

# VELHICE NA CONTEMPORANEIDADE

Organizadores  
Anúbes Pereira de Castro  
Andressa Pereira do Carmo  
Pollyana Karinae de M. W. Lacerda



ANÚBES PEREIRA DE CASTRO  
ANDRESSA PEREIRA DO CARMO  
POLYANNA KARINAE DE MORAIS WANDERLEY LACERDA  
(ORGANIZADORES)

# VELHICE NA CONTEMPORANEIDADE

## AUTORES

AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO  
ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES  
ANDRESSA PEREIRA DO CARMO  
ANNA BEATRYZ LIRA DA SILVA  
ANTONIO SANDRO PEREIRA DE CASTRO  
ANÚBES PEREIRA DE CASTRO  
BEATRIZ PEREIRA ALVES  
CLARICE NASCIMENTO DA SILVA  
CLÁUDIA MARIA FERNANDES  
ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS  
FRANCISCA SIMONE LOPES DA SILVA LEITE  
GABRIELLA SILVA NOGUEIRA  
GDEANE CONSTANTINO DE ALMEIDA

GLÁUCIA DE SOUZA ABREU  
HIONARA NASCIMENTO BARBOZA  
ISADORA ROBERTA FONSÊCA ALVES  
JÉSSICA BARRETO PEREIRA  
JOSÉ NORMANDO CARTAXO LOPES  
MÁRCIA JANIELE NUNES DA CUNHA LIMA  
MÁRCIA NAZARÉ LIRA ANDRIOLA  
MARY LUCE MELQUÍADES MEIRA  
NÍVEA MABEL DE MEDEIROS  
POLYANNA KARINAE DE MORAIS WANDERLEY LACERDA  
RAONY MANGUEIRA LIMA LOPES  
RAIRA MARIA PIRES DE VASCONCELOS  
RODRIGO ALVES AUGUSTO DE SOUZA



CAMPINA GRANDE -PB  
2020

V436 Velhice na contemporaneidade / Anubes Pereira de Castro et. al...(Org.). -  
Campina Grande,  
2020.  
pdf.

ISBN 978-65-86302-17-2  
Referências.

1. Envelhecimento. 2. Velhice - Identidade. I. Título.

CDU 57.017.5

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA ITAPUANA SOARES DIAS CRB-15/93

**EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFMG**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFG**  
**editoradaufcg@gmail.com**

Prof. Dr. Vicemário Simões  
**Reitor**

Prof. Dr. Camilo Allyson Simões de Farias  
**Vice-Reitor**

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves  
**Diretor Administrativo da Editora da UFMG**

Simone Cunha  
**Revisão**

Yasmine Lima  
**Diagramação**

Antonio Sandro Pereira de Castro  
**Capa**

**CONSELHO EDITORIAL**  
Anubes Pereira de Castro (CFP)  
Benedito Antônio Luciano (CEEI)  
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)  
Janiro da Costa Rego (CTRN)  
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)  
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)  
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)  
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)  
Rogério Humberto Zeferino (CH)  
Valéria Andrade (CDSA)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>VELHICE E ENVELHECIMENTO HUMANO .....</b>	<b>13</b>
SURGIMENTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	13
VELHICE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	21
QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO E NA VELHICE .....	25
DADOS ESTATÍSTICOS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO.....	32
ENVELHECIMENTO NO MUNDO .....	38
<b>ENVELHECIMENTO COMPARATIVO ENTRE GÊNEROS.....</b>	<b>45</b>
CONDIÇÕES FÍSICAS .....	48
CONDIÇÕES SOCIAIS.....	52
CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS.....	58
CONDIÇÕES SEXUAIS .....	61
<b>OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO IDOSO .....</b>	<b>67</b>
CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE.....	67
A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE .....	71
BELEZA E JUVENTUDE: A NOVA FORMAÇÃO DE IDENTIDADE .....	73
PROCESSO IDENTIFICATÓRIO DO SER ENVELHECIDO .....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>

## INTRODUÇÃO

A partir da transição demográfica sofrida pelos Estados Unidos e países europeus desde 1950, as produções acadêmicas sobre o envelhecimento vêm tomando destaque (FELIX, 2009; CASTRO *et al.*, 2012). No Brasil, estudos afirmam que a velhice vem recebendo maior atenção a partir da década de 1980, embora a produção científica sobre o tema ainda seja bastante principiante (BRUNO; FROTA, 2010).

Estudos nacionais e estrangeiros sobre a velhice e o envelhecimento demonstram que o idoso é um grupo vulnerável a violência. A análise entre culturas de países diferentes traz como resultado práticas violentas diversas contra idosos dos mais variados grupos sociais, econômicos, étnicos, religiosos e a estruturação da sociedade que são fatores que retiram a autonomia e a igualdade do idoso (SCHUMACHER, PUTTINI; NOJIMOTO, 2013).

Estudo realizado por Minayo, Souza e Paula (2010) analisando a violência contra idosos traz que há pluricausalidade dessa prática e que esta vem crescendo gradativamente. Para Oliveira *et al.* (2015), os idosos se tornam mais vulneráveis conforme precisam de cuidados, pois, para eles, quanto maior a debilidade, maior a vulnerabilidade. Nesses últimos anos, a violência contra idosos passou a fazer parte de violência doméstica.

A presente obra traz a necessidade de abordar a identidade e a construção identitária/identificatória no contexto da produção acadêmica nacional e internacional, visto que, de acordo com Silva (2009, p. 803), uma das principais características da identidade da pessoa que envelhece é seu caráter de invenção, porque vivem a terceira idade sem desfrutá-la, o que os sociólogos chamam de *role model*, modelos ideais que podem orientar suas condutas na vivência dessa etapa da vida.

As experiências, perspectivas e suposições de seus pais e avós constituem guias para seu comportamento como sujeitos que vivem a terceira idade, e a vida dos idosos e dos jovens que com eles convivem, se constrói a partir de contextos sociais “engessados” que precisam ser profundamente modificados com base nas condições concretas de existência – maior expectativa de vida.

Mas como se determina a identidade e a construção identitária/identificatória do idoso? A construção da identidade, real ou não, parte da reflexão do ser quanto a quem sou e a que identidade remeto. Toda essa problemática é fruto de uma autoanálise, e esta é concebida seguindo dois focos: uma definição de si e a outra relacionada às suas expectativas. No primeiro, o indivíduo se constrói a partir de seu próprio eu, considerando seus valores e desejos individuais; no último, parte da exigência do indivíduo quanto ao seu meio (pessoas ou grupos e fatos). O eu vivido pelo indivíduo é o conjunto da vida presente, passada e futura (MARTINS, 2013).

No que diz respeito aos aspectos psicossociais de formação de identidade, é traçada pelo indivíduo uma investigação voltada para o mundo no qual está inserido, considerando o meio ao qual ele pertence, suas regras e seu funcionamento. Assim, as pessoas constroem suas identidades a partir da socialização, ou seja, tra-

zando o mundo para si e participando dele; do ponto de vista sociológico, as integrações sociais são valorizadas, as quais estão relacionadas ao enquadramento do indivíduo nas diferentes categorias de classificação existentes na sociedade.

O envelhecer no mundo contemporâneo passa por um fenômeno marcante e crescente de violência, que vem invadindo esse grupo etário e se fazendo presente no contexto mundial.

A violência é um fenômeno que vem crescendo a cada dia e, de maneira real ou simbólica, afeta o existir de todos. Não atinge unicamente as pessoas que vivem em áreas de risco ou adotam um comportamento dito arriscado. O fenômeno invade espaços coletivos, como trabalho, escolas, locais de lazer; e também espaços da vida privada, como a família e os relacionamentos afetivos. Para Soares (2016), a violência aparece naturalizada na própria sociedade civil, quando os tais atos não são mais “exceções”, mas manifestações comuns no cotidiano das pessoas.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado aumento na morbidade e mortalidade por causas externas. Estimativas para o ano de 2000 destacaram a morte de 1,6 milhão de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência, 25% por acidentes de trânsito, 16% por suicídio, 10% por violência interpessoal, entre outras. No panorama brasileiro, constitui o segundo gerador de mortes, representando um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (SOUZA *et al.*, 2011).

Embora o fenômeno incida sobre todas as classes sociais<sup>1</sup>, é mais evidente entre os menos favorecidos economicamente.

---

<sup>1</sup>As classes são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo

Com as grandes transformações criadas pela sociedade industrial, houve a proliferação de situações que geraram o isolamento do idoso, o abandono e o desprezo pela riqueza do seu conhecimento. Atualmente, principalmente pela questão demográfica e econômica, os idosos começam a ocupar um novo espaço, um novo lugar (MACHADO; VELASCO; AMIM, 2006). E esse novo lugar é constituído de oportunidades e marcado por cursos que resgatam a criatividade, novos empregos, programas recreativos ou de especialidades e universidades abertas.

No entanto, a perspectiva do envelhecer, atualmente, traz consigo alguns desafios sociopolíticos, pois algumas medidas e propostas nem sempre são satisfatórias para essa categoria. O idoso é tratado como um problema nacional no que diz respeito à previdência social, bem como à cobertura e assistência em saúde, pois alegam que, em um futuro próximo, pode haver uma inviabilidade do sistema, que já não poderá atender as necessidades dos usuários (DEBERT, 2010).

Em estudo sobre vivências, desafios e expectativas na terceira idade, Venturi e Bokani (2007, p. 27), revelam:

A violência, o desrespeito e os maus-tratos estão presentes na vida de muitos idosos. Embora espontaneamente só 15% relatem a ocorrência, após a menção de uma bateria de modalidades de violências, mais de um terço (35%) reportou já ter sofrido uma delas por conta da sua idade.

---

lugar ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação (na maioria dos casos, fixada e formulada em lei) com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, por consequência, pelas dimensões e pelo método de adquirir a parcela da riqueza social de que dispõem (BARROS, 1986, p. 270).

Nos Estados Unidos, estimativas referem que 1,5 milhão de idosos sofrem maus-tratos anualmente; e no Canadá, 125 mil idosos, ou seja, 4% da população, são vítimas de abusos e negligência (FIGUEIREDO, 1998 *apud* CAVALCANTI; SOUZA, 2010).

Em 2007, do total de 141.227 mortes de idosos, o percentual de 16,3% das mortes ocorreu por causas externas, constituindo uma representação proporcional elevada em termos de violência, já que os idosos representam 10,6% da população geral (IBGE, 2010).

Medidas legais de proteção à terceira idade existem, e se tem como exemplo a Lei Federal nº 8.842 (BRASIL, 1994), buscando ordenar a proteção aos idosos. Essa lei dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. No entanto, como é o caso de muitas leis no Brasil, a implementação é ainda precária (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

Como se pode perceber, a construção da identidade atravessa aqui uma turbulência entre a constituição de si e sua socialização (social ou cultural). Assim, ao problematizar a temática identidade, foi, pelos que já escreveram, realizado um percurso ainda maior de achados e definições em busca da determinação da identidade e na tentativa compulsiva de resolução de conflitos entre indivíduo e sociedade.

Na sociedade de consumo em que se vive, na qual o valor social prioritário é o poder econômico, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem se integrar nos padrões de beleza e juventude culturalmente valorizados (FERREIRA, 2011).

Com isso, reserva-se uma série de conceitos preestabelecidos e tabus que, ao serem incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam as diferenças sociais vivenciadas nessa fase, ou seja,

sustenta-se a ideia de que são pessoas que existiram no passado, não têm presente e muito menos futuro; e mais ainda realizaram o seu percurso psicossocial e esperam o momento considerado fatídico para sair de cena do mundo. Isso os torna meros espectadores de seu próprio existir, porque não são todos os idosos que assumem a identidade participativa, mas são muitos que se “recolhem” para não serem julgados pela sociedade por suas atitudes, “camuflando” assim sua identidade e promovendo nova identificação.

Assim, apresentar o cenário de pesquisa que permeia a construção identitária/identificatória do idoso, discutir essa temática e analisar tal construção se torna relevante para o campo das pesquisas, que poderão encontrar subsídios para traçar estratégias resolutivas da problemática enfrentada pelo idoso; para o cenário do ambiente acadêmico e escolar, por proporcionar o reconhecimento do contexto vivido pelos idosos; e para a sociedade, que poderá a partir desta discussão construir um mundo com menos desigualdades e valorização da pessoa que envelhece.

## VELHICE E ENVELHECIMENTO HUMANO

### SURGIMENTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

**T**odo organismo de caráter multicelular possui um tempo limitado de vida, sofrendo mudanças fisiológicas com o passar do tempo. Esse tempo de vida costuma ser dividido em três fases: a fase de crescimento, a fase reprodutiva e o envelhecimento. Muitos são os autores que têm discutido sobre o que é envelhecer, envelhecimento, velhice e suas vertentes, mas muito tempo ainda se levará até que se chegue a um consenso.

Rodrigues e Soares (2011) trazem que o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente ligados. O envelhecimento é conceituado como processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. As manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e

redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas.

Durante muito tempo, a velhice esteve associada ao “fim da vida e estágio para preparação da morte”, comumente ligada a aspectos cronológicos, ou seja, pessoas que chegam aos 60 anos de idade, independentemente de outros fatores, como biológico, psicológico e social. No entanto, a velhice representa, atualmente, um avanço na continuidade do ciclo de vida e, conseqüentemente, uma busca por uma melhor qualidade de vida (SILVA, 2014).

Para Maciel (2016), a idade cronológica determina a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento até a morte, sendo um dos meios mais simples e comuns de se obter informações sobre uma pessoa; a idade biológica é definida por todas as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento humano e que caracterizam o processo de envelhecimento; a idade social refere-se aos papéis, hábitos e estatutos em relação aos outros membros da sociedade de sua idade, de sua cultura e do seu grupo social; e por fim, a idade psicológica se relaciona com as competências comportamentais, incluindo também a inteligência e a memória.

Pode se dizer, porém, que o envelhecimento é, antes de tudo, uma questão demográfica. O aumento do envelhecimento populacional é a maior conquista da humanidade. Estima-se que 1 (uma) em cada 9 (nove) pessoas em todo o mundo tem 60 anos ou mais; que, em 2050, haverá 1 (uma) para cada 5 (cinco) pessoas de acordo com o Fundo de Populações; e, de forma inédita, que haverá mais idosos do que crianças até os 15 (quinze) anos.

Nesta mesma data, há um indicativo de que 22% da população será formada por idosos, um total de 2 (dois) bilhões de pessoas em todo o mundo. Dividindo-se pelo gênero, haverá, em 2020, 11,1% formada pela população masculina e 14% pela população feminina (BRASIL, 2017).

O aumento da expectativa de vida da população, sobretudo em países europeus, é em si uma realidade incontestável e traz à tona um envelhecimento populacional acelerado e acentuado em vários países da Europa, como Portugal, Itália, Alemanha, Áustria e Grécia (ABOIN, 2014). Trata-se, em suma, de um fenômeno mundial (COONEY, 2010), e as pessoas com 80 anos ou mais estão na faixa dos que mais crescem.

O Brasil também não se encontra diferente desses países. Desde a década de 60, vem ocorrendo na transição demográfica a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da população idosa. Nas próximas décadas, este país já estará com alto grau de envelhecimento da população (BRASIL *et al.*, 2013). Amaro (2013) corrobora o estudo quando afirma que se trata de um “fenômeno social”, quando do seu aumento acentuado nos últimos anos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem, no Brasil, cerca de 23,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 1991, havia menos de 11 milhões de idosos, ou seja, menos da metade dos dados atuais (BRASIL, 2017). E, em 2009, havia cerca de 11,3% da população formada por idosos (LAMARCA; VETTORE, 2012).

Estima-se que o Brasil será o sexto país com maior população de idosos em todo o mundo no ano de 2025, superando os 30 milhões de indivíduos acima dos 60 anos (SILVA, 2011);

e, em 2030, haja em torno de 41,5 milhões de idosos no país (BRASIL, 2017).

Lamarca e Vettore (2012) apontam que, no ano de 2009, a região Sudeste do Brasil tinha o maior número populacional de pessoas idosas, ou seja, 12,7%; seguido pelo Sul do país, com 12,3%. Em terceiro lugar, encontrava-se o Nordeste, com média de 10,5%; o Centro-Oeste, com 9,5%; e, por fim, a região que menos têm idosos é a Norte, com 7,3%. O IBGE revela que, na Paraíba, 10% de sua população seja formada por pessoas com 60 anos ou mais, equiparando-se assim ao estado de São Paulo.

O que se pode afirmar com segurança é que vem ocorrendo uma verdadeira revolução de longevidade que tende a se perpetuar por muitas décadas, ressaltando que o aumento da longevidade é, desde os primórdios, almejado pelo ser humano (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015). Porém, é necessário que ocorram paralelamente a essas intensas modificações populacionais profundas transformações socioeconômicas a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo um envelhecimento ativo. Todos os problemas dos idosos- médicos, econômicos, sociais e psicológicos - são desafios que devem ser enfrentados com o objetivo de tornar menos árdua a sua caminhada (DAWALIBI *et al.*, 2013).

Agora, encontram-se problemáticas referentes ao processo de envelhecimento, é o que traz Amaro (2013), quais são: aumento da esperança média de vida, diminuição das taxas de natalidade e fecundidade, mudanças sociais e aumento da estratégia do planejamento familiar.

Ao falar sobre institucionalização e ingresso nesse ambiente, a autora mostra que talvez essa seja a única perspectiva de envelheci-

mento com qualidade de vida, porque alguns idosos têm baixa renda econômica, pouca escolaridade, familiares ausentes; precisam de ajuda para mobilidade, caso sejam deficientes; estão restritos ao leito; e podem até constituir grupos vulneráveis a violência e maus-tratos.

As políticas públicas embasadas nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) buscam promover o envelhecimento ativo nos idosos, resistindo assim às contradições impostas pela “sociedade atual”, que relaciona o nome idoso ou envelhecimento populacional a problemas da sociedade. Esta esquece que o ser envelhecido pode ser participativo e independente; e que o bem-estar depende de promoção e cuidado para com ele (STEPHENS; BREHENY; MANSVELT, 2015).

Essa discussão de bem-estar e envelhecimento bem-sucedido no idoso é proposta por Tate, Swift e Bayomi (2013) quando explicitam, em seu estudo, que essa temática se tornou bastante comentada na gerontologia, porém ainda não foi encontrada uma definição propriamente dita para a temática em questão, embora cada dia mais as pesquisas na área cresçam.

A amostra deste estudo contou com um total de 5.898 narrativas de idosos, cuja pergunta principal era: “Qual sua definição de envelhecimento bem-sucedido?”. Após análise, obtiveram-se 21 temas e 86 subtemas que, no caso, definiriam o envelhecimento bem-sucedido.

Para os autores supracitados, a definição de envelhecimento bem-sucedido pode sofrer modificações através dos discursos das pessoas ao longo do tempo, mediante situações pessoais, e o conceito da pergunta em questão se modifica de acordo com o nível social de cada indivíduo entrevistado.

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela OMS (2005), enfatiza que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo, mas de todo um processo que deve ser considerado por políticas públicas e iniciativas sociais ao longo da vida.

Essa política defende que, para um envelhecimento saudável, é essencial aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por um estilo de vida mais adequado, incluindo mudanças de hábitos alimentares e atividade física regular, para assim obter o controle da saúde tanto física quanto psicológica (DAWALIBI *et al.*, 2013).

Dessa forma, a OMS define o envelhecimento ativo como a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

Westermeyer (2013) também queria explorar tudo o que o envelhecer e o bem-estar bem-sucedido têm a oferecer e explica que fatores internos, fatores biológicos e escolhas individuais podem interagir com estressores externos ou socioculturais, podendo influenciar essas questões.

E, ao se falar em bem-estar, Rathbone *et al.* (2015) promoveram um estudo que analisou a relação entre o bem-estar do idoso e sua memória autobiográfica como conhecimento do “eu” e autoimagens. E mostram que a forma de como esse ator social se lembra do seu passado influencia seu bem-estar geral.

Relatam ainda que esse tipo de análise é pouco explorado por pesquisadores e pouco compreendido. Constatou-se que há relações quando a pessoa percebe o seu eu positivamente com o aumento do bem-estar, mostrando que o seu bem-estar não de-

pende do que você se lembra do passado ou se sua memória é boa em lembranças, mas sim, como você se conceitua.

Ainda tratando da discussão sobre bem-estar, Westerhof, Whitbourne e Freeman (2012) propõem que, nos Estados Unidos da América, o processo de envelhecimento no jovem e suas experiências positivas acerca do envelhecimento estão relacionadas ao processo de identidade e autoestima. Lembram que o envelhecimento do eu está ligado ao contexto histórico-cultural do indivíduo.

À medida que envelhecemos, contribuimos para o desenvolvimento de nossas percepções, ações, experiências e interpretações do nosso próprio processo de envelhecimento, e todo esse processo engloba os conceitos que as pessoas têm sobre si, sua identidade pessoal e também suas relações sociais (WESTERHOF; WHITBOURNE; FREEMAN, 2012).

Uma área que está sendo bastante explorada-a gerontologia psicossocial - traz à tona que as pessoas podem manter ou mudar o conceito de si à medida que envelhecem. Esse conceito pode permanecer ao longo do tempo ou ser relativamente novo.

Para Pignatti, Barsaglini e Senna (2011), os idosos não conseguem se desvincular do seu lar, da sua terra e de sua simbologia. As amizades e a família constituem toda sua existência, sua identidade. Para eles, esses vínculos criados são fundamentais para seu processo vital.

Os autores trazem que é a partir dos laços (tanto interpessoais quanto institucionais) criados com o território que surgem as redes sociais, que são:

Teias de relações e trocas de obrigações postas pela organização social e pela cultura, e não somente

como elos entre indivíduos favorecidos pelos vínculos e ligações afetivas entre eles. (PIGNATTI; BARSAGLINI; SENNA, 2011, p. 1471).

É nesse foco que o ser envelhecido assume sua individualidade. As diferentes formas de representar o presente e o passado também são discutidas por Alvaides e Scopinho (2013), porque os vínculos que esses idosos têm com o passado são fundamentais na sua construção identitária e para a interpretação de sua nova realidade.

Stephens, Breheny e Mansvelt (2015) trazem, em seu estudo, formas de como as políticas sociais podem realizar efeitos benéficos em pessoas com idade avançada, pois os idosos a cada dia são considerados homogêneos pela sociedade, porém, com essas políticas, eles buscam uma resposta para o envelhecimento ativo, na independência e no bem-estar.

Já as autoras Oliveira, Scortegagna e Oliveira (2014) elencam tópicos quanto às diferentes práticas e representações que são construídas ao longo do tempo pelos idosos; quanto aos estereótipos e às diferentes visões do corpo, da imagem atual que os acompanha no avançar da idade e o “eu”, como a mente vê; aos ganhos pela sua história de vida, às suas diferentes visões criadas pelo capitalismo, à sua autonomia e liberdade no contexto atual, à diferença de como esses idosos se comportavam na juventude, e à importância do grupo de idosos para mobilizar novas iniciativas frente à nova fase vivida.

Caracteriza-se aqui que os estudos recentes e os que já estão disponíveis há certo período de tempo continuam se conectando entre si. Ou seja, suas ideias principais estão em constante conexão. O processo de envelhecimento se afirma de pessoa para pessoa, cada uma tem o seu sentido e sua definição. A diferenciação entre esses processos ainda é gritante, porém se une a propósitos semelhantes.

O envelhecimento não é imutável, está em constante transformação, e a principal causa disso é a sociedade em que vivemos.

## VELHICE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O processo de envelhecimento no Brasil tem desencadeado uma série de mudanças em vários setores da sociedade, tais como saúde, economia e política, alterando inclusive a visão sobre a velhice e como esse “novo” quantitativo de cidadãos está impactando no cenário social. Diversas ações como criação de leis, estatutos, políticas públicas e reformas no sistema previdenciário buscam dar conta de adequar essas novas demandas da população idosa, que, nas últimas décadas, tem se mostrado numerosa e carente de atenção básica por parte do Estado (TELLES, 2015).

A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos) também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (BRASIL, 2010). Segundo a estimativa do IBGE, em 2017, a população com mais de 65 anos correspondia a 8,46% da população brasileira total. Em 2025, esse percentual aumentará para 11,30%.

Assim, a população brasileira não é mais considerada uma população de jovens, aproximando-se do perfil populacional de países europeus, que levaram muito mais tempo para chegar a ele (FALEIROS, 2014).

O envelhecimento da população e a maior longevidade das pessoas idosas são um novo desafio, o qual aponta novas perspectivas de vida. Longe de ser frágil, a maioria das pessoas idosas mantém-se em boas condições físicas, realiza as tarefas do cotidiano e contribui com suas famílias. Os rendimentos de aposentadoria dos idosos elevam a renda familiar entre os mais pobres, contribuindo para reduzir os níveis de pobreza no país (BRASIL, 2013).

A pessoa idosa pode ser inserida na sociedade de maneira qualificada, assumir papéis relevantes e, por que não, reiniciar um novo ciclo de trabalho. Há um crescente reconhecimento de que o idoso deve ter condição de trabalhar enquanto desejar, e os direitos da idade devem ser reconhecidos e recompensados (BRASIL, 2013).

O fenômeno do envelhecimento é complexo, abrangendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas e filosóficas no âmbito do indivíduo e da sociedade, trazendo desafios inerentes ao envelhecimento populacional, como a exigência de construção de políticas para pessoas de todas as idades, gêneros e condição social, ou seja, eficiente ao longo de todo o curso de vida; e transversal, de forma que seja inclusiva multissetorial e interdisciplinar (GIACOMIN, 2012).

Com isso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Os fundamentos dessa política derivam da referida Assembleia Mundial para o Envelhecimento, cujo documento básico, denominado Plano de Madri, tem como fundamentos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e ao bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; (c) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; além de (d) fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso (BRASIL, 2010).

Além disso, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta que possibilita a identificação de situações de vulnerabilidades potenciais para a pessoa idosa, bem como o registro de importantes agravos e medicações de que a pessoa idosa faz uso. Nessa caderneta, serão anotadas informações relevantes sobre as condições de saúde do idoso, que irão auxiliar os profissionais sobre quais as ações necessárias para alcançar um envelhecimento ativo e saudável (UNASUS/UFMA, 2016).

O envelhecimento é um direito pessoal a sua proteção, um direito social, pois é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (BRASIL, 2013).

O Estatuto concretiza os direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, como direito a vida, saúde, educação, cultura e esporte, transporte público, habitação, alimentação, medidas de proteção, trabalho, entre outros itens (BRASIL, 2013).

Ademais, com o objetivo de estimular que as pessoas com idade avançada envelheçam de uma maneira mais saudável, o Ministério da Saúde propôs um conjunto de ações que poderiam contribuir de maneira considerável para o bem-estar da população de idosos no Brasil. Entre as propostas, estão o estímulo à prática de exercícios físicos e à alimentação saudável, a oferta de vacinas, a Caderneta do Idoso e a identificação precoce de doenças, como hipertensão e diabetes (BRASIL, 2016).

Também foi criado, em 2011, o Programa Academia da Saúde, que consiste em espaços públicos com infraestrutura e equipamentos adequados, além de profissionais qualificados, para promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e educação em saúde. Em 2016, já existiam 1.165 polos em todos os Estados brasileiros. Os idosos fazem parte da população beneficiada com o programa, e estudos comprovam os benefícios das atividades físicas a esse público (BRASIL, 2016).

Em se tratando da Atenção Básica, a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve proporcionar um espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A inserção eficaz do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo naquelas sob a ESF, pode representar para ele um maior vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Os profissionais de saúde da família devem estar preparados para lidar com o envelhecimento, rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecendo uma relação com o idoso, reconhecendo sua experiência e sabedoria. Contudo, para que haja assistência adequada, é necessário o conhecimento das diretrizes

e finalidades da PNSPI por parte dos profissionais integrantes da ESF, bem como sua capacitação para o acolhimento desse grupo populacional (ARAÚJO, 2010)

Assim, destaca-se a importância de ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, por meio da ampliação da cobertura vacinal, orientações sobre alimentação e nutrição, práticas de atividades físicas, prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, autocuidado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento das doenças crônicas, do sofrimento mental, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, dirigidas não só à pessoa idosa, mas também aos seus familiares e cuidadores; e fundamentalmente da assistência às condições clínicas mais comuns que adoecem o idoso (BRASIL, 2014)

## QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO E NA VELHICE

O envelhecimento é um processo natural inerente a todo ser humano. No entanto, para algumas pessoas, esse fenômeno ocorre gradativamente, devido às mudanças que variam de indivíduo para indivíduo, de acordo com as suas particularidades (ARAÚJO, 2014).

Nesse sentido, o envelhecimento humano subdivide-se em envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário refere-se à senescência normal, que é um processo natural que designa uma degenerescência patológica associada à velhice, mas com origem em disfunções orgânicas. Nesta ocorre uma alteração nas qualidades e sobrevivência fundamentais à vida, sendo substi-

tuídas por outras. Pode-se afirmar que se trata de um processo de adaptação a uma nova realidade.

Por sua vez, o envelhecimento secundário refere-se à manifestação, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis. Neste tipo de envelhecimento, o idoso apresenta mais dificuldade em se adaptar devido à existência de lesões associadas à evolução contínua do envelhecimento (CASTILHO, 2010).

Já velhice pode ser considerada como o início de um período da vida humana denominada Terceira Idade. O fator biológico, nesta época da vida, tem seu valor, mas não é o único aspecto na caracterização do envelhecimento. Não são apenas os fatores intrínsecos que são preponderantes no envelhecimento, há também os fatores extrínsecos, ligados às condições externas a que cada indivíduo está submetido, como o meio ambiente e as condições psicossociais (FERREIRA 2011).

Na verdade, existe um paradoxo em relação à velhice por parte de muitas pessoas, visto que gostariam de viver por muitos anos, mas, em simultâneo, têm receio de ser velhas. Como se sabe, a única forma de não ser velho é morrer cedo. Contudo, como ninguém deseja morrer cedo, é importante sensibilizar as pessoas a desenvolverem estratégias e atitudes que lhes permitam desfrutar de uma velhice bem-sucedida quer a nível físico, psíquico e social. Assim, a velhice deve incidir na relação de saúde/doença, sendo crucial manter a qualidade de vida através da manutenção da saúde e do bom funcionamento biopsicossocial. (CASTILHO, 2010).

Sendo assim, o conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal e compreende aspectos como a

capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Este conceito está ligado ao nível sociocultural, à faixa etária e às aspirações pessoais do indivíduo (FERREIRA, 2011).

A participação na sociedade é referenciada como um fator preponderante para o bem-estar da população idosa, constituindo um dos pilares chave do envelhecimento ativo. A estrutura e as relações familiares, assim como as redes sociais, tendem a sofrer alterações significativas ao longo do tempo, resultantes do processo de envelhecimento marcado por transições específicas como a reforma, a viuvez e as situações de dependência. O empobrecimento das relações sociais, associado a uma vida social menos intensa, conduz ainda ao isolamento, que se reflete no estado de saúde física e mental dos indivíduos e conseqüentemente na diminuição da contribuição dos indivíduos para a sociedade (VELOSO, 2015).

Contudo, a velhice é uma etapa vital que atualmente vem sendo prolongada, mas as limitações interferem na qualidade de vida do idoso frente a alguns desafios, como a perda progressiva de aptidões físicas e da capacidade funcional, aumentando o risco do sedentarismo, que limita a capacidade do idoso para realizar, com vigor, suas atividades do quotidiano e coloca em maior vulnerabilidade sua saúde e aptidão física (ARAÚJO, 2014).

Então, segundo Vaz (2014), a capacidade funcional é definida como a capacidade de realizar atividades da vida diária de forma independente, incluindo atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas, ou seja, a capacidade de manter as

habilidades físicas e mentais necessárias a uma boa vida, incluindo um sono adequado.

A velhice não pode ser atrelada somente às perdas, pois o idoso pode apresentar um envelhecimento ativo, fato que é compreendido como o processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social – através do curso da vida –, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice. Ainda que na velhice a dimensão física tenha maior influência sobre a qualidade de vida dessas pessoas, outras questões não podem ser ignoradas como promotoras de bem-estar, como os fatores psicológicos e a inserção social do idoso (CELICH, 2010).

Entretanto, o envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer, pois, a menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população uma melhor qualidade de vida nessa fase através do acesso a serviços públicos ou privados adequados. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (MIRANDA, 2016).

Este mesmo envelhecimento populacional exigirá uma política de habitação que forneça soluções para pessoas idosas. A moradia é uma das dimensões responsáveis por definir a qualidade de vida na velhice, porque as pessoas idosas passam de 60 a 70% de seu tempo em casa, o que é muito mais do que outros grupos etários gastam ao longo da vida. Mudanças drásticas na situação de moradia, aposentadoria, perda de um cônjuge ou amigo, ansiedade

sobre a perda de capacidades e medo de não ser capaz de lidar com situações podem destruir a percepção de bem-estar (SILVA, 2011).

Os programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais promovidos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. Do ponto de vista gerontológico, o tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo. Assim sendo, verifica-se que a participação do idoso em um programa de promoção de saúde com a prática de exercício regular é uma excelente opção para reduzir/prevenir um número de declínios funcionais associados ao envelhecimento (MORGADINHO, 2012).

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde, é um exemplo real de recomendações, pois enfatiza que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida. A princípio, a criação dessa política parte do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável, é fundamental aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por um estilo de vida mais adequado, que inclui mudanças de hábitos alimentares e atividade física regular e, conseqüentemente, o controle da saúde física e psicológica (DAWALIBI *et al.*, 2013).

Porém, as medidas que vêm sendo desenvolvidas pelos governantes não estão atendendo à demanda da população idosa, tampouco proporcionando qualidade. Frequentemente, presenciemos o cenário do setor da saúde apontando descaso, desatenção e até mesmo negligência para com os idosos, muitas vezes em decorrência da desinformação e do despreparo de profissionais que

desconhecem as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento (SILVA, 2014).

O compromisso da promoção da saúde com a produção de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários só é eficaz através do empoderamento, que consiste na ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, sendo necessária também a viabilização desse compromisso por meio da criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde (ARAÚJO, 2011).

Então, mudar os hábitos de vida pode ser o primeiro passo para se ter uma existência longa, com qualidade e autonomia. Mas, apesar do crescente incentivo à prática de atividades físicas, ainda é grande a inatividade entre os idosos, seja por motivos físicos, culturais e até familiares. O sedentarismo, uma dieta rica em gorduras e o alto nível de estresse são alguns dos motivos que levam às doenças crônico-degenerativas, em especial às afecções cardiovasculares, que tanto afetam os idosos. Com a prática regular de exercícios e hábitos de vida mais saudáveis, é possível reverter esse quadro de doenças e obter uma melhor qualidade de vida na terceira idade (ARGENTO, 2010).

Nos dias atuais, nota-se que, para se ter qualidade de vida na terceira idade, é fundamental a atividade física, vista como uma das melhores maneiras de o idoso ter uma garantia de vida saudável, em que tarefas cotidianas possam ser realizadas por ele com maior facilidade (VAZ, 2014).

Todavia, dentro de seus diversos setores, cabe ao Estado promover a importância do reconhecimento e a preocupação para com a saúde dos idosos. Estamos falando em fazer entender que

a saúde deve ser encarada com uma margem de tolerância às infidelidades do meio, ou seja, é uma questão muito mais complexa do que somente estar ou não com exames em dia, e/ou ter ou não doenças. A saúde envolve a história de vida e o envelhecer de cada um, e, até que a morte ocorra, o meio e suas infidelidades continuarão influenciando a vida de todos (TELLES, 2015).

Com o envelhecimento da população e a menor relação entre população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte aos idosos e carente de estruturas de apoio para essa população, a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência à população idosa. O Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades, garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades, e consagrando sua qualidade de vida (MIRANDA, 2016).

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 (OLIVEIRA, 2009).

É importante ressaltar que a presença de determinadas doenças é fator contribuinte para uma maior fragilização do idoso, podendo interferir negativamente na sua qualidade de vida, uma vez que podem afetar diretamente o sistema corporal do indivíduo idoso (PEREIRA, 2015).

Com isso, o envelhecimento saudável tem sido um amplo anseio de toda a sociedade contemporânea. Para a melhor compreensão da relação entre envelhecimento e saúde, tem-se optado por uma abordagem multidimensional, considerando os aspectos biológicos, físicos, psicológicos, econômicos e sociais. É importante também conhecer a percepção dos próprios idosos acerca de tais fatores, uma vez que eles são os atores principais desse processo (PEREIRA, 2015).

A importância da participação social no processo de envelhecimento remete para o reforço dos laços sociais através das relações estabelecidas com os diversos subsistemas institucionais, como família, vizinhança e grupo de pares. Essa participação é considerada como um fator preponderante para a felicidade dos idosos, encontrando-se associada a melhores níveis de bem-estar, satisfação, saúde e qualidade de vida (CABRAL *et al.*, 2013).

Com isso, o envelhecimento vai depender do estilo de vida que levamos, dos hábitos e costumes praticados ao longo da vida. A fase de ser velho tem de ser pensada e valorizada por todos nós e, enquanto esse conceito não for valorizado pelo idoso, a sociedade também não o valorizará. É certo que a sociedade desvaloriza o idoso e, ao longo da vida, não nos preocupamos com o processo de envelhecimento, a não ser quando estamos doentes ou quando os sintomas ou as mudanças ocorrem (RODRIGUES, 2012).

#### **DADOS ESTATÍSTICOS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento da população é um fenômeno de abrangência mundial. Organizações internacionais preveem que, em

2025, existirá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de significativa importância numérica (GOULART, 2011).

Esse fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que isso tem ocorrido de forma mais acentuada. Contudo, o envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

De acordo com o censo demográfico de 2010, no Brasil, existem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a, pelo menos, 10% da população brasileira. De acordo com a OMS, em projeções estatísticas no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter crescido cerca de quinze vezes, diferentemente da população total, que aumenta cinco vezes. Portanto, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto à população idosa, compreendendo cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2010). De uma população principalmente jovem há pouco tempo, é notório que existe, nos dias atuais, um grupo cada vez mais considerável de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Para se ter uma noção da extensão desse fenômeno, em 1960, havia no Brasil 4,7% de indivíduos idosos; em 1970, 5%; em 1980, havia aproximadamente 6,1%; e, em 1991, 7,3%. No final do século XX para o século XXI, havia 8,5% e, conforme o último censo do IBGE (2010), o Brasil já constava com 10,7% de indivíduos idosos (BARROS; JÚNIOR, 2013).

Diferentes vertentes de fertilidade e mortalidade marcam esses distintos padrões de crescimento e envelhecimento popula-

cional. Ainda assim, as baixas taxas de natalidade nas regiões mais desenvolvidas tendem a permanecer até 2050, mas estas ainda são altas em diferentes países menos desenvolvidos e, apesar de passarem por um processo de redução, ainda assim se manterão mais altas que no resto do planeta (FELIX, 2009).

O IBGE (2012) apontou que a expectativa de vida do brasileiro ao nascer é de 74,6 anos, mas especificamente para a população masculina a expectativa é de 71 anos e para a feminina, 78,3 anos. A mulher brasileira tem pouco mais de sete anos de vida a mais do que os homens. Nesta pesquisa, 55,7% dos idosos eram mulheres. Segundo projeção do IBGE (2013), a expectativa de vida do brasileiro é de 75,4 anos (TELLES *et al.*, 2015).

A mulher que vive no meio rural foi a principal responsável pela redução das taxas de fecundidade no Brasil, entre os anos de 1991 e 2000. Enquanto cada mulher urbana passou a ter aproximadamente de 2,3 filhos para 2,2, a mulher do campo passou de 4,3 filhos para 3,4, uma redução de 20,9%. Além disso, o aumento da expectativa de vida contribuiu para o envelhecimento da população, pois, em 1997 e 2007, a vida em média ao nascer sofreu acréscimo de 3,4 anos; e a expectativa, em 2007, alcançou 72,7 anos, diferentemente dos anos de 1960, quando a média era de 54,6 anos de idade.

Sendo assim, estima-se que, em 2050, a expectativa de vida dos países desenvolvidos chegue a 87,5 anos para os homens e 92,5 anos para as mulheres (ao contrário de 1998, quando era 70,6 para homens e 78,4 para mulheres). Porém, já nos países em desenvolvimento, será aproximadamente 82 anos para homens e 86 para mulheres, isto é, 21 anos a mais do que nos dias atuais (FELIX, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade. No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de, na maioria das vezes, serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Analisando os dados da recente transição demográfica brasileira quanto ao gênero, é observado um processo de feminização da velhice, isto é, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Em 2011, as mulheres representavam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do grupo de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

A predominância do sexo feminino entre a população idosa e, principalmente, entre os idosos acima de 80 anos faz acreditar que sejam as mulheres as maiores dependentes dos cuidados com efeito importante nas demandas das políticas públicas. Nos dias de hoje, a maioria dessas mulheres são viúvas, sem ou com pouca experiência no mercado de trabalho formal, possuem baixo grau de escolaridade e apresentam as piores condições de vida (KÜCHEMANN, 2012).

Os principais países emergentes dos dias atuais, como Brasil, Rússia, Índia, China e ainda África do Sul - os chamados BRICS, possuem juntos, aproximadamente, cerca de 273 milhões de indivíduos de 60 anos ou mais de idade, o que corresponde a 40,6% da população idosa de todo o mundo, segundo parecer das Nações Unidas para o ano de 2005. Destes, apenas a África do Sul não está no grupo dos 10 países com maior população idosa em termos absolutos (IBGE, 2008).

O número de indivíduos idosos no território brasileiro está distribuído de maneira desigual, devido às próprias características de cada estado ou região. Sendo assim, a maior parte dos idosos está concentrada nas regiões Sudeste, aproximadamente 46,25%, e Nordeste, com 26,50%. E a menor porcentagem se encontra na região Centro-Oeste, com 6,00%, e na região Norte, com 5,25%. Portanto, o Sudeste e o Nordeste, juntos, concentram mais de 70% da população com 60 ou mais anos de idade (MAFRA *et al.*, 2013).

O alto índice de idosos na região Sudeste pode ser explicada pela influência de suas áreas metropolitanas que, nos últimos 40 anos, passaram por um importante crescimento econômico, principalmente no aspecto do desenvolvimento industrial (CUNHA, 2000). Já no Nordeste, esse fator pode ser explicado pela imigração da população jovem para regiões mais desenvolvidas nas décadas de 70 e 80 em busca de emprego, acontecimento este que desencadeou um envelhecimento aparente da população (SILVA, 2014).

O processo de envelhecimento é um fator natural que afeta os indivíduos no decorrer de suas vidas, podendo desencadear, então, uma série de alterações em seu organismo. Portanto, com o aumento da longevidade da população brasileira, aparecem desafios especiais para atenção à saúde, já que a maioria dos problemas de saúde dos idosos são crônicos e podem necessitar de intervenções complexas que ocasionem despesas (DEPONTI; ACOSTA, 2010; CONCEIÇÃO, 2010).

Nesse contexto, o principal impacto no âmbito da saúde na segunda metade do século no Brasil, de fato, tem sido desencadeado pelo aumento de nossa população adulta e idosa. Esse fenômeno, que designamos de transição demográfica, é definido pela passagem de uma sociedade rural e tradicional com altas taxas de natalidade

e mortalidade para uma sociedade urbana e moderna com baixas taxas de natalidade e mortalidade, o que constituiria o esquema da transição. Durante essa passagem, as sociedades vivenciariam fases de desequilíbrio demográfico, com um descompasso entre as taxas de mortalidade e de natalidade. A redução precoce das taxas de mortalidade *vis-à-vis* às de natalidade promoveria ritmos acelerados de crescimento populacional. O equilíbrio seria retomado com a redução, em momento posterior, das taxas de natalidade e, conseqüentemente, redução do ritmo de crescimento da população (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Diversos estudos têm mostrado que os indivíduos que trabalham apresentam maiores condições de saúde do que a população em geral e que as pessoas doentes e incapacitadas são, em geral, excluídas do mercado de trabalho. No entanto, o desemprego tem sido atrelado a piores situações de saúde, a maiores índices de mortalidade e à maior prevalência de problemas psiquiátricos, de hipertensão arterial e de hábitos de vida prejudiciais à saúde, como o consumo de bebida alcoólica e cigarro (ASSIS, 2012).

A OMS (2005) afirma que o envelhecimento da população é uma das maiores conquistas da humanidade e também um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade. O processo de envelhecimento, a partir do século XXI, aumentará as necessidades sociais e econômicas em todo o mundo. Porém, apesar de muitas das vezes ser ignorada, a população idosa deveria ser considerada fundamental na estrutura da sociedade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Os diversos progressos da ciência e da tecnologia têm proporcionado inúmeras mudanças no processo de viver humano, os quais influenciam o cotidiano do trabalho, a saúde, a educação

e a pesquisa. Ao pensarmos nas fases da vida, do nascimento ao envelhecimento até a morte, torna-se necessário identificar as implicações da ciência e da tecnologia às perspectivas atuais do cuidado à saúde (RAVELLI *et al.*, 2009).

Porém, apenas em 2006, o governo brasileiro desenvolveu sua percepção de que a produção acadêmica acerca do envelhecimento da população marchava em ritmo insuficiente para as necessidades apresentadas pela atual transição demográfica no país. Então, o Ministério da Educação estabeleceu uma comissão especial no âmbito da Secretaria de Ensino Superior (SESU/MEC) para conduzir e impulsionar a produção acadêmica nesse sentido, elaborar diretrizes e sugerir políticas de formação de profissionais aptos a tratar do problema (BRASIL, 2006).

## ENVELHECIMENTO NO MUNDO

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico, único e irreversível, que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. À medida que as taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá (ONU, 2010).

O aumento na proporção de idosos na população foi induzido por dois processos: a alta fecundidade no passado, principalmente ocorrida nos anos de 1950 e 1960, se comparada à baixa taxa de fecundidade nos dias de hoje; e a redução da mortalidade (BLOOM, 2011).

Em se tratando do cenário pós-moderno, ele registra avanços científicos e grandes conquistas, como produção de conhecimento e tecnologias capazes de prolongar a vida humana, o que amplia a longevidade e reforça a ilusão de uma juventude eterna. Esse progresso aumenta a expectativa de vida e promove a manutenção do corpo e da saúde, construindo resistências ao envelhecimento (CARRARA; SANTO, 2016).

O perfil do idoso do século XXI mudou: ele deixou de ser uma pessoa que vive de lembranças do passado, recolhido em seu aposento, para se tornar uma pessoa ativa, capaz de produzir, consumidor de produtos e que intervém nas mudanças sociais e políticas (SILVEIRA *et al.*, 2012). E, devido ao decréscimo da taxa de mortalidade, à diminuição da natalidade, às vacinações sistemáticas, ao saneamento básico e, principalmente, aos avanços da medicina, as pessoas estão vivendo cada vez mais.

O Plano Madrid de Ação Internacional para o Envelhecimento, assinado pelos países membros das Nações Unidas no ano de 2002, fundamenta-se em três princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (TELLES; BORGES, 2013).

Ao se pensar na velhice e na experiência de negação dos efeitos do tempo e dos ataques ao corpo, pensa-se no modelo de “pureza” para a sociedade pós-moderna, sendo que os que não seguem as normas vigentes tendem à desclassificação da “limpeza”, tornam-se um corpo inválido, sujo (CARRARA, SANTO, 2016).

Através de todo o mundo, atualmente, os velhos são a parcela da população que mais cresce. No Brasil, a década de 70

caracterizou-se pela ascensão da velhice. A população com mais de 60 anos passou de 4,7 milhões (5% do total) em 1970 para 19 milhões (10%) hoje. E a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que esses números continuarão aumentando consideravelmente nos próximos 50 anos. Em 2050, um em cada quatro brasileiros será idoso (LEMOS *et al.*, 2017).

Com relação aos velhos, eles vivem e coexistem com uma sociedade que a todo tempo desconsidera o seu potencial. Na maioria do contato diário, sentem como se os mais jovens não dessem mais lugar no mundo para eles, é como se todos os demais esperassem por sua morte ou como se o único lugar concebido para eles fosse entre os seus pares em lares de repouso ou trancados em casa, isolados das “intempéries”, resultado do atrito das relações sociais.

Em função da constante elevação na expectativa de vida que a população mundial, especialmente a população dos países em processo de desenvolvimento, vem apresentando nos últimos anos, as pessoas se veem obrigadas a não mais ignorar o grupo dos indivíduos envelhecidos ou em processo de envelhecimento, pois estes já não representam o quadro das minorias sociais, o que gera algumas tensões ou formas ainda não completamente aceitas de interação intergeracional (NÓBREGA, 2015).

A velhice é um desafio para todos, visto que, com a evolução da ciência, a expectativa de vida cresce constantemente em nível mundial. Pesquisas realizadas sobre essa temática mostram que, na época de Cristo, um homem com 30 anos era considerado velho. Hoje, no Japão, a experiência de vida é de 80 anos. Na Suécia, EUA e Canadá, supera 75 anos.

No Brasil, um indivíduo nascido em 2017 tinha expectativa de viver, em média, até os 76 anos. Isso representa um aumento

de três meses e 11 dias a mais do que para uma pessoa nascida em 2016. A expectativa de vida dos homens aumentou de 72,2 anos em 2016 para 72,5 anos em 2017, enquanto a das mulheres foi de 79,4 para 79,6 anos, segundo o IBGE (2018).

Na atualidade, a manifestação da velhice associada às atividades e ao dinamismo na vida se distancia daquela observada no passado, em que as representações sociais atrelavam velhice a descanso, quietude e inatividade. Hoje, as atividades agregadas à rotina diária fazem com que os idosos não se reconheçam mais nessas imagens, fruto de um processo histórico, envolvendo o próprio envelhecimento populacional, o crescimento demográfico, a primazia da informação, da informática e do conhecimento (FALLER *et al.*, 2015).

Estudos feitos sobre a visão que a sociedade tem das pessoas velhas remontam aos tempos dos babilônios, hebreus e da Grécia Antiga. Para os babilônios, a imortalidade e as formas de como conservar a juventude estiveram muito presentes. A Grécia Clássica rejeitava os velhos a um lugar subalterno, e a beleza, a força e a juventude eram enaltecidas como se evidenciava para alguns filósofos gregos, porém Platão trouxe uma nova visão, em que a velhice conduziria a uma melhor harmonia, prudência, sensatez, astúcia e juízo (LEMOS *et al.*, 2017).

As hipóteses de dependência baseadas na idade ignoram as muitas contribuições das pessoas com idade mais avançada para a economia, pois, com base em pesquisas realizadas no Reino Unido no ano de 2011, estimou-se que, após definir os custos das pensões, bem-estar e cuidados com a saúde em relação às contribuições feitas por meio de impostos, gastos de consumidores e outras atividades de valor econômico, as pessoas com idade avançada contribuíram

com aproximadamente 40 milhões para a sociedade, que subirá para 77 bilhões em 2030.

No Quênia, por exemplo, a idade média dos pequenos agricultores é de mais de 60 anos. Portanto, as pessoas maiores podem ser críticas para manter a segurança dos alimentos no Quênia e em outras partes da África Subsaariana; elas também possuem um papel crucial no apoio a outras gerações. E na Zâmbia, cerca de 1/3 das mulheres maiores são as principais fornecedoras e prestadoras de cuidados de netos cujos pais foram perdidos para a epidemia de HIV ou migraram para trabalhar (OMS, 2015).

Quando uma pessoa chega aos 60 anos de idade, a deficiência e o falecimento resultam amplamente de perdas de audição, visão e movimentos relacionados à idade, bem como doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. Na Alemanha, aproximadamente 1/4 dos adultos com idade entre 70 e 85 anos apresenta cinco ou mais doenças concomitantemente.

Outros estados de saúde que também ocorrem em idade mais avançada não são captados por classificações de doenças tradicionais. Essas doenças podem ser crônicas (por exemplo, fragilidade, que pode ter uma prevalência em torno de 10% em pessoas com idade superior a 65 anos) ou agudas (por exemplo, delírio, que pode resultar de vários determinantes tão distintos como uma infecção ou efeitos colaterais de cirurgia) (OMS, 2015).

Em países como a França, a primeira universidade destinada à terceira idade foi inaugurada em Toulouse, em 1973. Em 1979, contabilizavam-se mais de trinta universidades desse tipo. Segundo Oliveira e Simoneau (2012), as universidades para a terceira idade

propõem uma alternativa para que os idosos utilizem seu tempo livre de maneira cultural, social e esportiva. Além disso, permitem também a integração das pessoas idosas com diferentes gerações, assim como a atualização e aquisição de novos conhecimentos, possibilitando a participação integral, a elevação da autoestima, visando à melhora da qualidade de vida desse grupo populacional.

E, segundo Pessoa (2016), atualmente os idosos querem habitar um lugar seguro, sem precisar deixar suas casas para trás. No Brasil, o número de idosos que moram sozinhos cresce cada vez mais. Em São Paulo, um terço das residências com apenas um morador é de pessoas com mais de 65 anos. O resto do mundo já se adiantou. Nos Estados Unidos, 28% deles vivem sozinhos; em Manhattan, são 50%; em Estocolmo, na Suécia, 60%. Esses dados mostram que idosos morarem sozinho é uma tendência crescente em todo o mundo e morar sozinho passou a ser uma possibilidade que cada vez mais se concretiza.

## ENVELHECIMENTO COMPARATIVO ENTRE GÊNEROS

O crescente número de idosos no mundo, principalmente no Brasil, tem ganhado destaque no que se refere, socialmente, a essa parcela da população (NICODEMO; GODOI, 2010). Uma determinada população envelhece quando se registra um aumento significativo da proporção de pessoas identificadas de idade avançada no total da população (SALGADO, 2012).

No entanto, para que aconteça um envelhecimento ativo, é necessário que haja um conjunto de ações de otimização no atendimento à saúde, que proporcionem participação do idoso nas questões sociais e de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida ao passo que as pessoas ficam mais velhas (DA-WALIBI, 2013). Essa qualidade de vida dos idosos é quantificada pelo grau de autonomia em que eles desempenham suas funções básicas, tornando-os independentes dentro de um contexto social, cultural e socioeconômico (CUNHA; MAYRINK, 2011).

No que se refere ao aumento da expectativa de vida, este apresenta duas interfaces: de um lado, manifesta mudanças culturais e os devidos progressos em relação à saúde e às condições de vida, como a diminuição da taxa de fecundidade, a queda da mortalidade

infantil, as práticas alimentares mais saudáveis e um melhor cuidado com o corpo. Por outro lado, indica a probabilidade do/a idoso/a ser acometido por doenças crônicas e degenerativas, tornando-o/a um indivíduo sem autonomia e dependente dos cuidados de alguém (KÜCHEMANN, 2012).

Durante esse processo de envelhecimento da população, ressaltam duas questões sensíveis que deveriam ser levadas em contas na elaboração de políticas públicas voltadas para a população idosa. A primeira é com relação às transformações na família, assinaladas pela queda da natalidade, que vai resultar na diminuição do tamanho da família e, de certa forma, na inserção da mulher no mercado de trabalho.

Essa transformação resulta em mudanças na função tradicional da família de suporte e apoio ao indivíduo idoso, seja por um menor número de membros na família ou pela redução no tempo da mulher, até então a responsável por realizar o cuidado tradicional para com os dependentes da família, para assumir o cuidado integral dos parentes idosos. E a segunda questão é o processo de feminização do envelhecimento populacional (KÜCHEMANN, 2012).

A construção de identidade de gênero moldada ao longo do tempo histórico e cultural enfatiza experiências de vida e resultados de envelhecimento distintos, de homens e mulheres com diferentes expectativas nas várias esferas de vida. Envelhecer enquanto homem ou mulher determina modos distintos de vivência, resultantes de diversas expectativas, identidades, relações e processos, sendo primordial reconhecer e adotar uma perspectiva de ciclo de vida. Assim, a saúde, a participação social, a independência e a autonomia variam conforme o gênero e as diferentes realidades de vivência cultural (VELOSO, 2015).

Como consequência de uma desigualdade de gênero com relação à expectativa de vida, existe uma proporção maior de mulheres do que de homens na população idosa. Uma característica das mulheres é que estas vivem, em média, sete anos a mais que os homens. Outra característica é que, dentro desse grupo populacional, existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outro grupo. Um motivo que poderia explicar esse contexto é que, por tradição, as mulheres tendem a se casar com homens mais velhos e, então, associado a uma maior mortalidade masculina, aumenta a possibilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu companheiro. Outro fator importante que explique o maior número de mulheres viúvas é que os homens, após ficarem viúvos, voltam a se casar. Essa situação também é válida no caso de divórcio (SALGADO, 2012).

Sendo o gênero um processo social que constrói diferenças e desigualdades sexuais, delimitando o que compete ao masculino e ao feminino (BOTAZZO, 2009), é preciso compreender que os valores e o modo de viver a doença e a saúde são fenômenos bastante diferentes para os homens e para as mulheres (SILVA; MENANDRO, 2014). Pois os homens idosos sofrem mais com as condições severas e crônicas de saúde e também apresentam um alto índice de mortalidade em relação às mulheres. Além disso, o aparecimento aos serviços básicos de saúde é menor, como referenciam Gomes *et al.* (2009).

Esses dados se referem à relutância da população masculina de procurar atendimento preventivo à saúde por causa de sua cultura, valores sociais e falta de informação. A cultura masculina reforça que a doença é sinal de vulnerabilidade e fragilidade, neste sentido, contribui para que o homem se cuide menos e se exponha mais a fatores de risco (LEMOS *et al.*, 2017).

As diferenças existentes entre os sexos desencadeadas pelas condições estruturais e socioeconômicas, em alguns casos, alteram as condições de saúde, renda e desempenho familiar e possui forte repercussão nas demandas por políticas públicas e serviços de proteção social. Viver não significa viver melhor.

As mulheres aglomeram, em toda sua vida, desvantagens como casos de violência, de discriminação, salários inferiores aos homens, apesar de possuírem jornada dupla etc. Além disso, têm maior possibilidade de serem mais pobres do que os homens, podendo, assim, viver dependentes de recursos externos (NICODEMO; GODOI, 2010).

Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde considera o gênero como sendo um dos fatores determinantes para o processo do envelhecimento na proporção em que estabelece quais valores e atitudes que o corpo social dará aos homens e às mulheres participantes da sociedade (NICODEMO; GODOI, 2010). Pois se entende que as diferentes perspectivas com relação ao gênero não podem ser desvinculadas ao envelhecimento, já que existem diferentes maneiras distintas entre os homens e as mulheres de vivenciarem o processo de envelhecimento (NOGUEIRA, AL-CANTARA, 2014).

## CONDIÇÕES FÍSICAS

Após os 40 anos de idade, os principais sistemas biológicos começam a apresentar declínios funcionais, como diminuição de força muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e capacidade cardiorrespiratória, que comprometem a execução das atividades

de vida diárias (AVDs) necessárias para que o indivíduo viva de forma independente. A diminuição do nível de atividade pode levar o idoso a um estado de fragilidade e de dependência, refletindo negativamente na sua qualidade de vida (OLIVEIRA, 2015).

Segundo Kronbauer *et al.* (2009), as transformações físicas que acometem indivíduos na terceira idade deve ser observadas e minimizadas com a manutenção da capacidade funcional e, conseqüentemente, com a melhora da autonomia desses idosos para que não ocorra um processo desagradável da sua independência totalmente com o passar dos anos.

Muitas dessas transformações físicas acontecem lentamente com o passar de décadas devido a alguns fatores, como os patológicos, os traumáticos ou os degenerativos, ou ainda decorrentes de alterações musculoesqueléticas e neurológicas primárias.

As mudanças decorrentes do avanço da idade manifestam-se principalmente no plano sagital e incluem algumas características, como o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do tronco para diante, acima dos quadris (SILVEIRA, 2010).

Nos dias de hoje, observa-se que as pessoas, ao atingirem a maturidade, deixam de se preocupar em realizar algumas atividades diárias, pelo fato de que a tecnologia tornou o aspecto de vida mais fácil, demandando menor esforço físico, tornando-as muitas vezes dependentes de outras pessoas (KLEIN, 2014).

Independentemente da causa biológica do envelhecimento, observam-se no idoso algumas mudanças físicas como: perda gradual da elasticidade do tecido conjuntivo, aumento da quantidade

de gordura no organismo, diminuição do consumo de oxigênio e da quantidade de água e diminuição da força muscular. Fatores esses desencadeados devido aos efeitos deletérios decorrentes do envelhecimento (MACIEL, 2010)

Isso ocorre porque, com o passar da idade adulta, nosso organismo tende a desacelerar o metabolismo e, se nossa situação em relação ao estilo de vida for sedentária, tendemos a guardar energia em forma de gordura. Então, a atividade física vem como um elemento que favorece a aceleração metabólica.

Por outro lado, com a falta de movimento, a musculatura tende a atrofiar, perdendo tônus muscular, e a capacidade motora tende a ficar restrita. Mediante tais situações decorrentes do processo de envelhecimento, a prática regular de atividade física ajudará na manutenção e aquisição das capacidades físicas que vão sendo perdidas ao passar dos anos (MENDONÇA; BARBOSA, 2015).

Além disso, as alterações anatômicas são as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar: a pele resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade; os cabelos embranquecem e caem com maior frequência e facilidade, e não são mais naturalmente substituídos, principalmente nos homens.

As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Quanto ao sistema cardiovascular, é típica das fases adiantadas da velhice a dilatação aórtica e a hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial (VACARI, 2017).

Na parte fisiológica, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório,

da digestão e assimilação dos alimentos. Porém, acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual. O organismo torna-se cada vez mais difícil para ambos os sexos, contudo, a atividade sexual não desaparece, apenas se torna menos intensa e frequente, o que veremos no tópico a seguir (ALENCAR *et al.* 2014).

Contudo, vale ressaltar que as diferenças entre homens e mulheres não se resumem apenas a características biológicas, mas em papéis construídos socialmente. Por isso, o bem-estar na velhice, independentemente do gênero, está relacionado aos suportes que o idoso possui, sobretudo, o familiar. Entretanto, depois de eventos como o casamento dos filhos, do divórcio, da viuvez e por viver, em média, quase 10 anos a mais do que o homem, a mulher está propensa a viver mais tempo sem esse suporte (FELIPE; SOUSA, 2014).

Porém, também há semelhanças entre homens e mulheres idosos na degenerescência física, os corpos sofrem transformações como a flacidez de tecidos, as rugas, os cabelos brancos e outras mudanças naturais do passar dos anos que não são desejadas. Entretanto, a mulher geralmente sofre mais com esse processo, pois a beleza física é um atributo cobrado muito mais das mulheres. Nos atuais padrões sociais de beleza, uma mulher com mais de 60 anos não é aceita naturalmente como bela, precisa pintar os cabelos, fazer plástica para tirar as rugas, entre outras medidas para ter uma aparência mais jovem e, portanto, ficar mais bonita (CASTRO *et al.*, 2016).

Com o envelhecimento, o homem sofre redução da massa muscular, os movimentos e a resposta motora ficam mais lentos, porém a suscetibilidade a acidentes e quedas está mais condicionada a fatores ambientais, tais como ambiente físico domiciliar inseguro, ou a fatores individuais, entre os quais se podem destacar as condi-

ções da saúde agravadas, como exemplo os portadores de sequela de acidente vascular encefálico (KLEIN, 2014).

Os idosos, principalmente as mulheres, apresentam altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional, o que as leva a maior fragilidade, perda da autonomia e acaba impedindo-as de realizar suas atividades cotidianas. Um estudo feito pela OMS revela que, embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior (LIMA, 2009).

## CONDIÇÕES SOCIAIS

A idade social é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. A medida da idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança (SANTOS, 2013).

Socialmente, pode-se afirmar que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. A sociedade atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos (SELIG; VALORE, 2010).

No que se trata da trajetória histórica da velhice, pode-se perceber que, mesmo nos momentos em que o velho tinha destaque, era apenas ao homem que a valorização era destinada, cabendo

à mulher envelhecida o cuidado com a família. Essa relação de dominação masculina também é observada no processo de construção da sociedade brasileira, que se diferenciava por dois aspectos: a diferença entre papéis sociais de homens e mulheres e a natureza das atividades domésticas. Ao homem, eram destinadas as atividades sociais de contato com o mundo, a sociabilidade e a autoridade. Já a mulher, embora tivesse como obrigação as responsabilidades com o lar e a família, não tinha nenhum poder de decisão sobre as necessidades domiciliares (NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014).

Contudo, perceber como essas relações se constituíram durante a formação de nossa sociedade se faz necessário, visto que muitos dos velhos de hoje cresceram nesse contexto de sobreposição do poder masculino. Sendo assim, é importante refletir como homens e mulheres envelheceram e reproduziram ou combateram essas relações nos espaços social e doméstico, e como essas relações influenciaram o seu processo de envelhecimento (NOGUEIRA, 2014).

Os idosos brasileiros, principalmente as mulheres, são um segmento populacional cada vez mais visível da sociedade, não só porque são mais numerosas, mas porque têm se envolvido na conquista de espaço na sociedade e porque estão criando novas demandas para as instituições e os agentes sociais. Homens e mulheres não envelhecem da mesma maneira, em vários sentidos. E a acentuação das diferenças em papéis de gênero dá origem a estereótipos de masculinidade e feminilidade (SÉ, 2016).

Levando em consideração o processo de envelhecimento na perspectiva de gênero, as mulheres têm uma expectativa de vida superior à dos homens, conforme os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD (IBGE, 2010), que mostram a expectativa de vida feminina de 77 anos e a masculina de 69 anos.

A expectativa de vida feminina maior que a masculina é atribuída a vários fatores, entre eles: o consumo diferenciado de álcool e tabaco entre homens e mulheres; as mulheres vivem mais tempo no espaço doméstico do que os homens, o que as protege de eventos violentos; e as mulheres procuram mais os serviços de saúde, com isso, os diagnósticos são precoces, ampliando as possibilidades de cura (NOGUEIRA, 2014).

Vários fatores influenciam a esperança média de vida e os fatores de morbidade entre os sexos, são eles: as diferenças genéticas, os comportamentos e os papéis sociais e ocupacionais. Atualmente confirma-se um processo de feminização do envelhecimento, com a predominância das mulheres entre as pessoas mais velhas, que evolui de forma crescente à medida que se avança na idade. Contudo, os homens apresentam quadros de menor morbidade, maior rendimento e menor afetação do estatuto social com o passar dos anos, enquanto as mulheres são frequentemente mais afetadas por situações de dependência e doença crônica, viuvez, precariedade econômica, vulnerabilidade social (VELOSO, 2015).

O homem, há anos, vem sentindo os resultados do apoderação social da mulher e se depara atualmente com novos parâmetros do “ser homem”. A mulher que antes tinha como principal característica a reprodução (maternidade), a esposa companheira que cuidava de seus filhos e marido, mantida pela figura mítica da fragilidade, hoje, por outro lado, atua no mercado de trabalho ativamente, tornou-se independente financeiramente, tem o direito de escolher seus parceiros e não depende destes para ter filhos, com a possibilidade de reprodução por meios artificiais (AUGUSTO *et al.*, 2013). Considerando que a longevidade feminina é superior à do homem em, aproximadamente, sete ou oito anos de vida, elas

tendem a ser cuidadoras dos maridos e/ou filhos que necessitam de apoio ou, ao contrário, a pertencer a uma elevada proporção de mulheres que vivem sós (BELO, 2013).

O homem velho assistiu a diversas transformações no modelo hegemônico de masculinidade, o que lhe trouxe uma insegurança no que se refere aos papéis sociais exercidos. Sendo a masculinidade uma construção social de gênero, esta precisa ser atualizada à medida que se dão as transformações sociais. As mulheres questionaram sua identidade a partir dos movimentos feministas, colocaram em xeque os papéis tradicionais que lhes eram atribuídos; já os homens se encontram em um conflito entre a masculinidade tradicional, comprovada através da potência sexual, e a necessidade de ampliar seus papéis sociais a partir das transformações na família e nos papéis femininos. (NOGUEIRA, 2014).

Ainda em relação às questões de gênero, a velhice de homens e mulheres é vivenciada com algumas diferenças e semelhanças. A mulher conquista a liberdade à medida que sua sexualidade deixa de ser controlada pelo grupo social, essa liberdade propicia a descoberta e conquista do lazer através da inserção em grupos formais e informais de terceira idade.

Segundo Küchemann (2012), os grupos de terceira idade são constituídos, em sua grande maioria, por mulheres, tendo como característica uma significativa parcela de viúvas. O homem, por sua vez, com a chegada da aposentadoria, defronta-se com uma nova realidade: a diminuição significativa de suas atividades dá lugar ao lazer. Percebe-se, assim, que o lazer é um ponto semelhante entre homens e mulheres.

Os acontecimentos da vida, como doenças e morte, geralmente são associadas à velhice por questões culturais, mesmo sendo parte da vida em todas as idades.

A escassa visibilidade das questões específicas relativas à mulher idosa impõe a compreensão do contexto atual do envelhecimento populacional: a transformação demográfica colocando a velhice como um dos temas prioritários nos planos de desenvolvimento econômico. A conquista da longevidade associada à queda da natalidade é um fenômeno real, provocando mudanças na agenda dos programas de governo, diante do reconhecimento da inviabilidade de qualquer projeto em que seja desconsiderado o delineamento do novo perfil etário da população mundial (BELO, 2013).

A preponderância das mulheres no contingente populacional dos mais velhos revela a feminização da velhice, processo que exige ações e políticas públicas para a idosa, considerando, por um lado, as particularidades de sua realidade e, por outro, a permanência e a intensificação das desigualdades de gênero. Nessa fase, as mulheres vivem as desvantagens acumuladas ao longo de uma vida de discriminação e desigualdades estruturais.

A atual geração de mulheres idosas, em sua maioria e em todas as classes sociais, exerceu, ao longo da vida, o trabalho doméstico não remunerado, estando subordinada economicamente aos homens. Como consequência, essas mulheres recebem, hoje, pensões exíguas de viuvez ou assistenciais. Em caso de terem desempenhado funções remuneradas, como tinham o salário inferior ao deles, recebem, hoje, aposentadorias abaixo dos valores a eles pagos (BELO, 2013).

O papel de provedor e de trabalhador torna o homem vulnerável, devido a este aspecto não depender de sua vontade e

controle. O mercado de trabalho é hoje instável, o que submete o homem a uma constante angústia para manter seu status de provedor. Nesse sentido, homens e mulheres percebem a aposentadoria de formas diferentes, sendo essa fase vivida com maior dificuldade pelos homens, visto que, durante a vida, suas relações mais fortes se dão no mundo do trabalho e no espaço público.

Já as mulheres, além do papel de trabalhadoras, desempenham outros papéis durante a vida, muitas vezes enfrentando uma tripla jornada de trabalho, que envolve a atividade laboral, os cuidados com a casa e a educação dos filhos. Assim, com a chegada da aposentadoria, as mulheres se percebem mais livres para desenvolver outras atividades, tais como participar de um grupo de convivência; já o homem percebe esse momento como um marco para a velhice e para a perda de sua função social de provedor (NOGUEIRA, 2014).

As mulheres têm melhores condições relativas de viver envolvidas e produtivas na vida social e familiar, pelo fato de terem a possibilidade de estabelecer fortes laços familiares, de amizade e uma produtividade doméstica, circunstâncias geralmente inacessíveis aos homens idosos. As mulheres idosas, mesmo de classe baixa e média, tendem a frequentar espaços específicos criados para atender essa demanda como, por exemplo, *faculdades abertas à terceira idade*, oficinas de memória, bailes, grêmios recreativos, sindicatos de aposentados. Elas tendem a afirmar-se pela atividade, participação, independência e autonomia para gerir suas vidas (SÉ, 2016).

O aspecto social torna-se um elemento fundamental no processo de envelhecimento, já que é no contexto social onde o indivíduo, de um modo geral, compartilha o seu aprendizado e cria laços de amizades. Percebe-se ainda que, nesse contexto, muitas

vezes é negada ao idoso a participação nas relações interpessoais, de modo que esse segmento passa a ser excluído de sua posição social, pois dentro do próprio ambiente social é notório o descaso com a velhice, com as pessoas que envelhecem e que não conseguem exercer sua cidadania. A velhice serve como motivo de expropriação de sua autonomia.

A velhice ainda é despolitizada, assim é necessário que se busquem caminhos para politizá-la e dar-lhe um novo lugar e significado na sociedade, bem como a marca de uma nova presença do idoso pelo exercício pleno da cidadania (CAROLINO, 2011).

#### CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS

Na condição psicológica, menciona-se que a velhice é a última etapa do ciclo normal da vida, além de ser o momento em que as pessoas se deparam com uma série de perdas significativas, como surgimento das doenças crônicas, viuvez, morte dos amigos, ausência de papéis sociais, isolamento crescente, dificuldade financeira decorrente da aposentadoria, as quais irão de alguma forma afetar a sua autoestima (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O envelhecimento normal em si reúne um declínio gradual nas funções cognitivas, e a capacidade intelectual do indivíduo idoso pode ser mantida sem dano cerebral até os 80 anos. No entanto, dificuldades de aprendizagens e esquecimento sem importância podem ser incluídos, juntamente com algumas alterações sutis que normalmente ocorrem em idosos com idade até 70 anos.

Dificuldades para recordar nomes, números de telefones e objetos guardados são as recordações de memória que mais chamam a atenção das pessoas idosas, pois estas temem que as perdas possam evoluir para um possível quadro demencial. O declínio cognitivo com o envelhecimento varia quanto ao início e à progressão, pois depende de fatores como educação, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros (FECHINE, 2012).

Com isso, o ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam da dificuldade de adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa autoestima, autoimagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídio, somatizações, paranoia, hipocondria e depressão (FECHINE, 2012).

Neurologicamente, o processo de envelhecimento concentra-se na redução da rede neuronal e dendrítica, o que implica alterações nos tempos de reação, raciocínio, agilidade e mobilidade do idoso, ou seja, nada diferente das perdas de outros órgãos que compõem o organismo humano que envelhece (BIASUS, 2016).

Então, pensar no funcionamento psíquico do idoso é analisar um conjunto de traços e mecanismos que intervêm habitualmente no envelhecimento: tendência a desinteressar-se pelo mundo e pelos outros; tendência ao recolhimento narcísico; perda das capacidades de sublimação; repressão para etapas pré-genitais do desenvolvimento; tendência ao ciúme, ligado à frustração. Ou, ao contrário, atitudes maníacas ou de recusa, acompanhadas, frequentemente, umas e outras, de uma idealização da infância. Oposta, qual um suporte, à tomada de consciência do perigo de aniquilamento evocado pela morte (BIASUS, 2016).

Ao longo do processo de envelhecimento, o aparelho psíquico também sofre um processo de diminuição de suas capacidades, o qual pode ser traduzido em uma fragilização do ego devido às pressões da realidade; há um afrouxamento do superego, pelas experiências acumuladas durante a vida e pela proximidade da morte; e ocorre uma reemergência de demandas do id, havendo flexibilidade de valores morais. A involução do aparelho psíquico produz efeitos na maneira de ver o mundo e viver no mundo, de modo que se tornam comuns as queixas psíquicas a respeito do próprio corpo, denunciando uma inter-relação dos problemas físicos e emocionais (BIASUS, 2016).

Com isso, a sintomatologia depressiva é um importante aspecto psicológico advindo do processo de envelhecimento, que é considerado um importante fator de incapacidade, com uma importância primordial no desencadeamento e agravamento do declínio funcional, além de provocar um risco maior de mortalidade e suicídio, em casos graves. Há também sintomas relacionados com a perda do sono e do prazer nas atividades habituais e sexuais (LIMA; DELGADO, 2010).

Então, o envelhecimento social da população em si traz uma modificação no status do velho e no relacionamento dele com outras pessoas em função de: crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Alguns fatores decorrentes do processo de envelhecimento influenciados pelos aspectos sociais e demográficos são descobertos e avaliados através da zona de domicílio em que vivem, idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, atividade laboral, ocorrência de

atividades nas horas livres (interação social) e tamanho da família (LIMA; DELGADO, 2010).

Segundo Neri, Batistoni, e Ribeiro (2016), o bem-estar subjetivo das mulheres idosas é mais negativo do que o dos homens, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo, pois esta está mais exposta a problemas físicos e mentais, estando mais doente, além de ser mais queixosa do que o homem e mais dependente de seus familiares e cuidadores. Além disso, o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes e menos valorizadas que os homens contribui fortemente para sua qualidade de vida, acarretando mais problemas psicológicos.

#### CONDIÇÕES SEXUAIS

Para Silva Junior *et al.* (2009), a sexualidade é uma perspectiva humana presente em todo o percurso existencial e pode manifestar-se de variadas formas; ultrapassa o impulso e o ato sexual; para muitos indivíduos, possibilita a expressão de estima, afeto, lealdade; e traz consigo a expectativa de emoção, ternura e romance.

Já para Neves *et al.* (2015), é a forma como uma pessoa vivencia e expressa o seu sexo, e frequentemente é confundida com a relação sexual, que não está restrita ao ato da penetração, mas engloba também a troca de sons, cheiros, olhares, toques e carícias.

Homens e mulheres envelhecem de formas distintas e essa distinção é, em grande parte, destacada pelos significados atribuídos aos corpos femininos e masculinos. Muitas mulheres sentem-

-se forçadas a buscar um corpo jovem e belo, pois, geralmente, a feminilidade está associada à juventude (VEIGA, 2010).

A sexualidade quando relacionada ao envelhecimento traduz mitos e tabus, resultando na ideia de que idosos são seres assexuados. A sexualidade do idoso deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, devendo ser considerado o seu sentido holístico (COELHO *et al.*, 2010).

Além das modificações fisiológicas que o corpo apresenta com o decorrer dos anos e que podem interferir na prática sexual, a cultura da assexualidade e o preconceito social com os mais velhos favorecem a construção do estereótipo de que a sexualidade está designada aos mais jovens, reprimindo em idosos desejos e vontades no campo sexual. As condições de saúde, mudanças fisiológicas e aspectos culturais são os principais fatores para a repressão da sexualidade na terceira idade (ALENCAR *et al.*, 2014).

De maneira geral, a expectativa dos idosos em relação a sua sexualidade e a do parceiro é negativa. Para um grande número de casais, a relação sexual perde a espontaneidade e cai na rotina. Em geral, a relação sexual ocorre na cama, no escuro, antes de dormir e sem nenhuma atmosfera romântica. Por isso, deve-se orientar esses pacientes quanto à necessidade de carinhos e estímulo ao companheirismo. De outro lado, verifica-se que também existe uma vontade latente e confessada da expressão sexual como em outra idade qualquer (SANTOS *et al.*, 2017).

Com isso, a sexualidade, nessa etapa da vida, deve ser vivenciada sem repressões ou medo. As vivências sexuais, independentemente da idade, possibilitam ao casal a sensação de realização pessoal, intimidade e cumplicidade, tornando as relações mais

prazerosas. Para os idosos, a sexualidade é possível nos aspectos fisiológico, emocional e afetivo, fortalecendo o carinho, o apego, a comunicação, o companheirismo e o cuidado (VIEIRA, COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Quanto ao corpo envelhecido, considerando a construção cultural do gênero, tem-se que homens e mulheres envelhecem de forma desigual, pois dão significados moldados em uma lógica de gênero dicotômica. Considerando os aspectos socioculturais do ser mulher, observa-se que o corpo feminino sempre esteve relacionado às questões maternais, de fertilidade e de beleza. Ela é influenciada de forma significativa pelas representações de gênero e os processos de socialização que tiveram durante toda a vida, refletindo nos comportamentos que incorporam o processo de envelhecimento (BITENCOURT, 2015).

Além das mudanças físicas naturais, homens e mulheres, no processo de envelhecimento, estão mais susceptíveis a desordens orgânicas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardíacas, obesidade, câncer de próstata, doença de Parkinson, doenças pulmonares e diversas outras que podem reduzir ou impedir o interesse pelas práticas sexuais, além de limitarem fisicamente, o que dificulta a atividade sexual (LOCHLAINN, 2013).

É importante ressaltar que o fato de tornar-se idosa não exclui sua condição de ser mulher. Dessa forma, faz-se necessário resgatar a sexualidade da mulher que envelhece, pois, esses aspectos só são reconhecidos pela sociedade durante o período reprodutivo ou quando se tem o corpo jovem. A relação entre gênero e envelhecimento é pouco considerada nos contextos atuais, deixando de considerar as demandas específicas das mulheres idosas (BELO, 2013).

A Disfunção Erétil (DE) é uma realidade no Brasil, mas que ainda não tem seu devido valor para a maioria dos profissionais da saúde. Dados epidemiológicos mostraram que, em 2004, a DE acometeu 45,1% dos homens brasileiros, em algum grau. Entre 18 e 39 anos, 32% dos brasileiros tinham DE mínima; 10,3% tinham DE moderada e 1,1% tinham DE completa (impotência). Acima dos 70 anos, houve 21,1% de DE mínima, 35,1% de DE moderada e 12,3% de DE completa (ABDO, 2010).

Embora nem todas as mulheres sofram impacto negativo decorrente de mudanças hormonais do climatério, essas alterações, acrescidas àquelas próprias do envelhecimento, tendem a sobrecarregar essa etapa da vida. Homens com idade avançada apresentam como principal queixa sexual dificuldades com o orgasmo e com a ereção, relacionadas às alterações biológicas. Por outro lado, a população feminina não associa satisfação ou falta de interesse sexual aos aspectos biológicos, mas à qualidade do relacionamento amoroso, o que valoriza os fatores biopsicossociais na compreensão da satisfação sexual da mulher idosa (MACIEL; LAGANA, 2014).

Na fisiologia feminina, as alterações se iniciam na fase da menopausa, com a diminuição dos hormônios pelos ovários; a pele tende a ficar mais fina e seca; a lubrificação vaginal diminui, podendo ocorrer a dispáurenia; o orgasmo fica em menor duração devido às contrações vaginais estarem mais fracas e em menor número (ALENCAR *et al.*, 2014).

Estudos mostram que os indivíduos do sexo masculino, com idades entre 60 e 69 anos (jovens idosos), pardos e casados/unidos, são os que mantêm as atividades sexuais na velhice (SILVEIRA *et al.*, 2015). Embora os homens permaneçam mais ativos que as mulheres, 17% delas, entre 75 e 85 anos, referem ser sexualmente ativas (LINDAU; GAVRILOVA, 2010).

A maioria dos problemas de disfunção sexual aumenta com o envelhecimento. Porém, na mulher, há um agravamento dessa situação no início do climatério, mantendo-se, mais ou menos, após os 55 (SANTOS; LEÃO; GARDENGHI, 2016). Aproximadamente 20% das mulheres brasileiras acima de 60 anos percebem a falta de interesse sexual (ABDO, 2010).

Com relação à população feminina idosa, esta apresenta um comprometimento da função sexual mais marcante do que a masculina. Então, nesse contexto, é observada menor incidência de qualidade da vida sexual, menor interesse com relação ao sexo, principalmente, daquelas que não possuem parceiros, ocasionando uma redução da vida sexual ativa (FLEURY; ABDO, 2015).

O envelhecimento não implica um estagnar da sexualidade, pois a maioria dos idosos continua mantendo relações sexuais por apresentar condições físicas e possuir parceiro, sendo a sexualidade mais que o ato físico, estendendo-se ao estado mental e a todas as particularidades que levam as pessoas a se relacionarem.

Os homens idosos entendem que a sexualidade faz parte da vida como uma necessidade humana, alívio para as tensões e, principalmente, como sinônimo do próprio ato sexual. Há disposição para o envolvimento sexual e a satisfação em sua vida sexual, mesmo que as relações ocorram com um maior espaçamento de tempo e não sejam tão intensas ou demoradas (PEIXER *et al.*, 2015).

Quanto aos fatores que influenciam a sexualidade, ressaltam-se aspectos de estímulo, tais como o modo de se vestir; e, em uma análise por gênero, o fazer a barba para os homens (67,96%) e ainda o modo de se vestir para as mulheres (42,46%). No que tange a fatores de inibição, os idosos desconsideraram a existência de barreiras, todavia, uma minoria considerou a família, a religião e

a própria falta de informações como fatores impeditivos (UCHÔA *et al.*, 2016).

Além disso, ainda existem tabus quanto à sexualidade dos idosos, fato esse que pode contribuir para o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como o HIV/Aids (BIENKO, 2015). O elevado número de idosos infectados pelo HIV se deve a vários fatores: aumento da expectativa de vida, disponibilidade de alternativas farmacológicas para disfunção erétil e para reposição hormonal, vulnerabilidade física e psicológica; e pelos outros tipos de exposição ao HIV, além do sexual, como por transfusão sanguínea, uso de drogas ilícitas injetáveis e aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com HIV/AIDS (BITTENCOURT *et al.*, 2015)

Muitos idosos possuem dúvidas quanto ao risco de infecção pelo HIV, pois acreditam que tal infecção só é provável em pessoas que levam uma vida promíscua. Eles demonstram resistência ao uso do preservativo, por considerá-lo apenas um método contraceptivo. Além disso, algumas campanhas existentes são destinadas prioritariamente à população mais jovem (ADJEI *et al.*, 2016).

Todavia, é preciso disseminar a ideia entre os próprios idosos de que é preciso conhecer o assunto sexualidade na velhice e os auxiliar na compreensão de que as mudanças fisiológicas dessa fase da vida podem oportunizar a (re)descoberta da alegria de viver, mesmo quando se encontram em condição de solidão e/ou de viuvez, desmistificando o pensamento da sociedade atual de que esse período é de assexualidade. Portanto, é extremamente importante que os profissionais de saúde e a sociedade em geral conheçam o significado da sexualidade na velhice, a fim de se reduzir o preconceito que existe nessa relação (SANTOS *et al.*, 2017).

## OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO IDOSO

### CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

O tema identidade começou a se mostrar relevante no século XX, com a globalização. Foi a percepção de um mundo sem fronteiras, no momento em que os limites se tornaram tênues, que surgiu a necessidade de definir os contornos identitários. Essa carência de definição identitária também se aplica ao fenômeno do envelhecimento humano, pois em muitas reflexões sobre o tema, percebemos que, no cenário brasileiro, ele surge como uma nova categoria social ainda não claramente definida: terceira idade, quarta idade, melhor idade, maturidade, velho, idoso (PAIVA, 2011).

Segundo Polon (2015), quando a identidade perde âncoras sociais que a faziam parecer natural, a “identificação” se torna cada vez mais importante para os indivíduos que buscam desesperadamente um “nós” a que possam se encaixar.

Felipe e Sousa (2014) afirmam que a velhice não é uma categoria natural, mas sim uma construção social e histórica, assim como qualquer outra categoria de idade. Essa construção depende

da elaboração de rituais simbólicos que demarcam e definem espaços, comportamentos, direitos e deveres. Assim essa constituição identitária acontece de maneira complexa e plural para cada pessoa (PAIVA, 2011).

Em um estudo realizado por Faller, Teston e Marcon (2015), obtiveram-se relatos de idosos que permitiram identificar suas concepções de velhice, que para eles está relacionada com a realidade de cada um, constituída de múltiplos fatores como físicos, biológicos, psicológicos, comportamentais e socioculturais, porém percebeu-se que, apesar dessa visão, a maioria considera basicamente o fator cronológico como marco da velhice.

Segundo Ferreira *et al.* (2012), o termo idoso supõe a presença de algumas características biológicas, permitindo que o indivíduo possa ser considerado “velho”. É por essa razão que, na maioria das vezes, define-se como pessoa idosa aquela que chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biopsicossocial.

Martins (2013) traz uma reflexão concebendo dois focos: uma definição de si, em que o indivíduo pode se construir a partir do próprio eu; e o outro quanto ao meio em que este idoso está inserido, ao grupo, às pessoas e onde vive, pois cada eu vivido pelo ser traz características relacionadas à vida passada, à presente e à futura.

Por meio da literatura sobre construção da identidade pessoal, percebe-se que esta pode ser constituída por diversos elementos, tais como memória, narrativa, identidade social e trabalho. Velho (1994) traz que a pessoa constrói sua autobiografia por meio das suas experiências pessoais, sofrimentos, decepções, desejos, trau-

mas, triunfos, etc., com base em sua memória, indicando, dessa forma, o sentido de sua singularidade.

Segundo Bonilha e Sachuk (2011), as experiências humanas são mediadas pela socialização e, em particular, pela utilização da linguagem. Sendo assim, linguagem e memória são fatores intrinsecamente ligados, em nível tanto da lembrança individual quanto da socialização coletiva.

Ao considerar aspectos psicossociais dessa construção da identidade, há uma investigação voltada para o mundo no qual o indivíduo está inserido, permitindo que as pessoas comecem a construir suas identidades a partir do processo de socialização. Já do ponto de vista sociológico, as integrações sociais são valorizadas, as quais estão relacionadas ao enquadramento do indivíduo nas diferentes categorias de classificação existentes na sociedade. Como se pode perceber, a construção da identidade atravessa aqui uma turbulência entre a constituição de si e sua socialização (social ou cultural).

Amaro (2013) afirma que o trabalho é de fundamental importância para a construção da identidade do idoso, pois, além de ocupar o tempo, influencia o sistema de valores sociais, que é preconizado atualmente pelo capitalismo. A partir da experiência com Garcia (2009), Amaro conclui que é necessário que ocorra uma ligação entre o tempo livre do idoso com algum método de aprendizagem, para que eles se sintam comprometido, tornando-o capaz de interagir com o meio.

Devido a dificuldades encontradas, muitos idosos negam a própria idade para que, dessa forma, possam se encaixar e ser aceitos em grupos mais jovens. Comportamento conhecido como o não

enfrentamento da velhice. Manter-se ativo é a vontade de todos aqueles que estão passando pelo processo de envelhecimento, porém manter-se ativo numa sociedade que infelizmente afirma a incapacidade do idoso é um dilema a ser vencido (DELGADO, 2010).

A aposentadoria compulsória aos 70anos de idade, prevista aos servidores públicos e juízes, pode ser considerada um critério de exclusão, pois a idade avançada é tomada como único critério para o afastamento do cargo (artigo 40, parágrafo 10,inciso II; artigo 93, inciso VI).

Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios: (...)

VI - a aposentadoria com proventos integrais é compulsória por invalidez ou aos setenta anos de idade, e facultativa aos trinta anos de serviço, após cinco anos de exercício efetivo na judicatura (BRASIL, 1988).

No artigo 93, é possível enxergar claramente a relação entre a idade avançada e invalidez no texto constitucional. Assim, com o surgimento da aposentadoria, velhice e invalidez tornaram-se praticamente sinônimas, excluindo muitos idosos aptos ao trabalho, inclusive aqueles bastante saudáveis, tal como está expresso no trecho da Constituição Federal acima exposto.

A partir dos relatos dos idosos, Amaro (2013) mostra que, com a ausência do trabalho, estes passam a ter menor poder financeiro. Principalmente os idosos que ainda moram em seus lares, mas que, por algum motivo, necessitam de cuidado todo o tempo mas têm baixa situação econômica, o que acarreta aos familiares optarem

por deixá-los em lares de institucionalização. Contudo, o estudo mostra que esse não é um fator decisivo para a institucionalização.

Muitas vezes, os casos estão relacionados a fatores de saúde e solidão, como no caso da viuvez, ou até mesmo devido a degradação habitacional e despesas econômicas relacionadas a serviços de saúde, alimentação e pensão (OLIVEIRA, 2014).

## A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE

Ao se tratar de idosos que vivem sós ou até com o seu parceiro (e não em casas de institucionalização), Marques (2013) em contrapartida revela que, a partir dos relatos de seus idosos, o baixo poder econômico não interfere negativamente na formação de suas identidades. Positivamente, esses idosos se autovalorizam por acreditarem que tiveram uma vida significativa. Ainda reitera que ser pobre só modifica a formação de sua identidade quando deixa a pobreza interferir em suas conquistas (pessoais e familiares) e quando, a partir da “alienação”, a pobreza traz sentimentos de inferioridade e desvalorização do sujeito.

Ao se falar em institucionalização, esta traz fatores negativos para a vida desses idosos, como: falta de privacidade, lugar desconhecido, mudança de ambiente, desvínculo com família e amigos, falta de suas atividades diárias, ausência de voz ativa/participativa, perda de autonomia, de independência e autoestima, o que geram um importante impacto em suas emoções (AMARO, 2013; PAVÃO, 2013; OLIVEIRA, 2014) ou até mesmo certa capacidade de conseguir dominar sua vida sem auxílio em termos físicos, emocionais e psíquicos (OLIVEIRA, 2014).

Quando o idoso passa a residir em Instituições de Longa Permanência (ILPs), ele sofre uma enorme redução tanto de ambientes físicos como sociais. Alves *et al.* (2017) trazem que essas instituições são uma realidade antiga que assistem o idoso fora do seu convívio familiar e domiciliar, trazendo consigo isolamento, inatividade mental e física, e, conseqüentemente, redução da qualidade de vida. Porém, essa institucionalização tornou-se uma necessidade da realidade atual, pois acolhe uma demanda maior de idosos, gerada pelas mudanças demográficas, sociais e de saúde (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Mesmo assim, o idoso mostra apego ao lar e refere que sentiria falta do lugar se saísse dali (o que mostra o apego físico ao lugar discutido posteriormente). Considerando o idoso, este refere que a institucionalização é a sua última trajetória, o último período de sua vida e que não há expectativas (AMARO, 2013).

Em pontos positivos para esses idosos, Pavão (2013) nos apresenta um conjunto de itens que fazem o lar de institucionalização uma boa morada, são eles: segurança, tranquilidade, funcionalidade de localização, acesso a transportes públicos e beleza do local. Pavão (2013) nos mostra ainda o importante papel do cuidador para o idoso, pois um importante vínculo é construído devido à dependência no outrem.

A partir desse momento, os conceitos que se estabeleceram anteriormente e todos os preconceitos que os próprios idosos introduziram em seu meio fizeram com que as diferenças sociais existentes se acentuassem. Quer dizer que são pessoas que tiveram um passado, mas que não existem no presente e muito menos existirão no futuro, e esperam a “morte” como um evento para não estar mais no mundo (CASTRO, 2013).

A autora supracitada nos explica que os idosos estão se tornando apenas expectadores de sua existência, porque não estão assumindo o seu verdadeiro eu e, sim, se recolhendo para que a sociedade não os julgue, o que faz com que haja uma camuflagem da sua identidade, permitindo um novo processo de identificação.

De acordo com Renotato e Bognato (2012), a identidade do idoso apresenta semelhança com a construção identitária dos estudos culturais, tendo em vista que assim como a segunda, envolve o contexto físico e o temporal vividos, além das demandas inerentes a cada um.

Também há explicação para a construção identitária a partir da teoria adaptativa na fase da velhice, que revela relação entre indivíduo e meio social: identidade com o lugar, teoria social da identidade e teoria do processo de identidade.

A teoria da identidade com o lugar, discutida por Proshansky *et al.*, (1983) e rediscutida por Korpela (1989), compreende autorregulação, percepções e determinantes do ambiente; a teoria social da identidade, a segunda, revela a perspectiva de percepção do sujeito em relação a elas e aos outros, quer seja, o autoconceito; na terceira teoria, a identidade apresenta dinamismo na interação, memórias e interpretações organizadas. Relacionando essas teorias às vivências de idosos, obtém-se que as três explicam a relação adaptativa desses sujeitos com o contexto vivido.

#### **BELEZA E JUVENTUDE: A NOVA FORMAÇÃO DE IDENTIDADE**

Envolvido e presente nessa construção identitária adaptativa do idoso está o aspecto da beleza e juventude. Nesse sentido, estão

as colocações midiáticas que revelam o perfil cultural da sociedade compartilhada pelo idoso, revelando que a este grupo é atribuída a desvalorização por não corresponder ao que é preconizada socialmente: beleza, juventude e vigor físico.

Em um dos seus poemas, Cecília Meireles traz as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. Mudanças essas que, apesar de acontecerem de forma lenta, nos pegam de surpresa, além de serem poucos percebidas e debatidas por quem não as sente.

#### **Retrato**

Eu não tinha este rosto de hoje,  
assim calmo, assim triste, assim magro,  
nem estes olhos tão vazios,  
nem o lábio amargo.  
Eu não tinha estas mãos sem força,  
tão paradas e frias e mortas;  
eu não tinha este coração  
que nem se mostra.  
Eu não dei por esta mudança,  
tão simples, tão certa, tão fácil:  
Em que espelho ficou perdida a minha face?  
(Cecília Meireles)

Assim, o idoso precisa se reformular, tentando se “recolher” ao novo perfil imposto socialmente, em virtude de apresentar características que determinam seu posicionamento na velhice, ou tentando se revelar de outra maneira: quer seja, jovem, vigoroso e possivelmente belo, e ainda com valores atribuídos à juventude, a exemplo de felicidade e liberdade. Para tal, o corpo está intrinsecamente ligado à formação da identidade e ao reconhecimento do ser envelhecido.

Nesse sentido, a identificação física revelada pelo idoso é recriada, seja através das vestimentas, das ações cotidianas ou do corpo idealizado, seja através da beleza, nesse alcance, em busca de ampliação e valorização social, além do cuidado de si (WOOTRICH, 2011).

As pesquisas revelam, com base em autores que já discutem tal problemática, a exemplo de Felipe e Sousa (2014), que a velhice precisa ser mascarada por fazer parte do que é negado socialmente, e para isso há um leque de possibilidades de produtos e serviços disponíveis no mercado do consumo.

O corpo para esses idosos, na discussão desses autores, com as determinações da velhice, é objeto de descarte e precisa ser reformulado (WOOTRICH, 2011; GOLDENBERG, 2013; ANDRADE, 2014).

Rozendo e Justo (2011) sugerem que a visão de um corpo imperfeito, enrugado, enfraquecido e em declínio, que acompanha a velhice, tende a ultrapassar os limites do corpo, relacionando essas imagens à identidade dos sujeitos. Os autores defendem que as imagens depreciativas associadas aos mais velhos não avaliam somente o corpo, mas a personalidade, o papel econômico, social e cultural do idoso, estabelecendo uma relação com o tempo, a proximidade da morte e o seu posicionamento frente a si mesmo, aos outros e à sociedade.

Thibierge (2015) discute psicologicamente falando sobre o corpo e a identidade do sujeito atual, mostrando a angústia no ser que resulta desse processo identitário. A identidade nunca vai ser inerte. Portanto, a sua construção e o processo identitário sempre será mutável. E, por assim ser, os indivíduos sempre passarão “obrigatoriamente” por momentos de crise (DUBAR, 1977; AMARO, 2013).

É o que também afirmam Freitas *et al.* (2012), quando dissertam sobre o sujeito possuir diferentes tipos de identidade a se considerar cada momento que vive, por se tratar de um “processo histórico e não somente biológico”. O que faz com que, em cada fase vivida, este assuma uma identidade diferente e que esta pode não se associar diretamente com o “eu”.

Portanto, a identidade caracteriza-se pela individualidade inacabada e construída de forma coletiva. Também é preciso salientar que essa é marcada por lutas e conquistas que definem uma história e trajetória, manifestando a existência de mudanças interiorizadas no estilo de vida. (FREITAS *et al.*, 2012, p.21).

Concluindo essa discussão, o idoso permite isolar-se socialmente, o que se torna uma barreira e caracterização de prejuízos ao idoso no que se refere à qualidade de vida, saúde e bem-estar desses indivíduos. A manifestação negativa da construção da identidade ainda interfere quando o sujeito se vê pelo outro socialmente e, a partir daí, cria estigmas como dependência e proximidade da morte.

Apesar de a literatura trazer a cada dia novas pesquisas acerca do envelhecimento e vastas pesquisas sobre o envelhecer (ABOIN, 2014) e do crescente avanço de publicações sobre a velhice, há ainda pouca publicação literária que trate da identidade do idoso, a qual pode vir do “discurso” e do contexto cultural que cada um vive (RENOVATO; BOGNATO, 2012), sendo esta dividida historicamente e não biologicamente (AMARO, 2013).

Amaro (2013) traz uma reflexão sobre as modificações que as publicações sobre identidade vêm sofrendo. Antes, estas

eram vinculadas à psicanálise, mas, atualmente, as ciências sociais e humanas têm merecido grande destaque com suas publicações, sendo assim abordado de diversas formas.

Esse cenário de reconstrução sofre interferência do meio no qual o idoso se encontra, seja em um contexto já vivido ou em um ambiente de vivência nova. Isso se dá porque muitas vezes o idoso não se sente um ser ativo ou participativo no ambiente vivido e começa a buscar reformulação do seu papel (ERIKSSON; SANDBERG; HELLSTROM, 2012; TATE; SWIFTY; BAYOMI, 2013; WILES *et al.*, 2011).

Essa busca pode acontecer mesmo que o ambiente já faça parte da vida do idoso ou porque aconteceu hospitalização, institucionalização ou mudança de moradia domiciliar por questões estruturais ou por agregamento de pares (ABOIN, 2014; AMARO, 2013; OLIVEIRA, 2014; PAVÃO, 2013).

É notório que toda reformulação do ser parte do contexto social vivido pelo idoso, ao se deparar com a necessidade de mudança para uma melhor adaptação na fase vivenciada e no contexto de vida vivido.

Ao construir a identidade, ao ver no idoso a pessoa que envelhece, marca sua trajetória de vida no direcionamento das relações sociais, da aceitação/não aceitação social da pessoa que envelhece. Isto posto, destaca-se aqui que a velhice se configura como objeto de regulação social, envolvida em um contexto de vulnerabilidade social, com oportunidades ou falta delas no que se refere às questões materiais, imateriais, de percepção e de relacionamentos (BONILHA; SACHUCK, 2011; AMARO, 2013; BRASIL, 2013; ABOIM, 2014).

Ao analisar as considerações finais apontadas pelos artigos encontrados durante a investigação do estudo, notou-se que suas conclusões giram em torno da identificação do ser idoso no meio em que se encontra, considerando a percepção que ele tem de si próprio e a percepção quanto a como os outros o compreendem (WILES *et al.*, 2011; WESTERHOF; WHITBOURNE; FREEMAN, 2012; PERKINSON; SOLIMEO, 2013; LIEBLICH, 2014).

É claro que, nas relações humanas, todo indivíduo se constrói a partir de sua visão do eu, do mundo e da relação entre mundo/eu. Para Marques (2015), as relações vividas por cada indivíduo com o outro dependem do ambiente no qual estão envolvidos, e o que resulta dessas vivências é imprescindível para alicerçar a identidade de cada um.

Como citam Aboin (2014), Bonilha e Sachuck (2011), Freitas *et al.* (2012) e Silva e Pinto (2013), a relação entre eu/mundo está envolvida com as vivências cotidianas desses sujeitos, a partir das relações nas quais convivem, o espaço que ocupa no seu dia a dia, além de outros fatores.

E a sociedade também traz sua contribuição nesse contexto, podendo envolver positiva ou negativamente a pessoa idosa. Em um contexto amplo, a velhice é compreendida em condições negativas, e o tratamento social dispensado à pessoa detentora dessa fase da vida é de desvalorização, desrespeito e afastamento (DOLLARD, 2011; WESTERHOF; WHITBOURNE; FREEMAN, 2011; WILES, 2011; ABMA, 2012; AMARO, 2013; NERI, 2013; PAVÃO, 2013; LIEBLICH, 2014; TOMOMITSU; PERRACINI; PALLESEN, 2014).

Ressalta-se que o envelhecimento, apesar de considerado um fenômeno universalmente vivido e ao mesmo tempo particular, traz

características que podem ser comuns a todos, mas que podem ter sido vivenciadas de maneira distinta. Para o idoso, o decorrer da vida pode ter apresentado condições que impliquem dificuldades ou facilidades na velhice.

A condição comum a todos pode estar associada ao fenômeno de construção cultural que envolve o envelhecer e a velhice, estando relacionada a aspectos físicos, psíquicos, biológicos e sociais, que podem sofrer abaulamento de cunho intrínseco ou extrínseco, e que na sociedade contemporânea traz uma particularidade ímpar, ou seja, o crescente número de pessoas envelhecendo.

#### PROCESSO IDENTIFICATÓRIO DO SER ENVELHECIDO

O processo identificatório do ser envelhecido se dá em torno de três eixos fundamentais: identificação do ser, do meio em que o idoso se insere, seja no seu lar ou em ambiente de institucionalização, da influência do ambiente na formação de sua identidade. Da percepção de si, como ele se vê e como os outros o veem e compreendem, da sua relação eu x mundo, das vivências, das relações familiares, das amizades e de seus cuidadores (para os que os têm); e da sua construção social da velhice, que retrata as dimensões do envelhecimento.

Esse processo de identificação do ser pode ser percebido através dos diálogos dos próprios idosos.

Eu gosto daqui (instituição de longa permanência), aqui me sinto seguro e cuidado.

Na minha casa, eu tinha meu cantinho, mas meus filhos não podiam cuidar de mim, então vim *pra* cá e me sinto bem.

Aqui eu sou livre, tenho amigos, quem cuida de mim, posso sentar aqui fora, tem missa aos domingos, me sinto bem.

Em casa, me sinto melhor, queria minha família comigo, aqui fico triste porque fico com saudades.

Entre as opções ao cuidado do idoso, a mais antiga são as instituições asilares, atualmente conhecidas como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que surgiram para suprir necessidades, principalmente, de famílias que não possuem condições financeiras para a contratação de profissionais em tempo integral em domicílio (CAMARANO; KANSO, 2010). Existe uma ideia de que essas instituições são “depósitos de idosos”, que abrigam pessoas solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à solidão, ao desprezo e ao abandono (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Prevalece também a percepção de desvantagens, como a obrigação de seguir regras preestabelecidas, maior probabilidade de psicopatologias e sensação de abandono devido à ruptura de laços com a comunidade, familiares e amigos. Em geral, os idosos acabam sendo direcionados a essas instituições por situações de abandono que já existiam antes de o idoso chegar a ela, sendo ignorados os novos laços que nelas são constituídos com outros idosos em situação semelhante ou com funcionários (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

O estudo de Oliveira e Rozendo (2014) mostra que as famílias tendem a buscar um ambiente que se mostre melhor ao idoso do que o ambiente domiciliar, ou seja, um ambiente especialmente preparado para eles, com auxílio e cuidados permanentes em todas as necessidades, amparo, proteção, segurança, companhia

e convivência com outros idosos, dando “liberdade” para a família sobrecarregada em suas atividades diárias.

São escassos os estudos comparativos de qualidade de vida entre idosos que residem em ILPIs e idosos que residem no ambiente familiar. E os poucos estudos existentes apresentam resultados muito divergentes. Ao comparar três domínios: 1 (físico), 2 (psicológico) e 3 (relações sociais), Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) obtiveram maiores pontuações entre os idosos em vivência domiciliar em todos os três domínios, mas apenas o segundo e o terceiro com diferença estatisticamente significativa. Já os estudos realizados na Coreia, América Latina e EUA evidenciaram resultados opostos em relação ao domínio psicológico. Nesses estudos, foram identificadas melhores pontuações entre os moradores das ILPIs. Isso pode se dever ao fato de os participantes das investigações citadas terem desenvolvido maior bem-estar mental, amenizando sintomas depressivos (KIM *et al.*, 2011).

Quanto à **percepção de si**, os idosos podem relatar:

Não gosto de ficar velha, não consigo fazer mais nada direito, gostava de quando era jovem, podia trabalhar.

Eu sei que todo mundo fica velho, então eu aceito, mas queria ser jovem de novo.

Antes (na juventude), podia trabalhar, sair e as pessoas me aceitavam, agora a gente fica velho e ninguém quer mais saber.

As pessoas olham *pra* gente de forma diferente, como se a gente não valesse para mais nada.

Eu era bonita, me arrumava, não tinha rugas, tomava banho sozinha e agora meu rosto é diferente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação ora realizada permitiu consolidar em um único estudo uma discussão que apresenta estudos nacionais e internacionais relacionados à identidade e identificação do idoso.

Demonstrou-se aqui uma discussão presente no que diz respeito ao processo de identidade do idoso e sua relação com a sua vida no mundo atual, mas que precisa de expansão no âmbito da discussão em diversos conteúdos publicados, para que se possa compreender de maneira clara a construção identitária do sujeito que envelhece.

A identidade envolve uma ampla discussão e, quando associada ao envelhecimento, traz à tona uma abordagem complexa. Nesse sentido, os aspectos encontrados ao longo desta discussão permitem abordar a associação de tal tema a partir de sua complexidade porque, de maneira agregada, contribui para uma busca criteriosa da temática em questão. Todavia, por não se tratar de um tema de fácil abordagem e compreensão por haver diferentes concepções para sua definição e conceituação, a identidade é superficialmente abordada.

A partir dessa reflexão, é possível também apresentar a riqueza de conhecimento no contexto de vida do sujeito e da relação deste com os acontecimentos da vida atual, que evidenciam preconceito, discriminação, desrespeito, desvalorização do outro e dificuldade de aceitar as diferenças.

Esse resgate nos permite compreender quão relacionados estão esses conceitos ao fenômeno da violência. Isso porque a vio-

lência vem a cada dia tornando-se presente e frequente entre os idosos, e seu crescimento ocorrendo de maneira acelerada e constante.

Nesse sentido, os apontamentos aqui postos contribuem para a discussão da velhice no âmbito da saúde pública e permitem subsidiar melhor a assistência ao grupo etário pesquisado e o desenvolvimento de ações de respeito e valorização do ser, executando a cidadania do que envelhece e de seus conviventes.

Nesse sentido, esta obra favorece a ampliação da valorização do idoso, o reconhecimento do ser, a possibilidade de mudança na cultura de desvalorização da pessoa que envelhece e a prática do que preconiza a saúde pública na atenção à saúde do idoso, quer seja, o exercício da cidadania da pessoa que envelhece.

## REFERÊNCIAS

ABDO, C. **Descobrimto Sexual do Brasil**. São Paulo: Summus Editorial, 2010.

ADJEI, A. A. Unrecognized human immunodeficiency virus infection and risk factors among elderly medical patients at the Korle Bu teaching hospital, Accra, Ghana. **Trop. Dis. Trav. Med. Vac.** [Internet]. 2016.

ALENCAR, D. L.; MARQUES, A. P. de O.; LEAL, M. C. C.; VIEIRA, J. de C. M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63031151024.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

ALVES, M. B.; MENEZES, M. do R.; FELZEMBURG, R.D.M.; SILVA, V.A.; AMARAL, J. B. Instituições de longa permanência

para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

ALVES-SILVA, J.D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M.A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crít.** Porto Alegre, v. 26, n.4, 2013.

ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de Saúde da Família e o idoso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a23.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

ARAÚJO, L. F.; COELHO, C. G.; MENDONÇA, E. T.; VAZ, A. V. M.; SIQUEIRA-BATISTA, L.; COTTA, R. M. M. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **R. Panam. Salud. Publica**, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12>. Acesso em: 26 set.2017.

ARAÚJO, V. S. **Benefícios do exercício físico na terceira idade**. 2014. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9581/1/2014\\_VanessaSuligoAraujo.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9581/1/2014_VanessaSuligoAraujo.pdf). Acesso em: 25 set. 2017.

ARGENTO, R. S. V. **Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso**. 2010. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Estadual de Campinas – UEC. Disponível: [ArgentoRenedeSouzaVianello\\_TCC \(2\).pdf](http://repositorio.uec.br/bitstream/2013/2013/2/ArgentoRenedeSouzaVianello_TCC(2).pdf). Acesso em: 25 set. 2017.

ASSIS, A. M. **A socialização de pessoas com deficiência**: um estudo de caso numa organização de grande porte. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São João del-Rei PPGPSI – UFSJ 2012. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/mestradopsicologia/Dissertacao\\_socializacao\\_PCD.pdf](https://ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/mestradopsicologia/Dissertacao_socializacao_PCD.pdf). Acesso em: 25 set. 2017.

AUGUSTO, D. N.; MIGUEL, D.; ALABARSE, S. O envelhecimento sob a ótica masculina. **Centro de Referência da Cidadania do Idoso**. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/>

[portal/arquivos/2013/04/26/14\\_22\\_54\\_332\\_O\\_envelhecimento\\_sob\\_a\\_%C3%B3tica\\_masculina.pdf](http://portal/arquivos/2013/04/26/14_22_54_332_O_envelhecimento_sob_a_%C3%B3tica_masculina.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

BARROS, R. H.; JÚNIOR, E. P. G. Por uma história do velho ou do envelhecimento do Brasil. **CES Revista**. Juiz de Fora, v.27, n. 1, p. 75-92, 2013. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/310>. Acesso em: 20 set. 2017.

BELO, I. Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. **Revista Feminismos**, v. 1, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>. Acesso em: 28 set. 2017.

BENTES, A. C. O.; PEDROSO, J. S.; MACIEL, C. A. B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, Canoas, p.38-39, dez. 2012.

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Perspectiva**, Erechim, v. 40, n.152, p. 55-63, dez. 2016. Disponível em: [http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152\\_594.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf). Acesso em: 27 set. 2017.

BIENKO, M. Promotion of sexual health among seniors in the self-help media realm of popular culture. **Anthropological Review** [Internet]. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/anre-2015-0020>. Acesso em: 28 set. 2017.

BITENCOURT, S. M. Gênero e Envelhecimento: reflexões sobre o corpo que envelheceu. **Revista Kairós Gerontologia**, p. 443-458, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/viewFile/28476/20000>. Acesso em: 27 set. 2017.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; MOREIRA, M. A. S. P.; MEIRA, L. C. S.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. **Rev.bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 4, p. 495-501, jul./ago. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en\\_0034-7167-reben-68-04-0579.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0579.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

BLOOM, D. 7 Billion and counting. **Science**, New York, v. 333, p. 562-569, jul. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798935>. Acesso em: 11 maio 2019.

BONILHA, M. C.; SACHUK, M. I. Identidade e tecnologia social: um estudo junto às artesãs da Vila Rural Esperança. **Cadernos EBAPE**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 412-437, jun. 2011.

BOTAZZO, C. Gênero, gêneros: onde se encontram mulheres e homens? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1012-1014, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a03dv14n4.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Ensino Superior** (Sesu). Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Idoso**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Organização das Nações Unidas**, 2010. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maio 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 24 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, Brasília - DF, 2006. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf). Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**[internet]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/conjunto-de-acoes-do-governo-foca-na-saude-dos-idosos>. Acesso em: 24 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Idoso**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção a saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília - DF 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf). Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4982/2851>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. edição, 2. reimpressão. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acesso em: 24 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde - OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUNO, H. C.; FROTA, M. H. P. O. enfrentamento da violência através do Estatuto Nacional do Idoso: paradoxos existentes entre a lei e sua prática. Questão social e desenvolvimento no século XXI. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, 28 a 30 de agosto. 2010.

CABRAL, M. V.; FERREIRA, P. M.; SILVA, P. A.; JERÓNIMO, P.; MARQUES, T. **Processos de Envelhecimento em**

**Portugal:** Uso do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2013. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado\\_Ana%20Velo.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Velo.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

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, p. 25-76, 2004. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_06\\_Cap\\_01.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_06_Cap_01.pdf). Acesso em: 26 set. 2017.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno cognitivo leve. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.128-132, 2002.

CAROLINO, J.A.; SOARES, M.L.; CÂNDIDO, G.A. Envelhecimento e cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. **Qualit@s Revista Eletrônica**, ISSN 1677 4280 v.1, n.1. 2011. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/1182/597>. Acesso em: 28 set. 2017.

CARRARA, B. S.; SANTO, P. M. F. E. Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo? **Revista Enfermagem UFPE** [on-line], Recife, p. 1672-84, maio 2016. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7546/pdf\\_10170](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7546/pdf_10170). Acesso em: 20 set. 2017.

CASTILHO, A. R. F. **Envelhecimento activo/Envelhecimento saudável**- Opinião dos idosos do Concelho de Viana do Castelo. 2010. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono\\_AnaCastilho.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf). Acesso em: 26 set. 2017.

CASTRO, A.; ANTUNES, L.; BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento e do rejuvenescimento para mulheres que adotam práticas de rejuvenescimento. **Psico**. Porto Alegre, v.47, n.4, 2016.

CELICH, K. L. S; BALDISSERA, M. Trabalho após a aposentadoria: influência na qualidade de vida do idoso. **R.Sesc**. [on-line]. São Paulo. 2010. Disponível em: [https://www.sescsp.org.br/online/artigo/6412\\_trabalho+apos+a+aposentadoria+influencia+na+qualidade+de+vida+do+idoso](https://www.sescsp.org.br/online/artigo/6412_trabalho+apos+a+aposentadoria+influencia+na+qualidade+de+vida+do+idoso). Acesso em: 17 set. 2017.

COELHO, D. N. P.; DAHER, D. V.; SANTANA, R. F.; ESPÍRITO SANTO, F. H. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **R. Rene**. v. 11, n. 4, p. 163-173. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972017>. Acesso em: 27 set. 2017.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **R. Med**. Minas Gerais. v. 20, n. 1, p. 81-91. 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/386>. Acesso em: 13 set. 2017.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **R. Dor**. São Paulo, abr./jun. 2011.

CUNHA, J. M. P. **Aspectos demográficos da estruturação das regiões metropolitanas brasileiras Campinas**. Nepo, 2000. Disponível em: [migracao\\_urbanas/02pronex\\_02\\_Aspectos\\_Demograficos.pdf](migracao_urbanas/02pronex_02_Aspectos_Demograficos.pdf). Acesso em: 12 set. 2017.

DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Orgs.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. Psicol**. Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

DEBERT, G. G. Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. **R. Coletiva**, 2010.

DELGADO, J. Velhice, corpo e narrativa. **Horiz. Antropol**. Porto Alegre. v. 16, n. 34, jul./dez. 2010.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **R. Envelhecer**. v. 15, n.1, p. 33-52. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520>. Acesso em: 20 set. 2017.

DIAS, J.A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P.F.; SOUZA, L.C. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Esc. Anna Nery**. v. 15, n. 2, p. 372-379, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a21>. Acesso em: 23 set. 2017.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-21, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547142002>. Acesso em: 22 set. 2017.

FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 128-37. jan./mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf). Acesso em: 25 set. 2017.

\_\_\_\_\_. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, p. 24, n. 1, p. 128-37. jan-mar. 2015.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Edição 20, v. 1, n. 7, 2012. Disponível em: <http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>. Acesso em: 27 set. 2017.

FELIPE, T. W. S. S.; SOUSA, S. M. N. A construção da categoria velhice e seus significados. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 7, n. 2, p. 19-33, jul.-dez. 2014.

FELIX, J. S. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. **VIII Encontro da**

**Associação Brasileira de Economia da Saúde- ABRES**. São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.pucsp.br/desenvolvimento\\_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf](http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf). Acesso em: 20 set. 2017.

FERREIRA O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, João Pessoa, v. 21, n. 3, p.513-8, set. 2012.

FERREIRA, J. R.; BRAGA, B. F. M.; REIS, D. C.; SOARES, M. B.; BORGES, P. M. M.; MOTTA, S. B.O. processo de envelhecer: políticas públicas e a qualidade de vida dos idosos. **RedePSI**. 2011. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/03/15/o-processo-de-envelhecer-pol-ticas-p-blicas-e-a-qualidade-de-vida-dos-idosos/>. Acesso em: 18 set. 2017.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Sexualidade da mulher idosa. **Diagn. Tratamento**. v. 20, n. 3, p.117-20. 2015.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. M. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, p. 19-44, 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.759-771, maio/jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15879.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2859-2869, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p. 92, 2011. Disponível em: <https://www>

nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf. Acesso em: 26 abr. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 22 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estatísticas Sociais**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>. Acesso em: 26 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. **Síntese dos indicadores sociais**. Rio de Janeiro:IBGE, 2008.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JANLERT, U. Unemployment as a disease and disease of the unemployed. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**. v. 23, p.79-83. 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26244564>. Acesso em: 20 set 2017.

KLEIN, B. **Um olhar sobre a vida de idosas religiosas: sua funcionalidade e qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2014.

KRONBAUER, G. A.; OHLWEILER, Z. N. C.; WIETZKE, M.; SEHNEM, K. Nossos velhos: perfil demográfico dos idosos de Santa Cruz do Sul. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 81-93, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/6035/7064>. Acesso em: 27 set. 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

LEMOS, A. *P.et al.* Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **R. Enferm. UFPE**[on-line]. Recife, v.11, p. 4546-53, nov. 2017.

LEMOS, D. de; PALHARES, F.; PINHEIRO, J. P.; LANDENBERGER, T.**Velhice**. UFRGS. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>. Acesso em: 21 set. 2017.

LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Ji-Paraná, v. 1, n. 2, p. 76-91, set./out. 2010.

LINDAU, S. T.; GAVRILOVA, N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. **BMJ**. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215365>. Acesso em: 27 set. 2017.

LOCHLAINN, M. N.; KENNY, R. A. Sexual activity and aging. **Journal of the American medical directors association –JAMDA**, v. 14, p. 565- 572, ago. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861013000789>. Acesso em: 26 set. 2017.

MACIEL, J. F. **Resiliência e envelhecimento: um olhar de possibilidades à luz da logoterapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). UEPB. Campina Grande, f.34, 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/15443>. Acesso em: 30 abr. 2019.

MACIEL, M.; LAGANÀ, L. Older women's sexual desire problems: biopsychosocial factors impacting them and barriers to their

clinical assessment. **Biomed. Res. Int.**, 2014. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/107217/>. Acesso em: 27 set. 2017.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, out./dez. 2010.

MAIA, G. F. da. Corpo e velhice na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ-RJ. Ano 8, p. 704-711, 2008. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a11.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

MARTINS, E. Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. São Paulo. v. 13, n. 1, 2013.

MENDONÇA, M. B.; BARBOSA, R. M. S. P. Comparação de indicadores de aptidão física e nutricionais de mulheres adultas praticantes de hidroginástica. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia – BIUS**. v. 5, n.1, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufam.edu.br/BIUS/article/view/889/514>. Acesso em: 26 set. 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **R. bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>. Acesso em: 20 set. 2017.

MORGADINHO, R. S. Promoção da saúde em idosos: exercício físico. 2012. [on-line]. **Psicologia.pt O portal dos psicólogos**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0670.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

NASCIMENTO, M. R. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. **ABEP**. p. 191-218. 2001. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/168>. Acesso em: 25 set. 2017.

NERI, A. L.; BATISTONI, S. S. T.; RIBEIRO, C. C. Bem-estar psicológico, saúde e longevidade. In: FREITAS, E. V.; PY, L.(Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; p.1458-67, 2016.

NEVES, J. A. C. *et al.* Processo saúde-doença: a sexualidade e a AIDS na terceira idade. **R. Enfermagem Revista**. v.18, n. 1, p.121-135, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9374>. Acesso em: 28 set. 2017.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **R. Ciênc. Ext.** v. 6, n. 1, p. 40, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/143244/ISSN1679-4605-2010-06-01-40-53.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 set. 2017.

NÓBREGA, P. R. da C. Reflexões teóricas sobre o cotidiano e a geografia no envelhecimento humano. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 865-881, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/49487/36692>. Acesso em: 23 set. 2017.

NOGUEIRA, I. R. R.; ALCÂNTARA, A. de O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.263-282, mar. 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/21203/15497>. Acesso em: 28 set. 2017.

OLIVEIRA, D. C. de; SIMONEAU, A. S. Os programas universitários para pessoas idosas (UnATIs): um estudo de representação social. **Est. Pesq. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 446-461, ago. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 abr. 2019.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **R. Esc. Enferm. USP.** v. 3, n. 44, p. 774-81, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n3/32.pdf>. Acesso em: 26 abr.2019.

OLIVEIRA, J. M.; FERREIRA, S. de O.; BISPO, N. de N. da C.; CONCONE, M. H. V. B. Alterações físico-sociais decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, ISSN 2176-901X. São Paulo. v. 18, n. 4, p. 197-214, out./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/30095/20871>. Acesso em: 28 set. 2017.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **R.bras. Enferm.** v. 67, n. 5, p. 773-9, set./out. 2014.

OLIVEIRA, M. L. C. *et al.* Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **R.bras. Geriat. Gerontol.** v. 3, n. 15, p. 555-66, jul./set. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300016&script=sci_arttext).

OLIVEIRA, S. A. **A Importância das relações sócio-familiares na promoção da qualidade de vida do idoso.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES. 2009. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2899/2/20163105.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

OLIVEIRA, R. de C. da S.; SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, F. da S. The Elderly: A New Social Actor ahead of the finitude/death. **Journal Kairós Gerontologia.** São Paulo. p.149-167, maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OTERO, V. B. **Mortalidade por desnutrição em idosos na região Sudeste do Brasil, 1980 – 1997.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9204.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

PAIVA, W.C. **Os sentidos do envelhecer:** identidades e memórias de idosas.[manuscrito] – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João del-Rei, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, p.102, 2011.

PASCHOAL, M. P. Envelhecimento na perspectiva de gênero. *In:* CÔRTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, I.G. **Masculin(idade) e velhices:** entre um bom e mau envelhecer. São Paulo: Vetor, 2006.

PEIXER, T. C. *et al.* Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família. **J Nurs Health.** v.5, n.2, p.131-40. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/AUTONOMO/Downloads/4681-21505-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

PESSOA, M. **A velhice mundo afora:** Dinamarca. 2016. Disponível em: <http://mundopratedo.com/site/wp-content/uploads/2016/08/A-velhice-mundo-afora-4b.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

POLON, L.C.K. Identidade e consumo: reflexões “pós-modernas”. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 28, n. 03, p. 36-48. set./dez. 2015.

RAVELLI, A. P. X. *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 506-12, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a14v18n3>. Acesso em: 13 set. 2017.

RIGO, M. L. N. R.; TEIXEIRA, D. C. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acom-

panhadas. UNOPAR. **Cient. Ci. Biol. Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 13-20, out. 2005. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1601/1534>. Acesso em: 28 set. 2017.

RODRIGUES, A. M. S. M. **O medo de envelhecer**. Trabalho de Conclusão de Curso. Lisboa, 2012. Disponível em: <http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3567/1/MONOGRAFIAFINAL.pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.

RODRIGUES, L.; SOARES, G. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n. 4, p. 1-29, 2006.

ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. **Revista Kairós Gerontologia**, ISSN 2176-901X, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 143-159, jun. 2011.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Est. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2012. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4716](http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4716). Acesso em: 25 set. 2017.

SANTOS, J. L.; LEÃO, A. P. F.; GARDENGHI, G. Disfunções sexuais no climatério. **Reprodução & Climatério**. v. 31, n. 2, p. 86-92, maio/ago. 2016.

SANTOS, M. C. *et al.* Percepções e vivências de idosos sobre sua sexualidade. **Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa**. Ano IV, v. 1, n. 1. 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/view/4317>. Acesso em: 28 set. 2017.

SANTOS, S. L. **Efeitos de um programa de psicomotricidade no bem-estar e na marcha em idosos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, 2013.

SÉ, E. V. G. Por que envelhecer para o homem e a mulher é tão diferente? **LOTUS CUIDADORES**. jan. 2018. Disponível em:

<https://lotuscuidadores.com.br/por-que-envelhecer-para-o-homem-e-a-mulher-e-tao-diferente>. Acesso em: 28 set. 2017.

SELIG, G. A.; VALORE, L. A. Imagens da aposentadoria no discurso de pré-aposentados: subsídios para a orientação profissional. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v. 13, n. 1, p. 73-87, 2010.

SILVA, E. A. R. **Interação social e envelhecimento ativo: um estudo em duas praças de Natal/RN**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal, 2014.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. S. *et al.* A visão do idoso sobre sua sexualidade: uma contribuição da enfermagem. **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. p. 1-13, dez. 2009. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00036.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00036.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

SILVA, L. M. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais**. 2011. [Programa de Pós-Graduação em Enfermagem]. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5079/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

SILVA, R. M. O. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **ACTA FISIÁTRICA**. v. 10, n. 3, p.107-112, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102454/100765>. Acesso em: 26 set. 2017.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. **As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos Saúde**. Soc. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 626-640, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0626.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

SILVEIRA, K. F. *et al.* A (in)atividade sexual entre os idosos atendidos pelo programa da saúde da família em Natal – RN. **Anais**, p. 1-16, 2017. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/>

publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2765/2658. Acesso em: 28 set. 2017.

SILVEIRA, A. F. *et al.* Cidadania e participação social [on-line]. **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**. ISBN: 978-85-99662-88-5. Rio de Janeiro, p. 142-158. 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hn3q6/pdf/silveira-9788599662885-14.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

SILVEIRA, M. M. da; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E. L. Educação gerontológica, envelhecimento humano e tecnologias educacionais: reflexões sobre velhice ativa. **Est. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 387-398, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26983/25390%20>. Acesso em: 20 set. 2017.

SILVEIRA, M. M. *et al.* Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, n. 26, out./dez. 2010. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/viewFile/1081/87](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1081/87). Acesso em: 28 set. 2017.

SOARES, A. M. A. filosofia da violência e a deterioração da política. **Sapere Aude** – Belo Horizonte, v. 7, n. 12, p. 376-389, jan./jun. 2016 – ISSN: 2177-6342. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/P.2177-6342.2016v7n13p376/9944>. Acesso em: 26 abr. 2019.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Velhice e saúde na região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line]. v.18, n.12, p. 3553-3562, 2013.

TELLES, S. *et al.* Saúde, economia e qualidade de vida do idoso na sociedade contemporânea: do reconhecimento à legitimação de um problema social. **Revista Kairós Gerontologia**. ISSN: 2176-901X. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/27650/19498>. Acesso em: 25 set. 2017.

UCHÔA, Y. S. *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **R. bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; n.19 v.6, p.939-949. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403849869006.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNASUS/UFMA. Cadernos de Saúde da Família. **Saúde do idoso e a saúde da família**. São Luís: EDUFMA, v.7, 2016. ISBN: 978-85-7862-582-5. Disponível em: [http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_sf07.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_sf07.pdf). Acesso em: 26 abr. 2019.

VACARI, C. C. **Consumo de alimentos fontes de cálcio e vitamina D em idosos participantes do programa UCS SÊNIOR em Caxias do Sul – RS**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade de Caxias do Sul, Canela/RS, 2017.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

VAZ, R.C.R. **Envelhecimento e atividade física: influências na qualidade de vida**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/4608/5/TCCG%20%E2%80%93%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20%20Rosana%20da%20Costa%20Rodrigues.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

VEIGA, M. R. M. O corpo feminino na maturidade: gênero, sexualidade e envelhecimento. Universidade Federal da Bahia (UFBA), **Fazendo Gênero 9**. ago. 2010. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277815778\\_ARQUIVO\\_ArtigoCompletoMarciaVeiga.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277815778_ARQUIVO_ArtigoCompletoMarciaVeiga.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

VELHO, G. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

VELOSO, A. S. T. **Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida**.

2015. Dissertação [Trabalho de Mestrado]. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado\\_Ana%20Velo.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Velo.pdf). Acesso em: 28 set. 2017.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line]. v. 23, n. 6, p. 1929-1936. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/#ModalArticles>. Acesso em: 26 abr. 2019.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**. n. 36, v. 1, p. 196-209. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

## ORGANIZADORES



ANÚBES PEREIRA DE CASTRO



ANDRESSA PEREIRA DO CARMO



POLYANNA KARINAE DE MORAIS WANDERLEY LACERDA

## AUTORES CREDENCIAIS

AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO

Doutora e Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba; Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Membro do grupo de pesquisa Violência e Saúde – GPVS/UFCG/CNPq. aissas@bol.com.br

ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES

Doutora em Pesquisa em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP; Docente pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. rejanegomesmoura@gmail.com

ANDRESSA PEREIRA DO CARMO

Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Integrada de Patos - FIP; Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Docente e Coordenadora Pedagógica e de Estágio do Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional – CETA/Salgueiro; Membro do grupo de pesquisa Violência e Saúde – GPVS/UFCG/CNPq. andressapcarmo@hotmail.com

ANNA BEATRYZ LIRA DA SILVA

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. nnbeatryz@gmail.com.br

ANTONIO SANDRO PEREIRA DE CASTRO

Jornalista pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Administrador de Empresas pela LUMEN Faculdade; Especialista em Saúde Pública pela Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP; Editor e Revisor do Jornal APCEF/PB; Editor e Revisor do Jornal e SITE da ASIP/UFPB; Revisor do periódico: Revista Interdisciplinar em Violência e Saúde - RIVIS; Revisor da Coletânea Temas em Saúde UFCG; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq. sandro.decastro@gmail.com

ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ; Mestre em Saúde Pública pela Universida-

de Federal da Paraíba – UFPB; Residência Médico cirúrgica pelo Hospital das Clínicas de Pernambuco - UFPE; Docente estagiária pelo CES/ Universidade de Coimbra – Portugal/PDSE/CAPES; Docente da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Líder do grupo de pesquisa Violência e Saúde - UFCG/CNPq. anubes@ensp.fiocruz.br

**BEATRIZ PEREIRA ALVES**  
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq; aluna voluntária pela PROPEX desde 2017 no projeto Bulling nas escolas; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq. pbia012@gmail.com

**CLARICE NASCIMENTO DA SILVA**  
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde - GPVS/UFCG/CNPq. cladantas0210@gmail.com

**CLÁUDIA MARIA FERNANDES**  
Docente pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Mestre em Ensino na Saúde – CEMEPS/UECE; Especialista em Saúde da Família e Educação - Escola de Saúde Pública/ CE. claudiaalegriaf@yahoo.com.br

**ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS**  
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia - UFBA; Mestre em Ciências da Motricidade Humana pela UNESP/ Rio Claro; Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Membro do grupo de pesquisa Violência e Saúde - UFCG/ CNPq. lana-ff@bol.com.br

**FRANCISCA SIMONE LOPES DA SILVA LEITE**  
Enfermeira pela Faculdade São Vicente de Paula - FESVIP; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Santa Maria - FSM. moninhajpbrilhante@hotmail.com

**GABRIELLA SILVA NOGUEIRA**  
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. gabriellasilvanogueira@gmail.com

**GDEANE CONSTANTINO DE ALMEIDA**  
Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Especialista em Nefrologia e cardiologia pela UFMA; Enfermeira assistencial no hospital universitário Júlio Bandeira/ UFCG, e Hospital Regional Manoel Abrantes, Sousa /PB. gdeanealmeidacz@gmail.com

**GLÁUCIA DE SOUZA ABREU**  
Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; Especialista em Docência para o ensino superior e Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria – FSM; Especialista em Regulação de Saúde no SUS pelo Hospital Sírio Libanês; Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Atua profissionalmente no SAMU do município de Cajazeiras – PB; Atua profissionalmente no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/EBSERH. glauciaalencargmb@hotmail.com

**HIONARA NASCIMENTO BARBOZA**  
Fonaudióloga pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Fonaudiologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB/Universidade Federal do Rio Grande do norte - UFRN. hnascimentoobarboza@gmail.com

**ISADORA ROBERTA FONSÊCA ALVES**  
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. isadora-robertaa@hotmail.com

**JÉSSICA BARRETO PEREIRA**  
Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós graduação em Enfermagem – PPGENF/Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Pesquisadora do Grupo de Estudos e em Enfermagem Forense GEPEFO/UFPB. jessicabarreto93@gmail.com

**JOSÉ NORMANDO CARTAXO LOPES**  
Graduado em Odontologia pela Universidade Regional do nordeste;; Mestre em Saúde Pública UNINTER, Py; Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Associação Brasileira de Odontologia; Docente pela Universidade Federal de Campina Grande UFCG. normando62@yahoo.com.br

MÁRCIA JANIELE NUNES DA CUNHA LIMA  
Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/UFCG; Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat – FAZER; Atuou como Diretora e gerente da Enfermagem do Hospital e Maternidade João Marsiano em Bayeux; Coordenadora e docente do Curso técnico de Enfermagem da Escola Técnica de Enfermagem Ômega. marciacunhalima87@hotmail.com

MÁRCIA NAZARÉ LIRA ANDRIOLA  
Mestre em Sistemas Agroindustriais pelo Centro de Ciência e Tecnologia Agroalimentar – CCTA, UFCG; Especialista em Metodologia do ensino pela Faculdade São Francisco da Paraíba – FASP – PB; Servidora Pública Federal – UFCG marciaandriola@yahoo.com.br

MARY LUCE MELQUÍADES MEIRA  
Doutoranda em Psicologia Clínica pela USP; Mestre em Sistemas Agroindustriais – UFCG; Graduada em Administração de Empresas pela UEPB; Graduada em Enfermagem pela UNESC – PB; Especialização em Administração Hospitalar pela UNAERP – Ribeirão Preto/SP. Mary-maira@hotmail.com

NÍVEA MABEL DE MEDEIROS  
Doutoranda em Engenharia de processos e Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG; Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos; Enfermeira; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde – GPVS/UFCG/CNPq. niveamabel@hotmail.com

POLYANNA KARINAE DE MORAIS WANDERLEY LACERDA  
Enfermeira pela Faculdade Internacional da Paraíba – FPB; Especialista Multiprofissional em Saúde das Famílias e das Comunidades - UNA-SUS UFPE; Especialista em Urgência e Emergência – Especializa Cursos João Pessoa-PB; Enfermeira na Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal APCEF/PB. polyanawanderley@hotmail.com

RAONY MANGUEIRA LIMA LOPES  
Docente pela Universidade Federal de Campina Grande; Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq. raonymllopes@hotmail.com

RAIRA MARIA PIRES DE VASCONCELOS  
Especialização em Pacientes com necessidades especiais - COESP; Habilitação em laserterapia - Universidade de São Paulo - USP; Especialização em odontologia hospitalar - Sírio Libanês, São Paulo; Especializanda em Prótese dentária - COESP. Rairaa.maria@gmail.com

RODRIGO ALVES AUGUSTO DE SOUZA  
Mestre em Sistemas Agroindustriais pelo Centro de Ciência e Tecnologia Agroalimentar – CCTA, UFCG; Especialista em Tecnologia de Informação para Estratégia de Negócios pela Universidade Paulista; Graduado em Gestão da Tecnologia da Informação pela Universidade Paulista; Servidor Público Federal – UFCG. rodrigo.pre@ufcg.edu.br

Formato 15x21 cm  
Tipologia Adobe Garamond Pro  
Nº de Pág. 109

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUF CG

