

Envelhecimento ativo e apoio social entre homens participantes de um Centro de Convivência para Idosos

*Active aging and social
support among men participating in a Living
Center for the elderly*

Lilian Maria Borges Gonzalez
Eliane Maria Fleury Seidl

RESUMO: O estudo levantou o perfil de treze homens integrantes de um Centro de Convivência para Idosos, visando a verificar suas estratégias pessoais e recursos sociais para uma velhice ativa. Os idosos, mediante entrevistas, revelaram engajamento em atividades físicas, instrumentais e intelectuais, mas baixa participação em programações culturais e recreativas. Houve evidências de apoio familiar e de poucas barreiras aos cuidados com a saúde. Conclui-se que homens idosos podem ser bons cuidadores da própria saúde.

Palavras-chave: Idosos; Homens; Envelhecimento ativo.

ABSTRACT: *The study raised the profiles of thirteen male members of a Living Center for Seniors in order to verify their personal strategies and social resources for an active old age. Through interviews, the elderly revealed engagement in physical, instrumental and intellectual activities, but low participation in cultural and recreational programs. There was evidence of family support and few barriers to health care. We conclude that elderly men can be good caretakers of their own health.*

Keywords: *Elderly; Men; Active Aging.*

Introdução

O estudo de fenômenos relacionados à velhice tem obtido significativo progresso nas últimas décadas, fruto do investimento de pesquisadores e profissionais de diversas áreas do conhecimento, que têm se debruçado sobre a complexa, mas instigante, tarefa de compreender seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Este panorama que ora se configura está relacionado, em parte, a importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população mundial, com constatação da elevada e crescente expectativa de vida em anos recentes. O padrão etário mais envelhecido acarretou a necessidade de buscar soluções criativas e viáveis para oferecer a essa parcela da população condições qualificadas para o prolongamento da vida, com preservação da saúde e melhor assistência em caso de doenças (Rodrigues, & Rauth, 2002; Veras, 2009).

Inúmeros brasileiros têm envelhecido em condições adversas e chegam, à velhice, acometidos por um ou mais agravos à saúde, que podem representar uma ameaça potencial à capacidade funcional (Rabelo, & Neri, 2005). O contexto de precariedades e de desigualdades sociais em que tem ocorrido o rápido aumento do quantitativo de idosos no Brasil clama, por conseguinte, pela busca de alternativas e pela realização de políticas públicas e medidas urgentes para lidar com o novo perfil da população. Sem condições adequadas de independência e saúde para os idosos, o aumento da longevidade, ao invés de se caracterizar como uma conquista da sociedade, pode se tornar um problema sério a ser resolvido (Chaimowicz, 1997; Veras, 2009). Nessa perspectiva, tornam-se importantes ações amplas e efetivas para promover o envelhecimento saudável e manter a independência dos idosos.

De acordo com as políticas e leis brasileiras aplicáveis à temática do idoso, as pessoas que alcançam uma vida longa devem ter asseguradas oportunidades de crescimento e de realização pessoal, preservação da autonomia e da capacidade para realizar atividades diárias, relacionamentos sociais satisfatórios, ausência ou controle de agravos à saúde, acesso à justiça, além da possibilidade de usufruir de condições adequadas de moradia, transporte e acesso a cuidados de saúde (Brasil, 2003; 2006).

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de ações diversas dirigidas a essa faixa da população. Nesse cenário, vários programas sociais têm sido realizados, junto a idosos, em instituições públicas e privadas, incluindo universidades, com o propósito de oferecer-lhes atividades orientadas para a promoção da saúde (Assis, Hartz, & Valla,

2004; Borges, Bretas, Azevedo, & Barbosa, 2008). Os projetos de Universidade Aberta a Terceira Idade (UNATIs), por exemplo, têm criado espaços para propiciar-lhes atividades variadas de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde, ao mesmo tempo em que possibilitam pesquisas e colaboram na formação de profissionais de diferentes áreas (Cervato, Derntl, Latorre, & Marucci, 2005; Veras, & Caldas, 2004). A proposta é ajudar os idosos a manterem-se ativos e saudáveis, com maior autonomia, e assegurar o direito ao lazer, à informação e à educação.

No entanto, as mulheres têm participado mais ativamente dos projetos sociais ofertados para os idosos, representando a maioria esmagadora dos seus favorecidos (Borges, *et al.*, 2008; Carvalho, Fonseca, & Pedrosa, 2004; Cervato, *et al.*, 2005; Santos, & Dias, 2008). Presume-se que a menor participação de homens em programas educativos, assim como em serviços primários de saúde, seja devido em grande parte a questões culturais, considerando que, na socialização dos homens, os cuidados com a saúde têm sido pouco enfatizados (Couto *et al.*, 2010; Lunenfeld, 2002; Schraiber, Gomes, & Couto, 2005). Além disso, os homens tendem a apresentar maior dificuldade do que as mulheres para verbalizar suas emoções e necessidades, à medida em que temem que isso possa ser interpretado como demonstração de fraqueza (Figueiredo, 2005).

Parece existir uma lacuna entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde, sobretudo em atenção primária (Couto *et al.*, 2010; Fletcher, Higginbotham, & Dobson, 2002; Lima Júnior, & Lima, 2009). Figueiredo (2005) destaca a identificação das necessidades dos homens como uma condição importante para que se possa contribuir para uma prática cotidiana mais saudável por parte destes e oferecer-lhes estratégias especiais de assistência que resultem em um melhor acolhimento das suas diferentes demandas e anseios.

Não obstante, defende-se que, igualmente às mulheres, os homens idosos podem obter inúmeros benefícios da participação em projetos sociais, tanto no que se refere à maior socialização e ampliação da rede de suporte social, como à possibilidade de obterem novas aprendizagens que favoreçam o autocuidado e o enfrentamento de estressores típicos do envelhecimento avançado. Santos e Dias (2008), na investigação das percepções de homens entre 61 e 80 anos acerca dos papéis vivenciados por eles ao longo do ciclo de vida familiar, verificaram que os seis participantes provenientes de uma universidade aberta à terceira idade mostraram-se ativos, dinâmicos, possuidores de projetos, ao passo que outros seis idosos não engajados em projetos para idosos

revelaram-se entediados, ociosos e com mais queixas somáticas. Enquanto os primeiros estavam inseridos em contexto incentivador de informações e de trocas de experiências, os segundos viviam mais restritos ao ambiente doméstico.

Nessa perspectiva, o presente estudo investigou o perfil sociodemográfico e comportamental de um grupo de homens integrantes de um centro de convivência para idosos mantido por uma universidade privada, objetivando verificar as estratégias pessoais e os recursos sociais utilizados por eles, para o alcance de uma velhice ativa e saudável.

Método

Os participantes do estudo, em número de treze, possuíam média de idade igual a 69 anos e, na ocasião da coleta de dados, eram todos eles aposentados, casados e portadores de agravos crônicos à saúde. Eles residiam com suas esposas e, em alguns casos, também com filhos e desenvolviam diferentes atividades físicas e cursos em um Centro de Convivência para Idosos (CCI), onde foram recrutados.

O CCI consiste em um projeto social e de extensão em funcionamento em uma instituição de ensino superior privada do Distrito Federal, que tem por finalidade fortalecer a autonomia e o envelhecimento saudável, prevenir o isolamento social e proporcionar a educação continuada como instrumento de autorrealização e reinserção social. Os idosos inscritos no projeto têm acesso a atividades físicas, artístico-culturais e socioeducativas, que são realizadas de forma gratuita. Paralelamente aos cursos e atividades regulares, os integrantes são convidados a participar de palestras sobre temas diversos, bem como de atividades artísticas e culturais, como serestas, bailes e oficinas de artesanato.

Na coleta de dados, buscou-se obter o relato verbal descritivo e avaliativo dos participantes acerca de suas condições de vida e de saúde. Para tanto, utilizou-se um questionário construído para os fins da pesquisa, composto por 32 questões distribuídas em cinco partes. No presente trabalho, foram utilizados dados colhidos principalmente na primeira e na quarta seção do instrumento relativas, respectivamente, a doze questões para caracterização sociodemográfica, e a seis conjuntos de questões para verificar os tipos e a frequência, em escala de quatro pontos, de ações emitidas pelo participante em

prol de uma vida saudável e ativa, além de sondar, dentre alternativas oferecidas, possíveis barreiras e os tipos de suporte social recebidos nos cuidados à saúde.

O recrutamento dos participantes ocorreu a partir de um convite coletivo realizado a um grupo de idosos integrantes do CCI, tendo por base os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino, ter idade igual ou superior a 60 anos e ser alfabetizado. Cumprida essa etapa, foi dado início ao agendamento das avaliações individuais e realizada a coleta de dados em horários e locais previamente acordados com cada um deles.

Nas entrevistas, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, explicado e assinado. Então, os dados sociodemográficos do participante foram colhidos e, em seguida, seus comportamentos e contexto atual de autocuidado foram investigados. As respostas a todas as questões foram gravadas em áudio e, posteriormente, foram transcritas na íntegra.

Os dados levantados no estudo foram tratados por meio de estatística descritiva. As informações coletadas por meio de questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, segundo o modelo de Bardin (2002), com categorização e contagem de frequências.

Resultados

Os treze participantes do estudo possuíam idades entre 62 e 78 anos, com idade média igual a 69,5 anos. Todos eram alfabetizados e apresentavam níveis diversos de escolaridade, desde fundamental incompleto até superior completo, com predomínio do nível médio completo ou incompleto (53,8%). Majoritariamente, declararam-se como católicos (53,8%), mas havia também três praticantes de religiões evangélicas e dois adeptos do espiritismo. Um deles afirmou não professar qualquer religião.

Todos os participantes estavam casados legalmente ou mantinham relacionamentos conjugais estáveis em um tempo mínimo de quinze anos e máximo de 51 anos ($M=37,76$), sendo para três deles o segundo ou o terceiro casamento após separação ou viuvez. O número de filhos variou entre dois e oito ($M=4,1$). Relativamente aos membros do grupo familiar com quem residiam, foi constatado que habitavam no mínimo com suas esposas e oito deles moravam ainda com filho(s) e, em um caso, também com a nora.

Os idosos, em sua totalidade, estavam aposentados há um período de tempo entre dois e 28 anos ($M=13,5$), tendo um deles, o mais novo do grupo, sido aposentado por invalidez devido a acometimento por doença crônica incapacitante para o trabalho. As ocupações profissionais exercidas previamente foram diversificadas, incluindo três técnicos de nível médio (eletricista, oftalmetrista e protético), dois trabalhadores de manutenção e reparação (mecânicos), dois policiais militares, um supervisor da indústria têxtil (mestre de tecelagem), um vendedor do comércio (atendente de farmácia), um profissional da educação (professor da rede pública), um trabalhador da área de segurança (vigilante/porteiro), um caminhoneiro autônomo e um servidor público do setor administrativo.

Nenhum dos participantes exercia trabalho formal após a aposentadoria, mas a maioria (76,9%) afirmou participar cotidianamente em trabalhos domésticos, quatro acrescentaram desempenhar trabalho social voluntário e outros quatro relataram realizar serviços ocasionais e esporádicos relacionados à área de trabalho anterior, referidos como “bicos”. Em relação à renda familiar, verificou-se um predomínio de rendimento mensal equivalente a, no máximo, três salários mínimos (46,2%), enquanto as demais rendas estavam compreendidas no patamar entre quatro a seis salários mínimos (30,8%) ou eram superiores a este último valor (23,1%).

Caracterização do estilo de vida e do nível de atividade

As atividades do CCI encontravam-se integradas à rotina dos treze participantes da pesquisa. Eles realizavam de duas a quatro atividades por semestre, predominando cursos para aquisição ou aprimoramento de conhecimentos acadêmicos, como de informática, de idiomas e de aperfeiçoamento em português e matemática. Em menor quantidade, realizavam ainda algumas modalidades de atividades físicas, sobretudo atividades aquáticas (hidroginástica, natação), bem como atividades artístico-culturais (coral, dança de salão).

O tempo médio de inserção dos idosos em projetos voltados para a terceira idade foi de 4,2 anos, variando de um a dez anos. A possibilidade de ingressar nos cursos oferecidos pela Universidade significou, para os idosos, um modo de ocupação do tempo em parte ocioso após a aposentadoria, como pode se constatar nas comunicações a seguir: *“Agora eu tô até melhor, porque eu tô com essa atividade aqui, pego um*

ônibus pra lá, pego pra cá, chego em casa, tomo um cafezinho, ajudo a mulher a fazer o almoço, aí passa o dia” (Amadeu, 76 anos); *“A minha atividade é só vir para cá todos os dias, participar do curso de informática e espanhol, é pra passar o tempo”* (Sérgio, 63 anos).

No entanto, a participação nas atividades promovidas pelo CCI foi destacada por nove idosos não apenas como uma forma de preencher o tempo livre, mas igualmente como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e de novas aprendizagens. O comentário de Berilo (75 anos) demonstra este aspecto: *“Já me perguntaram: “Por que que você tá estudando inglês, espanhol?” Olha, porque eu quero aprender, porque o crescimento pra mim não tá na idade, pode acontecer em qualquer momento da vida. Por isso eu estudo, participo de reuniões, exercícios”*.

Em termos de atividades intelectuais e de busca de informações, nove participantes, além da realização dos cursos no CCI, evidenciaram estar ativos também quanto ao hábito de ler. A leitura foi apontada por eles como uma fonte de prazer e de conhecimentos incorporada à rotina diária, sobretudo pela noite ou no início da manhã. Este foi o caso especialmente de Fausto e Ozias: *“A leitura é o meu relaxamento. Eu gosto de ler pronunciando as palavras e tenho o lápis. (...) meus livros são todos riscados. (...) se deixar eu fico o dia todo com meus livros, eu amo meus livros”* (Fausto, 66 anos); *“A leitura pra mim é muito importante, hoje mesmo eu já li um capítulo de um livro. Todo dia eu acordo assim umas quatro horas, aí eu fico sem sono. Tento dormir e não consigo, aí pego e leio”* (Ozias, 73 anos).

Os cursos realizados e as leituras, conforme ilustrado pelos depoimentos a seguir, foram apontados como uma forma de exercitar as funções cognitivas e, dessa forma, manter ou melhorar capacidades de memória e intelectuais: *“Ler eu gosto muito, fazer minhas palavrinhas cruzadas, porque senão a limusine não pega, né?”* (Oscar, 70 anos); *“Estudando eu tô exercitando a mente. Eu às vezes colocava um objeto em um lugar e daí a pouco não sabia onde é que estava. Depois que comecei a estudar, isso já não acontece.”* (Berilo, 75 anos).

Em relação ao cotidiano doméstico, onze dos participantes afirmaram contribuir com suas esposas nas atividades referentes à limpeza da casa e, em menor quantidade, no preparo das refeições. Alguns destes idosos relataram atuar principalmente nos cuidados com a área externa da residência, cabendo a eles, na divisão das tarefas, funções como limpar o pátio e cultivar a horta. Outros três senhores indicaram serem menos participativos nas tarefas domésticas, mas afirmaram atuar no reparo de

equipamentos e móveis, como foi o caso de Ozias (73 anos): “*Consertar, faço bastante, limpeza às vezes, mas é pouco. Na cozinha, é só comer mesmo.*”.

Fora do contexto doméstico, nove participantes relataram manter um nível elevado de atividades instrumentais, com frequentes buscas por serviços em geral, como realizar compras em supermercado e efetuar procedimentos em agências bancárias. Todos eles se mostraram independentes quanto à condução de automóvel particular e/ou a deslocamentos, sem acompanhamento, em transportes públicos para trajetos curtos ou mesmo em viagens.

Por outro lado, nove entrevistados relataram participação pequena em atividades recreativas, sociais e culturais. Embora cinco deles tenham afirmado apreciar programas jornalísticos ou filmes veiculados na televisão, relegaram ao segundo plano, ou desconsideraram as possibilidades de outras formas de entretenimento, como ir a cinema, shows ou teatro. As visitas a parentes e amigos também foram predominantemente apontadas como pouco frequentes. As citações quanto às formas de lazer recaíram sobre dançar, ir a clubes ou assistir a jogos de futebol, televisionados ou ao vivo. Os relatos subsequentes possibilitam identificar os aspectos referidos: “*Se eu for ao cinema, eu durmo. Dançar é, no mínimo, duas vezes por semana*” (Berilo, 75 anos); “*Difícilmente a gente faz essas coisas, sinto saudades disso... nem nossos parentes mesmo a gente não visita*” (Gastão, 62 anos); “*Atividades sociais, eu fico devendo. De vez em quando vamos num clube (...). Cinema, eu gosto, mas eu tenho em casa, assisto filme lá. Sair não*” (Jânio, 71 anos).

Em relação à manutenção de práticas religiosas, dez dos idosos afirmaram ir à missa e/ou participar de atividades promovidas pela igreja com muita ou moderada frequência, como exemplificado pelo seguinte depoimento: “*Segunda-feira tem, lá na região onde eu moro, o terço dos homens. Eu faço parte. (...) tem o encontro de casais, que eu e minha esposa faz parte. Hoje tem reunião. Amanhã temos uma também da pastoral da família*” (Sérgio, 62 anos). Apenas Oscar revelou não pertencer a um segmento religioso e, portanto, não se dedicar a atividades relacionadas. Já Mário, apesar de ter se declarado católico, afirmou que não exercia outras práticas religiosas além de rezar.

Observou-se, portanto, maior engajamento dos idosos entrevistados em atividades circunscritas ao ambiente doméstico (por exemplo: limpar, consertar, ler) e relacionadas à satisfação de necessidades instrumentais da vida diária (por exemplo: fazer compras, pagar contas), em detrimento de atividades recreativas e sociais. Em

resumo, o advento da aposentadoria propiciou-lhes um novo e amplo espaço de tempo cotidiano, que procuravam ocupar com as atividades no CCI e com tarefas domésticas e de auxílio à família, bem como com atividades de jardinagem e de entretenimento na própria vizinhança. Por exemplo: *“Eu crio galinha, crio cachorro, tenho um pomar (...). Passo no banco para ver alguma coisa, vou na praça ali jogar um dominó (...). Eu levo e pego minhas netas na escola. Então, é meu mundo, é minha vida”* (Artur, 66 anos); *“Fui no banco, tem a fila, aí converso com o da frente, aí depois que não passou meia hora, uma hora. Passa mais rápido. Pra mim é uma terapia. Tenho muito tempo mesmo”* (Sérgio, 63 anos).

A manutenção destas atividades, mesmo que distintas daquelas exercidas anteriormente à aposentadoria, fornecia-lhes, conforme os relatos seguintes, a sensação de estarem ativos e eram interpretadas como favorecedoras da saúde física e emocional: *“Eu tenho uma chácara e final de semana sempre que me resta vou para lá. Chácara tem sempre muito serviço pra fazer. Quando eu volto, tô mais cansado, mas é um cansaço diferente. (...) eu gosto muito de cuidar do jardim, é uma terapia para mim”* (Ozias, 73 anos); *“Eu tenho uma vida ativa, não é qualquer pessoa na minha idade que faz tudo que eu faço. (...) e isso eu acredito que é um dos motivos que contribui pra minha condição física tá sempre boa”* (Mário, 72 anos). Amadeu, no entanto, evidenciou dificuldades em lidar com o tempo ocioso após a aposentadoria, como mostra seu relato: *“O dia que eu levanto em casa cedo e não tem serviço pra fazer eu fico doente. (...) me dá um nervoso, uma coisa esquisita, uma falta de paciência. (...) eu tenho que levantar e sair, cuidar de qualquer coisa”* (Amadeu, 76 anos).

Para três idosos, afastados de suas funções laborais há um menor período de tempo por indicação médica devido a agravos à saúde, a aposentadoria ocorreu de forma contrária à vontade pessoal e sem que houvesse um planejamento para tal, como pode ser constatado principalmente no depoimento de Gastão (62 anos): *“Ele [médico] disse ‘você só pode pegar no máximo seis quilos, de preferência dividido, três quilos cada um’. E, por causa disso, terminei aposentando. (...) é difícil porque a gente espera uma coisa e vem outra, diferente”*.

Entretanto, Gastão, assim como outros três participantes, relatou continuar realizando pequenos serviços ocasionais, de modo esporádico, relacionados à sua ocupação prévia. Este participante, em especial, evidenciou um grande desejo em seguir realizando trabalhos, mesmo ciente que, por motivo de restrições físicas, não poderia mais atuar em esquema semelhante às funções exercidas no passado. Também

transpareceu em sua fala o reconhecimento da necessidade de uma nova formação técnica e pessimismo quanto as suas oportunidades para iniciar esta nova fase.

A realização de serviços sociais voluntários mostrou ser para quatro idosos uma forma de preenchimento do tempo livre e, ao mesmo tempo, um modo de sentirem-se úteis. Para Amadeu (76 anos), o trabalho como pedreiro na construção da igreja da sua comunidade ou em obras de pessoas com carência financeira, configurava-se uma oportunidade de estar ativo e engajado socialmente. Em suas palavras: “*Nós estamos construindo a igreja. A gente trabalha sábado e domingo o dia todinho. Trabalho de pedreiro, entendeu? Chego em casa, tomo banho, troco de roupa e já estou pronto pra outra de novo*”. Os demais, inseridos em práticas assistenciais da congregação religiosa a qual pertencem, realizam visitas ou ações solidárias em instituições ou residências, dirigindo atenção e ajuda a pessoas doentes ou com recursos financeiros escassos.

Apoio familiar

As fontes de apoio social disponíveis aos participantes, segundo os relatos obtidos, eram provenientes principalmente do meio familiar. Seis deles fizeram referências ao apoio recebido tanto da esposa como dos filhos, e cinco mencionaram apenas a esposa como provedora usual de atenção e cuidados. Um participante referiu-se unicamente aos filhos, ao ser questionado a respeito do assunto, e outro deles alegou não receber o suporte desejado de nenhum membro de seu grupo familiar.

Com base nas classificações de apoio social disseminadas na literatura nas últimas décadas (House, Umberson, & Landis, 1988), foram identificadas respostas referentes a três tipos principais de apoio, a saber: apoio instrumental ou material, relativo ao auxílio na realização de atividades práticas ou ajuda financeira; apoio afetivo ou emocional, relativo à expressão e disponibilização de afeto, empatia e atenção; e apoio informacional, relativo ao fornecimento de informações, sugestões ou orientações sobre modos de lidar com demandas situacionais.

Em média, seis alternativas de apoio foram sinalizadas por participante, envolvendo a percepção do recebimento de diferentes categorias de apoio social. Os tipos de suporte atribuídos aos familiares com maior frequência foram orientar, ouvir preocupações e cuidar da alimentação, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Categorias e frequência de apoio social recebido pelos participantes nos cuidados com a saúde (N=13)

Categorias de apoio social	f
Apoio instrumental ou material	
Preparar alimentação adequada	09
Estimular/acompanhar na prática de exercícios físicos	08
Acompanhar na consulta médica	07
Levar ao hospital/posto de saúde	07
Comprar remédio	05
Lembrar-se de tomar a medicação	04
Apoio afetivo ou emocional	
Ouvir preocupações	11
Confortar diante de dificuldades	09
Apoio informacional	
Orientar	10
Dar informações	06

Em sua maioria, os idosos manifestaram estar inseridos em contextos familiares afetivos e apoiadores, que lhes beneficiavam com cuidados diários e atenção constante. As esposas, nestas famílias, foram apontadas como companheiras e cuidadoras primordiais, sendo atribuídos a elas os cuidados com a casa e com as refeições, o que se refletia no bem-estar de todos, como evidenciado no relato de Berilo (75 anos): “A minha esposa ajuda fazendo o tempero que eu já falei. Outra coisa, o cuidar bem da casa e do lote, principalmente nos últimos tempos, que tem essa doença aí do mosquito. (...) e preocupando com isso está cuidando da família e eu faço parte”.

Além disso, algumas esposas foram descritas como parceiras dedicadas e amorosas, como ilustram os seguintes depoimentos: “Minha esposa está sempre do meu lado, nós formamos um belo casal. Eu quando estive doente, muito doente, ela esteve 24 horas comigo, em todo o meu estado” (Fausto, 66 anos); “É uma pessoa que sempre me apoia, em qualquer coisa que eu precisar, um apoia o outro” (Jânio, 71 anos).

Os filhos também foram referidos por sete dos participantes como preocupados e atentos à saúde do pai, fato exemplificado na verbalização de Amadeu: “Eu não tenho nada que reclamar dos meus filhos, todos são interessados, todos procuram ajudar, têm aquele cuidado com a gente” (Amadeu, 76 anos).

Franco e Gastão evidenciaram uma experiência diferente dos demais integrantes da pesquisa quanto ao apoio familiar. Apresentaram uma visão menos positiva de suas famílias quanto ao suporte recebido, que foi avaliado por eles como distante do apoio

necessário e desejado. Em suas palavras: “*É a participação de compra de remédio, horário. Acho que é só o que se faz*” (Franco, 78 anos); “*Eu não tenho ninguém que me ajuda a cuidar da minha saúde, independente da minha esposa que vive comigo. Quando eu saio assim que ela tá disponível, ela vai comigo [ao médico]. Se eu esquecer de tomar a medicação, tá esquecido*” (Gastão, 62 anos).

Por outro lado, foi indicado por quatro participantes que suas esposas tinham menos cuidados com a saúde do que eles próprios e que, muitas vezes, necessitavam de seus estímulos em relação à manutenção de hábitos saudáveis, como pode ser observado nas afirmações a seguir: “*Eu faço mais exercícios do que ela, incentivo mais*” (Artur, 66 anos); “*A minha mulher é o contrário de mim, ela é gordinha (...). Os meus exemplos pra ela não significam muito, ela não leva em consideração. E, por conseguinte, a saúde não é tão boa*” (Mário, 72 anos).

Regulação emocional

Os participantes foram solicitados a descrever seus comportamentos na busca de controle do estresse. As principais fontes de estresse indicadas em seus relatos foram: ausência de trabalho ou atividade, não cumprimento de compromissos e deveres e conflitos familiares. Diante destes estressores cotidianos, os idosos comunicaram utilizar várias estratégias pessoais como forma de obter relaxamento, sendo a principal delas a distração, que foi citada por 12 deles, sobretudo a leitura, seguida por ouvir música, assistir à televisão, cuidar da horta ou jardim, cantar e dançar. Houve ainda identificação de distração social, relativa ao envolvimento em interações sociais prazerosas (n = 5) e afastamento momentâneo do estressor, caracterizado pela saída do contexto gerador de estresse (n = 3). Como exemplos destas duas últimas categorias podem ser destacados os seguintes relatos: “*Eu sou de conversar, contar história, tá no meio do movimento, primeiro, mesmo que eu tivesse sentindo alguma coisa, eu me sinto que eu tô sadio, que eu tô alegre, tô contente, tô divertindo*” (Amadeu, 76); “*Quando não me sinto bem, pego o carro e saio sem destino. Até acalmar, aliviar, aí eu volto*” (Sérgio, 63 anos).

Barreiras aos cuidados com a saúde

Três fatores, em média, foram apontados pelos idosos como obstáculos aos cuidados com a saúde. As barreiras para a emissão de autocuidado foram consideradas como a presença de quaisquer fatores que inibiam os participantes de emitirem ações recomendadas para a preservação da saúde. Tais barreiras concomitantes aos esforços pessoais para cuidar da saúde foram tanto relativas a variáveis externas como a variáveis internas.

As barreiras externas mais mencionadas foram referentes à ineficiência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde ($n=7$), bem como à escassez de rendimentos financeiros ($n=7$). Os entrevistados apontaram deficiências no atendimento recebido na rede pública, e dificuldade para a realização de exames médicos, que são disponibilizados com demora pelo setor público e não são cobertos por planos de saúde. As barreiras financeiras se relacionaram principalmente à necessidade de pagamento de exames de valor elevado, bem como à dificuldade para obtenção da medicação prescrita e/ou alimentação recomendada.

A falta de tempo ($n=4$) e o enfrentamento de filas ($n=4$), dificuldades comumente encontradas por segmentos mais jovens da população, foram mencionados pelos idosos, embora a maioria deles tenha evidenciado facilidades nestes aspectos em função da aposentadoria e das filas preferenciais para idosos. Para Edgar (69 anos), a dificuldade consistia em lidar com a longa espera para a efetivação das consultas, o que, segundo ele próprio, elevava seus níveis de ansiedade.

A falta de orientações suficientes e esclarecedoras dos profissionais de saúde também foi sinalizada como obstáculo por três idosos. A falta de apoio familiar foi referida apenas por dois deles.

Por outro lado, as barreiras internas que prevaleceram no relato dos participantes foram a vergonha de expor o corpo diante do profissional de saúde ($n=4$), a dificuldade de expressar necessidades pessoais ($n=4$) e o medo de descobrir doenças quando da realização de exames ($n=4$).

Discussão

O levantamento do perfil dos idosos que integraram a pesquisa revelou aspectos sociodemográficos e de estilo de vida comuns entre eles, como o fato de serem todos casados por longo período de tempo, aposentados sem outro tipo de ocupação formal, portadores de patologias crônicas, funcionalmente capazes e com frequência elevada de atividades cotidianas. Estes dados retratam, atualmente, a realidade de uma parcela significativa das pessoas da faixa de idade abarcada (Borges *et al.*, 2008; Ramos, 2003).

No entanto, o fato de permanecer com um companheiro é mais comumente verificado em idosos do sexo masculino. A proporção de viuvez é maior entre as mulheres e predomina entre elas o morar só. Os arranjos de moradia indicam que há mais homens idosos vivendo com o cônjuge ou em domicílio multigeracional (Anderson, 1998; Ramos, 2003; Romero, 2002).

Vale destacar o alto patamar de engajamento diário dos entrevistados em atividades físicas, instrumentais e intelectuais, demarcado em grande parte pela participação nos cursos e demais atividades promovidas pelo CCI. Os idosos, apesar de algumas limitações físicas, evidenciaram bons níveis de independência e de autonomia, com buscas diárias por serviços e resolução direta de problemas. O hábito da leitura era cultivado por nove deles. É interessante notar que, no CCI, a atividade com maior participação dos idosos era o curso de informática, que constituía uma oportunidade para eles se familiarizarem com as novas tecnologias e, assim, estarem melhor preparados para lidar com as exigências do mundo contemporâneo. Como ressaltado por Ramos (2003), embora a maioria dos idosos tenha ao menos uma doença crônica, muitos deles apresentam um envelhecimento saudável, com controle de suas enfermidades e satisfação na vida. Nesse sentido, o mais importante passa a ser a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica.

Os próprios participantes defenderam a importância de os idosos manterem um estilo de vida saudável e ativo e, em grande parte, lamentaram-se por outros homens que não mostravam interesse em usufruir de novas oportunidades sociais, como expresso por Berilo (75 anos):

“Aqui e em outros lugares tem muito mais mulher do que homem, porque o homem é acomodado. (...) eu converso com alguns no meu

roteiro de caminhada, quando eu saio à tarde tão lá na sombra da árvore, quatro, cinco, seis, jogando baralho, dominó ou dama (...) tão todos barrigudos (...). Eu sei que eles tão fazendo aquilo ali porque gostam... ou outras vezes, eles nem gosta porque nunca experimentou, nunca participou, não procurou acompanhar a evolução”.

O grande envolvimento em tarefas domésticas, em auxílio às suas esposas, foi outro fato marcante entre os participantes. A saída do trabalho formal trouxe-lhes o imperativo de estar por mais tempo no ambiente familiar, o que culminou com o envolvimento direto e frequente em diferentes tipos de serviços domésticos. O espaço doméstico é considerado socialmente como próprio do sexo feminino; todavia o envelhecimento e o advento da aposentadoria parecem contribuir para a revisão de papéis sociais tradicionalmente atribuídos a cada um dos sexos.

Assim, na velhice, as desigualdades na adoção de papéis sociais podem se tornar menos acentuadas entre homens e mulheres, acarretando maior proximidade na divisão de tarefas e na atribuição de poder. Fernandes (2009) pondera que o homem aposentado, ao encerrar sua participação pública pelo trabalho, retorna à área privada e tem como uma de suas tarefas refazer sua identidade de gênero. Nesse âmbito, a convivência entre os sexos apresenta maior possibilidade de um relacionamento com base cooperativa e um redimensionamento dos papéis masculino e feminino, colaborando para reduzir a hierarquia entre os sexos. No entanto, as mulheres idosas ainda realizam as atividades ocupacionais com maior frequência do que os homens, cabendo-lhes em maior proporção às atividades de âmbito social e instrumental como tarefas domésticas, trabalhos voluntários, além de cuidados e auxílios aos netos e outros parentes (Ribeiro, Neri, Cuperino, & Yassuda, 2009).

A despeito do bom envolvimento em tarefas e serviços, os idosos revelaram baixa participação em grupos sociais. Mesmo a família estendida era pouco acessada por eles. Suas formas de lazer raramente incluíam programações culturais ou recreativas. Isso possivelmente reflete aprendizagens de suas histórias pregressas, associadas a influências da geração em foco. Este dado é congruente com resultados do estudo de Ribeiro *et al.* (2009), no qual a amostra de idosos estudada revelou maior engajamento em atividades instrumentais de vida diária (trabalhos domésticos, jardinagem, compras e pagamentos) e menor engajamento em atividades sociais, como trabalhos voluntários e entretenimentos culturais.

Ao contrário do que foi constatado nos depoimentos dos participantes do estudo de Figueiredo, Tyrrel, Carvalho, Luz, Amorim, e Loiola (2007), na atual pesquisa a aposentadoria não representou a troca da produtividade pela inatividade, já que se mantinham ativos e socialmente engajados. Ademais, a nova condição física e social dos idosos não foi determinante de perdas ou restrições significativas. Dentre os participantes, apenas Amadeu e Gastão evidenciaram maiores dificuldades para lidar com a falta da rotina formal de trabalho e com a perda do *status* funcional e do prestígio social decorrentes da aposentadoria. Embora muitas pessoas almejem a aposentadoria, quando esta chega nem todos se mostram preparados para lidar com o novo espaço de tempo possibilitado por ela, nem com os novos tipos de relações que tendem a ocorrer dentro e fora do meio familiar. Assim, quando o trabalho deixa de ser fonte de aspirações pessoais e de relações sociais, é necessário que o idoso encontre outras formas de ocupação do tempo e de engajamento social, como modo de depositar suas expectativas e de estabelecer novas redes de relações. Amadeu e Gastão estavam nesta busca, mas ainda insatisfeitos com os resultados alcançados.

O descontentamento de Gastão com a sua condição de aposentado, em comparação aos demais participantes, mostrou estar relacionado a dificuldades de natureza psicológica e a conflitos familiares. Em um estudo prospectivo, que acompanhou uma coorte de homens da adolescência até aos 75 anos de idade, para determinar variáveis de risco psicossocial e satisfação com a aposentadoria, Vaillant, DiRago e Mukamal (2006) verificaram que, ao invés de renda ou ausência de doenças físicas, o fator mais relevante para a percepção de uma aposentadoria feliz foi a evidência de saúde mental positiva, o que incluía prazer conjugal, baixos níveis de neuroticismo, capacidade de divertir-se, satisfação anterior no trabalho e saúde mental global.

Os participantes, com exceção de Franco e Gastão, demonstraram possuir redes sociais efetivas, sendo a principal delas a própria família. De um modo geral, observou-se entre eles grande apoio familiar e evidências de satisfação com a quantidade e tipos de suporte recebidos. É importante que os idosos possam participar das redes sociais de forma ativa, recebendo e fornecendo apoio social, de modo a encontrar fatores de proteção à saúde e terem preservados seus sentimentos de pertencimento a grupos compostos por pessoas significativas para eles.

Em consonância com o estudo de Drummond e Smith (2006), os relatos dos idosos indicaram as esposas como cuidadoras principais, sendo os cuidados fornecidos

por elas considerados como fundamentais para a própria saúde. No entanto, houve também indícios de que os participantes mostravam-se ativos em relação ao apoio fornecido a diferentes membros de suas famílias, como acompanhar as esposas ao médico, colaborar nos cuidados a netos e incentivar hábitos alimentares saudáveis. Contrariando algumas suposições no campo da saúde do homem, houve casos em que as esposas foram referidas como menos atentas à saúde do que eles próprios.

Poucas barreiras foram apontadas pelos participantes como empecilhos aos cuidados com a saúde, sendo as principais, dentre estas, a lentidão ou ineficiências dos serviços prestados na rede pública de saúde e os recursos econômicos escassos, que constituem limitadores externos e de menor controle pelo próprio indivíduo. A falta de tempo foi pouca referida pelos idosos como obstáculo para maior atenção à saúde, ao contrário do verificado em estudos que incluíram homens de outras faixas de idade (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Loeb, 2003). Decorre daí a rica oportunidade de se aproveitar o tempo livre, possibilitado pela aposentadoria para incentivar maior dedicação ao autocuidado entre os idosos, bem como a disseminação de informações entre membros das novas gerações em seu entorno social.

Conclusão

Em suma, uma visão geral dos participantes deste estudo permite descrevê-los como pessoas que vivenciavam a velhice com bons níveis de saúde e capacidade funcional, apesar do acometimento por doenças crônicas. Suas rotinas eram permeadas por várias formas de ocupação do tempo livre após a aposentadoria, tanto no ambiente doméstico como fora dele. Eram provenientes de contextos familiares apoiadores e afetivos e enfrentavam poucas barreiras em relação ao autocuidado.

As principais estratégias pessoais identificadas no repertório dos idosos com vistas à melhoria da própria saúde estavam relacionadas especialmente à realização de atividades capazes de lhes proporcionar a sensação de utilidade e desenvolvimento pessoal, bem como ao envolvimento em atividades prazerosas para eles. O redimensionamento do tempo e de novas formas de ocupá-lo diante da realidade da aposentadoria mostrou ser uma busca constante por parte dos entrevistados. Nesse esforço, os recursos sociais disponíveis, representados, sobretudo, pelo apoio familiar e

pelas novas interações sociais no âmbito do CCI, mostraram-se fundamentais enquanto estímulo e suporte para lidar com os obstáculos percebidos.

Ainda que a velhice seja caracterizada em parte por várias perdas, os participantes deste estudo evidenciaram suas conquistas e demonstraram estar vivendo esta fase do ciclo de vida com autonomia e independência. Contrariamente às expectativas construídas socialmente sobre o comportamento dos idosos após se aposentarem, em especial aqueles do sexo masculino, pôde-se verificar que, no contexto de vida dos entrevistados, a produtividade não cedeu lugar à inatividade. Foi evidenciado um envelhecimento ativo e marcado por elevada satisfação, o que, na percepção dos idosos, compreendia a disposição e ânimo para trabalhar e divertir-se, o controle emocional, o bom convívio social e a manutenção de hábitos de vida saudáveis (Borges, & Seidl, 2014).

Entretanto, é preciso reconhecer os idosos deste trabalho como menos carentes de intervenções direcionadas ao melhoramento da saúde, quando comparados com outros que estão expostos a situações cotidianas de maior vulnerabilidade social. Há que se considerar, por outro lado, o benefício de se incentivar homens a integrarem programas que oferecem, aos idosos, oportunidades valiosas de desenvolvimento pessoal e de ocupação do tempo livre. Seria interessante buscar estratégias de captação de homens idosos na comunidade, levando-os a tomar conhecimento da existência de projetos sociais direcionados aos idosos e a reconhecer os benefícios potenciais da própria participação. Presume-se, todavia, que para isso é importante entender melhor os mecanismos motivacionais subjacentes e as barreiras ambientais e psicológicas a esta iniciativa. Esta pode ser uma temática para estudos futuros.

O levantamento e a compreensão das condições em que estão envelhecendo os brasileiros, em relação aos cuidados com a saúde e aos fatores de proteção e risco ao desenvolvimento, mostram-se relevantes para a identificação e ampliação de ações capazes de potencializar a satisfação com a vida na velhice e reduzir comprometimentos à saúde não somente em sua dimensão física, mas também psicossocial. Em particular, destaca-se a necessidade de estudar esta realidade a partir da perspectiva de gênero, de modo a gerar conhecimentos e reflexões sobre as expectativas e modos de existência construídos por homens e mulheres na sociedade atual.

Referências

Anderson, M.I.P. (1998). Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. *Textos Envelhecimento*, 1(1), 7-22.

Assis, M., Hartz, Z.M.A., & Valla, V.V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 9(3), 557-581. Recuperado em 01 junho de 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a05v09n3>.

Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa (Portugal): Edições 70.

Brasil (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 3 out. Seção 1, p.1.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Brasília (DF).

Borges, L.M., & Seidl, E.M.F. (2014). Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico-USF*, 19(3), 421-431. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt.

Borges, P.L.de C., Bretas, R.P., Azevedo, S.F. de, & Barbosa, J.M.M. (2008). Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(12), 2798-2808. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200008&script=sci_abstract&tlng=pt.

Carvalho, C.M.R.G., Fonseca, C.C.C., & Pedrosa, J.I. (2004). Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: Repercussões. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 719-726. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300008&script=sci_abstract&tlng=pt.

Cervato, A.M., Derntl, A.M., Latorre, M.R.D.O., & Marucci, M.F.N. (2005). Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev. Nutr.*, 18(1), 41-52. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=395837&indexSearch=ID&lang=p>.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, 31(2), 184-200. (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_arttext.

Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, R., Silva, G.S.N., Gomes, R., Schraiber, L.B., & Figueiredo, W.S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext.

Drummond, M., & Smith, J. (2006). Ageing men's understanding of nutrition: Implications for health. *JMHG*, 3(1), 56-60. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1571891305001238>.

- Fernandes, M.G.M. (2009). Papéis sociais de gênero na velhice: O olhar de si e do outro. *Rev. Bras. Enferm.*, 62(5), 705-710. (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500009>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500009
- Figueiredo, M.do L.F., Tyrrel, M.A.R., Carvalho, C.M.R.G.de, Luz, M.H.B.A., Amorim, F.C.M., & Loiola, N.L.de A. (2007). As diferenças de gênero na velhice. *Rev. Bras. Enferm.*, 60(4), 422-427. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a12.pdf>.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1>.
- Fletcher, R.J., Higginbotham, N., & Dobson, A. (2002). Men's Perceived Health Needs. *J Health Psychol*, 7(3), 233-241. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://hpq.sagepub.com/content/7/3/233.short>.
- Gomes, R., Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>.
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol.*, 14(1), 293-318. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>.
- Lima Junior, E.A., & Lima, H.S. (2009). Promoção da saúde masculina na atenção básica. *Pesquisa em Foco*, 17(2), 32-41. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/viewFile/224/253.
- Loeb, S.J. (2003). The Older Men's Health Program and Screening Inventory: A tool for assessing health practices and beliefs. *Geriatr Nurs.*, 24(5), 278-285. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14571242>.
- Lunefeld, B. (2002). The ageing male: Demographics and challenges. *World J Urol.*, 20(1), 11-16. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12088183>.
- Rabelo, D.F., & Neri, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol. Estud., Maringá*, 10(3), 403-412. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07>.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo (SP). *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 793-797. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882>.
- Ribeiro, P.C.C., Neri, A.L., Cuperino, A.P.F.B, & Yassuda, M.S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo, segundo gênero, idade e saúde. Maringá (PR): *Psicol. Estud.*, 14(3), 501-509. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000300011>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000300011&script=sci_arttext.
- Rodrigues, N.C., & Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V., et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 106-110. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

- Romero, D.E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 7(4), 777-794. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400013>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400013&script=sci_arttext.
- Santos, I.E., & Dias, C.M.S.B. (2008). Homem idoso: Vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115012525008.pdf>.
- Schraiber, L.B., Gomes, R., & Couto, M.T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002.
- Vaillant, G.E., DiRago, A.C., & Mukamal, K. (2006). Natural History of Male Psychological Health, XV: Retirement Satisfaction. *Am J Psychiatry*, 163(4), 682-688. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/2293786/Natural_history_of_male_psychological_health_XII:_a_45_year_study_of_predictors_of_successful_aging_at_age_65_.
- Veras, R.P. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 43(3), 548-554. (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000025
- Veras, R.P., & Caldas, C.P. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades de Terceira Idade. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2). (<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200018>). Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200018&script=sci_arttext.

Recebido em 17/06/2014

Aceito em 30/10/2014

Lilian Maria Borges Gonzalez - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Professor Adjunto da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

E-mail: limaborgesg@gmail.com

Eliane Maria Fleury Seidl - Professora assistente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Brasília (DF).

E-mail: seidl@unb.br