

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

ROSANGELA DA COSTA E SOUZA BUCZEK

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE EMOCIONAL NA VELHICE

**CAÇADOR
2016**

ROSANGELA DA COSTA E SOUZA BUCZEK

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE EMOCIONAL NA VELHICE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para obtenção do título de Bacharel, do Curso de Psicologia, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob orientação da Professora Débora Greice Gonçalves Vieira.

**CAÇADOR
2016**

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE EMOCIONAL NA VELHICE

ROSANGELA DA COSTA E SOUZA BUCZEK

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Bacharel em Psicologia

E aprovado na sua versão final em ___/___/_____, com nota _____, atendendo às normas da legislação vigente na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP e sob a Coordenação do Curso de Psicologia.

Me. Ana Claudia Lewless
Coordenadora do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA:

Esp. Debora Greice Gonçalves Vieira

Membro

Membro

ENVELHECER

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer

Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer

[...] Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá

Pois ser eternamente adolescente nada é mais démodé
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de
aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr.

Arnaldo Antunes

RESUMO

Este trabalho abordou questões relacionadas ao envelhecimento, procurou-se pesquisar e identificar os vários fatores voltados para a prevenção e promoção da saúde emocional na velhice, proporcionando resiliência e qualidade de vida na terceira idade. Envelhecer é considerado um processo natural, mas também subjetivo e pessoal. O envelhecimento é influenciado diretamente por aspectos biopsicossociais. A forma com que cada um irá experimentar esse estágio da vida dependerá de fatores variados que compreendem tanto indicadores generalistas bem como características individuais. Para embasar o referencial teórico desta pesquisa, apresentou-se um resgate dos teóricos, sobre o envelhecimento, resiliência e velhice. Trata-se resumidamente sobre a existência do ser humano, que é marcada por etapas que constituem o ciclo da vida. O trabalho abaixo se pretendeu explicar através de uma pesquisa bibliográfica exploratória, identificar quais são os fatores que contribuem para a saúde emocional no envelhecimento, proporcionando qualidade de vida na Terceira Idade. Para tanto, foi necessário conceituar saúde nos seus aspectos mental e emocional, distinguir as expressões envelhecer de envelhecimento, reconhecer as principais dificuldades encontradas pelo idoso no âmbito da saúde mental, como a depressão, o suicídio e a demência e ainda buscar os vários fatores que auxiliam na qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento – Saúde Mental – Saúde Emocional – Resiliência – Qualidade de Vida

ABSTRACT

This study addressed issues related to aging, we sought to identify and identify the various factors aimed at the prevention and promotion of emotional health in old age, providing resilience and quality of life in the elderly. Aging is considered a natural process, but also subjective and personal. Aging is directly influenced by biopsychosocial aspects. The way each one will experience this stage of life will depend on varied factors that comprise both generalist indicators as well as individual characteristics. To support the theoretical framework of this research, a theorists' rescue on aging, resilience and old age was presented. It is briefly about the existence of the human being, which is marked by stages that constitute the cycle of life. The purpose of this paper is to explain the factors that contribute to emotional health in aging, providing quality of life in the elderly. To do so, it was necessary to conceptualize health in its mental and emotional aspects, to distinguish aging from aging, to recognize the main difficulties encountered by the elderly in mental health, such as depression, suicide and dementia, and to search for the various factors that Quality of life.

Keywords: Aging - Mental Health - Emotional Health - Resilience - Quality of Life

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares

MS - Ministério da Saúde

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

SOC - modelo de Seleção – Otimização e Compensação

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	11
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1.1 Conceituando Saúde	11
2.1.1.1 Conceituando Saúde Mental	12
2.1.1.2 Conceituando Saúde Emocional	13
2.1.2 Distinção Entre Envelhecimento e Envelhecer	16
2.1.3 Envelhecer e as Políticas de Envelhecimento	18
2.1.4 Saúde Mental na Terceira Idade	20
2.1.4.1 Depressão na Terceira Idade	21
2.1.4.2 Suicídio na Terceira Idade	25
2.1.4.3 A Demência em Idosos	28
2.1.5 Saúde Emocional na Velhice	31
2.1.5.1 Resiliência: A Habilidade do Equilíbrio das Funções Psíquicas	32
2.1.5.2 Controle e Gerenciamento das Emoções	35
2.1.6 Qualidade de Vida na Velhice	37
2.2 METODOLOGIA	41
2.1.3 ANÁLISE DOS DADOS	43
3 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

A existência do ser humano é marcada por etapas que constituem o ciclo da vida. Estas apresentam características distintas compostas por fatores objetivos e subjetivos. O indivíduo nasce, se desenvolve, atinge a adolescência, a idade adulta, a velhice e a morte, completando o processo contínuo que chamamos de vida.

A partir da passagem do tempo é possível observar um conjunto de processos que ocorrem nos organismos vivos como a perda da adaptabilidade ou uma deficiência funcional, para este fenômeno chamamos de “envelhecimento”.

O envelhecimento é influenciado diretamente por aspectos biopsicossociais. A forma com que cada um irá experimentar esse estágio da vida dependerá de fatores variados que compreendem tanto indicadores generalistas bem como características individuais. Assim, envelhecer é considerado um processo natural, mas também subjetivo e pessoal.

De acordo com dados de pesquisas publicadas pelas mídias, sabemos que a população idosa está crescendo cada vez mais. Assim, as ações voltadas para essa população se fazem cada vez mais necessárias. Diante de todo o trabalho voltado para a assistência ao idoso, encontramos em evidência as práticas de melhoria ao bem estar social e também os avanços da medicina que contribuem para o bem estar físico. No entanto, poucos são os estudos e trabalhos voltados para a prevenção e promoção da saúde emocional na velhice. Sabemos que corpo e mente são indissociáveis e que muitos dos problemas enfrentados inclusive os de ordem fisiológica surgem de um fundo emocional, da falta de conhecimento e gerenciamento das emoções bem como a falta de preparação para enfrentar esta etapa da vida onde o corpo vivencia um declínio de suas funções além das perdas emocionais e dificuldades enfrentadas ao longo da vida. Diante da problemática apresentada perguntou-se: qual a importância da promoção da saúde emocional na terceira idade?

Este trabalho teve como relevância acadêmica a possibilidade de ressaltar a necessidade de estudar, além dos transtornos presentes na velhice, os fatores que contribuem para a saúde emocional e conseqüentemente para o bem estar e qualidade de vida do idoso.

O que nos impulsionou na escolha deste tema para a realização do trabalho de conclusão do curso foi a complexidade do assunto, que para algumas pessoas

parece ser tão obvio, tão simples, mas que para outras tão enigmático e implacável. Num mundo de tantos apelos e marcado por transformações constantes, o tempo passa tão rápido e nos tornamos tão atarefados, que não nos damos conta de que já não podemos mais correr tão rápido quanto corríamos antes, nosso corpo envelheceu, nosso tempo aumentou, mas nossas habilidades diminuíram e em muitos casos, a mente não percebeu.

As questões sobre o envelhecimento em grande parte provocam discussões e desconforto para a maioria dos seres humanos, seja por vaidade, preconceitos, medos, princípios socioculturais, ou até mesmo por falta de conhecimento, mas a verdade é que a cada dia que passa vamos deixando a nossa juventude para trás e chegando mais próximo da velhice.

O assunto mexe com valores históricos, características culturais e principalmente pessoais. Muitas vezes é abordado de forma distorcida ou confusa, causando muitas dúvidas e construindo muitas barreiras para um bom aprendizado no âmbito da saúde do corpo e da mente, onde o equilíbrio entre estes dois pilares farão a sustentação do bom funcionamento para a longevidade.

Compreender que devemos prevenir e promover a saúde emocional desde a infância até o fim da vida requer uma conscientização de que não devemos só cuidar do estereótipo do corpo, mas de algo além do que se pode ver a olho nu. É preciso associá-la ao desenvolvimento emocional como um todo, bem como às peculiaridades de cada idade que compreendem o desenvolvimento humano.

Portanto, o presente trabalho teve como relevância social: falar sobre o fato de termos uma população idosa cada vez mais crescente e que necessita de medidas públicas que atendam aos seus interesses, bem como, ofereçam cada vez mais subsídios para a melhoria do bem estar físico e social mas também emocional dos idosos.

Desta forma, é totalmente justificável, uma vez que se faz necessário um maior entendimento teórico por parte dos seres humanos como um todo, indiferente de gênero, religião, cor, classe social, para que haja menos inadequações no manejo dos seus pensamentos, emoções e comportamentos no futuro.

O presente trabalho teve como principal objetivo a identificação dos fatores que contribuem para a saúde mental no envelhecimento, proporcionando qualidade de vida na Terceira Idade. Para tanto, foi necessário conceituar saúde nos seus aspectos mental e emocional, distinguir as expressões envelhecer de

envelhecimento, reconhecer as principais dificuldades encontradas pelo idoso no âmbito da saúde mental, como a depressão, o suicídio e a demência e ainda buscar os vários fatores que auxiliam na qualidade de vida.

A pesquisa foi realizada obedecendo aos princípios éticos e legais, de acordo com a instituição acadêmica Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e com os parâmetros do curso de Psicologia. Os meios e critérios deste trabalho foram de natureza qualitativa e exploratória, onde a partir de um levantamento bibliográfico foi possível conhecer e refletir sobre os aspectos de saúde que envolve o envelhecimento.

2 DESENVOLVIMENTO

Neste espaço buscou-se o embasamento teórico indispensável para a concretização deste trabalho com os principais assuntos pertinentes ao tema abordado.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Se envelhecer estabelece uma prova ordinária a todos aqueles que têm a vantagem de viver vidas longas, o processo desse envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por desiguais modos de experimentação das vivências que o abarcam. Independentemente dessa heterogeneidade, a saúde real e percebida, é para a maioria dos idosos um aspecto fundamental quando se equaciona a respectiva qualidade de vida. A alusão às dificuldades e/ou problemas de saúde é uma queixa constante nas avaliações dos idosos, surgindo como principal fator das suas preocupações. Se a saúde não é, por si só, sinônimo de felicidade, a sua deficiência provoca aflição e quebra no bem-estar, por meio de interações complexas, diretas e indiretas, com outros fatores da qualidade de vida.

2.1.1 Conceituando Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, saúde é “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.1).

Em contrapartida o Escritório Regional Europeu da Organização Mundial da Saúde utiliza como parâmetro de definição de saúde “a medida em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente”. (WHO, 2016, p. 1).

A saúde é, portanto, tida como uma solução para o cotidiano, não o objetivo dela; envolvendo além dos recursos sociais e pessoais, aptidões físicas.

De acordo com Brasil (1986), a saúde de um indivíduo pode ser determinada e/ou influenciada por vários aspectos, seja pela biologia humana, pelo ambiente físico social e econômico em que convive ou pelo seu modo de vida, isto é, pelos

costumes de alimentação, oportunidades de lazer, bem como o bem estar emocional que podem ser favorável ou maléfico, para um estado de saúde equilibrado.

Em 1986, aconteceu na capital brasileira – Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, conferencia onde o conceito de saúde foi formulado em sentido amplo.

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

No texto da Constituição Brasileira de 1988 o termo saúde é conceituado como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 37)

A ampla importância deste ponto de vista habita precisamente na explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes descuidadas nas compreensões que privilegiam a abordagem pessoal.

2.1.1.1 Conceituando Saúde Mental

O termo saúde mental é utilizado para descrever:

Saúde Mental é um estado de funcionamento harmônico que as pessoas desenvolvem para viver em sociedade em constante interação. É a capacidade de administrar a própria vida, sobretudo, descobrir e potencializar suas aspirações de realizar algumas mudanças quando necessárias, sendo capaz de reconhecer suas limitações. (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES *apud* SILVA, 2009, p. 11).

A saúde mental deve ser compreendida a partir de um entendimento total do ser humano, considerando a sua integralidade. Sabendo que os aspectos físicos, biológicos e sociais funcionam como um sistema aberto, comandados pelo cérebro que funciona como um regulador central, fazendo do homem um ser biopsicossocial (ESPINOSA *apud* SILVA, 2009).

De acordo com a ADEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, “saúde física e mental são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da saúde” (ADEB, 2016, p.1).

Pessoas mentalmente saudáveis compreendem que nenhuma pessoa é perfeita, que os indivíduos têm limites e que nem tudo pode ser tudo para todos. Elas convivem diariamente com inúmeras emoções como frustração, tristeza, alegria, amor e raiva. Apresentam capacidade de enfrentar desafios e as intempéries da vida diária com bom senso e conseguem buscar ajuda quando têm dificuldade em resolver contendas, inquietações, traumas ou transições importantes nos diferentes ciclos da vida. (ADEB, 2016)

2.1.1.2 Conceituando Saúde Emocional

A Organização Mundial da Saúde define saúde emocional como:

um estado de bem-estar onde o indivíduo realiza suas próprias habilidades, lida com os fatores estressantes normais da vida, trabalha produtivamente e é capaz de contribuir com a sociedade. (INTERATIVA SAÚDE, 2016, p 1).

De acordo com Meireles (2016), vários fatores que contribuem para a saúde mental estão diretamente ligados com a saúde emocional. Dentre eles está a aceitação, a inteligência emocional, a resiliência e a plasticidade.

Aceitação - O processo de aceitação é um dos períodos mais complexos para o indivíduo, anseios e emoções se embaralham e topam com a própria maneira de ser. Aceitar os outros indivíduos como diferente do jeito que é não significa condescender com suas fantasias, mas perceber que as mudanças dependem exclusivamente de um anseio particular, individual de melhora.

aceitar não é concordar, o método de aceitação é um movimento interno independente que concordemos ou não, concordar não é só racionalizar, ou seja, o sujeito pode concordar externamente e racionalmente mais não aceitar emocionalmente, sentimentalmente. (MEIRELES, 2016, p.1)

Ainda para o mesmo autor, neste prisma, haverá uma não vinculação entre a razão, sentimento e percepção. No relacionamento humano dificuldades e problemas sempre acontecerão, independente da aceitação ou não do sujeito e/ou situação, faz-se necessário saber lidar com os entraves de forma madura e

equilibrada, o indivíduo conseguirá adaptar-se de maneira equilibrada, conseguindo encarar e determinar as pendências que aparecem.

Resiliência - “é a habilidade de se adaptar e superar com sucesso frente aos desafios e às situações estressantes. É a superação das adversidades de forma saudável”. (MUNHOZ, 2016, p.1).

O termo resiliência tem sua origem da física, usada quando os materiais resistem aos choques e pressões sem alterar suas qualidades. (MUNHOZ, 2016)

De acordo com Grotberb *apud* Angst (2009), nas ciências humanas o termo resiliência expressa a habilidade do ser humano sobrepujar infortúnios.

A resiliência pode ser definida como uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ileso. (GROTBERB *apud* ANGST, 2009, p. 254)

O sujeito resiliente não expõe problemas comportamentais e emocionais diante de situações nebulosas. A resiliência está na resolução das dificuldades não se permitindo deixar de ser produtivo, estar sempre aprendendo e se superando. (GROTBERB *apud* ANGST, 2009)

Segundo James *apud* Funk (2015), plasticidade é percebida como uma estrutura adaptativa, que consente que o cérebro construa novas vinculações entre neurônios, assim constituindo novas formas de raciocinar e atuar. O termo plasticidade foi introduzido na neurociência referindo-se à susceptibilidade da conduta humana para transformações.

[...] significa a posse de uma estrutura débil o bastante para ceder a uma influência, mas forte o bastante para não ceder tudo de uma vez. Cada fase relativamente estável de equilíbrio em tal estrutura é marcada pelo que podemos chamar de um novo conjunto de hábitos. (JAMES *apud* FUNK, 2015, p.1).

Em Stiles *apud* Vicini (2016) encontramos que o cérebro humano tem a capacidade de constantemente estar se reorganizando, adaptando-se com novas situações, assim, o indivíduo pode estar em constante aprendizagem. Esta constante possibilidade de aprendizagem dá-se através dos estímulos enviados ao cérebro permitindo que a plasticidade elabore novas ligações e novos conhecimentos. Estudos realizados na década de 90 em animais e seres humanos

adultos comprovaram que a plasticidade não é transitória, ou seja, ocorre somente na idade do desenvolvimento, nem é somente reativa, isto é excitada no acontecimento de avarias devido a lesões cerebrais, nem apenas acessória ou compensatória como se significasse apenas um processo não efetivo ao próprio desenvolvimento do cérebro.

Quando se fala em plasticidade neural ou cerebral, queremos referir-nos a vários tipos de funções.

Quando nos referimos a um processo, plasticidade significa uma configuração dinâmica do sistema nervoso, que traz uma mudança estrutural ou funcional.

Se referimos plasticidade a uma capacidade adaptativa, quer-se significar que a mudança observada produz um recrutamento de novos ou de diferentes recursos neurais, em decorrência de um fato externo (por exemplo, uma lesão ou uma estimulação da consciência cenestésica).

Quando referida a um conceito de organização, plasticidade significa que o processo em que ela se dá é sistemático e não apenas devido ao acaso, como consequência de interações sistemáticas entre estruturas cerebrais e estímulos ambientais. (STILES *apud* VICINI 2016, p. 1)

Há evidências de que a maior complexidade do cérebro maduro pode ater a extensão de sua capacidade plástica; no entanto ela continua ao decorrer de toda a vida, inclusive no período da velhice. (STILES *apud* VICINI 2016)

Inteligência Emocional – “é a capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos”. (GOLEMAN *apud* SBIE, 2016, p.1)

Para Goleman *apud* Sbie (2016), é através da inteligência emocional que o indivíduo conquista seu sucesso ou insucesso na sua caminhada em sociedade, esta pode ser classificada em cinco habilidades:

1. Autoconsciência – habilidade de distinguir as próprias emoções e sentimentos.
2. Administração das emoções – habilidade de controlar seus sentimentos, harmonizando-os a cada situação vivida, ser capaz de controlar suas emoções.
3. Automotivação – saber controlar suas emoções conduzindo-as na concretização de objetivos e/ou nas realizações pessoais.
4. Empatia – reconhecer as emoções vividas pelo outro, gerando empatia de sentimentos.

5. Sociabilidade – habilidade de interagir nos relacionamentos interpessoais, usando das capacidades sociais.

2.1.2 Distinção Entre Envelhecimento e Envelhecer

Para Freitas, Barbosa e Neufeld (2016), o envelhecer e o envelhecimento demandam para sua concepção uma perspectiva interdisciplinar, abrangendo principalmente a Psicologia, a Biologia e as Ciências Sociais. Precisando levar em conta a multidirecionalidade, a plasticidade, a historicidade e a contextualidade que envolve o envelhecimento. Um processo de múltiplas causas que resulta em perdas e ganhos.

Vê-se como necessário distinguir o conceito de velhice e envelhecimento como diferentes processos.

Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião. (MESSY *apud* SILVA, 2009, p.15).

Para Costa *apud* Silva (2009) o envelhecimento é um ato interrupto, inicia a partir do nascimento do indivíduo e permanece até a sua morte. É caracterizado por transformações constantes que configuram um processo evolutivo. Enquanto que velhice é o estado de ser velho, o resultado do processo de envelhecer. A velhice não é somente a degradação orgânica, mas o que acontece são danos físicos, atestando o aparecimento de enfermidades degenerativas, redução de energia e vitalidades orgânicas. Perdas psíquicas, representadas pela perda da memória, declínio ou extinção da vida afetiva, desapego em contrair novos conhecimentos.

O envelhecimento é um processo universal, é um termo geral que segundo a forma em que aparece, pode se referir a um fenômeno fisiológico, de um comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, de idade. É um processo em que ocorre mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento de diversos órgãos. O homem em desenvolvimento durante o ciclo de vida é um ser biopsicossocial, podendo sofrer influências e influenciar o ambiente em que vive, num processo de adaptação, em suas relações com o mundo. O ambiente físico, político e cultural em que o homem estiver situado pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação acelerando ou retardando o envelhecimento. (RODRIGUES & DIOGO *apud* NOGUEIRA, 2013, p.2)

Segundo Freitas, Barbosa e Neufeld (2016, p. 29) na Gerontologia utilizam o conceito de ciclos de vida.

Ao descrever o ciclo de vida são salientados as crises psicossociais que acompanham cada uma das idades, bem como o valor ou a qualidade que acompanham cada uma das idades, bem como o valor ou a qualidade psicológica resultantes de suas resoluções.

Em Leme e Silva *apud* Goldman e Faleiros (2008), o envelhecimento passivo, pode ser adotado tanto no aspecto biológico quanto no aspecto social e está situado na ausência ou na incapacidade de adaptação ou disposição. O envelhecimento biológico foi explicado como falta de capacidade de adaptação seja pela inabilidade de aceitar ou gerir situações de mudanças ou catástrofes, como de modificações de ambiente. Assim, além de se contemplar para a improdutividade, olha-se a velhice no aspecto da inaptidão ou falta de adaptação.

[...] à medida que se envelhece, a rede pessoal social sofre mais perdas ao mesmo tempo em que as oportunidades de substituição para estas perdas se reduzem drasticamente. Além disso, os esforços que é preciso despender para manter uma conduta social ativa são maiores, a dificuldade para se mobilizar e para se mover é maior, e a acuidade sensorial é reduzida, o que diminui as habilidades e, em longo prazo, o interesse em expandir a rede [...] Com o desaparecimento de vínculos com pessoas da mesma geração, desaparece boa parte dos apoios da história pessoal [...] Parte da experiência de depressão que parece se instalar em muitos velhos de maneira opressiva emana da solidão e da consequente perda de papéis (SLUZKI *apud* GOLDMAN e FALEIROS, 2008, p. 27).

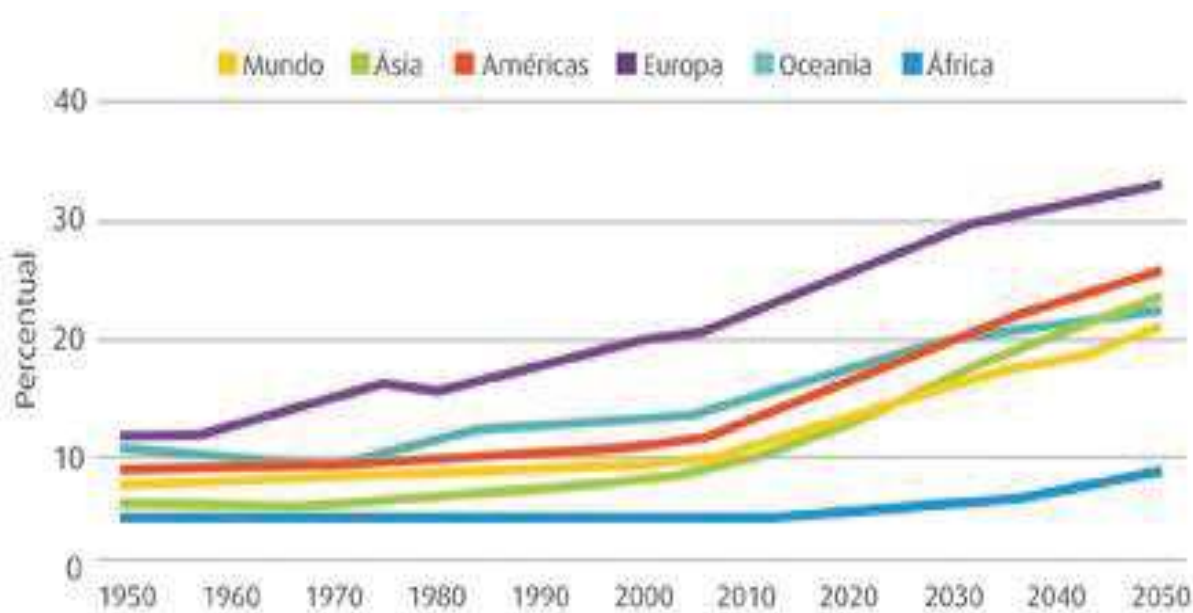
Assim pontuando, a velhice provocaria dano: nas áreas do trabalho, da saúde e social, precisando abordá-la como fase das perdas. Desta forma o entendimento sobre a velhice necessita de um olhar abrangente:

Propomos que a velhice seja vista como uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida, num entrecruzamento de trabalho/não trabalho; reprodução/infertilidade; normas e papéis de utilidade/inutilidade, defasagem/sabedoria, de isolamento/integração, perdas e ganhos, e de condições de exercício da autonomia/dependência, e de projetos pessoais. (GOLDMAN e FALEIROS, 2008, p.23)

2.1.3 Envelhecer e as Políticas de Envelhecimento

A população mundial, levando em consideração a de países em desenvolvimento como o Brasil, está alterando. De uma pirâmide populacional constituída basicamente por pessoas jovens, passa a mostrar-se com perfil em que as pessoas idosas acabam por alcançar uma cifra crescente e importante. Um dos fatores que implicaram para que as pessoas vivessem mais anos foi o progresso da medicina, com conseqüente redução nas taxas de natalidade e mortalidade, implicando numa maior perspectiva de vida. (WHO, 2015).

Figura 1 – Proporções da população acima dos 60 anos: no mundo e por região, 1950 - 2050



Fonte: WHO, 2015, p.17

Podemos constatar que no Brasil a perspectiva de vida para uma pessoa de 80 anos aumentou em 6,1 anos em 1980 para 8,6 anos em 2010.

A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo. Com isto, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até 70, 80, 90 anos. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem a morte? A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a experiência do envelhecimento (a própria e a dos outros) está trazendo angústias e decepções, pelo menos em nosso país. Como favorecer uma sobrevivida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? (PASCHOAL, 1996 *apud* CARNEIRO, 2011, p. 624).

Fatores intrínsecos e extrínsecos poderão colaborar para esta circunstância. A partir desse fato, torna-se conveniente avaliar as obras que podem ser benfeitoras no processo de envelhecer. Preocupar-se com os costumes de vida, prática de atividades físicas, alimentação adequada tornam-se soluções para um melhor envelhecimento. Contudo a visão contrária em relação ao processo de envelhecimento vem sendo transformada, oferecendo brado aos idosos, o que comprova, em muitos casos, que o envelhecer pode e deve ser uma etapa em que se deve desfrutar das aquisições, concretizações e júbilos adquiridos no passar dos anos. Em virtude desse processo é imperativo uma compreensão saudável do processo de envelhecer como uma continuação do desenvolvimento humano, afrontando as vastas possibilidades e as possíveis limitações. (SILVA *et.al* 2012).

Dentre as inúmeras alterações correspondentes a esta etapa estão as perdas fisiológicas, as modificações em algumas habilidades cognitivas, tais como na memória de trabalho, na velocidade de pensamento e em habilidades viso espaciais. O envelhecimento psicológico tem relação com o esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida, possibilitando uma redução da vulnerabilidade nesta fase. (SILVA *et.al* 2012 p. 120).

De tal modo, a abordagem habitual da assistência à saúde do idoso, norteador pelos sintomas e a idade cronológica, é hoje impróprio para o cuidado à saúde das pessoas que estão envelhecendo, pois, a saúde desta faixa etária está dentro do contexto biopsicossocial de suas vidas, como acontece a qualquer pessoa em qualquer idade. As dificuldades próprias ao envelhecimento, tais como o maior índice de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, que refletem em diferentes problemas que abrangem as esferas sociais, econômicas e políticas, podem ser em sua maioria, resolvidas com recursos apropriados, que poderão levar, talvez, a um envelhecimento bem sucedido para a maioria das pessoas. (FREITAS, BARBOSA e NEUFELD, 2016).

Com a promulgação das políticas de envelhecimento a Organização Mundial da Saúde – OMS implantou um o programa de atendimento as pessoas idosas, e segundo a OMS.

Os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. (WHO, 2005 p. 8).

As políticas e programas citados pela Organização Mundial da Saúde devem ser fundamentados nos direitos, necessidades, preferências e aptidões das pessoas mais velhas. Para o desenvolvimento das ações estratégicas e cumprimento das políticas públicas, foram criados quatro pilares políticos, seus componentes são da saúde, da participação, da segurança e da aprendizagem ao longo da vida. A esta política denominou-se Envelhecimento Ativo. (WHO, 2005)

“O Envelhecimento Ativo constitui um arcabouço amplo e integrativo para que todas as instituições sociais apoiem e possibilitem que as pessoas aproveitem as oportunidades ao longo da vida para alcançar o bem estar na velhice”. (WHO, 2005, p. 45).

2.1.4 Saúde Mental na Terceira Idade

De acordo com Andrade *et al* (2010), quando falamos de saúde mental na terceira idade somos sabedores que vários aspectos psicossociais interferem e/ou fazem parte do processo de envelhecimento. Os fenômenos mais frequentemente notados na terceira idade são o delírio, a demência e a depressão. Sendo a depressão é a única dificuldade mais corriqueira de saúde mental que ocorre no idoso. A depressão modificar tanto a postura quanto o apego geral.

Quando o ser humano envelhece acontecem inúmeras alterações, acarretando ao indivíduo, modificações psicológicas. A condição emocional de um idoso está intimamente ligada com sua história de vida, com as relações que obteve no decorrer de sua vivência, suas reações emocionais. (ANDRADE *et al*, 2010)

Segundo Zimermann *apud* Andrade *et al* (2010), essas alterações psicológicas podem implicar em problemas de adaptação com novos papéis, ausência de motivação e dificuldades de projetar o amanhã, depressão, suicídio, baixa alta imagem e autoestima, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas afetivas e sociais, ainda afirma que:

Assim como as características físicas do envelhecimento, o caráter psicológico também está relacionado com hereditariedade, a história e com atitude de cada indivíduo. Sendo assim indivíduos mais saudáveis e otimistas tem mais condições de adaptarem-se as transformações trazidas pelo envelhecimento. São mais propensas a verem a velhice como um tempo de experiência acumulada, liberdade para assumir novas ocupações. (ZIMERMANN *apud* ANDRADE *et al*, 2010, p.13).

Ainda para o mesmo autor, na medida em que as pessoas vivem mais, mudanças acontecem, as distâncias aumentam, a vida fica mais agitada, o tempo sempre mais curto e as condições econômicas mais difíceis, a sociedade se modifica. Isso exige maneiras diferentes de viver uma grande flexibilidade e capacidade de adaptação que nem sempre os idosos têm.

A velhice é um processo contínuo de perdas, em que os indivíduos ficariam relegados a uma situação de abandono, desprezo, de ausência de papéis sociais, e estes fatores levam a construção de uma série de estereótipos negativos em relação aos velhos. (SILVA, 2012, p. 68).

A seguir apresentaremos um breve estudo de três alterações psicológicas que apresentam incidência na velhice comprometendo um envelhecimento ativo.

2.1.4.1 Depressão na Terceira Idade

Para Martins e Aguiar (2006), a depressão é considerada um transtorno mental crônico que provoca a ciência a procurar maneiras mais eficazes de tratamento que levem os pacientes deprimidos a uma anistia sintomática e a uma supressão do processo fisiopatológico e doentio. Acredita-se que a depressão atinja o indivíduo desde os primórdios da humanidade, já que muitos são os mitos, lendas, relatos bíblicos e contos que abordam este tipo de sofrimento humano. A cifra dos que sofrem de depressão no mundo aumenta na própria dimensão que a expectativa de vida. Cresce também em virtude às aceleradas modificações do meio físico e social para cada indivíduo. Essas variações instituem stress psicossociais, adequações imperativas.

A depressão acontece porque o indivíduo não consegue se habituar-se a uma nova circunstância. É na velhice que ocorre uma das maiores mudanças fisiológicas experimentadas pelo ser humano. Toda pessoa quer viver o máximo possível, porém nenhuma pessoa quer envelhecer. Com o progresso da medicina, hoje se pode contemporizar a velhice, mas não é possível evitar. (MARTINS e AGUIAR, 2006)

Quando ocorre a depressão no ancião ela pode ser diagnosticada como distúrbio primário ou secundário. Pode ser sua classificação diagnóstica da seguinte forma:

Endógena – pode ser bipolar (cíclica) ou unipolar (periódica, evolutiva). A bipolar é menos comum, ocorrendo alternâncias de distúrbios depressivos e maniformes. A unipolar é duas vezes mais comum em mulheres em idade de 20 a 50 anos. Geralmente correlaciona-se com o baixo nível socioeconômico e há referência nos antecedentes da história familiar. Os sintomas mais característicos são ausência de reatividade e alteração psicomotora (delírio, alucinações ou estupor depressivo).

Neurótica – é uma das condições crônicas caracterizadas por numerosos episódios de sintomas de depressão e transtornos psiquiátricos, como dependência do álcool e de drogas. Varia da adolescência até a senectude.

Reativa – Pode estar relacionada a fatores sociais, perda de autonomia e independência, inatividade, perda de reputação social, dificuldade financeira, mudança de residência, insônia severa, doença física ou mental do cônjuge, viuvez recente, presbiacusia, prejuízos do estado locomotor, perda de parentes e amigos, entre outros. (NETTO *apud* MARTINS e AGUIAR, 2006, p. 103)

A Depressão secundária ou sintomática: está relacionada a alterações patológicas.

Ela pode decorrer de doenças orgânicas, recebendo denominação de depressão somatogênica (acidente vascular cerebral ou derrame, doenças de Parkinson etc.); pode também estar em relacionada com doenças psíquicas, nas quais a depressão faz parte da sintomatologia da doença de base ou ser consequência do trabalho ou intoxicação medicamentosa. (NETTO *apud* MARTINS e AGUIAR, 2006, p. 103).

Vários fatores implicam na depressão:

Junto com a velhice vêm inúmeras complicações que limitam as atividades mais comuns que o idoso realizava, ocorrendo uma maior susceptibilidade do idoso às causas da depressão, podendo-se citar: não-aceitação da velhice, mudanças fisiológicas, psicológicas ou sociais e doenças fitopatológicas. Os idosos tendem a preservar uma imagem de saúde, justificando suas limitações através das doenças. É mais fácil acreditar que estão doentes e não velhos” (NETTO *apud* MARTINS e AGUIAR, 2006, p. 104).

Dentre as várias limitações que afloram com a velhice encontramos as perdas naturais do passar dos anos, as perdas físicas como a redução da visão e da audição, da flexibilidade, da rapidez no cumprimento das tarefas. Pode ainda acontecer a diminuição da habilidade do autocuidado e acontecer a perda da autoestima, da independência, da lembrança e dos desempenhos cerebrais. (FERREIRA e BASTIONI, 2016).

Não é nada fácil a decisão da aposentadoria, de se separar daquilo a que se dedicou a vida toda; não é fácil aceitar que o corpo não é mais o mesmo,

que sua vida não tem tanto significado para os outros que o cercam - amigo, filhos e netos. Antes o indivíduo era visto como herói pelo filho; hoje, como um velho sem utilidade perante a sociedade, que não respeita nada nem ninguém (NETTO *apud* MARTINS e AGUIAR, 2006, p. 104).

Todas as perdas laborais e sensoriais que fazem parte do envelhecer físico em especial a visão e audição, implicam no isolamento do idoso, sendo um ponto forte para o início da depressão. Outras causas podem ser a aposentadoria que automaticamente sobrevêm a sensação de impotência, a viuvez e/ou morte de pessoas íntimas e amigos saudáveis, o distanciamento ou desamparo dos familiares em especial os filhos. (FERREIRA e BASTIONI, 2016).

Os sinais podem aparecer de diversas contornos e a depressão pode ser até mesmo assintomática. Em cada sujeito ela pode revelar-se de forma distinta, dependendo da individualidade e vida de cada um. Os sintomas principais podem surgir com algumas queixas e alguns problemas do idoso, assim como alguns achados clínicos suspeitos de depressão. “A depressão que acomete os idosos guarda um conjunto de peculiaridades referentes a sua apresentação e associação com quadros de comorbidades e incapacidades”. (FERREIRA e BASTIONI, 2016, p. 263).

Ainda para os mesmo autores, os sinais mais corriqueiros da depressão são os sintomas vegetativos, que incluem vigília, cansaço, inapetência, emagrecimento, defluxo e redução do empenho sexual. Idosos deprimidos podem manifestar auto depreciação, frustração, dolo, indiferença, fúria, além de considerar-se um “peso”, como se atrapalhassem a vida dos outros.

Os principais sintomas da depressão na terceira idade apresentam as seguintes características descritas por Gérald *apud* Martins e Aguiar (2006, p. 106-108):

Angústia ou ansiedade - é uma condição de mal-estar muito habitual no indivíduo deprimido. Essa espera penosa de um perigo mal definido é uma experiência pela qual passamos todos nós, deprimidos ou não; isso significa que todos temos uma experiência de depressão.

Perturbações de caráter - são frequentemente e muitas vezes precoces na sintomatologia depressiva. O mau humor, a irritação e até a raiva, a recusa e a violência espantam as pessoas que cercam o doente, mas não o conheciam sob

esse aspecto. As perturbações de carácter geram intolerância e mal-entendidos, pois podem esconder por muito tempo os outros sinais da depressão.

Instabilidade emocional - a depressão provoca reações emocionais intempestivas, desproporcionais e sempre desagradáveis e tristes. São crises de lágrimas sem motivos ou por motivos fúteis, grandes desordens emocionais desencadeadas antes de empreender qualquer coisa ou provocadas pela ideia de ficar sozinho, por exemplo.

Anestesia afetiva - são queixas de não ter mais vida afetiva, com tendência principalmente a se sentir indiferente e até a não mais amar aqueles a quem amava até então. Essa anestesia afetiva dolorosamente sentida pelo indivíduo deprimido é fonte de culpa. Não existe realmente um vazio afetivo no indivíduo deprimido, mas a depressão impede o indivíduo de sentir e viver os sentimentos habituais, principalmente os mais agradáveis.

Dor mortal - é constante; a depressão é um sofrimento que vai do simples mal-estar ou de uma indisposição vaga, inexprimível, até à tortura moral, em que tudo é triste e desanimador, negro, e a ideia de morte tende a invadir a totalidade da vida psíquica. Esse é um estado difícil de descrever. O sofrimento moral pode ser tão grande que a razão emocional desaparece; algumas pessoas, ao sofrer de depressão, ficam mudas, imóveis, prostradas, como que estupefatas.

Perda da esperança - a perda de esperança e a impossibilidade de projetar o futuro no decorrer de uma depressão fazem naturalmente aparecer a ideia de morte. A morte está sempre presente no pensamento do depressivo; o pensamento pode se tornar cada vez maior e aí surgir a ideia de suicídio, responsável por alto nível de morte em idosos. A ideia de morte nem sempre é revelada pelo depressivo.

Desaceleramento - (inibição psicomotora) - é um distúrbio mental, causando lentidão de ideias, dificuldade de associar os pensamentos, e mais ainda, de desenvolver um raciocínio. A voz pode ser afetada pela desaceleração depressiva, surgindo problemas como tom monocórdio, diminuição do ritmo.

Funções intelectuais alteradas - a diminuição de atenção, as dificuldades de concentração, a redução da capacidade de fixação e a alteração da memória são queixas naturais comuns do indivíduo deprimido. Esses problemas conduzem naturalmente a erros nas atividades cotidianas. A pessoa deprimida se sente diminuída com a convicção de ter mudado, de ter perdido suas capacidades ou ainda a sua autoestima, sentimento frequente no idoso.

Sono alterado ou insônia – que também ocorre muito na madrugada; o depressivo acorda e não consegue mais dormir. É como se tocasse um despertador na madrugada, sempre nos mesmo horário. Outros dormem demais devido ao cansaço, e não se sentem descansados ao acordar. Seu sono ruim é sentido como não-reparador.

Perda de apetite - é um sintoma comum (principalmente no idoso). O emagrecimento pode ser considerável e evocar, por exemplo, um câncer digestivo, sobretudo porque em geral é acompanhado de prisão de ventre, língua suja, mau hálito e dificuldades de digestão.

Existem algumas enfermidades que escoltam a depressão, das quais as mais comuns são: acidente vascular cerebral, devido ao uso de medicamentos; doença de Parkinson, Alzheimer, câncer, doenças endocrinopatias. Ou seja, se o idoso já tem uma doença crônica, aumentam muito mais as chances de ele desenvolver a depressão. A depressão geriátrica constitui um problema sério de saúde pública, sendo que opções de tratamento precisam ser investigadas e implementadas adequadamente. A TCC Terapia Cognitivo Comportamental é indicada como uma das formas de tratamento com maior resultado positivo no tratamento da depressão em idosos. (FERREIRA e BASTIONI, 2016).

2.1.4.2 Suicídio na Terceira Idade

O significado de suicídio compreende diversas dimensões, porém para Durkheim apud ZANI (2013, p. 12) “é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e ela sabia que produziria esse resultado”.

Em Minayo e Cavalcante (2010) temos que o suicídio entre pessoas idosas estabelece hoje um preocupante problema para as sociedades das mais distintas partes do mundo. Pesquisa realizada pelo *WHO/Euro Multicentre Study of Suicidal Behaviour* em 13 países da Europa comprovam que as taxas médias de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos nessas sociedades chegam a 29,3 a cada 100.000 indivíduos e as de tentativas de suicídio, a 61,4 para cada 100.000. “Apesar das taxas de suicídio serem relativamente baixas, as que se referem à população na

faixa etária acima de 60 anos são o dobro das que a população em geral apresenta” (MINAYO e CAVALCANTE, 2010, p. 751).

O Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) considera como fatores de risco associados ao suicídio o sexo masculino, a faixa etária, a situação econômica, a ocupação e a moradia.

Segundo Minayo e Cavalcante (2010), o aumento dos índices de suicídio entre idosos adverte que com o avanço da idade se inclui processos biológicos e psicológicos que podem levar o indivíduo a autodestruição.

[...] associado a necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre sobrevivência e estresse intolerável, um estreitamento de opções percebidas e uma necessidade de fugir; a pessoa suicida envia sinais de sofrimento. (SADOCK e SADOCK apud ZANI, 2013, p.12).

Para Martins e Aguiar (2006), uma das primeiras alterações é a variação de humor, que não incide somente em tristeza. Essa transformação pode ter início como uma espécie de tristeza, mas uma tristeza incurável, expondo múltiplos sinais, como:

irritabilidade, dificuldade de relacionamento familiar, social, pensamento negativo, lentidão ou agitação, dores musculares generalizadas, insônia ou sonolência, perda de apetite, e o mais grave: ideia de suicídio. (MARTINS e AGUIAR, 2006, p. 105).

Segundo, Stella *et al apud* Melo, 2013, p. 1), “em idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que os não deprimidos”.

Corroborando Paschoal *apud* Herculano et.al, 2011, p. 2) que a negligência entorno da depressão na terceira idade “... significa manter uma causa importante de sofrimento humano, um fator de risco de morbidade em geral e de suicídio em particular...”.

Dentre os fatores de risco a serem observados como comportamento suicida entre os idosos apresenta maior incidência: “o sexo masculino, a faixa etária acima de 75 anos, a cor branca, residir em área urbana, falta de Um relacionamento conjugal, o desemprego, o isolamento social, a perda de pessoas da família, a impulsividade”. (PIRES et al citado ZANI, 2013, p. 16)

Em relação a menor incidência de suicídio entre as mulheres, Meneghel et al *apud* Zani, (2013, p 17) afirma que “a menor ocorrência de suicídio entre as

mulheres, tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis”.

Corroboram Minayo et al *apud* Zani (2013, p.18) que:

As mulheres mesmo na velhice costumam dar continuidade as suas funções de cuidadoras, a exercer atividades domésticas e a ter uma relação mais próxima e comunicativa com familiares e com a comunidade vicinal.

Acredita-se que a menor incidência de suicídio entre as mulheres idosas esteja relacionada à performance dos vários papéis que o sexo feminino desempenha na sociedade, levando-a a ser mais flexível, em comparação ao homem, com os detrimientos do envelhecimento. As mulheres mesmo idosas mantêm-se como responsáveis do lar ou como referência para a família mesmo com o passar dos anos e chegada da velhice. Outro fator considerado de grande relevância na vida dos indivíduos idosos é o cultivo de amizades e de relacionamentos por ser considerado um fator protetivo de grande valia tanto contra a depressão quanto contra a ideação e efetivação da autodestruição. (BEESTON *apud* MINAYO E CAVALCANTE, 2010).

Um sentido de conectividade social e de participação na vida comunitária parece ser protetiva contra o suicídio em pessoas idosas. Portanto, o desenvolvimento de uma rede social de suporte para essas pessoas deveria ser definido como prioridade. Mas devemos alertar que a rede de relações pessoais e de amizade das pessoas idosas vem sendo cada vez mais substituída por serviços profissionais pagos. Isso pode ser problemático para eles. (BEESTON *apud* MINAYO E CAVALCANTE, 2010, p. 751).

Ainda para o mesmo autor, as percentagens de suicídio crescem com a idade e são um risco entre indivíduos deprimidos. O idoso com pensamento suicida carece de cuidados específicos e imediatos, há a necessidade de colocá-lo em segurança, retirando de seu alcance todos os objetos que possam ser utilizados para a autodestruição. O cuidado a pessoa idosa deve considerar o processo de envelhecimento e atentar às mudanças físicas e psicológicas em especial as doenças emocionais, que os mesmos ficam susceptíveis, advindas desse período.

É importante cultivar no idoso a sua importância para a sua família e comunidade como indivíduo participante e representante de uma função dentro do contexto social e a valorização do seu conhecimento advindo das experiências vividas.

2.1.4.3 A Demência em Idosos

Segundo Gorzoni e Pires *apud* Araujo e Nicoli (2010), a demência é uma inquietação psicológica que normalmente se apresenta na vida de milhões de idosos, podendo ser associada a doenças como Alzheimer ou a um Acidente Vascular Cerebral que aniquilam as células intelectivas (cerebrais).

A demência pode ser qualificada em dois grupos: degenerativas e não degenerativas.

As demências **não degenerativas** são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias.

As demências **degenerativas** têm sua origem predominantemente cortical, como a Doença de Alzheimer (DA); e subcortical, como a doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade. (GORZONI e PIRES *apud* ARAUJO e NICOLI, 2010, p.232)

Machado *et al.* e Caramelli & Barbosa *apud* Araujo e Nicoli (2010, p. 233) definem demência:

Como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas (linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas), com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo.

A demência é a progressiva degradação do desempenho cognitivo, ou seja, a habilidade de pensar. Os idosos que padecem de demência podem perder as suas competências a ritmos distintos. Baseados nos escritos de Araujo e Nicoli (2010) descrevemos os principais sinais de demência.

Perda de memória: repetir perguntas; guardar objetos num local (por vezes em espaços indevidos) e depois não lembrar-se onde guardou; não conseguir responder a determinadas questões; não lembrar de atividades que realizou no dia (que fez de manhã ou o que almoçou); não lembrar informação nova que lhe é comunicada; faltar a compromissos; não lembrar-se dos nomes de familiares e conhecidos.

Alterações de humor: a demência pode prejudicar as zonas do cérebro responsáveis pelo domínio dos sentimentos/emoções, o que pode levar a mudanças bruscas de humor (mudar de alegre e risonho para triste e chorão) em curto espaço de tempo.

Alterações de personalidade: modificar repentinamente seu comportamento, acontecendo a mostrar temor, aflição, insegurança, receio ou paranoia com tudo aquilo que está a ocorrer à sua volta. Estas mudanças comportamentais no idoso com demência podem vir acompanhada de comportamentos agressivos.

Sentido de desorientação: um idoso com demência pode perder a noção às mais diferentes circunstâncias – não lembrar-se de que dia da semana está; pode perder-se com facilidade, mesmo em lugares conhecidos; pode não reconhecer pessoas que fazem parte de sua vivência.

Descuido pessoal: descuidar a sua higiene pessoal, da alimentação, a sua casa e a maneira como vive.

Alteração dos padrões de sono: podem ocorrer mudanças nos padrões de sono usuais, ou seja, tende a cochilar várias ocasiões ao passar do dia e insónias à noite.

Falta de discernimento/raciocínio: se um idoso estiver a sofrer de demência, pode revelar-se inábil de fazer exatos raciocínios, especificamente no plano financeiro.

Afastamento: um idoso com sinais de demência pode tornar-se muito apático e isolar-se cada vez mais.

Dentre as referências sobre a demência na velhice, citamos os tipos de demência com o maior índice de ocorrência segundo Ramos *et al apud Araújo e Nicoli* (2010).

Demência por Corpos de Lewy (DCL) – É marcada por representações em que ocorrem “flutuações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas ou claras, vividas e recorrentes; com sintomas parkinsonianos leves”. (CARVALHO, 2000 *apud ARAUJO E NICOLI*, 2010, p. 235).

A demência por Corpos de Lewy, precisa ser bem diagnosticada pois muitas vezes a confundem com Parkinson, devido os sintomas semelhantes como a rigidez e distúrbio no caminhar.

Demência Frontotemporal (DFT) – O princípio dos indícios da demência acontece antes dos 65 anos.

É caracterizada por uma síndrome neuropsicológica marcada pela disfunção dos lobos frontais e temporais, associada geralmente à atrofia destas estruturas e com uma parcial preservação das regiões cerebral posterior. A DFT tem início insidioso e caráter progressivo, com um discreto comprometimento da memória episódica, mas com importantes alterações comportamentais, de personalidade e alterações na linguagem. As alterações comportamentais podem ser: isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais

de hiperoralidade, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, estereotipias motoras, exploração incontinida de objetos no ambiente, distrabilidade. (GALLUCCI et al. *apud* ARAUJO E NICOLI, 2010, p. 236).

Demência Vascular (DV) - considerada como a segunda maior causa de demência e apresenta relação mútua, aludindo a quadros demenciais causados pelas Doenças Cerebrovasculares, que podem ser considerados como potencializadores para a desenvolvimento das demências.

Estão associados a lesões tromboembolísticas, estados lacunares em lesões únicas de locais cerebrais, demências associadas a lesões extensas da substância branca, angioplastia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos. (ENGELHARDT *et al. apud* ARAUJO E NICOLI, 2010, p.237).

Doença de Alzheimer (DA) - é considerada a origem de maior prevalência na faixa etária pré-idoso e idoso, e seu avanço gradativo é notado com o envelhecimento da população. A Doença de Alzheimer “é representada por respostas cognitivas desadaptadas, devido a seu comprometimento cerebral extenso”. (LUZARDO, GORINI & SILVA *apud* ARAUJO E NICOLI, 2010, p.239).

O comprometimento cognitivo “é responsável pela perda da autonomia e capacidade decisória, além de afetar o funcionamento ocupacional e social de cada indivíduo”. (DOURADO; FORLENZA *apud* ARAUJO E NICOLI, 2010, p.239).

O diagnóstico das demências é realizado em apoios clínicos (história clínica, exames laboratoriais e de imagem, análise neuropatológico, caracterização do aspecto peculiar à avaliação neuropsicológica), necessitando os profissionais cuidar para o juízo crítico de uma categorização da enfermidade, podendo estar estes inclusos aos seguintes parâmetros:

POSSÍVEL - de curso atípico ou associado a outros fatores causais para demência.

PROVÁVEL - com distúrbio de memória associado a uma ou mais funções cognitivas afetadas.

DEFINIDA - cujos achados clínicos são confirmados com o exame anatomopatológico, conforme a topografia da demência. (MANSUR *et al. apud* ARAUJO E NICOLI, 2010, p.239).

As demências são resultantes de uma série de estressores genéticos e ambientais, que variam com o tempo, idade e cada indivíduo acometido.

2.1.5 Saúde Emocional na Velhice

Para Batistoni (2016), com o passar dos tempos e o crescimento da população idosa, despertou nos profissionais da saúde, em especial, a necessidade de uma atenção maior a essa classe populacional.

Um dos pontos abordados foi a atenção às emoções que anteriormente eram consideradas fenômenos humanos secundários, passou a ser preocupação central nas ciências comportamentais e cognitivas pelo reconhecimento, principalmente “de suas funções adaptativas e enquanto componente fundamental a cognição, aos comportamentos, à interação social e ao desenvolvimento psicológico geral”. (BATISTONI, 2016, p.353).

Ainda para o mesmo autor, as áreas da Psicologia do Envelhecimento e da Gerontologia tem proporcionado um diferencial a respeito do funcionamento emocional na velhice, assim como dos fatores pertinente aos modelos bem-sucedido de envelhecimento e das expectativas de melhoramento desse controle em ciclos avançados da vida.

O estudo realizado pela gerontologia tem revelado diferentes trajetórias tomadas pelas dimensões das emoções, e a manutenção de suas funções adaptativas básicas.

“Na velhice, torna-se ainda mais evidente a interação entre processos cognitivos e emocionais com vistas à manutenção do bem-estar e da qualidade de vida”. (MARQUEZ-GONZALES, IZAL, MONTORIO, & LOSADA, apud BATISTONI, 2016, p.354).

Segundo Batistoni (2016, p. 354) nem todos os sujeitos manifestam tais padrões emocionais normativos na velhice devido à influência de:

fatores de personalidade, da presença de estressores crônicos ao longo da vida ou das diminuições patológicas em reservas físicas e funcionais. Fatores sociais e macroestruturais do contexto do envelhecimento podem restringir o potencial emocional, manifestando-se na forma de estereótipos, mitos, restrições em oportunidades de participação e gerando quadros de abuso, negligência ou psicopatologias.

Na Psicologia e na Gerontologia, o termo “saúde emocional” tem sido utilizado, dentre outras formas, “para designar as habilidades do sistema emocional dos indivíduos em auxiliar nas tarefas de regulação e negociação com seu ambiente de forma adaptativa”. (HENDRIE et al. apud BATISTONI, 2016, p.354).

Portanto, saúde emocional na velhice converte-se, um conteúdo fundamental não só para o campo da pesquisa, mas também de ação prática nas áreas de assistência e intervenção em saúde física e mental em idosos objetivando sua promoção.

2.1.5.1 Resiliência: A Habilidade do Equilíbrio das Funções Psíquicas

O termo Resiliência nasce com a física e engenharia mecânica, ainda que seja um termo antigo, vem sendo debatido a, pouco mais de 30 anos na área da medicina e da psicologia. (FONTES, 2016)

“o conceito de resiliência acha-se inserido no contexto de envelhecimento bem-sucedido”. (FONTES, 2016, p. 36)

Na língua inglesa encontram-se duas definições, a primeira se refere a uma “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.; Resiliência de caráter”. A segunda como “a habilidade de uma substância retornar a sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade”. (Logman Dictionary of Contemporary English, 1995 apud CATHARIN; BELANCIERI, 2008, p.4).

A noção de Resiliência compete à composição do desenvolvimento psicológico, “e pode ser traduzida como a capacidade pessoal de enfrentar a adversidade, não no sentido de resistir, mas de ultrapassá-la com êxito superando-as”. (RALHA-SIMÕES apud CATHARIN; BELANCIERI, 2008, p.4).

Lindstrom apud Catharin; Belancieri (2008, p.5) ao conceituar a Resiliência considera três aspectos:

- 1) características individuais, como genética, fase de desenvolvimento, sexo, constituição e experiência de vida;
- 2) contexto, como o suporte social, classe social, cultura e ambiente;
- 3) a quantidade e a qualidade dos eventos de vida, como desejável, controlável, sua magnitude, duração no tempo e efeitos em longo prazo.

De acordo com Lindstrom apud Catharin; Belancieri (2008), para que o indivíduo seja avaliado resiliente, faz-se necessário que haja um bom senso, um ajuste entre os fatores de risco e de proteção. Assim os fatores de proteção são apresentados em três categorias: condições do próprio indivíduo, condições

familiares e condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente. Com relação os fatores de risco estão.

A pobreza crônica, temperamento difícil (tais como: mau humor, baixa tolerância à frustração, passividade, senso de inferioridade, comportamento destrutivo, autoestima negativa, cinismo e hostilidade, habilidade de comunicação pobre, depressão, tentativa de suicídio e abuso de álcool e drogas), exposição a eventos estressantes ou traumáticos de vida e características ambientais (estruturas rigidamente organizadas e estruturas muito desorganizadas). (LINDSTROM apud CATHARIN; BELANCIERI, 2008, p.5).

Embora dos fatores de proteção e risco proporcionarem predicados bem definidos e claros, o indivíduo que coexiste com fatores de risco não deixa de ser resiliente, mas o modo como enfrenta tais riscos. Junqueira e Deslandes *apud* Catharin; Belancieri (2008, p.5) citam:

Que essa capacidade pode ser desenvolvida a partir das relações que estabelecem vínculos afetivos e de confiança, porém, desenvolver a Resiliência não significa que a pessoa superou todas as vivências traumáticas, podendo ser resiliente em algumas situações e não em outras.

Os riscos psicológicos alteram conforme as conjunturas da vida e tem distintas repercussões, dependendo de cada indivíduo. “É preciso identificar que processos ou mecanismos influenciaram um determinado ponto da história de cada pessoa”. (YUNES e SZYMANSKI apud CATHARIN; BELANCIERI, 2008, p.5).

Flach apud CATHARIN; BELANCIERI, 2008, p.6), evidencia algumas peculiaridades da pessoa tida como resiliente, a qual denomina de personalidade resiliente:

- Ter forte e flexível senso de autoestima;
- Independência de pensamento e ação, sem medo ou relutância de depender dos outros;
- Habilidade para dar e receber nas relações interpessoais, e um grupo estável de amigos pessoais, incluindo um ou mais que sejam confidentes;
- Alto nível de disciplina pessoal e de responsabilidade;
- Reconhecimento e desenvolvimento de seus próprios talentos;
- Abertura e receptividade a novas ideias;
- Disposição para sonhar; grande variedade de interesses;
- Apurado senso de humor;
- Percepção de seus próprios sentimentos e dos outros, bem como a capacidade de comunicá-los de forma adequada;
- Capacidade de tolerar o sofrimento;

- Concentração e forte compromisso com a vida em que as experiências pessoais possam ser interpretadas com significado e esperança, até mesmo nos momentos mais obscuros da existência.

Dessa forma, em Nygren et. Al apud Fontes (2016), a Resiliência refere-se a processos que ocorrem na presença do risco, produzindo maior adaptação e flexibilidade interna, obtendo melhor resposta em outras situações de risco. Essas novas ações distinguem a competência de resiliência, de modo a que o sujeito seja persistente, não se anulando, mas se auto superando perante os desafios psicológicos e sociais transformáveis, e também que tenha a flexibilidade imperativa para suas recuperadas formas de desempenho na sociedade.

A resiliência na velhice abrange conteúdos, como:

- 1) Sentir-se competente, mesmo aceitando a ajuda dos outros;
 - 2) Olhar para o lado luminoso da vida, sem esconder o lado sombrio;
 - 3) Ser ativo, mas, também, relaxado;
 - 4) Ser o mesmo, ainda que com nova aparência;
 - 5) Viver conectado ao presente, mas, também, ao passado e ao futuro.
- (NYGREN et al. apud FONTES, 2016, p. 37)

Dessa maneira o idoso conquistará uma adaptação positiva e a continuidade aos processos de adequação e desenvolvimento do organismo, constituindo-se a resiliência uma ponte entre os processos de enfrentamento e a adaptação e o desenvolvimento.

Erikson *apud* SILVA (2009, p. 10) apresenta a velhice como “a fase onde acontece espontaneamente o julgamento do que foi vivido, com a inteligência para compreender de que não é possível modificar muitos fatos que já ocorreram”.

É uma ocorrência real que a cutis já não tem a própria elasticidade, que os olhos não têm mais a mesma potência, que enxergam menos, que dentes e ossos tornam-se mais delicados e/ou quebradiços, e que se o idoso ficar apegado a esses danos haverá muita insatisfação, conflito pessoal ou depressão.

Ele considera que se o idoso puder preservar sua identidade e ajustar-se às alterações pessoais e sociais poderá satisfazer seus desejos, com maior paciência para com as circunstâncias da vida conquistando, como consequência de toda experiência vivida, o dom da sabedoria. De tal modo, quando o idoso conseguir aceitar a concretude da vida no seu processo natural, tornar-se-á capaz de desenvolver a Resiliência.(ERIKSON *apud* SILVA, 2009)

2.1.5.2 Controle e Gerenciamento das Emoções

Segundo Oliveira, Pasian, Jacquemin (2010), as emoções, tais como a alegria, a felicidade e a tristeza, estão fortemente ligadas à dimensão psíquica, à personalidade, ao otimismo, à resiliência, ao reconhecimento e à presença de altos números de emoções positivas.

O processo de envelhecimento tem sido considerado historicamente através de duas fortes e opostas perspectivas: uma que o reconhece como a etapa final da vida, a fase do declínio que culmina na morte; outra que o concebe como a fase da sabedoria, da maturidade e da serenidade. (OLIVEIRA; PASIAN; JACQUEMIN, 2000, p. 1).

Menninger apud Oliveira, Pasian, Jacquemin (2000) considera a velhice como mais um dos processos adaptativos presentes na da vida do ser humano. Segundo este autor, essa fase, como as fases anteriores, abarcaria uma elaboração de perdas, uma adaptação às mudanças e um reafirmar da identidade, muito parecida ao que já aconteceu durante a juventude.

A vulnerabilidade psicológica reduz ao passar da vida podendo ser interpretada como “um aumento da capacidade de adaptação dos mais velhos, mesmo em face das adversidade e perdas, que caracterizam a última fase da vida”. (GATZ apud FONTES, 2016, p. 39).

Para Kessler e Staidinger apud Fontes (2016, p.39) “a redução da vulnerabilidade psicológica associa-se à capacidade de regular as emoções, que vem sendo apontada como um dos componentes centrais da resiliência”.

Fontes (2016) apresenta resumidamente as principais características da regulação emocional no idoso:

- Idosos podem sentir as mesmas emoções que um adulto jovem. A qualidade daquilo que é experienciado não se modifica na velhice.
- Há um aumento da ativação da amígdala (responsável pelo processamento da emoção) diante de imagens positivas em relação às negativas.
- Os idosos exibem um viés de positividade, ou seja, suas lembranças comportam mais estímulos positivos do que negativos. Além disso, reconstróem suas memórias de maneira mais positiva.
- A resposta emocional do idoso caracteriza-se pela complexidade, onde se combinam emoções positivas e negativas, tornando-se mais branda e acomodativa.
- A velhice é associada a poucos estressores, redução de afetos negativos, menores níveis de ansiedade e depressão maior, maior satisfação com a vida e mais otimismo.

- Aqueles com depressão, ansiedade e maior neuroticismo têm maior dificuldade para regular suas emoções.
- A regulação emocional e os processos cognitivos são processos relacionados, tais como Acidente Vascular Cerebral – AVC e depressão, onde a capacidade de regular as emoções encontra-se prejudicada, ou no declínio cognitivo e redução do efeito da positividade, onde os déficits cognitivos e redução do efeito da positividade, onde os déficits cognitivos podem contribuir para uma visão mais negativa da realidade. (FONTES, 2016, p. 39-40).

Durante o processo do envelhecimento humano as pessoas têm alegrias, tristezas e perdas, bem como reações similares a elas e utilizam estratégias diferenciadas para lidar com as situações, dependendo de suas experiências prévias, sua idade, história de vida, cultura e seu grau de espiritualidade.

As emoções são reconhecidas como ações processuais do organismo mediante estímulos positivos e negativos. São consideradas reações globais e inatas aos indivíduos e cada uma possui uma especificidade no evento. (GLEBER apud ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2012)

“As emoções são sentimentos fortes e generalizados, respostas humanas resultantes da interação com o universo interior e exterior na forma de estímulos/motivações vivenciados nos âmbitos intelectuais e sensoriais”. (GLEBER apud ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2012, p. 106).

A resiliência é considerada como a habilidade de controlar as emoções e enfrentar os infortúnios, ligado a múltiplos termos utilizados na gerontologia, dentre eles o envelhecimento bem-sucedido e o bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida e a auto avaliação de saúde. Charles e Carstensen apud Fontes (2010 p.40) exemplificam que:

traços psicológicos como alta extroversão e baixo neuroticismo¹ são fortes preditores de bem-estar subjetivo e emoções negativas, como hostilidade, raiva, ansiedade, e depressão também predizem baixos níveis de bem-estar subjetivo.

Para Baltes apud Fontes (2016), o desenvolvimento humano, oscila entre perdas e ganhos, abrangendo componentes da biologia e da cultura. Descreve três princípios para explicar essas oscilações:

Plasticidade e o potencial biológico decrescem com a idade (capacidade cognitiva);

¹ Neuroticismo: é um termo que indica indivíduos que, no longo prazo, possuem uma maior tendência a um estado emocional negativo. Pessoas com perfil neuroticista possuem maior inclinação aos estados depressivos? sofrem com sentimento de culpa, inveja, raiva e ansiedade de forma mais acentuada? (Dicionário inFormal, 2016).

Estabilidade e o acréscimo caracterizam a outra face do desenvolvimento, incluindo os recursos sociais, psicológicos, materiais e simbólicos que os humanos geram e que são transmitidos através de gerações, significando níveis mais acurados de funcionamento e linguagem e envolvem os diferentes artefatos da cultura, entre elas as tecnologias de saúde, que permitem o aumento da expectativa de vida.

Autorreflexão e de agência constituem os recursos-chave para a reconstituição, a manutenção e, às vezes até mesmo a adaptação. (BALTES apud FONTES, 2016, p. 34-35).

De acordo com o autor supracitado, para ocorrer o equilíbrio da aceitação, das perdas e ganhos, proporcionando um envelhecimento bem-sucedido, o modelo de Seleção – Otimização e Compensação – SOC, indica que, no decorrer da existência, o desenvolvimento bem-sucedido pode ser assinalado por uma tática de otimização seletiva com compensação.

2.1.6 Qualidade de Vida na Velhice

Para Diener, Suh, Lucas e Smith apud Carneiro (2011), por longo tempo, a qualidade de vida foi medida através de indicadores econômicos ou sócio demográficos (chamados de indicadores objetivos) que referiam apenas as condições de vida dos indivíduos. Na atualidade, foram incluídos os indicadores subjetivos, que abarcam critérios de avaliação pessoal do bem-estar e satisfação com a vida.

A inclusão dos indicadores subjetivos é fundamental para a avaliação da qualidade de vida, já que os indicadores socioeconômicos descrevem apenas as condições de vida de uma pessoa, por meio de variáveis demográficas e econômicas, não avaliando, portanto, o nível de satisfação em relação a estas condições. (DIENER, SUH, LUCAS e SMITH apud CARNEIRO, 2011, p 626)

Nos dias atuais, a qualidade de vida é apontada como o conhecimento do indivíduo em sua atual circunstância de vida, no âmbito da cultura e sobretudo dos normas de valores onde convive e, também, é posta em destaque a afinidade entre suas finalidades, suas esperanças, seus padrões e suas apreensões. (WHO, 1995).

Nos estudos realizados por Fleck et al. apud Carneiro (2011, p. 625), identificaram como sendo importantes para a qualidade de vida os seguintes fatores:

(1) saúde, (2) sociabilidade, (3) suporte social, (4) atividade física, (5) possibilidade de dar suporte e apoio e (6) sentimento de utilidades. Por

outro lado, os participantes responderam como fatores que prejudicam a qualidade de vida: (1) não ter permissão para ajudar, (2) problemas de saúde, (3) falta de oportunidades de trabalho, (4) falta de respeito para com os idosos, (5) falta de atenção aos sistemas de saúde e educação, (6) falta de senso de humor, (7) doença, (8) dor, (9) ansiedade, (10) problemas no casamento, (11) não ter um bom relacionamento com a família, (12) falta de atenção e amor e (13) dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos.

No estudo de Fleck et al. apud Carneiro (2011) é destacada a importância científica e social de se investigar as condições que influenciam o bem-estar no envelhecimento e os fatores que são associados à qualidade de vida de idosos, com o intuito de criar alternativas de intervenção e oferecer ações e políticas na área da saúde, tendo como objetivo criar e buscar alternativas de intervenção à população que envelhece.

Corroborando, Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques *apud* Carneiro, (2011, p. 626) em seus estudos mostram que a qualidade de vida do idoso.

Está relacionada aos seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde. Uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão tem sido apontado por diversos autores.

Segundo Carneiro (2011) em estudos gerontológicos, o bem-estar e a qualidade de vida na velhice são conceitos complexos, multifatoriais, e contêm diferentes variáveis, conexas tanto às dimensões individuais quanto grupais da ação de envelhecer.

A qualidade de vida, dentre tantas definições também pode ser compreendida 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, padrões e preocupações” (FLECK & Cols., apud CARNEIRO 2011, 627). A partir desta definição, é plausível defender que os indicadores objetivos não concebem inteiramente a experiência de qualidade de vida dos indivíduos.

Assim sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS,

Qualidade de vida sentença a percepção de que os indivíduos têm e se suas necessidades estão sendo cumpridas ou, ainda, que lhes estão sendo recusadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto realização - profissional ou pessoal - com autonomia de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS *apud* CARNEIRO, 2011 p 626).

Para Próspero *apud* Silva (2009, p.31):

A qualidade de vida implica em elevar o grau de consciência das pessoas em relação a tudo que interage em suas vidas, desde o exercício da cidadania até a plena consciência do sentido da vida. Diz ainda, [...] é o fator chave para o total exercício da liberdade com responsabilidade.

A partir de inúmeras leituras sobre a percepção de qualidade de vida, a que mais se aproxima com a definição de qualidade de vida conceituada pelos idosos e com o objetivo deste trabalho foi a de Paschoal (2000, 2002 e 2006) que conceitua qualidade de vida a partir da subjetividade humana. Esta concepção remete ao entendimento de que qualidade de vida é algo muito particular de e para cada ser humano – um conceito subjetivo por natureza, assentado em sua vida cotidiana que se apresenta, dependendo também da época, da condição e percepção sobre a vida que cada um tem de sua vida.

Para Berger e Luckmann *apud* Silva (2009, p. 31), "como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente". Correlaciona-se a um estilo de vida saudável, que difere de pessoa para pessoa, na dimensão espaço-tempo.

Minayo et al. *apud* Silva (2009, p. 31) interpreta qualidade de vida da seguinte forma:

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A partir de tais concepções sobre qualidade de vida, percebemos o quanto é complexo e contraditório chegar a um consenso do que seria qualidade de vida para o ser humano. Nesse sentido, no próximo item se abordará a questão Qualidade de Vida na Velhice, resgatando concepções acerca do tema e a importância deste aspecto ao idoso.

Estudos realizados por Pereira *apud* Carneiro (2011, p. 626), corroboram com os estudos citados mostram que:

a avaliação da qualidade de vida implica não somente a consideração do bem-estar objetivo, isto é, das condições de vida da pessoa, mas também do bem-estar subjetivo, ou seja, do modo pelo qual as pessoas percebem os diversos domínios de sua vida”.

Nessa perspectiva, o termo bem-estar subjetivo aparece como um importante indicador de qualidade de vida

As pesquisas de Guedea e cols. apud Carneiro (2011, p. 627), ajudam a confirmar que

O bem-estar subjetivo está relacionado a um envelhecimento mais saudável, considerado um referente de saúde mental e também sinônimo de felicidade, adaptação e relação social. Constatou-se, também, que o bem-estar subjetivo se associa negativamente com sintomas depressivos e doenças físicas.

Nesse sentido, inúmeros estudos estão sendo efetivados nas últimas décadas com a finalidade de delinear os distintos fatores que intervêm no bem-estar subjetivo na senilidade.

Enfim, qualidade de vida pode ser entendida e percebida de maneiras diversas, principalmente pelos idosos, que nesta etapa da vida passam por inúmeras limitações.

2.2 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada obedecendo aos princípios éticos e legais de acordo com a instituição acadêmica Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e com os parâmetros do curso de Psicologia.

O presente trabalho de conclusão de curso teve sua natureza de pesquisa praticada através de dados qualitativa. Oliveira (2005, p.40) define abordagem qualitativa

Entre os mais diversos significados, conceituamos abordagem qualitativa ou pesquisa qualitativa como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação.

Essa pesquisa caracteriza-se como de natureza qualitativa, pois foram apresentados os estudos bibliográficos de pesquisadores. Segundo Gerhardt; Silveira (2009 p. 32) “à pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc”. Este método de pesquisa é uma forma do pesquisador coletar informações aprofundadas e imprevisíveis, mas, de grande significado para a pesquisa.

Esta pesquisa apresentou um caráter bibliográfico, realizada através da coleta de materiais disponíveis em livros, revistas, artigos científicos e sites eletrônicos.

Segundo Barros e Lehfel (2000, p. 70), “A pesquisa bibliográfica é a que se efetua para resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações advindas de material gráfico, sonoro e informatizado”.

Em linhas gerais a pesquisa bibliográfica é um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes. Ela abrange: publicações avulsas, livros, jornais, revistas, vídeos, internet, etc. Esse levantamento é importante tanto nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, bem como aqueles inteiramente baseados em documentos. (BONI; QUARESMA 2005,p.71)

Optou-se pela pesquisa bibliográfica, pelo fato de que buscam uma abordagem do fenômeno pelo levantamento de informações que poderão levar o pesquisador a aprofundar conhecimentos sobre e a descrever o fenômeno estudado.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, onde para Gerhardt; Silveira (2009), exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Já Dalfovo; Lana; Silveira (2008) ressaltam sobre a pesquisa descritiva o estando dentro de análises quantitativas e qualitativas, quando há um levantamento de dados e o porquê destes dados.

Conforme Gerhardt; Silveira (2009, p.67)“ é essencial determinar qual será a principal fonte das informações a serem coletadas. A unidade de análise pode ser uma pessoa, um grupo, uma empresa, uma sala de aula, um município”. Segundo Marconi e Lakatos (2006, p.27), “a amostragem é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Independentemente do âmbito da análise, precisamos saber quais os sujeitos da pesquisa. A escolha de quem vai ser estudado mantém uma relação estreita com dois aspectos principais: 1) até que ponto queremos generalizar ou concluir algo para um pequeno grupo ou para uma população maior; e 2) quantos casos, indivíduos, unidades de observação precisam ser estudados para que os resultados sejam considerados ‘científicos’. As técnicas de amostragem permitem reduzir o número de sujeitos numa pesquisa, sem risco de invalidar resultados ou de impossibilitar a generalização para a população como um todo. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.68).

A pesquisa exploratória realizada observou os impactos e efeitos na qualidade do universo da humanidade, tendo como amostra (população) específica, determinada pela faixa-etária da terceira idade que melhor se delimitar ao assunto investigado.

Portanto, este trabalho utilizou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de enfoque exploratório bibliográficos, que possibilitaram a compreensão deste universo que está cada vez mais populoso de pessoas idosas. Os estudos realizados pautaram-se na prevenção e promoção da saúde emocional do idoso.

2.1.3 ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa científica deve-se obter um levantamento de dados para que esta possa apresentar um resultado, de maneira que, estes dados sirvam de subsídio ao grupo científico e a sociedade em geral. Após a efetivação do estudo teórico, foi possível compilar os dados e proceder à análise qualitativa, visando atingir os objetivos propostos. Estes dados foram analisados descritos e comentados em forma textual.

Na realização do presente trabalho buscou-se pesquisar os vários fatores que contribuem para a saúde mental no envelhecimento, proporcionando qualidade de vida na Terceira Idade.

Conforme Gerhardt; Silveira (2009), “a análise tem como objetivo organizar os dados de forma que fique possível o fornecimento de respostas para o problema proposto”. As análises dos dados se produziu a partir do agrupamento dos referenciais obtidos por todos os teóricos a cima descritos, cada um com o seu parecer sobre as vantagens e desvantagens do envelhecimento humano, e da importância de promover políticas de prevenção e promoção da saúde emocional para os idosos.

Segundo Zimmermann apud Andrade (2010), essas alterações psicológicas podem implicar em problemas de adaptação com novos papéis, ausência de motivação e dificuldades de projetar o amanhã, depressão, suicídio, baixa alta imagem e autoestima, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas afetivas e sociais, ainda afirma que:

Assim como as características físicas do envelhecimento, o caráter psicológico também está relacionado com hereditariedade, a história e com atitude de cada indivíduo. Sendo assim indivíduos mais saudáveis e otimistas tem mais condições de adaptarem-se as transformações trazidas pelo envelhecimento. São mais propensas a verem a velhice como um tempo de experiência acumulada, liberdade para assumir novas ocupações. (ZIMERMANN apud ANDRADE, 2010 p.13).

Paschoal *apud* Herculano et.al,(2011, p. 2) defende que a negligência entorno da depressão na terceira idade “... significa manter uma causa importante de sofrimento humano, um fator de risco de morbidade em geral e de suicídio em particular...”.

Proporcionando qualidade de vida após a tão sonhada aposentadoria, que quando chega para o idoso, quase sempre vem acompanhada de frustrações e

desesperanças, pois na grande maioria a resiliência não foi trabalhada ao longo da vida, agora não sabem lidar com as perdas que tiveram com o passar dos anos, e ainda tem muitos anos pela frente para ficarem remoendo o que passou. Onde muitas vezes corpo e mente não andam juntos, a idade cronológica chega antes no corpo, é sentida antes na pele e muito depois na mente. Todavia, não conseguem elaborar o luto pela perda da juventude, da beleza e do vigor.

Diante de todas essas considerações, pode-se dizer que, em síntese, a dimensão subjetiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjetivo, manifesta-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais.

Embasados nos estudos apresentados pode-se dizer que, é preciso fortalecer os serviços de promoção e proteção dos direitos das pessoas a saúde física e especialmente mental, para que tenham sabedoria ao fazerem suas escolhas e ter posição para enfrenta-las com bom animo, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais eles vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, para que tenham boa estrutura, autonomia e informações que possibilitem a superação das barreiras de acessibilidades, impostas ao idoso.

Com isso, poderemos contribuir no campo das relações e treinos de habilidades sociais, como uma das formas em que a psicologia pode colaborar com a saúde mental, e o bem-estar objetivo e subjetivo dos seres humanos em seus processos de desenvolvimento pessoal.

3 CONCLUSÃO

Através dos dados coletados junto aos autores que fizeram parte deste trabalho podemos entender envelhecimento como um processo ativo e progressivo. Pois começamos a envelhecer a partir do momento em que nascemos, cada dia que vivemos é um dia a menos de juventude.

Processo que em seu desenvolvimento ocorrem alterações corporais e psicológicas, causando problemas emocionais tão devastadores quanto às fisiológicas, que podem levar ao detrimento da habilidade de adaptação do indivíduo quanto ao reconhecimento de si próprio, das pessoas que hoje o cercam, do meio em que vive, do meio ambiente, da diminuição da capacidade funcional e laboral, promovendo a fragilidade e a incidência de processos patológicos como exemplo: a depressão e ansiedade.

Na atualidade, concebe-se duas maneiras diversas de envelhecimento, o comum e o bem-sucedido. No envelhecimento comum os fatores extrínsecos imperam sobre os efeitos desfavoráveis que acontecem com o passar dos anos, que tem uma origem ou causa externa. É a visão que a pessoa tem sobre a realidade vivida, a negatividade, a conformidade que se está velho e que tudo acabou, que às vezes demonstram distorções cognitivas. Enquanto no envelhecimento bem-sucedido o sujeito elabora melhor seus problemas atuais, mudanças de comportamentos, seus desejos, motivações, ganhos e perdas, estariam ligados aos fatores intrínsecos que são internos e constitutivos no decorrer da vida.

A velhice é cercada por períodos de meditação, de análises críticas dos resultados da forma que o indivíduo interpretou sua existência, especialmente do acontecido que, quando não foi satisfatório, pode propiciar sentimento de impotência, rejeição e de culpa provocando comprometimentos emocionais no idoso.

Acreditamos ser imprescindível a promoção da Resiliência não apenas nesta fase final do desenvolvimento, mas desde a tenra idade, no decorrer de toda a vida, para que possamos chegar a esta última fase da vida mais saudáveis emocionalmente, porque fisicamente teremos nossas limitações e impotências.

Acreditamos ainda que esse processo não ocorre apenas de forma individual, sendo assim, deveríamos entendê-la como um processo de resolução da adversidade, regado na responsabilidade social e política da real necessidade dos indivíduos em desvantagem, em especial os idosos.

Enquanto profissionais da saúde, percebemos a necessidade de uma intensificação dos estudos sobre a relação saúde e Resiliência no processo de envelhecimento, suscitando dados mais específicos sobre a saúde emocional do idoso, bem como informações que nos permitam uma análise qualitativa mais densa, permitindo dessa forma, implementar programas preventivos e interventivos na promoção de saúde e qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

ADEB – **Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares**. Disponível em <http://www.adeb.pt/>. Acessado em setembro de 2016.

ANDRADE. Velhice: **aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2010. www.portaldoenvelhecimento.org.br. Acessado 30/11/16

ANGST, Rosana. **Psicologia e Resiliência: uma revisão da literatura**. Disponível em www.2.pucpr.br Acessado em setembro de 2016.

ARAUJO, Claudia Lysia de O; NICOLI, Juliana Silva. **Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira**. In. Revista Kairós Gerontologia, 13, junho 2010, p. 231-244. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/> Acessado em setembro de 2016.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFILD, Neide aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia: guia para iniciação científica**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares. **Saúde emocional na velhice**. In **Terapias cognitivo – comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 353 – 374.

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. **Constituição federal da república**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BONI; Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema; **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**; Revista Eletrônica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80 www.emtese.ufsc.br. Acesso em 28/11/16.

CARNEIRO, Rachel Shimba. **Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na terceira idade**. In. Polemica. V 10, n4. Out/dez 2011. p. 624-630. Disponível em www.e-publicacoes.uerj.br. Acessado em setembro de 2016.

CATHARIN, Liriane Cristina; BELANCIERE, Maria de Fátima. **Resiliência e saúde na terceira idade**. In. II Simpósio Internacional de Linguagens Educativas: Perspectivas Interdisciplinares na Atualidade. Bauru/SP: 2008.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008. (21/11/16)

FERREIRA, Heloisa Gonçalves; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. **Terapia cognitivo- comportamental para idosos com depressão**. In **Terapias cognitivo – comportamentais com idosos**. Novo Haburgo: Sinopsys, 2016. p. 261 – 285.

FONTES, Arlete Portella. **Desenvolvimento na velhice: fundamentos para psicoterapeutas.** In **Terapias cognitivo – comportamentais com idosos.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 25-54.

FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José G. NEUFELD, Carmem Beatriz. **Terapias cognitivo – comportamentais com idosos.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

FUNK, Jessica. **A plasticidade cerebral está totalmente interligada ao processo de repetição de estímulos.** 2015. Disponível em www.mundodapsicologia.com.br. Acessado em agosto de 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo; **Métodos de pesquisa;** coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOLDMAN, Sara Nigri; FALEIROS, Vicente de Paula. **Percepções sobre a velhice.** 2008. In. Organização Mundial da Saúde – Brasil. Disponível em www.brasil.campusvirtual.org Acessado em agosto de 2016.

HERCULANO, Thuany Bento et al. **Depressão e suicídio na velhice: o idoso em sua dimensão biopsicossocial.** 2011. Disponível em www.inicepg.br. Acessado em setembro 2016.

INTERATIVA SAÚDE. Disponível em <http://interativasaude.com.br/saude-emocional/> Acessado em Agosto de 2016.

Longevidade / Centro Internacional de Longevidade Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em <http://ilcbrazil.org/> Acessado em agosto de 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** São Paulo: Atlas Ed, 2006.

MARTINS, Sidineia Boiko. AGUIAR, Joana Ercilia. **Depressão na Terceira Idade: a depressão é mais comum no idoso, porquê? como sair dela?.** In. Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Jan/jun/2006 v11 nº 1, pp. 101 – 113. Disponível em www.docplayer.com.br Acessado em Agosto de 2016.

MEIRELES, Jacqueline. **Tudo começa a partir da aceitação.** Disponível em www.psicologiaemanalise.com.br Acessado em outubro, 2016.

MELO, Larissa Sarate. **Depressão na terceira idade.** 2013. Disponível em www.psilogado.com . Acessado em setembro de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Suicídio em pessoas idosas: revisão da literatura.** 2010. In. Revista de Saúde Pública, v.44, nº 4 p. 750 – 757. Disponível em www.scielo.br. Acessado em outubro de 2016.

MUNHOZ, Fabio. **Resiliência**. Disponível em www.psicologiapositiva.com.br
Acessado em setembro de 2016.

NOGUEIRA, Adria Tayna Lima. **A intervenção fisioterapêutica na manutenção de um estilo de vida ativo no idoso**. 2013. Disponível em www.portalbiocursos.com.br
Acessado em setembro de 2016.

OLIVEIRA, Érika Arantes; PASIAN, Sonia Regina, JACQUIEMIN, Andre. **A vivência afetiva em idosos**. 2000. In. Revista Psicologia: ciência profissão, vol.21.n1,2001. Disponível em www.scielo.br/scielo.php. Acessado em setembro de 2016.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SBie - **Sociedade brasileira de inteligência emocional**. Disponível em www.sbie.com.br/blog/danielgoleman Acessado em Setembro de 2016.

SEGRE, Marcio; FERRAZ, Flavio Carvalho. **O conceito de saúde**. In Revista Saúde Pública, v 31 nº5, 1997. Disponível em www.scielo.br Acessado em setembro de 2016.

SILVA, Caroline Hepp da. **Crise na saúde mental: visão da equipe multiprofissional**. 2013. Disponível em www.univates.br. Acessado em Agosto de 2016.

SILVA, Lorena Claudia de Carvalho. **Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico**. In Revista Kairós Gerontologia - Online. Junho 2012. P 119-140

SILVA, Raquel Oliveira da. A efetivação do estatuto do idoso em uma sociedade de contrastes.2008. Disponível em www.ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/114
Acessado em Setembro de 2016.

SILVA, Vanessa. **Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC – Estreito**. 2009. Disponível em: <https://es.scribd.com/>. Acessado em setembro de 2016

WHO, **Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**.2005. Disponível em www.ilcbrazil.org. Acessado em agosto de 2016

WHO, **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005. Disponível em www.dms.ufpel.edu.br/ Acessado em agosto de 2016.

VICINI, Giulio. **Envelhecimento, plasticidade do cérebro e saúde**. Disponível em www.absh.com.br Acessado em setembro de 2016.

ZANI, Andressa. **Suicídio em idosos no Brasil 2005 - 2010**. 2013. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/> Acessado em setembro de 2016.

ZENEVICZ, Leoni Terezinha; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valeria Silvana Faganello. **O vivenciar da espiritualidade nas alegrias e tristezas experienciadas no processo de envelhecimento e atitudes tomadas frente a elas.** In RBCEH, Passo Fundo v.9 n 1, p. 98 – 108, jan/abr. 2012. Disponível em <http://seer.upf.br/>. Acessado em setembro de 2016.