

A PERSPETIVA DO IDOSO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA – ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Joana Pires, Universidade do Algarve, joanapires_13@hotmail.com

Carina Pereira, Universidade do Algarve, carina-pereira@live.com.pt

Cristiana Assunção, Universidade do Algarve, cristiana_f_a@hotmail.com

Ana Susana Almeida, Universidade do Algarve, asalmeida@ualg.pt

Resumo: O acréscimo do número de idosos, nas últimas décadas, tem levado a um aumento significativo do envelhecimento da população. Para promover a qualidade de vida nesta faixa etária torna-se premente explorar em que consiste o envelhecimento bem-sucedido. Costa (2003) refere que o envelhecimento bem-sucedido se alicerça num equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do idoso e naquilo que o torna capaz de controlar as tensões e as perdas associadas à sua progressão desenvolvimental e temporal (Custódio, 2008).

Neste sentido, o principal objetivo deste estudo consiste em compreender a perspetiva do idoso acerca da sua própria velhice, mais concretamente perceber como este percebe a sua qualidade de vida, bem como os fatores que poderão promovê-la.

Participaram neste estudo 30 idosos da Santa Casa da Misericórdia, com uma média de 82.5 anos ($DP = 7.65$). Na recolha de dados utilizou-se o instrumento IQVI – Índice de Qualidade de Vida do Idoso (Paschoal, 2004).

Verificou-se que, atualmente, os idosos gostariam de ter aproximadamente 31 anos. Estes acreditam na possibilidade de ter uma boa qualidade de vida e a maioria considera-a satisfatória. Afirmam que a saúde, o suporte social e a religião são imprescindíveis para uma boa qualidade de vida. Os seus maiores medos são a falta de saúde, o medo de morrer e ficar acamado.

As implicações práticas enquadram-se na mudança de atitudes face ao envelhecimento, na promoção de novas estratégias e adequação de comportamentos sociais que garantam um envelhecimento bem-sucedido, com qualidade de vida.

Palavras-chave: envelhecimento; qualidade de vida; bem-estar; idoso; instituição.

Introdução

A relevância do tema Envelhecimento Bem-sucedido parte do notório aumento do envelhecimento da população. Os resultados provisórios dos Censos 2011 revelam o fenómeno do duplo envelhecimento populacional, que se caracteriza simultaneamente pelo aumento significativo da população com mais de 65 anos, que representa 19.1% da população total, e pela redução progressiva da população jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2011a). Perspetiva-se que este envelhecimento tenderá a aumentar exponencialmente nas próximas décadas. Projecções efectuadas pelo Instituto Nacional de Estatística (2011a) revelam a tendência para que em 2050 o número suba mais de um milhão (i.e., 2,95 milhões

de idosos). Esta marcante alteração demográfica reflecte-se igualmente na proporção do número de idosos e de jovens. Em 2046 haverá 238 idosos (i.e., 31% da população nacional) por cada 100 jovens (i.e., 13%) (Diário Digital, 2008).

Segundo Fontaine (2000), desde o séc. XVIII que assistimos a um aumento da esperança média de vida, devido principalmente à revolução industrial. Até aí a esperança média de vida não excedia os 30 anos. Atualmente, esse número aumentou bastante, sendo que, nos países desenvolvidos, a esperança média de vida é na ordem dos 74 anos, enquanto nos países em desenvolvimento é de 50 anos, o que revela uma enorme disparidade.

Em Portugal, a esperança média de vida é de 79.20 anos para ambos os sexos, mais especificamente 76.14 anos para os homens e 82.05 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2011a).

Neste sentido, torna-se pertinente direcionarmo-nos para o conceito de qualidade de vida dos idosos. Embora não haja um consenso a respeito deste termo, Seidl e Zannon (2004), creem que terá surgido na década de 30. A definição de qualidade de vida dada pela WHOQOL Group (1994) consiste na perceção individual, e por isso subjetiva, da própria posição na vida de acordo com o contexto cultural que integra e o sistema de valores segundo os quais o sujeito vive, e tendo em consideração os seus próprios objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Enquanto que Vecchia, Ruiz, Bocchi, e Corrente (2005) preconizam que a qualidade de vida está relacionada com a autoestima e o bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspetos como, a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Spirduso (2005) acrescenta que a saúde e a capacidade física são componentes importantes de uma sensação de bem-estar. Larson (1978) completa a ideia prévia referindo que entre todos os

elementos da situação de vida de uma pessoa idosa, a saúde é a que mais está relacionada ao bem-estar subjetivo e, por consequência, a uma boa qualidade de vida.

É importante, antes de mais, efetuar uma breve distinção entre envelhecimento e velhice. Enquanto que o primeiro conceito consiste num processo sócio-vital que é multifacetado e decorre ao longo de todo o percurso da vida, o segundo remete para estado de “ser velho”. Esta condição resulta do processo de envelhecimento vivenciado dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008). A velhice não é estática. Trata-se de uma categoria, um movimento contínuo e dinâmico preenchido de subjetividades, sendo o resultado e o prolongamento de um processo, caracterizado primordialmente pela mudança (Costa, 2003).

O envelhecimento é um conjunto de processos que ocorre no organismo após a sua fase de desenvolvimento, levando a transformações de natureza biológica e psicológica, em função do tempo (Fontaine, 2000). Traduz-se numa realidade universal, comum a todos os seres vivos e de carácter multidimensional. Não há uma teoria explicativa deste fenómeno que seja consensual e universal, visto que se trata de um conceito complexo. Todavia, fatores fisiológicos, psicossociais e culturais poderão contribuir para compreender esta etapa da vida (Custódio, 2008; Fontaine, 2000).

Segundo Custódio (2008) a saúde mental do indivíduo, conduz, de certa forma, a um envelhecimento bem-sucedido, tornando o idoso capaz de controlar as tensões e as perdas associadas ao progredir da idade. O envelhecimento bem-sucedido consiste num equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o que lhe permite lidar com as inevitáveis perdas que esta etapa pode provocar em diferentes situações e com diversificados graus de eficácia (Costa, 2003). Neste contexto, a velhice bem-sucedida implica a reunião de três grandes condições: (1) reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia, pois a saúde é a primeira condição de uma velhice bem-sucedida; (2)

manutenção de um elevado nível funcional no plano cognitivo, nomeadamente a escolaridade e atividades como a leitura, palavras cruzadas, etc., o que favorecerá a manutenção da sua cognição, e no plano físico contribuindo também para uma otimização da velhice, dado que o exercício físico ajuda a melhorar a postura, o campo visual, a força e na energia, e consequentemente, permite prevenir a dor e aumentar a autoimagem e a autoconfiança (DGS, 2000); por último, (3) a conservação de empenho social e do bem-estar subjetivo.

A literatura demonstra que o isolamento é um fator de risco para a saúde, pois quando o idoso perde a sua autonomia, perde também, outras funções como o trabalho, aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos, o que poderá levar a um maior isolamento e cada vez mais a situação de dependência (Martins, 2006); os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde (Fontaine, 2000), pois contribuem para uma sensação de bem-estar subjetivo, com influência em diversos aspetos, tais como a socialização (Martins, 2006).

Aspetos como a vulnerabilidade do idoso e/ou a incapacidade de suporte familiar, conduzem, em grande parte, à institucionalização dos idosos pela família (Custódio, 2008).

Neste contexto, a rede de instituições de alojamento para idosos (e.g., lares, centros de dia) tem vindo a aumentar, também devido a alterações no quadro da política social e ao aumento da procura. Porém, os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos continuam a revelar-se insuficientes (Martins, 2006).

A institucionalização poderá reduzir os laços que o idoso tem com a sociedade, mas por outro lado, poderá promover o estabelecimento de novas relações afetivas. Assim sendo, é fundamental compreender as necessidades do idoso nas suas variadas vertentes e garantir o espaço, a autonomia e a privacidade para que, assim, o idoso possa vivenciar e exprimir-se, assegurando a sua dignidade e singularidade como pessoa (Custódio, 2008).

Para além das instituições, têm-se vindo a destacar outras respostas inovadoras no apoio ao idoso como o apoio domiciliário (i.e., prestação de serviços individualizados e personalizados a idosos que sejam incapazes de assegurar ou realizar as suas necessidades básicas diárias); acolhimento familiar (i.e., apoio de famílias adequadas que acolhem temporariamente idosos, quando a família de origem não reúne condições ou quando não têm família) e as colónias de férias e o turismo sénior (i.e., conjunto de atividades que quebram a rotina, proporcionando o equilíbrio físico, emocional e social) (Martins, 2006).

Uma vez justificada a relevância crescente do estudo no âmbito Envelhecimento Bem-sucedido e descritos os principais conceitos que lhe são subjacentes, o objetivo geral do presente estudo consiste em compreender a perspetiva do idoso acerca da sua própria velhice, mais concretamente perceber como estes percecionam a sua qualidade de vida, bem como os fatores que poderão promovê-la.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 30 idosos, sendo 18 sujeitos do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 68 e os 98 anos ($M = 82.5$, $DP = 7.65$).

Instrumento

Recorreu-se ao instrumento Índice de Qualidade de Vida do Idoso (IQVI) (Paschoal, 2004).

O instrumento não foi aplicado na sua totalidade. Devido aos objetivos propostos para este estudo foram aplicadas quinze questões (i.e., oito de carácter quantitativo e sete de carácter qualitativo) das dezoito questões incluídas no instrumento original.

Procedimentos de recolha dos dados

Os dados foram recolhidos por 3 investigadoras no mesmo dia, quer no período de manhã, quer no período da tarde, o que fez um total de 3 horas. Todas as questões foram lidas pelas investigadoras a casa idoso e as respostas registadas manual e individualmente, num exemplar do instrumento adaptado.

Os dados foram analisados com recurso ao *PASW Statistics 18*, onde se efetuaram médias e desvios-padrão, sendo posteriormente, calculadas percentagens médias relativamente às respostas obtidas.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A idade média que os participantes responderam que gostariam de ter atualmente é de aproximadamente 31 anos ($M = 30.9$, $DP = 21.4$).

À questão “até que idade gostariam de viver?” responderam até cerca dos 89 anos ($M = 88.05$, $DP = 9.69$).

Uma hipótese justificativa para a idade média que gostariam de ter atualmente (i.e., 31 anos) parece prende-se com o facto de nessa etapa da vida o ser humano possuir uma maior autonomia, uma maior independência e ser jovem, sendo esta última sinónima de vitalidade. Segundo Cardão (2009) esta etapa caracteriza-se frequentemente pelo nascimento dos filhos e pela valorização do significado da família, o que poderá levar o idoso a recordar com alguma tristeza e/ou saudade um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários. Aliás, como se pode constatar posteriormente, um dos maiores desejos manifestados, por parte dos idosos, é ter alegria e relações familiares positivas. Além disso, muitos idosos encaram-se como alguém que perdeu as capacidades de manter uma vida ativa, antes ele mesmo desempenhava o papel de autor do seu próprio mundo tendo plenas capacidades para tomar as decisões por si só (Cardão, 2009). Eis uma citação, de um dos idosos entrevistados, que

ilustra esta ideia: *“nessa altura eu não dependia de ninguém, conseguia fazer as coisas normais por mim mesmo”*.

Maioritariamente os participantes classificaram o seu estado de saúde atual como “bom” (i.e., 33%), 27% como “péssimo”, 23% como “comprometido” e 17% como “mau”. Nenhum optou por classificar o seu estado atual de saúde como “ótimo”.

Quando questionados acerca da comparação do seu estado de saúde atual com outros da mesma idade classificam maioritariamente (i.e., 42.3%) com “melhor”, seguidamente como “igual” (i.e., 34.6%) e 23.1% como “pior”. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Grossi e Souza (2003), que constataram que a maioria dos idosos (i.e., 50.8%) alegaram que o seu estado de saúde é bom, seguindo-se 39.1% referindo que é regular e 10.1% classificam-no como ruim. Ainda num estudo levado a cabo por outros autores, a perceção dos idosos acerca da própria saúde é considerada boa por 49.5% dos idosos, 39.8% classificam-na como razoável e apenas 11% como sendo ruim. Comparando o seu estado de saúde com outras pessoas da mesma idade, a grande maioria (73%) considera apresentar melhores condições (Anderson, Assis, Pacheco, Silva, Menezes, Duarte, Storino, & Motta, 1998).

Quando questionados acerca da comparação entre a qualidade de vida dos seus pais, quando tinham a mesma idade, e a qualidade de vida que sentem ter atualmente, a maioria pensa que era melhor na geração anterior (i.e., 28.6%), 25% respondeu que “não se aplica”, uma vez que os pais viveram menos anos de vida, 21.4% pensa o oposto, ou seja, que a qualidade de vida no “tempo dos pais” era “pior”, 14.3% pensa que era “muito pior”, 7.1% “igual” e, por último, 3.6% que era “muito melhor”.

Em 1995, o índice de longevidade situava-se em 39%, actualmente este detem uma percentagem de 47.7%, o que evidencia um crescimento, em larga escala, do número de pessoas que atingem a terceira idade (Instituto Nacional de Estatística, 2011b). Isto poderá dever-se ao

facto de os idosos possuírem uma melhor qualidade de vida (Marcelino, 2002), devido ao desenvolvimento da medicina, principalmente na prevenção de doenças, da melhoria nas infra-estruturas sanitárias e da queda na taxa de fecundidade (Freitas, 2004).

Ainda no que se refere à qualidade de vida, a maioria dos idosos inquiridos (i.e., 79%) opinam que as pessoas idosas podem ter uma boa qualidade de vida, contrapondo com 21% que defende o oposto.

A qualidade de vida atual dos sujeitos é, maioritariamente, classificada como “satisfatória” (i.e., 48%), sendo que os restantes participantes a classificaram como “péssima” e “boa” de igual modo (i.e., 21%), 10% como “má”, enquanto nenhum dos participantes seleciona a opção ótima.

Numa escala de 0 a 10, a qualidade de vida percecionada pelos participantes há 10 anos atrás foi, maioritariamente, de 8 valores (i.e., 23.5%). De acordo com a mesma escala, 5.9% dos sujeitos atribuíram o valor 0, 1 e 3 como qualidade de vida respetivamente ($DP = 2,93$).

No tocante à qualidade de vida percecionada pelos participantes atualmente, os mesmos sujeitos atribuem, em maior número, a nota 5 (i.e., 41.2%) e minoritariamente a nota 7 (i.e., 5.9%) ($DP = 2,84$).

Na opinião dos participantes uma boa qualidade de vida é, em larga maioria, sinónimo de “*ter saúde*”, conceito selecionado por 17 indivíduos (i.e., 56.67%). As restantes opiniões incidiam em afirmações como “*é viver bem*”, “*ter alimentos*” e “*ter amigos e familiares que os apoiem*” (i.e., 13.33% cada); “*não fazer nada*” (i.e., 10%); “*é ter alegria*” e “*ter o que é necessário para sobreviver*” (i.e., 6.67% cada); “*paz*”, “*respeito*”, “*independência*”, “*ser jovem*”, “*ter dinheiro*”, “*ter uma vida normal*”, “*ter casa*” e “*é passear*” (i.e., 3.33% cada).

Os fatores que os idosos consideraram como fundamentais para uma boa qualidade de vida na velhice, por ordem de importância, foram, em primeiro lugar a saúde, numa maioria

considerável (33%), em segundo as relações sociais com 9 (30%) respostas e o fator que a maioria respondeu em terceiro lugar foi a religião com 11 (36.67%) respostas.

A grande maioria dos idosos entrevistados considera que a sua qualidade de vida é “satisfatória” ou “boa”. De facto, velhice não necessita de ser um sinónimo de má qualidade de vida (Paschoal, 2002). Estes resultados corroboram os de investigação prévia em que a maioria dos participantes respondeu que a sua qualidade de vida era “razoável / boa” (Pereira, 2010). Araújo, Onofre, Pena, e Silva (2010) corroboram que a maioria dos idosos entrevistados (44,7%) consideram a sua qualidade de vida como “boa”.

Quanto ao significado de má qualidade de vida, os idosos tenderam a responder no sentido inverso à questão anterior, ou seja, uma má qualidade de vida é sinónimo de “*estar doente*”, tendo sido respondido por 15 idosos (i.e., 50%), “*não ter familiares e amigos*” (i.e., 10%), “*não têm orientações na vida*” (sendo que as orientações são perspetivadas como objetivos e/ou projetos), (i.e., 6.67%). Outras respostas cuja opção foi única consistiram em “*quando as pessoas não têm comida*”, “*não têm dinheiro nem uma casa para viver*”, quando “*são alcoólicos ou drogados*” (i.e., 3.33%).

Se os participantes pudessem acrescentar algo às suas vidas, a maioria, (i.e., 33.33%) desejaria saúde, cerca de 5 (i.e., 16.67%) participantes afirmaram que não acrescentariam nada e 4 indivíduos responderam que queriam os familiares próximos deles e uma casa para viver. Inversamente, as respostas fornecidas relativamente ao que eliminariam das suas vidas para as melhorar, cerca de 14 (i.e., 46.67%) idosos afirmaram “*as dores que sentem*”, 6 (i.e., 20%) responderam “*nada*” e 2 (i.e., 6.67%) responderam “*tiraria a vida*”.

Não obstante, a qualidade de vida pode ser uma realidade experienciada na velhice, como já havia sido referido anteriormente, a longevidade pode tornar-se, para muitos idosos, num problema que dá lugar a inúmeras consequências nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Estas consequências poderão ser doenças, declínio

funcional, aumento da dependência perdendo, na maioria das vezes, a sua autonomia, isolamento social e depressão. Com isto não se quer dizer que todo aquele que envelhece passa por estes problemas. Se os indivíduos envelhecerem, mas continuarem ativos na sociedade, mantendo as suas capacidades tanto psíquicas como físicas, possuindo objetivos e metas, independentemente da idade em que se encontram, preenchem-se a si mesmo como pessoas e dão um pouco mais de significado à vida (Paschoal, 1996).

Segundo o Paschoal (2002), o envelhecimento é perspetivado como uma época de perdas, incapacidades, decrepitude, impotência, dependência, mas também, pela situação objetiva de aposentadoria insuficiente, analfabetismo, oportunidades negadas, desqualificação tecnológica e exclusão social. Contudo, salienta-se que mesmo em condições adversas, a maioria dos idosos se sente feliz com a sua vida.

Em relação aos maiores medos, 7 (i.e., 23.33%) dos participantes responderam que tinham “*medo de não ter saúde*”, 6 (20%) tinham “*medo de morrer*” e 4 (13.33%) de “*ficar acamado*”, ou seja, dependentes de terceiros para a realização das suas necessidades básicas. Outras respostas fornecidas acerca dos seus medos foram “*medo de não ter dinheiro*”, “*medo de sofrer*”, existindo 4 (13.33%) participantes que asseguraram não ter quaisquer medos.

A morte é considerada um medo universal e comum a todas as populações, independente de idade, sexo, nível socioeconómico ou religião, sendo este um aspeto que está relacionado com o desconhecido. As alterações constantes relativamente ao significado da morte são inevitáveis no decorrer do ciclo vital, devido às experiências de vida e a outras perdas que vão acontecendo (Walsh & McGoldrick, 1998).

As causas dos diversos medos poderão prender-se, entre outros fatores possíveis, com a sensação de desvalorização, a impotência, a falta de apoio do exterior (e.g., familiares e amigos), a inexistência de objetivos/projetos e com as condições físicas (sensação de dor ou mal-estar). Esta conjuntura pode justificar a falta de motivação para continuar a viver ou de

viver uma vida mais longa. Neste sentido, é comum que o idoso, no decurso do processo de envelhecimento, experiencie a sensação de vazio, abandono e desinteresse, juntamente com outros fatores de vulnerabilidade e, conseqüentemente, surja o desejo de morrer (Cardão, 2009). De qualquer forma, é de salientar que diferentes tipos de medo poderão ser experienciados em função da história de vida e do contexto sócio-cultural em que o idoso estiver inserido, mais do que, provavelmente, como resultado do próprio processo de envelhecimento (Delinski, Franzoni, Mestre, & Moser, 2001).

Por fim, a última questão remete para os três desejos da “lâmpada mágica do Aladim” e se fosse possível, 14 (46.67%) dos idosos pediriam em primeiro lugar “saúde”, em segundo lugar “alegria e boas relações familiares”, com 3 (10%) respostas cada, e para finalizar, o terceiro desejo seria “ter paz”, com 2 (6.67%) respostas.

Ao longo das diversas respostas fornecidas pelos participantes às questões do questionário salienta-se a preocupação e necessidade de saúde e de autonomia, que parecem as dimensões mais valorizadas. O mesmo se verifica em estudos de outros autores, onde a dimensão saúde, também é destacada, informando que variáveis que se relacionam com a saúde têm influência na qualidade de vida dos idosos, sendo que a ausência de saúde e a presença de doenças, assim como outras condições incapacitantes, também exercem o seu contributo na qualidade de vida desta faixa etária (Ribeiro, 2011).

De uma forma geral, o incremento significativo da percentagem de proporção de idosos na população na atualidade, e o aumento gigantesco que se estima para as próximas décadas (Instituto Nacional de Estatística, 2011b) leva à necessidade de levar a sociedade a reconsiderar e a repensar o papel, estatuto, importância e os recursos para a terceira idade. Assim, torna-se fundamental a sensibilização das novas gerações para a importância social desta faixa etária.

No que se refere às limitações do presente estudo, salienta-se sobretudo o caráter exploratório descritivo das análises efetuadas e as dificuldades sentidas na recolha de dados devido a alguma dificuldade na comunicação com alguns idosos pelos seus défices auditivos, que dificultavam a compreensão do questionário, e o grau de atenção de alguns idosos em alguns momentos devido ao elevado interesse que manifestavam pela transmissão televisiva do casamento real inglês.

Em relação às mais valias do estudo, destaca-se essencialmente o interesse crescente da temática devido às tendências marcantes das características demográficas nacionais. Adicionalmente, a escuta ativa, direta e empática das ideias dos idosos no que se refere à qualidade de vida e ao processo de envelhecimento bem-sucedido, e dos aspetos que lhe são subjacentes, são fundamentais para que seja possível delinear e incrementar um conjunto amplo e articulado de estratégias sociais promotoras de um envelhecimento verdadeiramente “Feliz e Saudável”.

Propõe-se para estudos futuros, a comparação do bem-estar e qualidade de vida, de idosos institucionalizados e idosos que residam em casa própria ou com familiares, de modo a perceber se existirão diferenças nestes dois grupos e, caso existam, identificar essas diferenças; investigação-ação nesta temática também se revela de todo o interesse, de forma a evidenciar que tipo de intervenções, de caráter mais preventivo e/ou remediativo, melhor resultam na promoção da qualidade de vida e do envelhecimento bem-sucedido dos idosos.

É importante alterar crenças sociais acerca da 3ª idade e do seu contributo social, e é imprescindível otimizar o nível da compreensão e adequação dos comportamentos familiares e de outras pessoas significativas na vida dos idosos.

Referências

- Anderson, M., Assis, M., Pacheco, L., Silva, E., Menezes, I., Duarte, T., Storino F., & Motta, L. (1998). Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre envelhecimento*, 1, 1 – 44.
- Araújo, C., Onofre, A., Silva, E., & Pena, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Caderno Temático Kairós Gerontologia*, 8, 35-44.
- Cardão, S. (2009). *O idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Costa, G. (2003). *Tríplice visão do envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice*. Uberlândia: UFU.
- Custódio, C. (2008). *Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Delinski, G., Franzoni, F., Mestre, M., & Moser, A. (2001). Tipos de medo encontrados em adultos e idosos da cidade de Curitiba. *Porto alegre*, 3, 89-102.
- DGS (2000). *Autocuidado na saúde e na doença. Guias para as pessoas idosas, nº1: conservar-se em forma na idade avançada*. 3ª Ed. Lisboa, Europress.
- Diário Digital (2008). *INE: número de idosos aumentará um milhão até 2005*. Acedido a 14 de Maio de 2012 de www.app.com.pt/ine-numero-de-idosos-aumentara-um-milhao-ate-2050.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Freitas, E. (2004). *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 19-38.
- Grossi, P., & Souza, M. (2003). Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 1-14.
- Instituto Nacional de Estatística (2011a). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2011b). *Anuário Estatístico de Portugal 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J. Gerontol*, 33, 109-255.
- Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface. Comunic., Saúde, Educ.*, 12, 795-807.
- Marcelino, N. (2002). *Estudos de Lazer: uma introdução*. Campinas: Autores Associados.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista Millenium*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Paschoal, S. (1996). *Autonomia e Independência*. São Paulo: Atheneu.
- Paschoal, S. (2002). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo: Faculdade de Medicina.
- Paschoal, S. (2004). *Qualidade de vida do idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. São Paulo. Tese de doutoramento.
- Pereira, A. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia da Universidade Sénior Contemporânea*, 2, 27-34
- Ribeiro, K. (2011). Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Acedido a 20 de Maio de 2012 de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20122011-114524/pt-br.php>.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20, 2, 580-588.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do Envelhecimento*. Barueri, SP: Manole.

- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8 (3), 246-52.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: ArtMed.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health* 23, 24-56.