmas da família contemporânea*. Rio de Janeiro: Renovar.