

#### **4. RESENHA DE LIVRO**

#### **“QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE” - ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR**

Gabriela Alves de Souza

#### **O LIVRO E A AUTORA**

Neri, A. L (Org). Qualidade de vida na velhice: Enfoque Multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

Anita Liberalesso Neri é Professora Titular na Faculdade de Educação da Unicamp (1995), obteve os títulos de Livre Docente em Educação pela Unicamp (1988) e de Doutora e Mestre em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP, em 1972 e 1976. É graduada em Psicologia pela Universidade de Mogi das Cruzes e licenciada em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Nossa Senhora do Patrocínio de Itu. Foi Cientista Visitante no Instituto Max Planck for Human Development and Education em Berlim, Alemanha, em 1994 e 1998. Introduziu o paradigma lifespan em Psicologia e em Gerontologia no Brasil. Seus interesses em pesquisa nos campos da Psicologia do Envelhecimento e da Gerontologia incluem: bem-estar psicológico, mecanismos de auto-regulação do self, atitudes em relação à velhice e paradigma lifespan. É grande autoridade Brasileira no estudo da gerontologia, com muitas publicações e orientações nos níveis de mestrado e doutorado.

#### **A COMPOSIÇÃO DA OBRA**

A obra “Qualidade de Vida na Velhice” é composta por 12 capítulos, os quais contam com a participação de diversos profissionais da saúde. Este livro apresenta informações científicas novas, adequando-se ao contexto brasileiro. Emerge um retrato multifacetado da velhice e da qualidade de vida na mesma, e por ser multidisciplinar aborda áreas relacionadas à Economia, Demografia, Sociologia, Biologia, Medicina, Psicologia, Odontologia, Arquitetura, Ergonomia, Psicologia e Filosofia.

O primeiro capítulo é de total autoria de Anita Liberalesso Neri, e o segundo de Eduardo Chachamovich, Clarissa Trentini e Marcelo Pio de Almeida Fleck. Os

capítulos 3 e 4, respectivamente, escritos por Tomas Engler e Ana Amélia Camarano, Maria Teresa Paisano e Vanessa Regina Lemos. Os capítulos 5, 6, 7,8, 9, 10, 11 e 12, respectivamente, são de autoria de Ilka Nicéia D'Aquino Teixeira, Cássio Machado de Campos Bottino e Marco Antonio Moscoso Aparício, Priscila Cristina Correa Ribeiro e Mônica Sanches Yassuda, Maria da Luz Souza, Fernando Neves Hugo e Débora Dias da Silva, Adriana Romeiro de Almeida Prado e Monica Rodrigues Perracini, Marineia Crosara de Resende e Maria Eliane Catunda de Siqueira, e, por fim, Johannes Doll e Ligia Py.

### **DIRECIONAMENTO DA OBRA**

Este livro é direcionado aos estudiosos e profissionais de Gerontologia. Oferece suficientes informações para que os mesmos possam planejar políticas e intervenções adequadas à realidade dos idosos, buscando tratar simultaneamente do bem-estar físico, social, emocional e psicológico.

### **O PORQUÊ DA OBRA**

Esta obra foi criada a fim de oferecer uma nova perspectiva de vida para os idosos brasileiros, auxiliando, assim, os gerontólogos a criarem novos métodos e políticas para que o bem-estar na terceira idade seja algo bem mais alcançável que nas décadas passadas. Esta obra também buscar informar aos estudiosos e profissionais da saúde fatores sociais e psicológicos presentes no cotidiano dos idosos, antes nunca levados em conta, mas que são muito importantes na terceira idade adulta.

O livro tem um compromisso com a educação, como cita Anita, e os profissionais que auxiliaram em sua criação agem como divulgadores de conhecimento teórico e empírico, onde cada um deles oferece seus conhecimentos em determinado assunto, fazendo com que a obra seja completa e diferenciada.

## QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Sabemos que o mundo atualmente presencia um amplo envelhecimento populacional e uma conseqüente ampliação do índice de morbimortalidade. Isto é fato, e ocorre devido a melhoria da qualidade de vida dos idosos, assim como maiores promoções de saúde e de lazer. A ciência, por sua vez, vem ampliando a busca por fatores capazes de diminuir tais índices de morbimortalidade por meio da melhoria da qualidade de vida na velhice.

O processo de envelhecimento normal, do qual conhecemos, gera declínio na força e na resistência física, no equilíbrio, na velocidade da marcha; acarreta perdas sensoriais e diminuição do processamento da informação. O declínio normal, que é lento e gradual, pode ser amplificado pela presença de doenças somáticas e pela depressão associadas ao envelhecimento, e pode ser intensificado pelos efeitos de doenças dependentes da idade, tais como as demências. Esse processo determina perdas mais ou menos acentuadas da capacidade funcional, podendo traduzir-se em maior ou menor incapacidade física e cognitiva e em maior ou menor necessidade de ajuda. As pessoas que, em algum momento, são vitimadas por alguma deficiência física, de alguma forma antecipam a condição de vida vivida por pessoas que envelhecem e, dentre elas, as que adquirem alguma incapacidade no decorrer do envelhecimento. As pessoas com deficiência que envelhecem tem grande probabilidade de conviver com a acumulação dos efeitos da deficiência e do envelhecimento, tanto normal como patológico. (Resende, 2001).

Dessa forma, os gerontólogos buscam novos métodos de melhorar a qualidade de vida na velhice para suavizar esses problemas trazidos ao decorrer do envelhecimento, de forma que o físico, o social, o psicológico e o emocional possam ser trabalhados. Mas afinal, o que significa essa qualidade de vida?

Qualidade de Vida foi definida pelo grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito amplo, afetado de uma maneira complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais e a relação com características relevantes do seu ambiente.” (The WHOQOL Group, 1998).

Alguns estudos apontam que a longevidade está relacionada a fatores genéticos. Outros, por sua vez, apontam que os fatores psicossociais e fatores intrínsecos e extrínsecos influenciam de forma decisiva na longevidade e qualidade de vida na velhice.

Como não se podem controlar os fatores genéticos, é necessário apostar nos cuidados relacionados aos fatores extrínsecos, como na alimentação, por exemplo. Uma boa alimentação, e a ausência de hábitos que prejudicam o organismo, como o de fumar ou/e ingerir bebidas alcoólicas constantemente, oferece uma melhoria na qualidade de vida e do bem estar na terceira idade adulta. Uma boa alimentação em conjunto com atividades físicas regulares oferece um melhor bem-estar físico e mental para o ser humano, independente da idade ou gênero.

O bem estar na velhice reflete nas relações com a saúde física, a cognição, a independência, a autonomia, a atividade, a participação social, as relações sociais e familiares, aos recursos financeiros, aos recursos médicos, o status social, a religiosidade, o senso de significado e a felicidade.

O bem estar subjetivo (sentir-se bem na velhice) é um entre os quatro domínios de qualidade de vida na velhice. Os outros três domínios são as competências comportamentais, as condições objetivas do ambiente e a qualidade de vida percebida em comparação com os recursos sociais disponíveis e com as expectativas sociais e individuais. (Lawton, 1983,1991).

Os recursos de personalidade, expressos principalmente por conhecimento e valorização de si, por capacidades de enfrentamento e de auto avaliação desempenham um papel importante na determinação do bem estar subjetivo.

Já o Self pode ser definido como um sistema multifacetado de estruturas que regulam o comportamento orientado nos mundos interno e externo do indivíduo. Ele tem importância capital na construção das experiências de bem-estar subjetivo.

Segundo Brandstädter, Greve, Herzog e Markus, existem 4 perspectivas sobre as relações entre o self, o bem-estar subjetivo e a resiliência psicológica na velhice, e todas se tratam de funções reguladoras. São estas:

1. Quanto mais rico e flexível for o self ao interpretar experiências e ao criar esquemas para lidar com o ambiente, maior será o bem-estar subjetivo;
2. Quanto mais estruturado o sistema de competências do self (relações sociais e perspectivas de vida assumidas pelo idoso), melhor será a adaptação do idoso e melhor poderá lidar com a velhice;

3. Quanto mais estruturado o sistema social do self, que inclui senso de aceitação, envolvimento e pertencimento, maior o bem-estar e a adaptação;

4. Quanto maior a competência do self para realizar as funções de avaliação e comparação temporal e social, melhor será a adaptação.

Rosa, em 2006, realizou um estudo com 748 idosos ativos na comunidade sobre o que entendiam por velhice saudável. Emergiram oito temas:

1. Saúde e independência física e mental, ou seja, ausência de doenças, competência física, cognitiva e saúde compatível com a idade;

2. Envolvimento ativo com a vida (atividades de lazer e produtivas);

3. Bem-estar subjetivo;

4. Ajustamento psicológico (auto aceitação, autodeterminação, auto realização, qualidade pessoal, domínio, espiritualidade e religiosidade);

5. Relações sociais positivas;

6. Orientação ao bem-estar dos semelhantes;

7. Presença de recursos;

8. Negação da possibilidade de velhice bem-sucedida.

Rogerson (1995) classificou duas variáveis de qualidade de vida, que são: Mecanismos internos psicológicos e fisiológicos, produzindo grau de satisfação e gratificação da vida, tanto em nível pessoal como comunitário. O segundo refere-se a fatores externos, capazes de desencadear os primeiros.

Na área da saúde, existem dois modelos teóricos de qualidade de vida. O primeiro é chamado de Modelo Funcionalista. Este se baseia no entendimento de que a qualidade de vida depende principalmente de o sujeito apresentar habilidades adequadas. Dessa forma, a presença de doenças implicaria diminuição de qualidade de vida, uma vez que impede que o desempenho das funções se dê de modo plenamente satisfatório.

O segundo modelo é o denominado Modelo de Satisfação. Tal modelo se baseia na relação entre a expectativa de vida do indivíduo e seu nível de realização. Este modelo mostra que a qualidade de vida está diretamente relacionada ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para cada sujeito.

Os idosos que convivem com mais eventos positivos do que com eventos negativos têm mais propensão a interpretar a vida de maneira positiva e a reagir mais intensamente a eventos positivos. Assim, essas pessoas encontram-se mais felizes em

seu dia-a-dia e mais determinadas a obter satisfação por meio de uma melhoria na qualidade de vida.

Evans e Cols (2005) agruparam um grupo de 11 domínios determinantes de qualidade de vida. Destacaram-se: auto-estima, disposição, modo como é tratado pelos outros, transporte e mobilidade, como domínios específicos da velhice. Já os domínios ocupação de tempo, lazer, vida social, saúde, finanças, ambiente em que vive, segurança, fé e religião foram indicados como relevantes, porém não específicos da velhice.

É preciso saber que o processo de envelhecimento e a vivência da velhice é uma experiência particular de cada idoso. Muitos idosos veem a perda da cognição, a rígida limitação na prática de atividades físicas, a maior predisposição a contrair doenças e a fragilidade como fatores preponderantes ao caminho para a infelicidade. Outros acreditam que a velhice é a melhor etapa da vida, e se alegram de saber que possuem saúde e apoio familiar nesse momento tão importante da vida do ser humano. Afinal de contas, a sabedoria é filha da experiência, como cita Leonardo da Vinci.

Um dado praticamente universal é que as mulheres vivem mais que os homens, vantagem que pode ser relacionada à fatores biológicos e sociais. Em relação ao fator biológico, a taxa de doenças letais é muito maior entre homens idosos do que em mulheres idosas. Nos homens, prevalecem as doenças isquêmicas do coração, e nas mulheres, doenças crônicas, como artrite e hipertensão.

Já em relação ao fator social, até certo tempo atrás, o índice de homens trabalhando no campo ou nas grandes indústrias era demasiado, o que também não deixa de ser uma realidade hoje, porém em uma realidade mais equilibrada, pois as mulheres também vêm ocupando cargos similares aos homens. As mulheres costumavam ficar em casa, cuidando do lar e dos filhos, enquanto o homem se arriscava no trabalho. Os homens também costumavam beber e fumar mais do que as mulheres, e isso contribuía para uma queda considerável de sua qualidade de vida. Porém, atualmente, pode-se observar que as mulheres estão ocupando grandes cargos, e também estão passando a beber e fumar com ou até mais frequentemente que os homens.

Sabe-se que os fatores socioeconômicos influenciam na qualidade de vida na velhice. As mulheres, apesar de estarem correndo mais riscos nos seus trabalhos do que

antigamente, gozam de um salário menos desigual em relação aos homens, e, dessa forma, podem buscar investir em sua qualidade de vida.

Em resumo, um estudo feito por Marc Luy, pesquisador do Instituto de Demografia de Viena e autor do “Cloister Study”, mostra que a expectativa de vida está muito mais relacionada ao estilo de vida do que ao gênero.

Curiosamente, os dados apontam que essa disparidade aparentemente tem se estreitado a partir da década de 1980. E isso não significa que os homens são responsáveis por isso, mas que as mulheres estão adotando estilos de vida mais prejudicialmente semelhantes aos dos homens.

Luy coloca desta forma: “As mulheres estão cada vez mais ativas no mercado de trabalho, experimentando o estresse da vida profissional e adquirindo hábitos que os homens adotam para lidar com isso, como beber álcool e fumar. Isso se reflete na pesquisa e os efeitos podem ser claramente vistos nas tendências”.

Esta feminização da velhice ocorre devida a vários fatores, que incluem o adiamento na idade ao casar, pela redução na proporção das pessoas que se casam, pelo incremento dos divórcios e dos múltiplos casamentos, pelo declínio da fecundidade, pela diminuição do tamanho médio de uma família, pelo aumento a proporção de mulheres sem filhos, pela entrada das mulheres no mercado de trabalho.

Prosseguindo no quesito saúde, geralmente os homens idosos sofrem por doenças cardíacas com mais frequência que as mulheres idosas. É quase de conhecimento universal que quem cuida da família ou do esposo idoso são as mulheres. Em primeiro lugar, a esposa, e em segundo lugar, as filhas.

A fragilidade encontrada nos idosos tem consequências distintas, que variam desde as atividades físicas que podem causar quedas e osteopenia, atividade social, AVC e fratura do quadril que causa hospitalização, incontinência e fratura do quadril que gera institucionalização. Isso tudo negligenciado pode levar a morte.

De acordo com Espinoza e Walston (2005), existem três modelos de intervenção para diferentes casos, que são: Intervenção para idosos não frágeis: realização de exames preventivos e tratamento das doenças crônicas; Fragilidade moderada: aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e implantação de medidas para prevenção do declínio funcional, caso haja necessidade de outra hospitalização, e Fragilidade moderada para grave: aplicação do AGA para definição de parâmetros de acompanhamento e para orientações sobre as possibilidades de atendimento no declínio progressivo da condição de saúde.

Gaub conclui que nunca é tarde para modificar o grau de fragilidade e melhorar a capacidade funcional com intervenções apropriadas, até porque intervir é barato e não intervir é caro.

Hogan e seus colaboradores, em 2003, realizaram estudos sobre os diferentes conceitos de fragilidade. Para exemplificar, seguiremos o quadro:

Envelhecimento	A fragilidade é intrínseca ao envelhecimento.
Demográfico	Idosos muito frágeis morreriam em maior número e indivíduos robustos seriam privilegiados pela longevidade.
Matemático	A perda da complexidade em algumas estruturas leva ao declínio da capacidade adaptativa e à dependência funcional característica da fragilidade.
Genético	A fragilidade está relacionada aos fatores genéticos.
Curso de vida	A fragilidade é resultado da interação de múltiplos fatores nas dimensões biológica, psicológica, comportamental e social no curso de vida. Princípio do “uso e desgaste”.
Disfunção simultânea de múltiplos sistemas fisiológicos	Déficits em vários sistemas fisiológicos estão envolvidos na etiologia da fragilidade.
Modelo Combinado: biomédico e psicossocial	A fragilidade pode ser representada por um construto multidimensional. A interação entre recursos e déficits possibilita mudanças positivas e negativas que modificam o status de saúde da pessoa.

Além dos problemas relacionados ao físico, existem também os problemas psicológicos, e é sabido que o quesito psicológico afeta consideravelmente o fisiológico.

Dessa forma, estudos indicam que a presença da ansiedade aumenta a chance do desenvolvimento de um transtorno depressivo em sujeitos idosos e pode piorar seu prognóstico (Devanand, 2002).



A depressão causa um terrível desempenho na saúde mental, além de limitação de função devido a problemas emocionais, funcionalidade social, vitalidade, limitação de função devido a problemas físicos e na escala de dor.

Para os idosos, é possível que um senso negativo de qualidade de vida seja equivalente à perda da saúde, e que o senso de qualidade de vida positiva seja equivalente a uma quantidade maior de categorias, como vida social, atividade, renda, relacionamento familiar, que diferem de sujeito para sujeito.

Os aspectos do estilo de vida adotados por cada indivíduo, de acordo com a hipótese de reserva cognitiva, podem modificar o padrão usado pelo cérebro para mediar uma tarefa e para recrutar redes neurais alternativas, fazendo com que se torne mais eficiente em face de patologia cerebral. Um estilo de vida caracterizado por engajamento em atividades de lazer, intelectuais ou sociais está associado com menor declínio cognitivo em idosos saudáveis e à redução do risco de incidência de demência (Scarmeas et al, 2001, Wang et al, 2002)

De acordo com a hipótese do desuso (Salthouse, 1991), experiências cotidianas e padrões de atividades que impliquem desuso de processos e de habilidades cognitivas podem resultar na atrofia desses processos e dessas habilidades entre os idosos. Em contrapartida, o uso de tais habilidades, dentro do limite de plasticidade cognitiva do idoso, pode ser um meio de manter o desempenho cognitivo ou de reverter mudanças cognitivas associadas à idade.

Os benefícios de um estilo de vida social e cognitivamente intenso para o processo de envelhecimento são normalmente explicados pela hipótese de complexidade ambiental, que consiste nos estímulos e demandas específicas de um indivíduo. Maior diversidade de estímulos requer maior número de decisões e maior número de considerações no processo de tomada de decisões.

Wang e seus colaboradores realizaram estudos que sugerem que atividades sociais e intelectuais podem proteger contra a dita demência, indicando que a interação social e a participação em atividades que promovem a estimulação intelectual podem ser relevantes para promover o bom funcionamento mental no envelhecimento.

Um envelhecimento bem-sucedido depende de o indivíduo ou seu ambiente selecionar os domínios comportamentais dos quais a pessoa detém melhor nível de funcionamento, e de otimizar esse funcionamento por meio de estratégias que compensam as perdas do envelhecimento. Tal processo de adaptação pode ser entendido como uma tática para envelhecer bem. Os indivíduos e o ambiente utilizam-se da

otimização e da compensação durante toda a vida, mas é na velhice que elas adquirem uma nova dinâmica em função da perda de reservas biológicas, mentais e sociais que tendem a ocorrer nesse período.

Outro ponto que deve ser levado em conta é a qualidade de vida no processo de envelhecimento de idosos com deficiência mental.

Antigamente, quase ou não havia políticas de inclusão social, porém, atualmente, a inclusão social da pessoa deficiente é promovida por diversas organizações não governamentais de âmbito internacional, destacando-se a OMS, Associação Internacional para o Estudo Científico da Incapacidade Intelectual (IASSID) e a AAMR.

Souza cita a inclusão social como um processo bidirecional, ou seja, de construção coletiva, de forma que os que se sentem “excluídos”, de certa forma por padrões que a própria sociedade impõe, se manifestem com relação às suas necessidades, e que a sociedade promova as providências cabíveis, possibilitando a convivência em espaço comum não segregado.

A construção de uma sociedade inclusiva torna a todos, em conjunto, o governo, sociedade, idosos e pessoas deficientes, co-responsáveis no processo de desenvolvimento coletivo, pelo respeito às peculiaridades que consistem a riqueza da diversidade.

Finalizando este tema, e partindo para o último, é sabido que outro problema que o idoso tem de enfrentar é o medo da morte. A morte desafia todo o conhecimento que possuímos. O ser humano tende a temer o desconhecido, e a ideia de morte muitas vezes gera preocupação e medo. Porém, este medo varia de cultura, religião, filosofia de vida.

O sentido de morte perdeu sua “domesticação”, mostrando seu lado selvagem em natural no processo da modernização e racionalização dos séculos XVI e XVII. Naquela época, ocorria na Europa uma corrente filosófica chamada Iluminismo. O objetivo da mesma era iluminar a mente do ser humano com a luz da razão. Era um movimento de contra ataque ao absolutismo europeu, buscando acabar com o poder da Igreja Católica sobre o Estado, no qual a mesma regravava a cultura e sociedade.

Já nos séculos XVIII e XIX são marcados por um processo de privatização da morte no contexto da família burguesa, onde a morte do ente querido acontecia com muito romanticismo e abalava toda a família. Essa tendência prossegue até hoje.

Podemos dizer que as relações com a morte nas sociedades contemporâneas são marcadas pelas seguintes características:

- ✓ Contatos diferentes daqueles de sociedades tradicionais: Diminuição do contato físico e direto com a morte;
- ✓ Perda da credibilidade de formas tradicionais de lidar com a morte: Orientações religiosas, como igrejas ou grupos espirituais, rituais fúnebres, etc.;
- ✓ Crescimento da insegurança no lidar com as questões relacionadas à morte: Quando perde-se as formas tradicionais de expressar sentimentos relacionados a morte, como medo, dor, desespero;
- ✓ Coexistência de muitas formas de lidar com a morte: Expressas nas variedades culturais das sociedades contemporâneas;
- ✓ Novas questões em relação à morte: Devido às mudanças demográficas, sociais e desenvolvimento de novas tecnologias;
- ✓ Diferenciação do próprio conceito de morte.

De qualquer forma, a certeza que todos temos é que um dia iremos morrer. Muitos aceitam bem, outros não. Essa é uma idéia particular de cada um. O importante é viver bem, aproveitar essa dádiva que nos foi dada, viver intensamente nossa existência, buscando fazer o bem para todos, transformar essa filosofia de fazer o bem para receber o bem em nossa religião, e compreender que a morte vem para todos, em alguma hora e em algum lugar.

## CONCLUSÃO

Conclui-se e compreende-se a importância de estudos e pesquisas voltadas para a área gerontológica, a fim de buscar novos métodos para melhorar a qualidade de vida de nossos idosos, auxiliando-os a aceitarem e a conviverem melhor com essa importante etapa da vida, que para muitos é reconhecida como a etapa onde o indivíduo desenvolve uma maior paciência e sabedoria, apesar dos conflitos causados pela diminuição da cognição e pela fragilidade, cujas causas destes foram pontos discutidos ao longo da resenha.

É fato que o idoso que se envolve mais intensamente em meios sociais possui uma melhor sensação de bem-estar. A família, os amigos, o lazer, a diversão e as atividades físicas são muito importantes nessa etapa da vida. Muitas pessoas se entristecem ao saberem que estão envelhecendo, mas o que é estar envelhecendo de verdade? Bom, em minha opinião, o que não pode envelhecer é a mente. Existem hoje em dia milhares de jovens sedentários que não curtem a vida, e se trancam em seus

quartos alienados em televisão e vídeo game, esquecendo-se que existe um mundo afora esperando para ser descoberto. Esses sim estão envelhecendo lentamente.

Há de se viver a vida intensamente independente da idade, sexo, cor, religião. Martha Medeiros, colunista do jornal Zero Hora, possui um poema formidável que faz a pessoa refletir sobre o valor da vida. Chama-se “QUEM MORRE?”

Morre lentamente

Quem não viaja,

Quem não lê,

Quem não ouve música,

Quem não encontra graça em si mesmo

Morre lentamente

Quem destrói seu amor próprio,

Quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente

Quem se transforma em escravo do hábito

Repetindo todos os dias os mesmos trajetos,

Quem não muda de marca,

Não se arrisca a vestir uma nova cor ou

Não conversa com quem não conhece.

Morre lentamente

Quem evita uma paixão e seu redemoinho de emoções, Justamente as que resgatam o brilho dos olhos e os corações aos tropeços.

Morre lentamente

Quem não vira a mesa quando está infeliz

Com o seu trabalho, ou amor,

Quem não arrisca o certo pelo incerto

Para ir atrás de um sonho,

Quem não se permite, pelo menos uma vez na vida, Fugir dos conselhos sensatos...

Viva hoje!

Arrisque hoje!

Faça hoje!

Não se deixe morrer lentamente!

Com essas palavras, percebe-se o quanto é importante dar valor a vida, procurar fazer coisas, passar por diversas experiências, sendo elas boas ou ruins, porque sabe-se que com as experiências ruins adquirimos maturidade. Morre lentamente quem se permite morrer lentamente. A mente comanda o corpo, e enquanto a mente é jovem, o corpo também será jovem.

## REFERÊNCIAS

Abu-Bader, S. H., Rogers, A & Barusha, A S. (2002).

Aldwin, C. M (1994). Stress. Coping and development: **Na integrative perspective**. New York : Guilford.

Aldwin, C.M (1997). **Theories of coping with chronic stress: illustrations from the health psychology literature and aging literature**. In B.H. Gottlieb et al (Eds.), Coping with chronic stress: The plenum series on stress and coping. New York : Plenum Press.

Aldwin, C.M., Sutton, K. J & Lachman, M (1996). **The development of coping resources in adulthood**. Journal of Personality, 64.

Allport, G. W (1961). **Pattern and growth in personality**. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Alwin, D.F & Wray, L.A (2005). **A life-span development perspective on social status and health**. The journals of gerontology: Psychological and Social Sciences, 36.

Arber, S. and Ginn, J (1993). **Gender and inequalities in later life**. British Journal of Sociology, 36.

Bailis, D.S., and Chipperfield, J. G. (2006). **Emotional and self-evaluative effects of social comparison in later life: How are they moderated by collective self-esteem?** Psychology and Aging, Vol 21.

Baltes, M.M. (1996). **The many faces of dependency in old age**. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, M M, Freund, A and Horgas, A L (1999). **Men and women in the Berlin Aging Study**. In P B Baltes and K U Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Páginas 259-281. Cambridge University Press.

Baltes, P. B and Baltes, M,M (1990). **Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation**. In: P.B Baltes e M.M. Baltes (orgs.). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Baltes, P. B. and Mayer K.U. (eds). (1999). **The Berlin Aging Study**. *Aging from 70 to 105*. Cambridge University Press.

Baltes, P. B. and Smith J. (2003). **New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age**. *Gerontologist*, Vol. 49: 123-135.

Bandura, A. (1997). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, NJ: Oretice-Hall.

Bandura, A (1896). **Social foundations of thought and action. A social cognitive approach**. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy. The exercises of control**. New York: W. H. Freeman and Company.

Barreto, S. M., Giatti, L., & Kalache, A(2004). **Gender inequalities in health among Brazilian older adults**. *Panamerican Journal of Public Health*, 16: 110-117.

Barreto, S.M., Kalache, A, & Giatti, L. (2006). **Does health explain gender dissimilarity in health care use among older adults?** *Cadernos de Saúde Pública*, 22: 347-355.

Bondar, A.; Krampe, R. T, & Baltes, P. B (2003). **Balance takes priority over cognition: Can young and older adults deliberately control resource allocation?** Berlin, Germany: Max Planck Institute for Human Development.

Brandstadter, J e Greve, W. (1994). **The aging self: Stabilizing and protective processes**. *Developmental Review*, 14, 52-80.

Brief, A. P; Butcher, A. H.; George, J. M., & Link, K.E (1993). **Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 656-653.

Bühler, C. (1935). **The curve of life as studied in biographies.** The Journal of Applied Psychology, 1935, Vol 19: 405-409.

Cachioni, M. (2002). **Crenças sobre o desenvolvimento pessoal.** In M. Cachioni. **Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade.** Campinas: Átomo.

Calderon, L. S. (2001). **Making the connection between depression and activity levels among the oldest-old: A measure of life satisfaction.** Activities, Adaptation and Aging, Vol. 25: 59-73.

Camarano, A. A, Kanso, S. & Leitão e Mello, J (2004). Como vive o idoso brasileiro: In A A Camarano (Org), **Os novos idoso brasileiros. Muito além dos 60?** Páginas 77-106. Rio de Janeiro: IPEA.

Carstensen, L. L. (1991). **Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context.** Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol 11, 195-217.

Carstensen, L. L (1993/1995). Motivation for social contact across the life-span: **A theory of emotional selectivity.** In J. E Jacobs (Org), Developmental Perspectives on motivation. Nebraska Symposium on Motivation, 40. Lincoln: University of Nebraska Press, 209-254.

Carstensen, L. L; Pasuphati, M. Mayer, U. & Nesselroade. J. R (2000). **Emotional experience in everyday life across the adult life-span.** Journal of Personality and Social Psychology, 79: 644-655.

Charles, S. T.; Mather, M. & Carstensen, L. L (2003). **Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults.** Journal of Experimental Psychology, 132: 310-324.

Cheng, S. T & Chan, A C. M (2006). **Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make difference?** The Journals of /gerontology: Psychological and Social Sciences, Vol 61B: 46-53.

Chipperfield, J. G., Campbell, D, & Perry, R. P (2004). **Stability in perceived control: implications for health among very old community dwelling adults.** Journal of Aging and Health, Vol. 16: 116-147.

Chou, K. L (2005). **Everyday competence and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators?** Aging and Mental Health, Vol. 9 (No 2): 177-183.

Colling, A L. & Smyer M.A (2005). **Resilience of self-esteem in late adulthood.** Journal of Aging and Health, Vol. 17: 471-489.

Cummings, E. S & Henry, W. E. (1961). **Growing old: The process of disengagement**. New York: Basic Books.

[Www.brasilalemanhanews.com.br/Noticia.aspx?id=3795](http://Www.brasilalemanhanews.com.br/Noticia.aspx?id=3795).

[Www.upf.br/cieh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36:anita-liberalesso-neri&catid=8:palestrantes-convidados&Itemid=16](http://Www.upf.br/cieh/index.php?option=com_content&view=article&id=36:anita-liberalesso-neri&catid=8:palestrantes-convidados&Itemid=16).