

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DOS
IDOSOS**

LUZIA APARECIDA VIEIRA

FORMIGA/MG

2012

LUZIA APARECIDA VIEIRA

**PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DOS
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva

FORMIGA/MG

2012

LUZIA APARECIDA VIEIRA

**PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DOS
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Andréa Fonseca e Silva

Banca Examinadora

Professora: Andréa Fonseca e Silva- orientadora

Professora: Maria Dolores Soares Madureira

Aprovada em Belo Horizonte : 04/02/2012

DEDICATORIA

Hoje sei que não há nada que aconteça em minha vida que não seja para o meu bem. Aprendi agradecer por tudo, principalmente nas situações mais difíceis, pois elas também vêm para me abençoar de alguma forma:

Agradeço a Deus que sempre oculta - se nas coisas mais belas e simples da vida;

Às minhas filhas e ao meu marido pelo apoio incondicional.

“O idoso se renova a cada dia que começa, o velho se acaba em cada dia que termina, pois o idoso tem seus olhos postos para o horizonte e o velho tem seu olhar voltado para as sombras do passado. O idoso faz planos e o velho só tem saudades e assim o idoso tem muita idade e o velho perdeu a jovialidade.”

(autor desconhecido)

RESUMO

O crescimento da população idosa em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e está ocorrendo em grande nível. Apesar do número de domicílios unipessoais representarem 13,7 % destes, verifica-se a elevação na série histórica referente à quantidade de idosos que residem sozinhos. Frente a isto, busca-se a melhoria na qualidade de vida dos idosos, representando um desafio, pois exige contemplação da experiência do envelhecimento, além das oportunidades oferecidas e ao seu grau de satisfação com a vida. Este trabalho tem como objetivo descrever as principais implicações que afetam a qualidade de vida dos idosos, e ainda identificar as principais mudanças ocorridas no processo de envelhecimento. Refere-se a uma revisão de literatura na base de dados dos artigos divulgados na Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e ainda em monografias, livros textos e manuais do Ministério da Saúde. Os resultados indicaram que o maior desafio na atenção à pessoa idosa está mais relacionado a uma cultura que a desvaloriza e limita; e que apesar das progressivas limitações físicas que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Além disso, a manutenção da qualidade de vida está associada com saúde, boa alimentação, conforto na velhice, casa própria, condições financeiras para se manter, bom relacionamento com a família e sossego. Muitas são as políticas que focam o idoso e sua família; porém, sua implantação abrange desde a precária captação de recursos, ao frágil sistema de informação sobre os idosos para a análise de suas condições de vida e saúde, passando, pela inadequada capacitação de recursos humanos na área da saúde. Apesar de nos últimos anos, o processo de envelhecimento estar sendo discutido de uma forma mais enfática, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e as instituições correlacionadas.

Palavras -Chaves: Idoso. Residir sozinho. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The growth in numbers of elderly people in the population, in both proportional and real terms, is a worldwide phenomenon that is occurring at an excessive level. Despite the fact that 13.7 per cent of these elderly people are living in residential care homes, the number of people living at home has reached record levels. The objective of this thesis is to look at the lives of those elderly people who do live alone, to study their living conditions and their health as well as to assess the main problems facing them. This research is formed via to the study of databases. The results reveal that, despite the limitations of their lifestyle because of age and health issues, they should still be able live a decent life despite being alone. Also, the results show that the quality of life is closely linked with the type of lifestyle, the standard of food, the level of comfort in their environment and their house, their financial circumstances, their relationship with their family and their peace of mind. There are many policies that focus on the elderly and their families, but the difficulties in implementing such policies range from poor to weak fundraising information system for the analysis of living conditions and health spending, of course, due to inadequate traininghuman resources. Although in recent years, the aging process is being discussed in a more emphatic, changes intrinsic to it still does not seem clear to society and its institutions.

Key-words: Elderly. Residing alone. Quality of life.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	07
2 Metodologia	10
3 Desenvolvimento.....	11
3.1 O envelhecimento no Brasil.....	11
3.2 Mudanças ocorridas no processo de envelhecimento.....	13
3.3 A família e o grau de dependência do idoso.....	16
3.4 As políticas públicas frente aos idosos.....	19
4 Considerações Finais.....	23
Referências.....	24

1 INTRODUÇÃO

Para Almeida (2005), o ciclo da vida é igual para todos os seres vivos. Todos nascem, crescem, amadurecem, envelhecem e morrem. Dessa maneira, envelhecer é tão natural como qualquer outra fase da vida e as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento requerem adaptações e mudanças de hábitos, pois surgem novas situações e experiências. Nos últimos anos, cerca de um milhão de pessoas cruzaram a barreira dos 60 anos provocando mudanças importantes na estrutura etária das populações em praticamente todos os países (PAPALÉO NETTO, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil estabelecerem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. Ainda para ela, em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que a de qualquer outra faixa etária. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O envelhecimento antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades, pois os cidadãos estão envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima que no ano de 2050, exista cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006 b). Considerando-se, porém, o conjunto da população, o número e a proporção de domicílios unipessoais estes cresceram muito entre as décadas de 70 e 90, sendo que, no ano de 1998, esse tipo de arranjo domiciliar já representava 8,8% do total do país (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

O envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É um fenômeno inerente ao processo da vida, que varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente. É ainda um processo onde acontecem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentificação ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional (BRASIL, 2006a).

De acordo com Sanchez (1998), ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, o crescimento dessa população leva ao aumento do número de pessoas com debilidades físicas e emocionais, e o aumento de complicações das doenças crônicas.

De acordo com Zimerman (2000, p.24), “as principais conseqüências do envelhecimento são a crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais”. O idoso precisa ser agraciado por uma reeducação que lhe permita um amadurecimento saudável. Trata-se de preparar e de oferecer meios à pessoa para que possa envelhecer bem, cuidando não apenas dos aspectos físico, social e econômico, mas também das questões da vida interior (NÉRI, 2001).

Devido às conseqüências da evolução demográfica que vem ocorrendo ao longo dos anos, a demanda de atendimento, tanto da área da saúde como da assistência social, vem crescendo de forma vertiginosa, trazendo assim um gasto elevado para o poder público, que ainda não está preparado para atender essa nova demanda. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, mas dependerão do acesso que o indivíduo tem aos serviços preventivos, que orientam para a redução de fatores de risco e levam à adoção de hábitos de vida saudáveis. Dependerão igualmente, da visão de mundo da sociedade em que está inserido, bem como das condições socioeconômicas do indivíduo (BRETAS, 2003). São nos extremos da vida, seja na infância ou na velhice, que os indivíduos apresentam uma maior limitação social, passando a depender, algumas vezes de forma vital, da sociedade que os envolve e assiste (LEME; SILVA, 2002).

Diante da tendência recente de redução do número de filhos, aumento de divórcios, mudanças de estilo de vida, melhora nas condições de saúde dos idosos e, conseqüente ampliação da longevidade, com destaque para a maior sobrevivência feminina, é de se esperar que ao longo dos anos haja um crescimento dos domicílios unipessoais, ou seja, do número de idosos vivendo sós (BRASIL, 2006b).

Trazendo esta realidade também para próximo da autora, verifica-se que o município de Santo Antônio do Monte/ Minas Gerais, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística possui uma população estimada em 25.975 habitantes. Destes, 2.985 habitantes é idoso, o que representa 11 % da população total (IBGE, 2010).

De acordo com Moreira (2001) a qualidade de vida dos idosos representa um desafio, pois exige contemplação da experiência do envelhecimento, além das oportunidades oferecidas; e que a qualidade de vida aplica-se ao indivíduo saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos aspectos moradia, transporte, alimentação, lazer, realização profissional, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. Para Neri (2003), se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de vida pode ser real.

Assim, surge o questionamento sobre quais necessidades estariam associadas para manter a saúde e a qualidade de vida de uma população em processo de envelhecimento?

A realidade dos idosos brasileiros que vivem sozinhos ainda é pouco conhecida, assim como daqueles residentes no Estado de Minas Gerais. Apesar de velhice não ser sinônimo de doenças ou incapacidades, sabe-se que nessa fase da vida as pessoas tendem a estarem mais susceptíveis a problemas de saúde e, necessitam de apoio. Mesmo que a co-residência não seja um indicador suficiente para medir ajuda, ela pode ser considerada um importante instrumento facilitador para que as trocas ocorram entre os idosos e seus filhos. Diante desse cenário, acreditamos que se faz necessário compreender os processos que possam contribuir para um envelhecimento saudável e autônomo, pois nessa fase da vida acontece uma série de transformações de ordem anatomo-fisiológica, psicológica e social, que resulta em mudanças na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e, sobretudo, na qualidade de vida dos sujeitos (FRANÇA,2010).

Portanto, este trabalho tem como objetivo geral descrever as principais implicações que afetam a qualidade de vida dos idosos, e ainda identificar as principais mudanças ocorridas no processo de envelhecimento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, tendo sido identificado através de busca eletrônica de artigos divulgados na Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), monografias, livros de referencia e manuais do Ministério da Saúde.

A revisão bibliográfica é considerada um passo inicial para qualquer pesquisa científica (WEBSTER; WATSON, 2002). Para Gil (2007), esta é desenvolvida com base em material já elaborado como livros, artigos e teses, a pesquisa bibliográfica possui caráter exploratório, pois permite maior familiaridade com o problema, aprimoramento de idéias ou descoberta de intuições.

Foi adotado como critérios de inclusão artigos publicados em inglês, espanhol e português, na série histórica de 1994 a 2011 que continham as seguintes palavras chaves: idoso, residir sozinho e qualidade de vida. Foram identificados inicialmente 30 artigos nas bases pesquisadas pelo tema. Entre os artigos pesquisados, verificou-se que 20 artigos abordaram o tema idoso relacionando-o com qualidade de vida, e apenas quatro com descritor morar sozinho. Porém após leitura exaustiva, foram utilizados 14 artigos, livros de referencia, 3 monografias e manuais de referencia do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Durante a busca bibliográfica geral nas bases de dados observou-se que a maioria dos estudos enfoca pontualmente uma temática, seja o controle de patologias (osteoporose, câncer, doenças cardiovasculares, depressão, demências, dentre outras), sejam os fatores de risco ou ações específicas de saúde, como quedas, saúde bucal, imunização, alimentação e, atividade física.

Depois de lidos os artigos, foram identificadas quatro categorias de temas, sendo elas: O envelhecimento no Brasil; Mudanças ocorridas no processo de envelhecimento; A família e o grau de dependência do idoso e As Políticas Públicas frente aos idosos.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos e demandam uma abordagem multidisciplinar. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológicos, psíquicos e sociais (MARTÍNEZ, 1994, p.117).

O envelhecimento ocorre com a passagem do tempo, tornando-se visível com a maturidade. Há mudanças normais, progressivas e irreversíveis que ocorrem no decorrer da vida de cada indivíduo. Trata-se de um processo natural, onde há modificações de todo o tipo que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, levando o idoso à maior vulnerabilidade e maior incidência a doenças (PAPALÉO NETTO; BORGONOV, 2002).

Para Gonsales *et al.* (2005), o envelhecimento é um processo complexo e gradual, revelando modificações funcionais no trato gastrointestinal como, por exemplo a perda de apetite, alterações na mastigação e na mobilidade digestiva o que afeta diretamente o estado nutricional. Esse processo também inclui inúmeras conseqüências referentes à motricidade orofacial, coordenação e força muscular. Para os autores, um grande desafio enfrentado atualmente, é saber como manter a saúde e a qualidade de vida de uma população em processo de envelhecimento. A boa alimentação e um estado nutricional adequado beneficiam tanto o indivíduo idoso como a sociedade, já que a saúde nutricional associa-se com um menor grau de dependência e menor tempo de convalescença de doenças agudas, o que diminui o uso de recursos da saúde.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorre associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde, adequadas para atender às novas demandas emergentes. Em 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006 b).

Apesar das fortes evidências do envelhecimento demográfico e suas conseqüências epidemiológicas, são escassas as pesquisas que analisam suas características. Segundo Horta, Sawyer e Carvalho (2006, p.2) “o conhecimento do verdadeiro padrão de mortalidade de uma região é fundamental para a análise, compreensão e geração de vários indicadores, essencial, até, para a geração de insumos no desenho e na avaliação de políticas sociais”.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a), no trabalho das equipes da atenção básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

De acordo com Albuquerque (2003) a população brasileira experimentará um envelhecimento extraordinariamente rápido devido aos problemas de ordem infra-estrutural como: baixo nível educacional, enfermidades infecciosas ainda não controladas, falta de acesso a uma rede básica de serviços de saúde, carência no saneamento básico, problemas ambientais. Fatores esses, contribuintes para um envelhecimento precoce da população, que será o grande desafio social dos tempos atuais e futuros.

Segundo Camarano e Pasinato (2002), o crescimento da população idosa brasileira é conseqüência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro lado, a redução da mortalidade trouxe como conseqüência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento.

No caso do Brasil, a co-residência que trata do fato do idoso morar com outra pessoa, permanece elevada entre os idosos; contudo, cresce, ao longo dos anos, a proporção de idosos brasileiros morando sozinhos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, o número de idosos que moram sozinhos no Brasil vem aumentando, alcançando a proporção de 13,7% em 2008. A população de 60 anos e mais, em 2006, foi responsável por 40,3% dos domicílios unipessoais brasileiros, sendo que em Minas Gerais essa proporção era de 39,3% e na Região Metropolitana de Belo Horizonte de 34,2% (IBGE, 2010).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver

sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006 b).

Segundo Hayflick (1996), apesar de já haverem sido propostas várias medidas biológicas que pudessem prever o ritmo do envelhecimento humano, não se alcançou uma boa medida da idade biológica devido a grande variabilidade individual dos possíveis marcadores. Apesar de a idade biológica ser mais informativa que a cronológica, ela não tem, ainda, como ser medida de forma acurada.

Ramos (2002) aponta a importância da avaliação da capacidade funcional como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento, onde o conceito de saúde se modifica para a manutenção da autonomia, independente da presença de doenças crônicas controladas. Isto é, envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física, mental, integração social, suporte familiar e independência econômica. Vários instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação da capacidade funcional e incluem fatores sócio-demográficos, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência nas atividades diárias, suporte familiar e social e utilização de serviços. Segundo o autor, um dos desafios para as políticas de saúde deve dar-se através da equidade, ou seja, cuidar da parcela mais pobre, com maior co-morbidade, e maior incapacidade, fazendo frente a isto através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação específicas.

3.2 MUDANÇAS OCORRIDAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

É certo que a população idosa vem tendo um crescimento considerável. Desse modo, a investigação dos fatores que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como das variações que esse estado comporta, reveste-se de grande importância científica e social (NERI, 2003). O processo do envelhecimento é único para cada ser humano, sendo uma experiência universal, progressiva e gradual. Desde o nascimento se envelhece um pouco, a cada dia. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Diante desse processo, a pessoa idosa pode tomar diferentes atitudes e formas de ser e de comportar (FERRARI, 1999).

O envelhecimento é um processo natural que faz com que nosso corpo, gradativamente, com o avanço da idade, apresente diversas mudanças anatômicas e funcionais. Na medida em que essas mudanças vão progredindo, com o passar do tempo, ocorre redução na capacidade funcional do corpo desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do organismo (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Essas alterações podem ser influenciadas por eventos da vida, enfermidade, genética, fatores sócio econômicos de estilo de vida. Portanto a idade fisiológica de uma pessoa reflete o estado de saúde, mas pode ou não refletir a idade cronológica. Os fatores de estilo de vida que parecem influenciar a idade fisiológica são a adequação e regularidade do sono, frequência do consumo de refeições bem balanceadas, suficiência de atividade física, hábito de fumar, extensão do consumo de álcool e peso corporal (CARVALHO 2002).

As alterações fisiológicas ocorridas com o envelhecimento geralmente estão associadas a abusos de longo prazo como má nutrição, tabagismo, exercícios inadequados e exposição a agentes nocivos. O sedentarismo é um fator que atinge várias classes sociais e faixas etárias. Porém não deve ser dito que todas as doenças podem ser prevenidas por uma vida saudável. Isto está relacionado ao incremento tecnológico que facilita as atividades realizadas diariamente. (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2001).

Kawasaki e Diogo (2001) e Amêndola (2007) relatam que, uma vez acometido por uma doença crônico-degenerativa, geralmente, o idoso requer cuidados especiais, pois torna-se dependente. Surge, então, a figura do cuidador, que o auxilia de forma parcial ou integral, nas dificuldades ou incapacidades, para realizar as atividades de vida diária. Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos a da pessoa idosa e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente (BRASIL, 2006 b).

O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que freqüentemente exigem intervenções de alto custo envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS; PARAHYABA, 2007).

Dentre as diversas funções prejudicadas pelo avanço da idade está a função muscular, que, quando diminuída, afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos, levando a

dificuldades para a realização das atividades cotidianas e, muitas vezes, tornando-os dependentes do auxílio de outras pessoas (DESCHENES, 2004; DAVINI; NUNES, 2003; KAUFFMAN, 2001).

O envelhecimento do organismo afeta o desempenho físico limitando a interação do homem com o meio ambiente (CAROMANO; KERBAUY, 2001).

Veras e Parahyaba (2007) destacam que o envelhecimento acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. As doenças crônicas não-transmissíveis podem aparecer afetando a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos e para cerca de 50% entre os idosos com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006 b).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 b), a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida.

Carvalho Filho (2005) afirma que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo da vida humana, na qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo. O envelhecer é, pois um processo normal que caracteriza uma etapa da vida do homem, com realidade própria e diferenciada. As mudanças ocasionadas pelo envelhecimento produzem perturbações no equilíbrio e requerem múltiplas exigências adaptativas, os indivíduos muitas vezes enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia (VASCONCELOS *et al.*, 2004).

Segundo Daolio (2001), o idoso de hoje é o mesmo que abandonou o meio rural em busca de novas conquistas de vida. E para aqueles que dependem do sistema previdenciário, a realidade também não é animadora. A maioria dos aposentados recebe um salário mínimo onde esse valor não garante a subsistência digna dessas pessoas o que faz com que muitos voltem a trabalhar para acrescentar algum ganho para a sua sobrevivência.

A inversão do papel familiar gera um estado de insegurança, de medo e de inaptações que depende de sua intensidade, são expressões através de irritabilidade, acomodação ou indiferença, podendo afetar a própria personalidade, levando o idoso ao isolamento e ao sentimento de inutilidade (DEBERT, 2004).

Durante o envelhecimento, os principais fatores de influência da sociedade sobre o indivíduo são a resposta social ao declínio biológico, o afastamento do trabalho, a mudança da identidade social, a desvalorização social da velhice e a falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento social. A vida do idoso é, portanto, dominada por um alto nível de estresse, devido às expectativas e obrigações formalizadas (JACOB FILHO, 2006).

Kahn e Antonucci (2004) ressaltam a importância das atividades que são esperadas de uma pessoa para entender as mudanças que ocorrem no curso de vida, vez que estão ocupando determinada posição no espaço social. Essas posições, definidas como papéis sociais, são influenciadas pelo que se espera de uma pessoa e pelo que a própria pessoa espera de si mesma. Tais papéis sociais apresentam propriedades positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e uso de habilidades. Apresentam propriedades negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambigüidades. Embora uma pessoa possa ocupar diversos papéis ao longo do curso de vida, alguns papéis estão explicitamente relacionados à idade, principalmente quanto à hierarquia. Os papéis também provêm oportunidade de acesso a lugares, pessoas e atividades.

3.3 A FAMÍLIA E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO

São nos extremos da vida, seja na infância ou na velhice, que os indivíduos apresentam uma maior limitação social, passando a depender, algumas vezes de forma vital, da sociedade que os envolve e assiste (LEMES; SILVA, 2002).

A família parece ser um ponto de referência em todas as situações. É apontada por estudiosos do envelhecimento como elemento mais frequentemente mencionado por idosos como importante ao próprio bem-estar. A idéia da família como refúgio e porto seguro apresenta-se no imaginário de todos nós e aparece de forma recorrente ao longo do tempo, especialmente com relação aos grupos mais necessitados de proteção e apoio, entre os quais estão os idosos (FREITAS *et al.*, 2002).

As mudanças sociais associadas à modernização refletiram-se no meio familiar através da maior participação da mulher no mercado de trabalho, da redução do tamanho da

família, do surgimento de novos papéis de gênero e da maior longevidade. Dessa forma, a família também é uma instituição em processo de mudança e adaptação às novas realidades. Com o aumento da longevidade, permite-se aos indivíduos passarem mais tempo de suas vidas na condição de avós, pais, filhos e netos, e experimentarem superposição desses papéis. Assim, aumenta a probabilidade de que as crianças tenham avós por um tempo maior do que seus pais (FREITAS A família parece ser um ponto de referência em todas as situações. É apontada por estudiosos do envelhecimento como elemento mais freqüentemente mencionado por idosos como importante ao próprio bem-estar. A idéia da família como refúgio e porto seguro apresenta-se no imaginário de todos nós e aparece de forma recorrente ao longo do tempo, especialmente com relação aos grupos mais necessitados de proteção e apoio, entre os quais estão os idosos (FREITAS *et al.*, 2002).

Segundo Caldas (2003), a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal evolução nesse processo sugere a existência de profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso. As necessidades de cuidado requerem desenvolvimento de suas atividades básicas da vida diária, à medida que, impossibilitado para o auto-cuidado, o cuidador assume o papel de provedor desses cuidados.

No Brasil, a família, especialmente constituída de filhos adultos, continua representando fonte primordial de assistência à parcela significativa da população idosa. O envelhecimento da população brasileira tem sido vista como uma sobrecarga para as famílias, o que é reforçado pela queda da fecundidade (menos filhos para cuidarem dos idosos) e pela participação das mulheres no mercado de trabalho. No entanto, os idosos brasileiros hoje não são necessariamente dependentes de suas famílias. Apesar de 80% das aposentadorias no Brasil se situarem entre um e três salários mínimos mensais, os idosos desfrutam de melhores condições de vida e saúde, se comparados com os que antecederam ou mesmo com a parte da população adulta (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Na terceira idade, assim como em outras fases da vida, a família tem posição de destaque. Ela vai se alterando à medida que seus membros envelhecem, principalmente no que diz respeito aos papéis familiares (ZIMERMAM, 2000). Assim, para que o idoso tenha possibilidades de encontrar novas formas de equilíbrio nessa etapa, é importante a “existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos” (NERI, 2001, p.7).

A dependência na velhice tem muitas faces e diferentes etiologias. Tem diferentes conseqüências sobre as relações do idoso consigo próprio e com as outras pessoas, da mesma

idade e de outras gerações; com o ambiente físico construído pelo homem; com o mundo natural e as instituições sociais. Cumpre diferentes funções na vida individual e na sociedade. Qualquer que seja a sua causa primária ou a combinação de causas que a determinam, o ambiente desempenha um papel importante na forma como vai se manifestar e em sua manutenção (DUARTE; DIOGO, 2005).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), o principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da independência, causadas pela deteriorização da saúde e pelo empobrecimento da vida social. Pode-se afirmar que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinado aspecto, independente em outros. Da mesma forma, é possível identificar dependência física e autonomia financeira, dependência afetiva e independência cognitiva. Os exemplos podem ser multiplicados, sempre mostrando o quão complexa é essa relação e quão intrincadas são suas implicações entre as relações no lar, nas instituições ou na sociedade (PAVARINI, 2005).

Baltes e Silverberg (1995) comentam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida e acrescentam que elas englobam desde as mudanças biológicas até as transformações exigidas pelo meio social. As autoras discriminam a dependência em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que e enquanto produz.

A dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, falta de condições para realizar as tarefas da vida diária. Finalmente, a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outros. Refere-se à circunstância em que uma pessoa é considerada incompetente para realizar suas tarefas. Diante dessa avaliação, alguém sempre assume a função de fazê-lo em seu lugar, mesmo que não haja necessidade ou que a própria pessoa não o deseje (BALTES; SILVERBERG, 1995).

Camarano e Ghaouri (2003) questionam o pensamento comum de que os idosos, em algum grau, dependem da ajuda dos filhos, sendo que essa dependência deveria estar associada ao avanço da idade, ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas e a incapacidades físicas. Nesse estudo, analisaram a relação entre envelhecimento e dependência, observando que há idosos que cuidam e há idosos que necessitam de cuidados.

À mesma conclusão chegou Peixoto (2004), ao informar que os pais aposentados são menos dependentes dos filhos. Ao contrário, diante das taxas de desemprego e de divórcio, a casa dos pais transformou-se em lugar de suporte socioeconômico e afetivo, tanto para os filhos quanto para os netos.

Para Aquino e Cabral (2002), é prematuro considerar a tendência de aumento de idosos morando sozinhos como um enfraquecimento dos laços familiares. Ainda para as autoras, é preciso levar em conta, por exemplo, que atualmente há uma maior facilidade de comunicação e locomoção, que os idosos apresentam melhores condições de saúde que anteriormente e que a independência é mais valorizada. Ao mesmo tempo, está ocorrendo uma perda gradativa da centralidade da família, que deixa de ser uma instituição única e completa em si mesma, apresentando-se, cada vez mais, como parte da rede de relações sociais.

Diante do crescente número de idosos vivendo sós, Kramarow (1995) sugere possíveis explicações, associadas a aspectos demográficos, culturais e econômicos. Baseando-se no argumento demográfico, o autor dá o exemplo da queda da fecundidade, que provoca a redução do número de filhos e, conseqüentemente, diminui as alternativas de moradia para os idosos. Já o fator cultural refere-se às mudanças nos valores, tais como a adoção de padrões individualistas em detrimento das obrigações familiares, enquanto o aspecto econômico está relacionado ao fato de a privacidade ser um bem desejado por todos, jovens e idosos, sendo que, atualmente, as pessoas têm mais recursos do que no passado para exercer suas preferências.

3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS FRENTE AOS IDOSOS

A velhice, historicamente enfocada como um fenômeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar ou privada torna-se uma questão central nos debates sobre o planejamento das políticas públicas. O aumento quantitativo deste grupo transforma o envelhecimento numa questão social, tornando-se um dos principais desafios políticos para o século XXI. Seja nos países centrais ou nos periféricos, a Organização das Nações Unidas, considera que as políticas para o desenvolvimento serão ineficientes se não priorizarem a busca de alternativas para as demandas de uma sociedade envelhecida. (ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS, 2002). Esta conjuntura provoca a necessidade de definir novos espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforça o debate sobre as atribuições do Estado (BRASIL, 2006a).

Amêndola (2007) caracteriza o cuidado domiciliar, como uma das possibilidades de promover mudanças na qualidade de atenção à saúde dessas pessoas, pautado na mudança do modelo assistencial centrado no hospital e no profissional médico. Deve-se privilegiar a construção de uma nova lógica, em que o prevenir a doença e promover a saúde e a humanização da assistência devam ser o novo enfoque.

Segundo Benedetti, Gonçalves e Mota (2007), apesar da aprovação de leis e criação de estratégias de ações que asseguram o envelhecimento saudável e com dignidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem se observado que nos países emergentes a existência destas leis não garante que elas sejam cumpridas.

Neri (2005) ressalta que políticas de proteção social baseadas em suposições são generalizações indevidas e podem contribuir para o desenvolvimento ou intensificação de preconceitos negativos e para a ocorrência de práticas sociais discriminatórias em relação aos idosos.

Segundo Zimerman (2000) em função das mudanças demográficas ocorridas, não é mais possível ignorar a necessidade de atenção à velhice por parte dos âmbitos político, econômico, da saúde e institucional. Os idosos têm necessidades e características próprias que devem ser atendidas através da criação de novos espaços, serviços e produtos, assim como da reformulação de posturas e conceitos.

A velhice, historicamente enfocada como um fenômeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar ou privada torna-se uma questão central nos debates sobre o planejamento das políticas públicas. O aumento quantitativo deste grupo transforma o envelhecimento numa questão social, tornando-se um dos principais desafios políticos para o século XXI. Esta conjuntura provoca a necessidade de definir novos espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforça o debate sobre as atribuições do Estado (BRASIL, 2001).

O Programa Mais Vida do Ministério da Saúde, pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende-se, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência (BRASIL, 2004).

Com a chegada do envelhecimento populacional, a sociedade deve estar preparada no que diz respeito à estruturação social, fazendo-se necessária a implementação de estratégias

educacionais, políticas e sociais voltadas para a promoção da saúde tanto dos idosos como dos que o serão no futuro (BORBA, 2002).

Em muitos países a preocupação com os direitos dos idosos vem ocorrendo há alguns anos. No Brasil, devido ao intenso aumento dessa população tornou-se evidente a necessidade de discutir os direitos desse grupo (MARTINS Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006)

O Programa de Saúde da Família (PSF), que deu origem à Estratégia de Saúde da Família, é uma proposta que reafirma os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e tem como principal objetivo criar condições favoráveis para mudança do modelo tradicional da prática assistencial centrada na doença e na hospitalização, desde a atenção básica em saúde. É uma estratégia assistencial e de organização de serviços nesse nível de atenção com foco no cuidado à família e na ação sobre os determinantes de saúde de uma dada população (AMENDOLA, 2007).

A Constituição de 1988 suscitou avanços nas discussões nessa área, entre as quais podemos citar a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de nº 8.742/93 que visa o enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. Também a Política Nacional do Idoso, estabelecida pela Lei nº 8.842/94, tem como princípios básicos o atendimento das necessidades sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2003).

Na continuidade de discussão deste processo o Senado Federal, no dia 1º de outubro de 2003, sancionou a redação final do Estatuto do Idoso que afirma:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral [...], assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, pg. 7).

O Estatuto do Idoso proporcionou a consolidação de várias conquistas, como o direito à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; ao alimento; à saúde; à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação e ao transporte; medidas de proteção; política de atendimento ao idoso, acesso à justiça, entre outros (BRASIL, 2003). Esta política referente ao Idoso objetiva criar condições para

promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas, não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer, bem como lista as competências das áreas e seus respectivos órgãos (BRASIL, 2006 a).

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.(BRASIL, 2007)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, têm se verificado, ao longo do tempo, um número crescente de pessoas vivendo em domicílios unipessoais em todas as faixas etárias do conjunto da população de 60 anos e mais (CAMARGOS, 2008). Contudo, a realidade desses idosos e a maneira como eles se relacionam com outras pessoas, ainda são pouco conhecidas. Assim observou-se uma grande dificuldade em encontrar trabalhos publicados, em tal assunto.

Nota-se que a qualidade de vida está associada com saúde, boa alimentação, conforto na velhice, casa própria, condições financeiras para se manter, bom relacionamento com a família e sossego.

Muitas são as políticas que focam o idoso e sua família; porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e saúde, passando, evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos.

Assim, as estratégias pessoais, com a participação de amigos e familiares, ainda são as principais ferramentas para lidar com as dificuldades que surgem no dia-a-dia. Sendo necessária a participação maior de familiares, equipes de saúde, no processo de envelhecimento, para perceber, avaliar o que leva estes idosos a residirem sozinhos e suas características.

Observa-se o quanto é importante a família para o idoso. É na família que o idoso irá encontrar todo o apoio que precisa suporte emocional, afetivo, amparo e segurança. Porém, ela deve estar preparada para enfrentar as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento, só assim, poderá haver harmonia no ambiente familiar.

O envelhecimento traz modificações e necessidades diferenciadas, no entanto deve-se ter uma consciência dos diversos aspectos da realidade que envolve o idoso.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de Vida do Idoso: A Assistência Domiciliar Faz Diferença**. Editora Casa do Psicólogo. 1ª Edição, Cedecis, 2003.
- ALMEIDA, A.C.G. Movimento do idoso. **Revista Vida Saúde**. 2005. Disponível em: <[http:// ude. gov.br](http://ude.gov.br)> . Acesso em: 02 de novembro de 2011.
- AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo Programa de Saúde da Família** do município de São Paulo. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. **O idoso e a família**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1056-1060.
- BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, L. (org) **Psicologia do envelhecimento**: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.
- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase; MOTA, Jorge Augusto Pinto da Silva. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Revista Texto e Contexto de enfermagem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300003&lng=pt &nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Novembro. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo Ministério da Saúde. Brasília: 2001. p.185.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Estatuto do Idoso**. 1. ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1ª edição, Brasília; 2006 b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v.1, p.306. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 de Outubro de 2011.

BRETAS, A. C. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003.

BORBA, C. P. **Grupo de Terceira Idade Nova Vida do SESC**: Influência para o envelhecimento bem-sucedido. Aracaju: 2002. 44p. Monografia (Graduação em Enfermagem), Departamento de Enfermagem e Nutrição/UFS. Acesso em: 30 de Outubro 2011.

CALDAS, C.P. **Envelhecimento com dependência**. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.3. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Mai/Jun, 2003.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Rio de Janeiro: IPEA, jun. 2002

CAMARANO, A.A ; KANSO S; MELLO J.L. Como vive o idoso brasileiro. *In*: CAMARANO A.A.(Org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.25-73. *Apud* MAIA, F. de O. M, *et al.* Fatores de risco para mortalidade em idosos. V.40, n°6. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2006.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Texto para discussão N°950 IPEA Rio de Janeiro 2003 Disponível em: www.ipea.gov.br acesso em: 24/9/2011.

CAMPOS, M. T. F. S; MONTEIRO, J. B. R; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutri**, V.13, n.3. 2000 p.157-165.

CARVALHO FILHO, T. E. **Fisiologia do envelhecimento**. In. PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 60.

CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do Envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap.3, p 60-70.

CARVALHO, J. **Aspectos metodológicos no trabalho com idosos**: Atas do seminário qualidade de vida no idoso: O papel da atividade física (pp 95-104); Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

CAROMANO, F. A.; KERBAUY, R. R. Efeitos do treinamento e da manutenção da prática de atividade física em quatro idosos sedentários saudáveis. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 8, n. 2, p. 72-80, ago./dez. 2001.

DAOLIO, J. **Da cultura do corpo**. 6ªed. Campinas: Papirus, 2001.

DAVINI, R.; NUNES, C. V. Alterações no sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 201-207, 2003.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 2004.

DESCHENES, M. R. Effects of aging on muscle fibre type and size. **Sports Medicine**, v. 34, n. 12, p. 809-824, 2004.

- DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- FERRARI, M. A. **O envelhecer no Brasil**. O mundo da saúde. 1999; 23(23): 197-203.
- GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 2007.
- GLASER, K. The living arrangements of elderly people. **Reviews in Clinical Gerontology, London**, v. 7, n. 1, p.63-72, Jan. 1997.
- GONSALES, S. C. R. et al. **Recomendações e necessidades diárias**. In: _____ CUKIER, C; MAGNONI, D; OLIVEIRA, P. A. Nutrição na terceira idade. São Paulo: Sarvier, 2005. Cap. 4, p.37-41.
- HAYFLICK, L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- HORTA, C. J.G.; SAYWER, D. R. T. O.; CARVALHO, J. A. M. **Ajuste dos dados de mortalidade para Brasil**, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Capitais. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais. Caxambu: ABEP, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Censos Demográficos e Contagem Populacional- MS/SE/DATASUS**, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe/ibge/cnv/poppr.def>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- JACOB FILHO, W. **Atividade física e envelhecimento saudável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- KAHN, R.L.; ANTONUCCI, T.C. **Convoys over the life course: Attachment, roles and support**. Manuscrito não publicado. Institute for Social Research. University of Michigan, Michigan. 2004.
- KAUFFMAN, T. L. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliar ao idoso: Perfil do cuidador Formal -Parte 1. **Revista Esc Enferm**, São Paulo, v.35, n.3, p.257-64, 2001.
- KRAMAROW, E. A. The elderly who live alone in United States: historical perspectives on household change. **Demography**, v. 32, n. 3, p. 665-353, Aug. 1995.
- LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família In: PAPALÉO-NETTO, M. (Org.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 9, p. 92-97.
- MARTINS, J.J. ET AL. Necessidades de educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no Domicílio. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis: v.16, n.02. 2007.
- MARTINEZ, F.M **Aspectos biológicos do envelhecimento**; In: Perez, EA, Galinski, MARTINEZ, FM CHAMBERS, AR; AYÉNDEZ, MS O cuidado dos idosos: um desafio para Noventa. Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

MAZO, G. Z.; LOPES, M.A.; BENEDETTI, T. B. **Educação física e o Idoso: concepção gerontológica.** Porto Alegre: Sulina, 2001.

MEDEIROS, M.; OSORIO, R. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1988. Rio de Janeiro: Ipea, 2001.

MOREIRA, W. W. **Qualidade de vida: Complexidade e educação.** São Paulo: Papirus, 2001

NERI, A. L. **Qualidade de vida e envelhecimento.** Campinas: Papirus, 2001

NERI, A. L. **Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa.** In A. L. Neri. *Qualidade de vida e idade madura.* 5a. ed.. São Paulo: Papirus. 2003.

NERI, A. L. **As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso: .** A terceira idade v.16,n.34. 2005. p.7-24,.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. In: Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, 2., 2002. Madri. Anais. Madri: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/ONU. Estratégia Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, 2002. www.madrid2002-envejecimiento.org

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. P; BORGONOV, N. **Biologia e teoria do envelhecimento.** In: _____ NETTO, M. P. *Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.* 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 4, p. 44-59.

PAVARINI, S.C.I, et al. **Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família.** Disponível em Revista Eletrônica de Enfermagem. 2005; 10(1):39-50.: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>>. Acesso 20 de Setembro 2011.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da Postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 74, p. 625-34.

PEIXOTO, C. E. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar IN: PEIXOTO, C. E. (Org) **Família e envelhecimento.** 144 p. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

RAMOS, Luiz Roberto. **Epidemiologia do Envelhecimento.** In: FREITAS, E.V. Py L, Neri AL, *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. Cap. 7, p. 72-78.

RIBEIRO, AP; SOUZA, ER; ATIE, S; SOUZA, AC; SCHILITZ, O; A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 13, n 4. Rio de Janeiro, Jul/Ago 2008.

ROSSI, E.; SADER, C. S. O envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 792-796.

SANCHEZ, M. A .S. **A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia:** estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Dissertação apresentada a Universidad de La Habana – Mestrado em Psicopedagogia – 1998.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G.. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência saúde coletiva**, v. 7, n. 4. Rio de Janeiro: 2002.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 203-224.

VASCONCELLOS, D. ET AL **A sexualidade no processo do envelhecimento:** novas. Perspectivas, comparação transcultural. Estudos de psicologia. 2004. V.9, n.3, p. 413- 419. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v9n3.pdf>. Acesso em: 17 de Outubro de 2011.

VERAS, R.; PARAHYABA, M. I.. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da Saúde: desafio para o setor privado. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2007. v.23, nº 10, p. 2479-2489.

WEBSTER, J.; WATSON, J.T. Analyzing the past to prepare for the future: writing a literature review MIS Quarterly & The Society for Information Management, v.26, n.2, pp.13-23, 2002.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice - aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.