

### 3 - Saúde, envelhecimento e aposentadoria

Jessica Rodrigues Pereira  
Paulo Fernando Moraes  
Úrsula Virgínia Pereira  
José Luiz Riani Costa

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PEREIRA, JR., *et al.* Saúde, envelhecimento e aposentadoria. In: COSTA, JLR., COSTA, AMMR., and FUZARO JUNIOR, G., orgs. *O que vamos fazer depois do trabalho?* Reflexões sobre a preparação para aposentadoria [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2016, pp. 45-62. ISBN 978-85-7983-763-0. Available from: doi: [10.7476/9788579837630](https://doi.org/10.7476/9788579837630). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/n8k9y/epub/costa-9788579837630.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# 3

## SAÚDE, ENVELHECIMENTO E APOSENTADORIA<sup>1</sup>

*Jessica Rodrigues Pereira  
Paulo Fernando Moraes  
Úrsula Virgínia Pereira  
José Luiz Riani Costa*

O envelhecimento normal apresenta mudanças biológicas universais e de caráter não patológico que são inerentes ao processo, como alterações hormonais, osteomusculares, cutâneas, sensoriais etc. O envelhecimento normal também pode apresentar uma diminuição da velocidade dos processos mentais, sem representar perda das funções cognitivas. Felizmente, com a disseminação de informações e implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, há um expressivo número de pessoas experimentando o envelhecimento saudável e bem-sucedido (Neri, 2002). Chaimowicz (1997) adverte que o ritmo e a intensidade dessas alterações dependem de características individuais, como a herança genética, e de fatores ambientais, ocupacionais, sociais, culturais etc. aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida.

Mas, muitas vezes, o envelhecimento está associado a mudanças patológicas ou a doenças associadas à idade, em função da vulnerabilidade a fatores extrínsecos e intrínsecos. Em muitos casos, mesmo diagnosticados com uma ou mais doenças, como

---

1. Agradecimento a Larissa Riani Costa Tavares e Luiz Augusto Riani Costa pela colaboração na revisão do capítulo.

hipertensão arterial, diabetes, artropatias etc., muitos idosos dizem sentir-se saudáveis, especialmente em função do controle de tais doenças e ausência de incapacidades. Apesar de a probabilidade de desenvolver certas doenças aumentar com a idade, envelhecer não é sinônimo de adoecer (Neri, 2002). No entanto, há uma parcela de pessoas que experimentam o envelhecimento associado a perdas físicas e cognitivas em um período relativamente curto (idem, 2002).

As doenças comumente associadas ao envelhecimento compreendem as cardiovasculares (doença aterosclerótica, hipertensão arterial etc.), as respiratórias (bronquite crônica, asma, enfisema e infecções respiratórias), as músculo-esqueléticas (artrose/osteoartrite, dores lombares etc.), as neurológicas (doença de Parkinson, doença de Alzheimer, outras patologias neuropsiquiátricas), as metabólicas (diabetes, obesidade, osteoporose etc.) e as sensoriais (catarata, glaucoma, retinopatia diabética e presbiacusia) (Mazo et al., 2001).

Com relação às causas de morte na população idosa, predominam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e doenças do aparelho respiratório. No primeiro grupo, destacam-se a doença cerebrovascular e a cardiopatia isquêmica. Entre as neoplasias, as mais frequentes no sexo masculino são as de pulmão, estômago e de próstata, sendo que, no sexo feminino, predominam as neoplasias de mama, do estômago e do colo uterino. Entre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a pneumonia (Cabrera; Andrade; Wanjngarten, 2007).

Lima e Costa et al. (2000) realizaram estudo sobre a saúde da população idosa, com base em bancos de dados nacionais de mortalidade e de internações hospitalares, e, no que se refere às causas de morte, chegaram a dados semelhantes aos descritos anteriormente. Com relação às internações hospitalares, o estudo apontou que as principais causas entre os idosos foram “as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório, correspondendo de forma consistente a cerca da metade das internações hospitalares” (p.38).

Em relação à saúde bucal, as mudanças na demografia têm exigido maior atenção para o diagnóstico precoce do câncer bucal e da doença periodontal, entre outras patologias, além das tradicionais ações de restauração e de fornecimento de próteses (Costa, J., 2001). Mais informações sobre a saúde bucal e sua relação com os distúrbios de alimentação e nutrição são apresentadas no Capítulo 7.

Birman (1995, p.39) chama a atenção para o fato de o idoso ser, frequentemente, “levado a um processo de “desnarcização”, algumas vezes associado à ideia de que não há “qualquer possibilidade de horizonte de futuro”. Nesse sentido, o autor propõe uma releitura da psicopatologia da terceira idade que permita estudar os “efeitos simbólicos que podem ser produzidos na velhice quando impõe para o sujeito a inexistência de um projeto futuro”.

O autor afirma que existem três formas de o idoso “lidar e manejar o impasse de sua condição”: a *depressão*, quando a pessoa “revisita o passado sem ter qualquer possibilidade de retificá-lo”; a *paranoia*, quando faz “acusações dirigidas [...] aos outros, principalmente para as pessoas mais próximas, dos fracassos que a existência lhe produziu”, e a *mania*, caracterizada por “modalidades de travestismo juvenil [...] que pretendem exibir uma juventude que não é reconhecida pelos outros” (Birman, 1995, p.40-1).

A questão da saúde mental, embora não se constitua em uma causa de morte importante, representa um grande sofrimento para a população idosa. Além dos quadros demenciais, com destaque para a doença de Alzheimer, que geralmente ocorre após os 65 anos de idade, e a demência vascular, associada a hipertensão arterial e diabetes, deve-se registrar que “depressão, ansiedade e transtornos psicóticos, têm também alta prevalência. Os índices de suicídio atingem seus picos, especialmente entre homens idosos. O uso indevido de substância, inclusive álcool e medicamentos, também tem alta prevalência, embora seja quase sempre ignorado” (OPAS/OMS, 2001, p.104).

A prevalência da Doença de Alzheimer vem apresentando um rápido crescimento, em todo o mundo, com maior intensidade nos países subdesenvolvidos. Além do tratamento farmacológico,

que vem apresentando novidades promissoras, destaca-se o tratamento não farmacológico, por meio de exercícios físicos e treinamento cognitivo. Em relação a essa modalidade terapêutica, a Unesp/câmpus de Rio Claro desenvolve, desde 2006, um Projeto de Extensão cuja experiência foi relatada no livro *Vivências sobre a Doença de Alzheimer na Unesp: diálogo entre ensino, pesquisa e extensão* (Costa; Andrade; Stein, 2014).

O documento “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (Ministério da Saúde, 2002, p.7) afirma que “os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população”. Os acidentes e as violências aparecem reunidos na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob a denominação “causas externas”, englobando todos os tipos de lesões, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros. Embora tenham maior frequência em outras faixas etárias, os acidentes e as violências também têm chamado a atenção entre os idosos.

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.22), “a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência”. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. A negligência “é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vezes ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade”. A expressão “maus-tratos contra os idosos” é utilizada para designar “ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia”, incluindo também a omissão em situações “em que haja expectativa de confiança”.

Debert (1999, p.83) cita uma pesquisa de Baptista e Juvêncio, realizada “nas Delegacias de Polícia de Proteção aos Idosos, em São Paulo”, que mostrou “que a violência nelas denunciada é cometida, sobretudo, por parentes que residem na mesma unidade doméstica que os idosos”.

O documento alerta para o fato de os idosos mais vulneráveis serem os que apresentam dependência física ou mental, “sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações do sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária”. Com relação ao agressor, a situação é mais complicada quando este é dependente econômico do idoso e/ou “quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana” (Ministério da Saúde, 2002, p.22).

Além disso, geralmente as violências não são corretamente diagnosticadas em função de uma série de fatores, incluindo “falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar esses eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família”.

Com relação aos acidentes, “as quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda”. Segundo o documento, “cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas [...] por um longo período” (ibidem, p.22).

Matsudo e Matsudo (2000, p.12) afirmam que as quedas “que geralmente acontecem por anormalidades do equilíbrio, fraqueza muscular, desordens visuais, anormalidades do passo, doença cardiovascular, alteração cognitiva e consumo de alguns medicamentos” podem ser prevenidas, ao menos em parte, através de diferentes exercícios físicos adaptados a diferentes patologias, como doença de Alzheimer e doença de Parkinson. A Unesp/câmpus de Rio Claro desenvolve programas de exercícios físicos voltados a essas importantes doenças que acometem especialmente a população idosa, conforme descrito por Coelho et al. (2013).

O Ministério da Saúde (2002, p.23) chama a atenção para a relação entre os acidentes sofridos pelos idosos nas áreas urbanas com os riscos presentes no ambiente doméstico e em outros de “âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade)”.

## **O processo de envelhecimento e seus desdobramentos no âmbito da saúde**

Não há uma exata definição de envelhecimento bem-sucedido, principalmente devido à heterogeneidade do processo de envelhecimento (Teixeira; Neri, 2008). Envelhecer bem é uma questão de valores particulares, porém alguns elementos podem ser levados em consideração quando se trata de envelhecimento bem-sucedido. São eles: a) alta capacidade funcional cognitiva e motora; b) baixa probabilidade para doenças e incapacidades relacionadas ao envelhecimento; e c) engajamento ativo com a vida (Rowe; Kahn, 1997).

Uma das características marcantes no processo de envelhecimento é o declínio da capacidade funcional, que inclui flexibilidade, força, agilidade, coordenação motora, equilíbrio e resistência aeróbia. Esses componentes constituem variáveis afetadas diretamente por alterações neurológicas e musculares (Gobbi; Villar; Zago, 2005).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde, com a Política Nacional do Idoso e com o Estatuto do Idoso. Entre seus objetivos estão a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Inclui, ainda, a capacitação de recursos humanos especializados.

Outro aspecto a ser considerado é a funcionalidade cognitiva do idoso, que deve ser preservada, pois está relacionada à sua saúde e qualidade de vida (Yassuda et al., 2006).

Conceituar saúde não é uma tarefa fácil, pois não representa a mesma coisa para todas as pessoas, principalmente quando se consideram os âmbitos social, econômico, cultural e político, fazendo que a conceituação dependa da classe social, época, local etc. (Scliar, 2007).

Um dos primeiros conceitos de saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, estabelece que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade”. Assim, entendeu-se que a saúde seria composta por três dimensões básicas: bem-estar físico, mental e social (Almeida Filho, 2000; Patrick; Erikson, 1993; Robine, 1999).

Outro conceito de saúde que merece destaque é o contido no art. 196 da Constituição Federal, que indica que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este conceito foi complementado pela Lei n.8.080/90 que, em seu art. 3º diz que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei n.12.864/2013).

O envelhecimento saudável leva em consideração que alguns processos do envelhecimento são, até certo ponto, modificáveis, o que faz que seja necessária uma abordagem multidimensional e individual relacionada a aspectos biológicos, físicos e sociais (Gardner, 2006).

Levando em consideração a perspectiva dos próprios idosos, há uma grande variabilidade de definições, mas, em geral, um envelhecimento saudável inclui as dimensões físicas, sociais, econômicas, entre outras (Cupertino; Rosa; Ribeiro, 2007).



Por outro lado, quando se leva em consideração a evolução de métodos diagnósticos e terapêuticos de algumas doenças, entre elas, as crônico-degenerativas, observa-se que há um aumento em idosos com enfermidades múltiplas, e para esses idosos é necessário que se encontrem opções para manutenção de sua autonomia e independência, e não somente o aumento da longevidade (Jacob Filho, 2006).

É importante destacar que condutas baseadas no risco relativo podem levar a concentrar as ações nos comportamentos de médicos e de pacientes, em detrimento de ações que atuem sobre as causas.

## **O envelhecer com saúde**

A preocupação com o envelhecer com saúde surge principalmente devido ao crescimento significativo da população idosa, ligado ao aumento de expectativa de vida proporcionado pela evolução da ciência, especialmente em relação à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças (Garuffi et al., 2011; IBGE, 2010).

Esse crescimento reflete-se em uma maior preocupação com a qualidade de vida. A prática regular de atividades físicas é um importante componente para se envelhecer com saúde; porém, com o passar dos anos, o idoso tende a praticar menos atividades físicas programadas regularmente, sendo esse o principal motivo da diminuição da capacidade funcional, além da probabilidade de aumento de sintomas depressivos, estresse e algumas doenças crônicas (Serreniki; Vital, 2008; Vital et al., 2012).

Em relação à saúde da população idosa, a OMS destaca alguns desafios para a saúde pública: Como manter a independência e a vida ativa nessa fase da vida? Como manter ou melhorar a qualidade de vida para essa população? E como fazer que políticas de prevenção e promoção de saúde voltadas aos idosos ganhem força? (Costa; Veras, 2003).

Para proporcionar uma melhor qualidade de vida para o idoso em aspectos cognitivos, motores e afetivos, o exercício físico sempre foi considerado um importante fator; juntamente com outros componentes de um estilo de vida ativo, proporciona uma melhor qualidade de vida, com melhoras funcionais e na mobilidade do idoso (Garuffi et al., 2011).

Para a promoção e a manutenção de um envelhecimento saudável, são recomendados quatro componentes fundamentais da atividade física, para benefícios na saúde: exercícios aeróbios, fortalecimento muscular, exercícios de flexibilidade e equilíbrio (ACSM, 2011).

A prática regular de exercícios físicos promove o controle e a diminuição da gordura corporal, aumentando a massa muscular e a densidade óssea; melhora na capacidade de flexibilidade; fortalecimento de tecido conectivo; aumento do volume de sangue e ventilação pulmonar, diminuição da frequência cardíaca em repouso e ativo, controle da pressão arterial; melhora nos níveis de HDL e diminuição no LDL, triglicérides, colesterol total, níveis de glicose; diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares, osteoporose, obesidade, câncer de cólon e de útero (Matsudo, 2009).

As alterações não são apenas metabólicas e antropométricas. Há também consideráveis alterações psicossociais, como melhora no autoconceito, autoestima, imagem corporal, humor, tensão muscular, insônia. Pode-se observar, ainda, diminuição de riscos de depressão, estresse e ansiedade, podendo ocorrer diminuição do consumo de medicamentos e incrementos na socialização. Com a prática de exercícios físicos também pode haver prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas (Matsudo, 2009).

## **A aposentadoria no processo de envelhecimento**

Aposentadoria e envelhecimento são dois processos que costumam estar relacionados, pois os sujeitos se aposentam ao envelhecer. É possível que, para muitos, aposentar-se signifique ter

envelhecido, pois a chegada da aposentadoria concretiza o momento em que se percebe que o tempo passou e é necessário finalizar o ciclo de trabalho.

Uma das características do envelhecimento é a redução da capacidade de manter o equilíbrio homeostático quando submetido a condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar à morte (Papaléo Netto, 1996). O organismo humano, desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. Ainda segundo Papaléo Netto (1996), é fácil reconhecer algumas manifestações do envelhecimento, além de cabelos brancos e rugas, como o aumento de ligações cruzadas de colágeno e a redução das capacidades máximas de trabalho e resistência.

Segundo documento do Ministério da Saúde,

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. (Brasil, 2006)

O processo de envelhecimento deve ser compreendido em sua totalidade, incluindo os aspectos orgânico e funcional, bem como as implicações na vida social. Assim, conforme Brêtas (2003), é preciso considerar que o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por perdas e aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre as influências da sociedade. A vida é social e culturalmente construída.

Segundo Emiliano (2005), o ato de aposentar-se pode mudar o comportamento dos sujeitos diante das relações sociais, alterando

as percepções estruturadas no decorrer da vida, principalmente por estar atrelado à dificuldade de desvinculação das relações do ambiente de trabalho. Quando o indivíduo perde essa comunicação com o ambiente de trabalho, com a chegada da aposentadoria, seu *status* na sociedade também tende a diminuir e a família tem um papel importante para o equilíbrio pessoal do indivíduo e sua adaptação social (Santos, 1990).

O afastamento do trabalho provocado pela aposentadoria talvez seja, segundo França (1999), a perda mais importante da vida social das pessoas, pois pode resultar em outras perdas futuras, que tendem a afetar a sua estrutura psicológica. As consequências negativas percebidas com a ocorrência da aposentadoria são a diminuição da renda familiar, a ansiedade ante o vazio deixado pelo trabalho e o aumento na frequência a consultas médicas (França, 1999). Os sujeitos, ao envelhecer, nem sempre encontram papéis que os gratifiquem e possibilitem pertencimento social (Wolff, 2009) como havia no período em que trabalhavam.

Assim, a aposentadoria envolve perdas de vínculos, *status* ocupacional e, por vezes, renda. Conforme resultado da pesquisa “Idosos no Brasil”, na velhice ocorre em geral uma queda de renda (Neri, 2007).

Por outro lado, há oportunidade para uma vida religiosa mais atuante, a tentativa de realizar sonhos, como viajar com amigos, frequentar grupos de convivência, realizar passeios, participar de jogos voltados ao público idoso etc.

A busca de atividades físicas ou de lazer no maior período livre de que o aposentado passa a dispor pode ser uma ocupação interessante do tempo e possibilitar uma melhor preparação para essa nova etapa da vida. Cabe ressaltar que seus benefícios podem minimizar as doenças relacionadas ao trabalho e também prevenir problemas de saúde e fatores de risco, como estresse e ansiedade (Santos, 1990).

Há estudos que indicam que a aposentadoria é um processo de transição que interfere no aumento do engajamento em atividades físicas regulares (Barnett; Van Sluijs; Ogilvie, 2012) e que a moti-

vação para a prática de atividade física se baseia na crença de que o aposentado supera a barreira “falta de tempo”, frequentemente referida por pessoas inseridas no mercado de trabalho (Caudroit; Stephan; Scanff, 2011).

Por outro lado, outro estudo realizado com 785 participantes aposentados da *European Prospective Investigation into Cancer* (Epic – Norfolk), no período de 2002 a 2006, mostra que houve declínio na atividade física geral com a aposentadoria. Em muitos casos, a aposentadoria foi associada ao aumento médio no tempo de visualização de TV, tendo o maior acréscimo ocorrido entre os trabalhadores manuais (Barnett et al., 2014).

Uma revisão sistemática, abrangendo os anos de 1980 a 2010, investigou a transição para a aposentadoria e as mudanças na atividade física, bem como sua relação com a classe socioeconômica e com os preditores dessas mudanças (Barnett; Van Sluijs; Ogilvie, 2012). Os autores utilizaram dezenove bases de dados e chegaram à seleção de igual número de estudos. Todos os estudos usaram a ocupação profissional para definir o nível de atividade física e dois estudos utilizaram os bens familiares como fator adicional. Três estudos relatam associação positiva entre atividade física e nível elevado de grau ocupacional do aposentado. Um estudo não encontrou declínio em trabalhadores sedentários, mas um significativo declínio em trabalhadores manuais. O principal resultado foi o aumento da atividade física de lazer após a aposentadoria no grupo com maior nível socioeconômico (idem, 2012).

Em outra revisão sistemática realizada pelo mesmo grupo, identificou-se a tendência ao engajamento em atividades físicas recreacionais, que propiciam, além dos benefícios para a saúde, oportunidades para socialização, mudanças pessoais e ingresso em uma nova rotina de amizades e convívio social. Porém, essa adesão a atividades recreacionais é menor entre os aposentados pertencentes a grupos ocupacionais mais baixos, sendo necessários estudos futuros para compreender a questão (Barnett; Guell; Ogilvie, 2012).

A aposentadoria também tem sido associada a estilos saudáveis de vida, como parar de fumar, diminuição no consumo de álcool e aumento no tempo de atividade física de lazer (Sjösten et al., 2012).

Torna-se um dever dos profissionais que trabalham com idosos o apoio ao envelhecimento ativo na aposentadoria, minimizando perdas e agravos à saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), o envelhecimento ativo é um processo no qual ocorre a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Essa definição refere-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para a busca de oportunidades para a conquista do bem-estar considerando sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo que são garantidos segurança e cuidados adequados para seu alcance (OMS, 2005).

Bobbio (1997), após escrever sobre diversos temas relativos à vida humana, escreveu sobre o envelhecimento, quando ele mesmo experimentou os efeitos do avançar da idade. Para ele, o mundo dos velhos é o mundo da memória, do passado, sendo que muitos não dedicam seus pensamentos “àquilo que está por vir”. Esta pode ser a tendência para uma parcela das pessoas que se aposentam, mas é possível modificar isto por meio de uma série de iniciativas que envolvem o próprio indivíduo, a família, a sociedade e o Estado, incluindo diversos elementos que serão vistos nos capítulos seguintes.

## Referências bibliográficas

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM).  
GARBER C. E. et al. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*,

- Hagerstown, Position Stand from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association 2010, v.43, n.7, p.1.334-59, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.3, n.1-3, 2000.
- BARBOSA, R. B. O Projeto Carmen no Brasil. *Promoção da Saúde*, Ministério da Saúde, ano 1, n.2, nov./dez. 1999.
- BARNETT, I. et al. Changes in Household, Transport and Recreational Physical Activity and Television Viewing Time Across the Transition to Retirement: Longitudinal Evidence from the Epic – Norfolk Cohort. *J. Epidemiol. Community Health*, v.68, n.8, p.747-53, 2014.
- \_\_\_\_\_; GUELL, C.; OGILVIE, D. The Experience of Physical Activity and the Transition to Retirement: a Systematic Review and Integrative Synthesis of Qualitative and Quantitative Evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v.9, n.97, p.1-10, 2012.
- \_\_\_\_\_; VAN SLUIJS, E.; OGILVIE, D. Physical Activity and Transitioning to Retirement: a Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. Philadelphia, v.43, n.3, p.329-36, 2012.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, R. (Org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p.29-48.
- BOBBIO, N. *O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 192p. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República, Casa Civil. Lei n.10.741, de 1ª de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social; Secretaria de Assistência Social, 1996.

- BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, n.3, p.298-301, maio./jun., 2003.
- CABRERA, M. A. S.; ANDRADE, S. M.; WANJNGARTEN, M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. *Geriatrics & Gerontology*, 1(1), p.14-20, 2007.
- CAUDROIT, J.; STEPHAN, Y.; SCANFF, C. L. Social Cognitive Determinants of Physical Activity Among Retired Older Individuals: an Application of the Health Action Process Approach. *British Journal of Health Psychology*, Oxford, n.16, p.404-17, 2011.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.180-200, 1997.
- COELHO, F. G. M. et al. (Orgs.). *Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática*. 1.ed. Curitiba: CRV, 2013.
- COSTA, J. L. R.; ANDRADE, L. P.; STEIN, A. M. (Orgs.). *Vivências sobre a Doença de Alzheimer na Unesp: diálogo entre ensino, pesquisa e extensão*. 1.ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.
- COSTA, J. F. R. Saúde bucal na terceira idade. In: *Livro de resumos do III Seminário Unesp-Unati*. Rio Claro, 2001. p.49.
- COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3), p.700-1, maio/jun., 2003.
- CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), p.81-6, 2007.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp, 1999.
- EMILIANO, N. *Aposentadoria, o idoso e a família*. 2005. Disponível em: <http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo368.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2015.
- FRANÇA, L. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: VERAS, R. (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Unati, 1999.
- GARDNER, P. J. Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Movimento*, Porto Alegre, v.12, n.2, p.69-92, maio/ago. 2006.



- GARUFFI, M. et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v.16, n.1, p.80-3, 2011.
- GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A. S. *Bases teórico-práticas do condicionamento físico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- HEIMANN, L. et al. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
- JACOB FILHO, J. Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, supl. n.5, p.73-7, set. 2006.
- LIMA E COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.9, n.1, p.23-41, 2000.
- MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, n.47, p.76-9, 2009.
- MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, v.5, n.2, p.10-7, 2000.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília, 2002.
- NERI, A. L. *Idosos no Brasil: vivências e desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc-SP, 2007. 288p.
- \_\_\_\_\_. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. *A Terceira Idade*, São Paulo, v.13, n.24, p.7-27, abr. 2002.
- NOVO, L. F.; FÔLHA, A. F. S. Importância da preparação à aposentadoria: a fala dos servidores aposentados da UFPEL. *COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITÁRIA EN AMÉRICA DEL SUR*, 10, Mar Del Plata, 2010. *Anais do...*, p.1-14.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. 60p. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo: 2001*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, 2001.
- PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- PATRICK, D.; ERIKSON, P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1993.
- ROBINE, J. M. Measurement of States of Health in Populations: Dimensions and Levels. In: SAYERS, B. *Health Assessment: Complexity, Trends and Opportunities*. Geneva: WHO Global Advisory Committee for Health Research, 1999. (Appendix III).
- ROWE, J.; KAHN, R. Successful Aging. *The Gerontologist*, n.37(4), p.433-40, 1997.
- SANTOS, M. de F. de S. *Aposentadoria: aspectos psicológicos*. São Paulo: EPU, 1990.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.17(1), p.29-41, 2007.
- SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev. Psiquiatr.*, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.30, n.1, supl., 2008.
- SJÖSTEN, N. et al. Change in Physical Activity and Weight in Relation to Retirement: the French GAZEL Cohort Study. *BMJ Open*, Londres, v.2, n.(e000522), p.1-11, 2012.
- TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol.*, USP, São Paulo, v.19, n.1, mar. 2008.
- VITAL, T. M. et al. Depressive Symptoms and Level of Physical Activity in Patients with Alzheimer's Disease. *Geriatrics and Gerontology International*, Tokyo, v.12, n.4, p.637-42, 2012.
- WOLFF, S. H. *Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais dos núcleos de vida saudável*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 60p. *World Health Organization*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YASSUDA, M. S. et al. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.19, n.3, 2006.