

RENATA JABOUR SARAIVA

AS INTERFACES DA

# Sexualidade do Idoso

NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE



Editora Appris Ltda.  
1ª Edição - Copyright© 2017 do autor  
Direitos de Edição Reservados à Editora Appris Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.  
Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores.  
Foi feito o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nºs 10.994, de 14/12/2004 e 12.192, de 14/01/2010.

Catálogo na Fonte  
Elaborado por: Josefina A. S. Guedes  
Bibliotecária CRB 9/870

---

S243 Saraiva, Renata Jabour  
2017 As interfaces da sexualidade do idoso na visão dos profissionais de saúde /  
Renata Jabour Saraiva. - 1. ed.- Curitiba: Appris, 2017.  
163 p. ; 21 cm (Multidisciplinaridade em Saúde e Humanidades)

Inclui bibliografias  
ISBN 978-85-473-0645-8

1. Idosos – Comportamento sexual. 2. Idosos – Saúde e higiene.  
3. Idosos – Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. I. Título. II. Série.

CDD 23. ed. – 613.95

---

Editora e Livraria Appris Ltda  
Av. Manoel Ribas, 2265 – Mercês  
Curitiba/PR – CEP 80810-002  
Tel. (41) 3156 - 4731  
<http://www.editoraapris.com.br/>

*Appris*  
Editora

Printed in Brazil  
Impresso no Brasil

## CAPÍTULO 2

### ESTUDO DAS RELAÇÕES E QUALIDADE DE VIDA

*Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques  
Renata Jabour Saraiva*

#### 2.1 Qualidade de vida: os conceitos

O tema da qualidade de vida é, na atualidade, discutido a diversos níveis e tem despertado interesse não apenas na literatura científica, mas também nos meios de comunicação social, na política, tornando-se objeto de estudo em várias disciplinas, como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a sociologia, a ecologia, entre outras.

É para todos nós, uma evidência que os idosos formam um núcleo da população relevante, tornando-se uma exigência da vida atual, ser estudado, e mais concretamente, o estudo da sua qualidade de vida, com o objetivo de "*dar mais vida aos anos*", e não apenas "*mais anos à vida*".

No sentido de compreender melhor o contexto que envolve essa temática, torna-se necessário fazer uma abordagem geral ao conceito, em contextos de saúde, bem como uma análise de algumas variáveis intervenientes na qualidade de vida do idoso.

O conceito de qualidade de vida tornou-se um dos mais utilizados nas últimas décadas, quer a nível da organização do planeamento social, quer pelos profissionais das ciências ambientais, sociais e da saúde, pois um dos objetivos priori-

tários, aos vários níveis, é incrementar a qualidade de vida do cidadão, mencionando-a nos seus diferentes contextos, o que se refletiu num aumento exponencial de pesquisas nos diferentes âmbitos científicos.

Muitos trabalhos têm sido feitos sobre qualidade de vida, convertendo-se, crescentemente esse conceito, numa área de especial interesse para a investigação e aplicação nos campos da educação e educação especial, saúde, saúde da família e serviços sociais. Existem mais de 100 definições de qualidade de vida e para analisar a importância do conceito torna-se necessário entender o seu significado semântico e a sua utilização em todo o mundo.

Assim, e desde uma perspectiva semântica, o termo "qualidade" faz referência a certos atributos ou características de um determinado objeto (a vida), por sua vez, a "vida" supõe uma ampla categoria que incluiu os seres vivos.

A vida pode ser analisada desde diferentes perspectivas, o que torna a qualidade de vida necessariamente multidisciplinar, utilizando-se distintas medidas/indicadores, consoante a disciplina ou área a ser estudada (SCHALOCK; VERDUGO, 2003).

Os autores referem que o conceito de qualidade de vida é utilizado a nível mundial como uma noção sensibilizadora que nos oferece referência e guia desde a perspectiva individual, centrada nas dimensões nucleares de uma vida de qualidade; um conceito social que proporciona um modelo para avaliar as dimensões principais da qualidade de vida; um tema unificador que proporciona uma estrutura sistemática para aplicar políticas e práticas orientadas para a qualidade de vida.

Seidl e Zannon (2004 apud BOWLING, 1995; ROGERSON, 1995) referem que o conceito qualidade de vida é utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana, por indivíduos da população em geral (jornalistas, políticos, profissionais de diversas

áreas e gestores ligados às políticas públicas) e em contexto de pesquisa científica, em diversos campos do saber, como a economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialistas da saúde.

Martins et al. (2007) referem que cada uma das disciplinas parte de diferentes perspectivas e agrega diferentes significados associados ao conceito de qualidade de vida, o que contribui para a falta de um consenso, entre os pesquisadores, sobre a sua operacionalização. Também Farquhar (1995), citado por Paskulin (2006), afirma que, é exatamente o seu uso multidisciplinar, que constitui um dos principais fatores que determinam a falta de consenso para definir a qualidade de vida.

Contudo, e apesar das diferentes abordagens, existe uma preocupação fundamental com os aspetos que contribuem para o bem-estar do homem, para um bom nível de saúde e de desenvolvimento humano (MARTINS et al., 2007).

Englobando mais do que um adequado bem-estar físico, integra também percepções de bem-estar, um nível básico de satisfação e um sentido geral de autoestima. Trata-se de um conceito abstrato e complexo que engloba diversas áreas, que contribuem para a inteira satisfação pessoal e autoestima (PINTO; RIBEIRO, 2006).

Já Badía e Lara (2004) indicam-nos que, para Shalock (1996), a qualidade de vida é um conceito que reflete as condições de vida desejadas por uma pessoa relativamente à sua vida em casa e na comunidade, no trabalho (ou na escola, no caso das crianças), e as condições de saúde e bem-estar, verificando-se, assim, que a qualidade de vida é um fenómeno subjetivo baseado na percepção que uma pessoa tem de vários aspetos das experiências da sua vida.

Alguns estudiosos enfatizam, então, que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das

tendências iniciais do uso do conceito, altura em que a qualidade de vida era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde, emergindo assim, a preocupação em desenvolver métodos de avaliação e de instrumentos que considerem a perspectiva da população ou dos indivíduos, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde Seidl e Zannon (2004) apud LEPLÉGE; RUDE, 1995; SLEVIN et al., 1988). Os mesmos autores apontam ainda outro aspeto relevante no conceito de qualidade de vida, além da subjetividade, a multidimensionalidade que se refere ao reconhecimento de que o conceito é composto por diferentes dimensões, cuja identificação tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas.

Outros autores, Bullinger, Anderson e Cella (1993), partilham da mesma opinião ao postularem alguns critérios para a definição de qualidade de vida, nomeadamente: o conceito de qualidade de vida é subjetivo, ou seja, parte da percepção do indivíduo; é multidimensional, ou seja, avalia diversas áreas da vida do sujeito. Constituem domínios universais para a qualidade de vida o domínio físico, psicológico, social e espiritual; o conceito de qualidade de vida deve incluir as percepções individuais para dimensões positivas (por exemplo: grau de satisfação, capacidade de mobilidade) e negativas (por exemplo: dependência de medicação, dor e fadiga).

O fato de se terem desenvolvido esses elementos/critérios conduziu à definição de qualidade de vida, pelo grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL, 1994), o qual propõe um conceito subjetivo e multidimensional que inclui elementos positivos e negativos: *uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e se relacionam com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações*. É um conceito amplo, que inclui de forma complexa a

saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (WHO, 2001).

Não obstante, o interesse pela qualidade de vida existiu desde sempre, aparecendo o termo como tal só na década de 60. Segundo Badía e Lara (2004), inicialmente, o conceito era, basicamente, utilizado nas ciências sociais, o que se deve a preocupação pelo meio ambiente e as consequências da industrialização na sociedade.

Fruto da necessidade de medir essa realidade, os autores começam a desenvolver indicadores sociais estatísticos que permitem medir dados vinculados ao bem-estar da população. Nos anos 80 a expressão começa a desvincular-se de meros dados estatísticos, definindo-se como um conceito integrador que compreende todas as áreas da vida, fazendo referência, quer a condições objetivas, quer a condições subjetivas.

O estudo da qualidade de vida, nos últimos anos, ampliou-se a diversas áreas, como a educação, a agricultura, o meio ambiente ou a saúde, despertando especial interesse no âmbito da saúde e serviços sociais, salientando-se a sua importância no mundo atual, pela existência de diversos centros de investigação criados nos últimos anos.

O século XXI apresenta-se como aquele em que o conceito de qualidade de vida, condicionará as diferentes ações não apenas individuais, mas também as políticas e serviços humanos, em geral (BADÍA; LARA, 2004).

De acordo com as autoras referidas, a qualidade de vida não é determinada apenas pela saúde, ou pela situação económica, mas pelo resultado de uma série de fatores inter-relacionados, que afetam a qualidade de vida do indivíduo.

O modelo de Shalock enfatiza a qualidade de vida percebida por uma pessoa, que se relaciona de forma significativa com fatores que integram três domínios ou dimensões principais: a vida em casa e na comunidade, a escola e o trabalho e a saúde e o bem-estar.

Badia e Lara (2004) apud BANDURA, 1989) sublinham que, recentemente, diversos autores definiram 12 fatores/indicadores básicos para avaliar a qualidade de vida da população: educação, emprego, energia, meio ambiente, saúde, direitos humanos, rendimentos, infraestrutura, segurança nacional, segurança dos cidadãos, tempo livre e habitação.

É importante ter em conta que, ainda que esses fatores possam parecer comuns a todas as sociedades, existe uma grande variabilidade entre culturas. A própria evolução histórica das sociedades humanas, faz com que os valores culturais sejam variáveis, diversos e diferentes de uma sociedade para a outra.

Assim, verifica-se que, ao longo do tempo e em diferentes partes do mundo as pessoas valorizaram diferentes fatores como determinantes da qualidade de vida. Inclusive, na atualidade, diferentes grupos de população valorizam de forma diferente os fatores que influenciam a sua vida, dependendo em cada caso da sua situação particular e dos valores e conotações culturais.

Tamer e Petriz (2007) apud SAN MARTÍN; PASTOR, 1990) referem que:

Um conceito adequado, devido ao seu sentido totalizador, é aquele que entende que: a qualidade de vida de um indivíduo poderá ser concebida como a relação global que ele estabelece entre os estímulos positivos (favoráveis, agradáveis, etc.) e os estímulos negativos (adversos, desagradáveis, etc.) no decurso da sua vida social (p. 197).

Verifica-se que, para além do objetivo e do concreto que nos rodeia, é possível incluir também na qualidade de vida, a

reação subjetiva que produz e o valor que lhe concedemos, o que segundo Tamer e Petriz (2007) implica em:

Pensar o conceito de qualidade de vida não como algo adquirido, rígido, mas antes como um possível "estado" de maneira dinâmica, como um processo socioeconómico, cultural e sociopsicológico de produção de "valores", positivos e negativos, referentes à vida social de distribuição social desses valores, da percepção social desses valores pela população". Tal concepção dá-nos a responsabilidade pessoal e social para produzir um ambiente humano personalizante, motivador de bens e valores comunicáveis (p. 197).

Embora não seja possível precisar exatamente o que significa, conclui-se que o conceito de qualidade de vida é um dos mais discutidos nos últimos tempos, o que sofre a influência da cultura e do tempo que se vive. Apesar de poder ser interpretado de diferentes formas, pode afirmar-se que há consenso relativamente ao seu carácter histórico e dinâmico, a sua multidimensionalidade e a sua natureza subjetiva.

Como sintetiza Buarque (1993, p. 157), "talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que a qualidade de vida. Talvez nenhum seja mais moderno do que a busca da qualidade de vida", verificando-se uma crescente mudança do enfoque no que se relaciona com os constituintes da qualidade de vida. Mais recentemente, tem-se valorizado aspetos como a satisfação, o bem-estar, os relacionamentos, a realização pessoal, o ócio, o acesso a eventos culturais, a felicidade, o voluntariado, a solidariedade, entre outros.

## 2.2 Qualidade de vida em contextos de saúde

O grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), como já referimos, definiu qualidade de vida tendo em conta a percepção do indivíduo da sua posição na vida. O conceito adotado pela OMS enfatiza a importância do aspeto subjetivo da qualidade de vida, relacionando também os aspetos individuais com os diferentes contextos (cultural, social e ambiental) em que as pessoas estão inseridas.

Ferreira (1998) considera a qualidade de vida como a percepção única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores inter-relacionados, tal como a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais e habitacionais, a educação, o emprego, entre outros.

A avaliação da qualidade de vida, em contextos de saúde, advém da importância crescente que hoje é reconhecida de que um dos principais objetivos dos cuidados de saúde é melhorar a qualidade de vida dos doentes Pinto e Ribeiro (2006) apud PATRICK; ERICKSON, 1993). Assim, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é considerada como um subconjunto dos aspetos da qualidade de vida concernentes, na existência individual, com o domínio da saúde.

O conceito de QVRS tem significado mais concreto, que se restringe a experiências e expectativas associadas com o estado de saúde e a assistência social e sanitária (BADÍA; LARA, 2004).

Os mesmos autores referem que uma das primeiras definições de QVRS foi à de Calman (1984), que a considera como a diferença em um período de tempo específico entre a esperança e expectativas do indivíduo e as experiências reais.

Acrescentam ainda que, posteriormente, Schumaker (1995) refira que a QVRS preocupa-se com os aspetos relacionados com

a percepção da saúde experimentada e declarada pelo paciente, particularmente nas dimensões física, mental, social e a percepção geral da saúde.

Guiteras e Bayés (1993) consideram-na como a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de diferentes aspetos da sua vida, relativamente ao seu estado de saúde. Seidl e Zannon (2004) apud Cleary, 1995) indicam que a QVRS refere-se aos vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.

Badía e Lara (2004) apud SCHIPPER et al., 1996) definem a QVRS como o efeito funcional de uma doença e do seu consequente tratamento, sobre um doente, tal como é percebido pelo próprio. Nesse sentido, Paskulin (2006) apud WARE, 2003) refere que o conceito é frequentemente utilizado para avaliar o impacto de uma determinada doença ou situação de saúde sobre a vida do indivíduo, o que foi evidenciado em algumas definições apresentadas.

Seidl e Zannon (2004) são de opinião que o interesse pelo conceito de qualidade de vida, na área da saúde, é relativamente recente, decorrendo, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas desse setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos.

Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados com os aspetos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. De acordo com essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto a nível das práticas assistenciais como das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças, corroborando, assim, a importância que já atribuiu Ferreira (1998) à avaliação da qualidade de vida em contextos de saúde.

A mudança do perfil de morbidade e mortalidade, uma tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas.

Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas doenças têm levado ao aumento da sobrevivência e da longevidade das pessoas portadoras.

Paúl e Fonseca (2001) referem que a introdução do conceito de qualidade de vida, em contextos de saúde, deve-se ao fato da mudança de modelo de abordagem das questões de saúde, passando-se de uma ênfase biomédica para uma ênfase holística, uma visão biopsicossocial dos indivíduos, deixando as intervenções médicas de ser avaliadas única e exclusivamente do ponto de vista dos resultados, em termos de mortalidade e morbidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que se refere às doenças crônicas.

Diversas informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos, para grupos de portadores de diversas doenças, sendo também utilizadas na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde Seidl e Zannon (2004 apud KAPLAN, 1995).

A avaliação da QVRS proporciona uma melhor identificação de problemas de saúde, físicos, mentais ou sociais não identificados na habitual avaliação clínica, promovendo assim, um melhor acompanhamento e controle dos indivíduos.

Avaliando a QVRS, obtém-se uma avaliação mais compreensiva, integral e válida do estado de saúde do indivíduo ou grupo de indivíduos. Essa avaliação engloba a função física, mental, social, econômica, espiritual e a percepção geral de saúde.

A sexualidade assume um aspecto relevante na QVRS, o que nem sempre está presente na avaliação efetuada pelos profis-

sionais de saúde, o que deve ser urgentemente alterado nas suas práticas, tendo em conta, a influência que a sexualidade tem na qualidade de vida.

Por outro lado, Pereira et al. (2006 apud LEBRÃO, 2003) considera que a avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condições econômicas e presença de incapacidades.

Santos (2002) et al. referem que, quando a QVRS é investigada, na sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspetos a ter em conta relativamente às potencialidades e peculiaridades de saúde e de vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença.

Os indivíduos que assumem uma melhor saúde são mais otimistas, e os que apresentam mais problemas nessa área, e maiores limitações nas atividades, expressam um pior estado de saúde autopercebido, menor qualidade de vida e menor otimismo (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 2007; FERNANDEZ-BALLESTEROS, 2009).

Verifica-se, assim, que a saúde é um dos aspetos amplamente enfatizados quando se aborda a qualidade de vida, particularmente para os idosos. De seguida abordaremos alguns aspetos específicos da qualidade de vida nesse grupo etário.

### 2.3 Qualidade de vida e envelhecimento: estudo de algumas variáveis intervenientes no processo

À medida que avança a idade, é habitual, as pessoas idosas apresentarem uma saúde mais frágil, com doenças e perdas de diversos tipos, associadas ao envelhecimento, o que não os impede de atingir níveis aceitáveis de bem-estar físico, psicológico e social (SCHALLOCK; VERDUGO, 2003).



Ao atingir essa etapa da vida, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos, ou seja, as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento, podem levar à diminuição da qualidade de vida dos idosos, surgindo então, a preocupação em transformar a longevidade do ser humano, cada vez mais aumentada, em uma etapa significativa da vida (PASCHOAL, 2001).

Rocha (2002) et al. referem também que os idosos estão sujeitos a condições próprias do processo de envelhecimento, que resultam numa diminuição da sua qualidade de vida, nomeadamente: limitações físicas que levam a um aumento de dependência na satisfação das necessidades fundamentais; reformas muito baixas, insuficientes para as necessidades alimentares, de saúde, de lazer etc., cessação da atividade profissional que conduz a uma perda dos papéis sociais, assim como uma diminuição da autoestima; a solidão a que estão sujeitos, quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela própria sociedade que os afasta; o afastamento do seu meio habitacional, quando é internado em um lar.

O estudo da qualidade de vida nesse grupo etário é recente, no entanto, face ao aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento populacional, a manutenção da qualidade de vida na velhice adquiriu um significado especial.

Segundo Montorio e Fernández de Troconiz (1997), diversos profissionais que trabalham no âmbito do envelhecimento propõem-se como objetivo melhorar a qualidade de vida nessa idade. Tendo-se conseguido o aumento da esperança de vida, o que, à partida, constitui um fato positivo, torna-se evidente a necessidade de melhorar as condições de vida, o bem-estar no seu mais amplo sentido, tendo em conta parâmetros objetivos e subjetivos Montorio e Fernández de Troconiz (1997) apud MONTORIO; IZAL, 1992).

Tendo em conta as implicações económicas, sociais, políticas, sanitárias, a abordagem da qualidade de vida na pessoa idosa não tem sido pacífica. É uma grande conquista o acentuado aumento da esperança média de vida que se tem vindo a verificar nas últimas décadas, o que nem sempre corresponde a uma melhor qualidade de vida, pois o aumento de anos à vida, e o conseqüente envelhecimento, acaba por expor a pessoa a uma maior incapacidade, aos diversos níveis.

De fato, o que se pretende é evitar que esse aumento de longevidade não seja conseguido à custa da diminuição da qualidade de vida Cuesta (2007, p. 139) indica que a dependência é fruto de um processo, ou seja, normalmente as pessoas chegam a uma situação de dependência de uma forma paulatina. "Esta es la idea clave de esta reflexión, ya que aceptando esta hipótesis se admite que se puede actuar para prevenir situaciones de dependencia y/o mantener las condiciones para que no se produzca un empeoramiento".

Para que o idoso alcance uma maior qualidade de vida, devemos, na opinião de Amaro (2014, p. 170), começar por desfruir alguns mitos, como "a ideia de que o envelhecimento é sinónimo de doenças e incapacidades ou que as pessoas idosas têm menos motivação para viver e são mais infelizes".

Os estudos sobre qualidade de vida e envelhecimento propõem-se, atualmente, a aprofundar fatores objetivos e subjetivos que conduzem a pessoa à satisfação, ao bem-estar físico, psíquico, social, espiritual, ao sentimento de realização, à felicidade, visando "dar vida aos anos mais do que anos à vida", tendo sempre em conta o contexto social e cultural, as experiências de vida e as características pessoais de cada idoso.

Deve considerar-se o fenómeno do envelhecimento ao longo de todo o ciclo vital, uma vez que ele é global e está presente em todas as sociedades Montorio e Fernández de Troconiz (1997) apud

LERNER, 1984) referem que existem muitas oportunidades para a otimização contínua do desenvolvimento humano ao longo da vida, incluindo a velhice. De acordo com Neri (2000), a qualidade de vida no idoso não depende apenas de condições macroestruturais objetivas, como os rendimentos, a educação, mas depende também de valores e atitudes que indicam o significado para a sociedade dessa fase do ciclo vital.

A mesma autora refere que a literatura aponta vários indicadores para avaliar a qualidade de vida do idoso, nomeadamente: longevidade, saúde, capacidade cognitiva, satisfação, atividade, produtividade, questões socioeconômicas, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, assim como a manutenção da rede de amizade.

Até ao momento não foi estabelecido o grau de importância de cada um desses determinantes, assim como a sua interação, no entanto essas diferentes variáveis relacionadas com a qualidade de vida no idoso, podem ter impactos diferentes no bem-estar subjetivo. A compreensão da qualidade de vida configura-se como uma experiência fenomenológica, multidimensional, que vai além da problemática da saúde.

Um estudo realizado no Reino Unido sobre qualidade de vida, evidência que os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são: ter boas relações com a família e os amigos, desempenhar papéis sociais, como voluntariado e *hobbies*, ter boa saúde e funcionalidade, viver numa boa casa situada numa zona simpática e de boa vizinhança, ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência, o que mostra a natureza multidimensional da qualidade de vida do idoso.

Schalock e Verdugo (2003) também consideram que a qualidade de vida depende de diversos fatores ambientais e pessoais que influenciam o comportamento dos indivíduos. Relativamente aos idosos, ela é analisada utilizando alguns indi-

cadores, incluindo a saúde, capacidades funcionais (capacidade para se autocuidar), situação financeira (ter uma pensão ou rendimentos), relações sociais (família e amigos), atividade física, serviços de saúde e sociais, comodidades na própria casa (e na envolvente próxima), satisfação com a vida e oportunidades de aprendizagem e culturais.

Para avaliar o bem-estar subjetivo, habitualmente utilizam-se as variáveis sociodemográficas e da personalidade, sendo que idade, gênero, estado civil e lugar de residência parecem ser um importante determinante). Pereira et al. (2006) apud SPRANGERS et al., (2000), à semelhança de outros autores, mostram a influência de variáveis sociodemográficas na qualidade de vida, nomeadamente: idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados com baixos níveis de qualidade de vida. Não obstante, algumas investigações mostram que, nem sempre a idade avançada está associada a níveis mais baixos de bem-estar e qualidade de vida.

A **autonomia e independência** da pessoa em diferentes contextos é um aspeto que tem sido destacado nas investigações, tendo a deterioração das capacidades funcionais um impacto bastante negativo nos aspetos da vida. Esta perda de independência acaba por determinar a maior necessidade de apoio e, consequentemente, em muitos casos, o afastamento do meio familiar e da comunidade em que está inserido o idoso.

O **apoio social percebido** é considerado uma das variáveis determinantes para a qualidade de vida do idoso. O idoso ao tornar-se menos autônomo, requer ajuda de outras pessoas para continuar a viver sem problemas na sua própria casa. Assim, a falta de apoio familiar ou conjugal diminui a motivação para o idoso se autocuidar e prejudica a sua saúde.

Quando o apoio social natural não existe, o idoso necessita de apoio específico a fim de evitar a institucionalização, podendo

afirmar-se que, quanto maior é o apoio social, menor é a probabilidade de adoecer, pelo que, interessa por em prática programas de intervenção dirigidos tanto a famílias, como a grupos de autoajuda, vizinhos e voluntariado Schalock e Verdugo (2003) apud FERNÁNDEZ-BALLESTEROS; ZAMARRÓN; MACIÁ, 1996).

Por outro lado, a evidência indica que a qualidade do apoio recebido, subjetivamente avaliado pelo indivíduo, é o indicador mais claro relacionado com a satisfação vital, o bem-estar e a qualidade de vida, comparativamente com a quantidade de apoio recebido Dengra (2008) apud WARD et al., 1984; ANTONUCCI; JACKSON, 1990; DENGRA, 2002).

Os idosos com maior apoio social funcional percebido tendem a apresentar melhor qualidade de vida, apresentando, também, uma menor degradação da sua saúde (MARQUES, SÉRDIO; PALACIOS, 2014).

Araújo e Melo (2011) salientam que, na atualidade, o tema das interações entre as pessoas à medida que envelhecem e as consequências das relações sociais tem despertado bastante interesse, reforçando-se a importância que as redes de apoio podem vir a ter na superação de acontecimentos potencialmente estressantes nessa faixa etária. Um fator de realce para o bem-estar das pessoas idosas tem sido a participação na sociedade, o qual é um dos três pilares do modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS. É assim importante, reforçar os laços sociais, a integração na família, a aproximação à comunidade, a participação em associações e organizações locais, redes de vizinhança, contrariando a ideia de abandono, solidão, isolamento muitas vezes associados ao envelhecimento.

Os **recursos financeiros** acabam por exercer um efeito compensatório sobre as perdas do envelhecimento (MARTINS, et al., 2007). Se o idoso tiver recursos financeiros adequados, estes ajudam-no no acesso à saúde e ao lazer, assim como na sensação

de autoeficácia, dando ao idoso a capacidade de compensar perdas inevitáveis da velhice. O estudo efetuado por Trentini (2004), utilizando o *WHOQOL-100*, vem corroborar essa ideia ao mostrar uma associação entre pior qualidade de vida e idosos percententes aos níveis sociais mais baixos nos domínios de relações sociais e meio ambiente.

Outros estudos, como por exemplo, o que foi desenvolvido por Marques (2012), revela que os idosos com mais rendimentos, evidenciam melhor qualidade de vida, mostrando assim, que a situação econômica é um fator relacionado com o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa.

As **experiências de lazer** têm-se revelado também como um fator de qualidade de vida e um recurso de primeira magnitude para estimular o desenvolvimento ao longo da vida, assumindo uma função terapêutica em determinadas situações.

Qualquer atividade, seja de que tipo for, pode ser experienciada como lazer pela pessoa, se for escolhida livremente e se a pessoa se sentir movida face a essa atividade, predominantemente pela satisfação que a atividade lhe reporta, e não tanto pelas recomendações que ela pode trazer (MARTÍNEZ; GÓMEZ, 2005).

O lazer traz inúmeros benefícios ao melhorar determinadas situações e ao proporcionar ganhos a nível pessoal, do grupo ou da sociedade (DRIVER; BROWN; PETERSON, 1991) apud MARTÍNEZ; GÓMEZ, 2005), assumindo especial relevância nos idosos, já que eles têm muito mais tempo livre (VEJA; BUENO, 1995) apud MARTÍNEZ; GÓMEZ, 2005).

Kelly e Steinkamp (1986) apud MARTÍNEZ; GÓMEZ, 2005) referem que as motivações dos idosos para o lazer, que ajudam a pessoa a enfrentar as mudanças que se produzem nessa fase da vida, são: a interação social, a autoexpressão, a percepção de competência, a ocupação do tempo e evitar o aborrecimento.

O lazer é assim referenciado, na literatura, como um recurso que traz muitos benefícios ao idoso, como por exemplo: maior capacidade de alerta a nível intelectual; aumento do bem-estar psicológico e menores índices de depressão; função protetora face à demência; gera uma reserva cognitiva na pessoa, entre outros Kelly e Steinkamp (2005) apud DRIVER; BRUNS, 1999), ordenam os benefícios do lazer em função de quatro categorias, nomeadamente: benefícios pessoais, benefícios sociais e culturais, benefícios econômicos e benefícios a nível do meio ambiente.

Salientamos também o importante papel das Universidades da Terceira Idade que promovem uma vida mais ativa ao idoso, melhoram a autoestima, permitem uma maior autonomia, maior interação social, melhoram as relações, diminuem os sentimentos de solidão e tristeza, em suma, melhoram a saúde no geral, o nível de bem-estar e satisfação e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

### Considerações finais

Por fim, e indo ao encontro da opinião de De Lorenzi e Sacinoto (2006), realçamos a sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida, assumindo uma dimensão multidimensional, uma vez que não é influenciada apenas por fatores anatômicos e fisiológicos, mas principalmente por fatores psicossociais e culturais, além dos relacionamentos interpessoais, bem como as experiências de vida, quer no contexto da família, dos amigos e da sociedade em geral.

Rodrigues, Andrade e Faro (2008), ao realizarem uma revisão da literatura sobre este assunto constatam que existe uma escassez de estudos sobre sexualidade no envelhecimento relacionada com a qualidade de vida, verificando-se que os artigos

analisados trouxeram predominantemente o enfoque fisiológico e anatómico da sexualidade e do envelhecimento, não tendo em conta os aspetos psicológicos e de qualidade de vida.

Todo o ser humano manifesta necessidade de se relacionar com os outros, de comunicar, de receber e dar apoio emocional e afetivo, de amar e ser amado, de vivenciar momentos de intimidade com o outro, independentemente da idade.

Triadó e Villar (2008) destacam algumas vantagens de ter parceiro nesse grupo etário, nomeadamente: melhor saúde, níveis de bem-estar psicológico mais elevado e menor probabilidade de ocorrer à institucionalização.

O parceiro proporciona um vínculo de proximidade e intimidade pouco comparável com o que oferecem outros membros da rede social. Esta ideia é também corroborada por Amaro (2014) ao referir-se à valorização da qualidade da relação afetiva entre os cônjuges, assumindo assim, grande importância o modo de comunicar e a expressão da sexualidade.

A sexualidade apresenta-se assim, como uma necessidade humana básica de afeto e de pertença que é fundamental e natural na vida de qualquer pessoa (PIRES, 2011).

Naturalmente que, à semelhança de outras alterações relacionadas com o envelhecimento, também ao nível da sexualidade ocorrem algumas alterações de natureza fisiológica, mas que

não são impeditivas da vivência do amor e da sexualidade, podendo a sexualidade nas idades avançadas, tal como nas idades mais jovens, ser afetada não por essas alterações, mas pela falta de desejo sexual (AMARO, 2014, p. 173).

Não podemos também esquecer alguns dos riscos que existem atualmente relacionados à sexualidade e, mais concretamente, à atividade sexual, que poderá comprometer a qualidade de vida de forma grave, se levar em conta as doenças sexualmente transmissíveis.

Considerando a transmissão sexual como uma das principais causas responsáveis pelo aumento dos novos casos de HIV/AIDS na população idosa, importa ter em conta os comportamentos de risco que, de acordo com vários autores, associam-se a práticas sexuais desprotegidas e à insuficiência de campanhas preventivas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, que habitualmente são dirigidas apenas as camadas mais jovens (GARCIA, 2013).

A vivência de uma sexualidade satisfatória mantém-se nesse grupo etário, adaptando-se mediante diferentes formas de expressão. Na realidade, são vários os benefícios de âmbito físico e psicológico à atividade sexual e, conseqüentemente, à sexualidade e à qualidade de vida.

O estudo de Vieira (2012) comprova que a sexualidade contribui para a qualidade de vida da pessoa idosa, mostrando que, quer a frequência, quer a avaliação satisfatória das vivências sexuais na velhice representam maiores scores na qualidade de vida do idoso. As vivências afetivas e sexuais são preditoras da qualidade de vida do idoso, constatando-se assim, neste estudo, que as vivências afetivas e sexuais representam uma realidade entre a população idosa, capaz de proporcionar qualidade de vida, o que é de realçar, devido à escassez de estudos que comprovem estatisticamente essa relação.

Verifica-se dessa forma que a esfera emocional-afetiva e a sexualidade desempenham um importante papel na saúde e na qualidade de vida da pessoa idosa, o que muitas vezes é subestimado pelos profissionais que trabalham com idosos Viana e Madruga (2010 apud UMIDI et al., 2007).

Tendo em conta a importância que a sexualidade tem na qualidade de vida da pessoa idosa, é fundamental que os profissionais de saúde, estejam preparados para abordar o tema da sexualidade, pois, as pessoas idosas têm uma grande necessidade

de falar sobre os seus problemas emocionais, afetivos e sexuais (GOMES, 2014).

Viana e Madruga (2010) salientam que é muito importante transmitir às pessoas idosas que procuram ajuda profissional, segurança para discutir a temática da vida sexual e facilitar o acesso à informação que promova que os idosos usufruam plenamente da sua sexualidade, podendo contribuir para sua melhoria da qualidade de vida.

As pessoas com estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo vital, como a prática de exercício físico, uma alimentação adequada, pouca exposição a fatores de estresse, têm mais probabilidade de vir a ter um envelhecimento com qualidade. "Da mesma forma, adultos com uma vida sexual ativa, podem manter essa atividade nos anos de maturidade e velhice com qualidade" (VIANA; MADRUGA, 2010, p. 33).

Pires (2011) considera que a atividade dos profissionais de saúde deve ter em conta as necessidades e desejos da pessoa, garantindo a dignidade, respeito e proteção dos seus direitos, o que requer conhecimentos adequados e suficientes. Salienta também o facto de muitos profissionais não se sentirem confortáveis para abordar o tema da sexualidade e, por outro lado, também pode acontecer que o idoso não goste de ser abordado relativamente a esse assunto, tornando-se premente ultrapassar essas barreiras e encarar o tema de forma natural, para dessa forma serem assegurados a saúde e o bem-estar da pessoa idosa.

Na perspectiva de Félix (2012, p. 174), a intervenção profissional sobre a sexualidade dos idosos passa por:

- Oferecer conhecimentos bem fundados, e desconstruir as falsas crenças, e os velhos e novos mitos sobre a sexualidade;
- Ajudar (as pessoas idosas) a ter uma atitude positiva face à dimensão sexual humana, de forma que as suas decisões não

se baseiem em fobias, medos ou na sua história de repressão sexual;

- Se nos pedirem ajuda, avaliar as possibilidades e limitações da sua vida sexual e amorosa, para que possam tomar decisões com maior conhecimento e liberdade;
- Oferecer ajudas concretas educativas e terapêuticas, farmacológicas ou sociais, para viver a vida sexual e amorosa que possam e queiram ter.

O mesmo autor (2012, p. 190) aponta como objetivos da educação sexual nesse grupo:

- Erradicar as falsas crenças, das pessoas idosas, filhos e profissionais, e das pessoas em geral, sobre a sexualidade na velhice, sendo fundamental analisar os erros e o sentido moral repressivo que a elas subjaz;
- Conseguir que adquiram conhecimentos básicos, que permitam conhecer-se melhor e serem mais livres nas suas decisões. A anatomia e fisiologia da sexualidade, assim como as mudanças básicas associadas à idade, os afetos sexuais (desejo, atração e enamoramento) e sociais (vinculação, amizade e sistema de cuidados), os efeitos das doenças e dos medicamentos na sexualidade, as práticas sexuais possíveis, integram esses conteúdos básicos;
- Assumir uma nova visão da sexualidade, que não seja limitada ao coito, à função procriadora, ao casamento, à heterossexualidade e aos homens... essa visão está associada a uma atitude positiva face à sexualidade, a qual permite que a pessoa seja mais livre, sem se ver obrigada ou pressionada quer a reprimir-se, quer a manter atividades sexuais;
- Remover as dificuldades sociais que limitam a liberdade das pessoas idosas neste campo: resistências e medos dos filhos e dos profissionais, barreiras institucionais nas famílias, nas residências e na sociedade em geral, superando a discriminação das mulheres;

- Proporcionar alternativas para que as pessoas idosas saiam de eventuais situações de solidão emocional, social ou amorosa-sexual, caso elas existam, e caso assim o desejem as pessoas idosas.

Gomes (2014 apud BEARD, 2013) coloca a seguinte questão, à qual afirma ninguém saber responder: "Será que a *esperança de uma vida sexual ativa acompanha a esperança média de vida?*"

Essa situação estará dependente da presença de três condições:

da existência de um relacionamento íntimo, de um bom estado de saúde e de um ambiente sociocultural favorável. Com estes três factores presentes, uma vida sexual ativa terá a duração de uma vida (GOMES, 2014, p. 410),

e contribuirá, do mesmo modo, para o incremento da qualidade de vida da pessoa idosa.

Face ao exposto, e tendo em conta o acentuado envelhecimento demográfico da população, é importante continuar a investigar sobre a sexualidade da pessoa idosa de forma a melhorar a sua qualidade de vida, pois a própria OMS considera a sexualidade como um dos factores que contribuem para a qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- AMARO, F. *Sociologia da família*. Lisboa: Pactor, 2014.
- ARAUJO, L.; MELO, S. *Relacione-se com os outros*. In: RIBEIRO, O.; PAUL, C. *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, 2011. 141-170 p.
- BADIA, X; LARA, N. *Calidad de vida*. In: SALVADOR-CARULLA, L. *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Editorial Medica Panamerica, 2004. 782-789 p.
- BUARQUE, C. *Qualidade de vida: a modernização da utopia*. Lua Nova. São Paulo, n. 31, p. 157-166, dez. 1993.

- CUESTA, A. B. Prevenção de la dependencia desde una perspectiva social. In: GIRO, J. (Coord.), *Envejecimiento, autonomias y seguridad*. La Rioja: Universidad de la Rioja, 2007. p. 137-155.
- DE LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Frequência da Atividade Sexual em Mulheres Menopausadas. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 256-260, jul./ago. 2006.
- DENGRÁ, R. M. *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*: modelo de toma de decisiones del servicio idóneo en personas mayores dependientes. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. 2008.
- FÉLIX, L. S. *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide, 2012.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS et al. Calidad de vida, satisfacción com la vida y envejecimiento positivo. In: FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.). *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para um mundo que envejece*. Madrid: Pirámide, 2009. p. 243-259.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. et al. *Qué es la psicología de la vejez*. 3. ed. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007.
- FERREIRA, P. L. *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra. 1998. Disponível em: < <https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/19969/1/RD199802.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.
- GARCIA, A. P. A. Sida e a sexualidade em idosos: perspectivas do serviço social sobre a prevenção dos comportamentos de risco. In: VALENTE, M. I. (Coord.). *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor, 2013. p. 221-236.
- GUITERAS, A.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGERA, M. O. *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Universitat, 1993. p. 175-195.
- GOMES A. F. *A sexualidade das pessoas idosas*. In: VERRÍSSIMO, M. T. (Coord.). Lisboa: Lidel, 2014. p. 403-411.
- MARQUES, E. *Envelhecimento no Concelho da Guarda. Um estudo sobre Qualidade de Vida*. 2012. Tese (Doutoramento em Educação) - Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha. 2012.
- MARQUES, E.; SERDIO, C.; PALACIOS, B. O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso. *Pedagogia Social. Revista Interuniversitária*, n. 23, p. 253-271, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1350/135029519012.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.
- MARTINS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjectiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, n. 11, p. 135-154, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufg.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4817/2715>>. Acesso em: 5 out. 2015.
- MONTORIO, I. M.; FERNÁNDEZ DE TROCONIZ, M. I. *La vejez com êxito. Pero por qué las personas mayores no se deprimen más?* v. 6, n. 1, p. 53-76. 1997. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2033936>>. Acesso em: 5 out. 2015.
- NERI, A. *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 3. ed. Campinas: Papirus, 2000.
- PSCHOAL, S. M. *Qualidade de vida do idoso*: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, Brasil, 2001.
- PASKULIN, L. M. *Factores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.
- PAUL, M. C.; FONSECA, A. M. *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi, 2001.
- PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr. Porto Alegre*, v. 28, n. 1, p. 27-38, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010182006000100005&lng=en&nrm=iso2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010182006000100005&lng=en&nrm=iso2)>. Acesso em: 22 nov. 16.
- PINTO, C.; RIBEIRO, J. A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Rev. Port. de Saú. Públ.*, v. 24, n. 1, p. 37-56, jan./jun. 2006. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15706/2/86297.pdf>>. Acesso em: 5 out. 15.
- PIRES, C. L. Explore a sua sexualidade. In: RIBEIRO, O.; PAUL, C. *Manual de envelhecimento activo*. 5. ed. Lisboa: Lidel, 2011. p. 113-139.
- ROCHA, A. et al. Qualidade de vida no idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais vitais*, Coimbra, n. 43, p. 47-50. jul. 2002. Disponível em: <<http://pacweb.essv.ipv.pt/SearchResultDetail.aspx?mfh=43077&DDB=BD1>>. Acesso em: 5 out. 2011.
- RODRIGUES, P. C.; ANDRADE, S. B. C.; FARO, A. C. M. Envelhecimento, sexualidade e qualidade de vida. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 205-220. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufg.br/RevEnvelhecer/article/view/8079>>. Acesso em: 5 out. 2011.
- SANTOS, S. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. Lat.-Am. de Enf.*, v. 10, n. 6, p. 757-764, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2011.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2011.
- SCHALOCK, R. L.; VERDUGO, M. A. *Calidad de vida – Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

MARQUES, E. **Envelhecimento no Concelho da Guarda. Um estudo sobre Qualidade de Vida.** 2012. Tese (Doutoramento em Educação) - Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha, 2012.

TAMER, N.; PETRIZ, G. A qualidade de vida dos idosos. In: OSÓRIO, A. R.; PINTO, F. C. **As pessoas idosas.** Contexto Social e Intervenção Educativa. 6. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2007. p. 181-201.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos.** Tese de doutorado. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TRIADÓ, C.; VILLAR, F. **Envejecer en positivo.** Girona: Aresta, 2008.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade na velhice e qualidade de vida. **R. bras. Qual. Vida**, Pontas Grossa, v. 2, n. 2, p. 26-35, jul./ dez. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/735/596>>. Acesso em: 5 out. 2015.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and Health. Acheiving health across the span.** Genève, 2001. Disponível em: <[http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing\\_and\\_Health.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing_and_Health.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2015.