

Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado

*Education and successful aging:
reflections on health and self-care*

Sueli dos Santos Vitorino
Maria Luiza Jesus Miranda
Carla Witter

RESUMO: O envelhecimento é um fenômeno mundial que acontece de forma diferente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, já que a velhice bem-sucedida é interdependente de condições biológicas, psicológicas e sociais favoráveis ao exercício do autocuidado para a saúde. Tais práticas são, frequentemente, cultivadas por meio da educação que entremeia o processo de envelhecimento e a saúde. Este ensaio discorreu sobre a relação entre educação, autocuidado e saúde na velhice bem sucedida no contexto brasileiro. Foram considerados importantes aportes voltados ao tema em que foi possível observar a multiplicidade de produções que, frequentemente, contrastam com a realidade objetiva da saúde do idoso no Brasil. As considerações finais alertam para a urgência de efetivação de ações que tirem a cidadania do papel e promovam um ambiente em que o sujeito que envelhece tenha a certeza de que envelhecerá de forma bem-sucedida.

Palavras-chave: Educação; Envelhecimento bem-sucedido; Saúde; Autocuidado.

ABSTRACT: *Aging is a global phenomena, observed in different forms in developed countries and in developing countries, since successful aging is interdependent of biological, psychological and social conditions favoring to the exercise of selfcare to health. Such practices are often cultivated through education that intertwines with the process of aging and health. This essay discusses the relation of education, selfcare and health for the successful aging in a brazilian context. Considered important articles and books about the theme permitted observe a multiple production that, often, contrasts with the objective reality of elderly's health in the Brazil. Final considerations alert for the urgency of effective actions that take the role of the citizenship from a sketch and promotes an environment in which the subject that ages rest assured that the process of aging will be successful.*

Keywords: *Education; Successful Aging; Health; Self Care.*

Introdução

Neste artigo, procurou-se discutir o papel da educação no processo de envelhecimento e a relação da educação como mediadora na promoção de uma velhice bem sucedida e no desenvolvimento de estratégias de autocuidado que favoreçam a melhoria e manutenção da saúde de uma forma geral.

Para a realização deste ensaio teórico, foram consideradas diversas e importantes referências da literatura especializada alusivas ao tema cujo princípio da temporalidade de publicação foi das últimas quatro décadas (Freitas & Py, 2011; Papaléo Netto, 2007; Neri; Yassuda & Cachioni; 2004); Lopes & DiDio, 1996; Beauvoir, 1990; Neri, 1988; Bosi, 1987; Fernandes, 1982). Na verdade, trata-se de um ensaio descritivo generalista e, como tal, limitado. Entre tantos outros, será mais uma possibilidade e, tal qual, impreciso e parcial, devido às limitações de espaço e, sobretudo, aos interesses específicos deste artigo.

Para falar sobre o envelhecimento, é preciso discorrer sobre suas características mais gerais, dado que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com aspectos múltiplos e multifacetados. É o resultado de diversas condições econômicas, históricas e sociais que atingiram grande êxito quando passaram a ser permeadas pela

educação. Esse processo iniciou-se no século XIX, pós-revolução industrial, com o desenvolvimento de políticas sanitárias e de promoção de saúde que culminou numa cruzada pelo desenvolvimento econômico, especialmente visando à manutenção do ativo populacional como força de trabalho tanto dos países mais pobres quanto dos mais ricos. A força de trabalho passou a ser considerada um artigo muito importante para o desenvolvimento econômico de um país e sua educação e saúde eram exclusivamente direcionadas a obter o sucesso nesse objetivo específico.

A preocupação com as questões sociais, mais estritamente com as ligadas às condições sanitárias, foi consequência do aumento populacional em que se fez necessária a criação de políticas públicas de controle social de massa como as vacinações e os asilos para doentes contagiosos, por exemplo; surge daí, em muitos países (trataremos mais especificamente do Brasil), a noção da responsabilização do Estado pela manutenção da saúde pública.

É nesse contexto que surge, subliminarmente, a noção de imputabilidade individual pela saúde, uma vez que o Estado não controla integralmente as pessoas, deixando para elas essa responsabilidade de cuidarem de si mesmas utilizando os mecanismos oferecidos pelo Estado (Castiel & Diaz, 2007).

Dentro dessas considerações, o autocuidado é tido, erroneamente, como uma estratégia individual de promoção de saúde, o que, neste ensaio, discutiremos a termo, pois consideramos que o autocuidado é um termo que designa algo extremamente amplo e com uma contribuição para a saúde que vai muito além da manutenção da ausência de doença.

Tendo isto posto, explicitamos o objetivo específico deste ensaio que foi discorrer sobre a importância da educação como intermediadora para o envelhecimento bem-sucedido, tendo em vista seu papel nas práticas de autocuidado e promoção da saúde.

Educação e Promoção de Saúde no Envelhecimento

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e o estudo dessa fase da vida como categoria social significativa, é relativamente recente em nosso país. Esse crescimento foi determinado, sobretudo, por mudanças *tecnológicas*: desenvolvimento de

produtos/tecnologias, *socioculturais*: mudanças associadas às imagens, (Lima, 2003) e *biológicas*: diminuição nas taxas de natalidade, aumento da expectativa de vida e queda na mortalidade devido ao aumento do acesso ao sistema de saúde que culminou numa transição demográfica e epidemiológica muito singular e nunca antes vista (Neri, Yassuda & Cachioni, 2004; Brandão & Mercadante, 2009).

Semelhante ao ocorrido no surgimento da infância, documentado pelo historiador francês Philippe Ariés (1981), como citado em Lima (2003), em que o fato de haver mais crianças nos lares despertou o interesse social pela criança de modo a sistematizar sua vivência encaminhando à idade adulta, quando o número de idosos se tornou ascendente o olhar social sobre essa população cresceu e, como tal, despertou o interesse inicial de acolhimento de tudo que estivesse relacionado a essa fase da vida, ocorrendo, então, o que Debert (1999) chamou de Reinvenção da Velhice.

A multiplicidade de aspectos ligados ao fenômeno de envelhecimento (Brandão & Mercadante, 2009) torna-o muito difícil de definir; entretanto, é possível afirmarmos que o envelhecimento deve ser sempre considerado a partir da definição de um fenômeno biológico, psicológico e social (biopsicossocial) e que será determinado, conforme Neri (1999), principalmente, pela cultura em que o indivíduo está inserido e que determinará outras definições como a de saúde e bem-estar, por exemplo. A autora o define usando o conceito de *Life-Span*, compreendendo o ‘envelhecimento como curso de vida’ (Neri, 1995).

Esse processo de envelhecimento, que se deu num ambiente biopsicossocial, foi permeado pela educação, já que a transmissão de cultura é uma de suas principais funções, além do fornecimento de subsídios tangíveis às estratégias de sobrevivência (Neri, 2006; Savater, 2001).

Podemos dizer, então, que a educação faz parte da vida das pessoas do seu nascimento, até a morte, passando pela idade adulta e velhice, sendo, em cada fase, uma configuração diferente, num *continuum* significativa e significativo de acordo com cada estágio vivencial (Piaget, 1973; Neri & Cachioni, 1999), estando, portanto, presente na vida humana desde as primeiras formas de socialização o que, segundo Savater (2001), seria a razão de os seres humanos terem uma infância tão longa: é a partir dessas primeiras experiências que as pessoas vão construir suas estratégias para escapar aos problemas

inerentes à vivência, tanto os mais complexos, quanto os mais simples, tanto vivendo sozinhos, quanto vivendo em sociedade.

Nas sociedades primitivas, esses ensinamentos eram dados de pais para filhos e de mães para filhas e tinham por objetivo garantir a sobrevivência da espécie, a coadunação dos grupos e a organização social geral.

Com o passar do tempo, houve a formalização/institucionalização da educação como o campo do saber, no qual os temas abordados por educadores limitaram-se ao básico e padronizado sistema de respostas às demandas sociais, não sendo mais concebível à educação harmonizar, num mesmo indivíduo, as necessidades da vida social e privada, o que fica caracterizado quando se ‘entende/afirma’ que o saber está na escola (Lapassade, 1989). A partir disso, a educação dada em casa passou a ser uma formação moral, ética e religiosa, predominantemente, ligada ao aspecto privado da vida do indivíduo, que será útil em sua vivência grupal, mas que não fará parte dos currículos educacionais.

Se a educação informal foi primordial à sobrevivência, a educação formal contribuiu muito com o alongamento/prolongamento da vida, uma vez que a longevidade foi uma conquista conseguida graças ao acesso aos resultados do avanço da ciência (Brandão & Mercadante, 2009), dos estudos médicos transformados em conhecimentos de senso comum e repassados à sociedade por meio da educação formal e, posteriormente, da informal, facilitando a disseminação de estratégias de promoção de saúde entre a população, como, por exemplo, as melhorias sanitárias.

Paradoxalmente, falar em educação implica, necessariamente, falar de práticas de promoção da saúde, pois para participar do processo educativo, tanto formal quanto informal, são necessárias certas condições básicas como o indivíduo estar saudável, alimentado e protegido. O início das práticas de promoção da saúde ocorreu e se fortaleceu a partir dos anos 1980, especialmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. As bases conceituais da promoção de saúde surgiram de três importantes conferências internacionais/globais oriundas dessa fase: “*Otawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991)*” e, atualmente são mais ou menos as mesmas (Buss, 2003). A essas três, o Ministério da Saúde acrescenta mais duas conferências internacionais e duas sub-regionais: “*Jakarta (1997) e México (1999), (...)Bogotá (1992) e Port of Spain (1993)*”, afirmando que cada uma delas tem um importante papel contributivo nos avanços que permitem a

“contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados” (Brasil, 2002).

A Carta de Otawa define a promoção de saúde como:

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (Brasil, 2002: 19).

Desse modo, a Carta de Otawa estabelece que: “as condições e recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Brasil, 2002: 20); essas condições são básicas e fundamentais à existência humana, não sendo um acréscimo, mas uma estrutura social que já deveria existir; no caso do Brasil, ela chegaria, efetivamente, dois anos depois com promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988).

O contexto canadense permitiu combinar um modelo de promoção de saúde e de saúde populacional com abordagem tridimensional, integrando (1º) os determinantes da saúde com (2º) os diversos níveis populacionais (indivíduo e sociedade) e (3º) as cinco estratégias da Carta de Otawa: (1) políticas públicas saudáveis; (2) ambientes favoráveis à saúde; (3) ação comunitária; (4) habilidades pessoais; e (5) reorientação do sistema de saúde (Brasil, 2002: 17). O modelo foi muito eficiente e acabou sendo adaptado à realidade de outros países.

Como complementação, Candeias (1997: 210) afirma que a promoção em saúde é “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Portanto, as afirmações acima encerram a discussão no que se refere às práticas educativas sobre como influenciaram, influenciam e ainda influenciarão o desenvolvimento de técnicas de promoção da saúde. Restrepo (2001) afirma que o conceito de promoção em saúde deve ser diferenciado do conceito de prevenção de doenças; segundo ela, a principal diferença está nos focos de intervenção; a

primeira caracteriza-se por focar sua intervenção no “*Saudável*”, estando direcionada ao coletivo; e a segunda, por focar as “*doenças e os riscos de adoecimento*”, estando direcionada ao indivíduo. Portanto, a Promoção de saúde está diretamente ligada à prevenção em saúde - atenção primária - enquanto a Prevenção de doenças está ligada à cura - atenção secundária e terciária (Restrepo, 2001).

Desse modo, precisamos reivindicar um aprofundamento da educação de maneira que sejam praticados os conceitos da educação em saúde que podem ser entendidas como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (...) procura desencadear mudanças de comportamento individual (...) que se dão no nível das relações sociais” (Melo; Souza; Leandro; Mauricio; Silva & Oliveira, 2009: 1583).

A área dos trabalhadores em saúde costuma ser pioneira na construção de conhecimentos voltados à saúde e, de acordo com Pereira (2003), no campo de atuação profissional há, mesmo que inconscientemente, um uso contínuo e permanente do ensino-aprendizagem e o conceito de práticas educativas em saúde que se refere:

tanto às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas (...) visando à melhoria da qualidade de vida e saúde; quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área de saúde através da formação profissional contínua. (p.1528)

As palavras acima vão ao encontro das ideias de Paulo Freire (1996), contidas em toda a sua literatura e que, no livro *Pedagogia da Autonomia*, ele conceitua ‘formar’ como muito mais do que ‘treinar’ os educandos no desempenho de suas habilidades, relembrando-nos da incompletude humana como pressuposto básico para uma educação permanente.

Todos os textos abordados neste ensaio tratam, direta ou indiretamente, do aspecto intrínseco e extrínseco da educação na e para a promoção de saúde e da necessidade de se empoderar o indivíduo para que ele seja autônomo, decida sobre seu destino, eduque-se para sua velhice etc. O interesse de quem trabalha como cuidador deve ser direcionado à satisfação psíquica do indivíduo em todos os estágios da vida e essa satisfação depende,

diretamente, de satisfações básicas (biológicas e de segurança como moradia, por exemplo). Nossa posição converge com a afirmação de Lima (2003) de que é preciso resistir à tendência de responsabilização exclusiva do indivíduo pela sua saúde, pois ela é bastante arbitrária, uma vez que, concordando com Castiel e Diaz (2007) e Whitaker (2007), a saúde depende de circunstâncias, instituições e políticas e, no caso do idoso, as principais condições para envelhecer com saúde (como citados acima) não estão disponíveis à grande parte da população, não só brasileira, mas de muitas partes do mundo. Os estudiosos propõem ações que elevem essa população a sua satisfação plena, como sugerido na carta de Ottawa (Brasil, 2002), e a combater propostas que rotulem, estereotipem ou iatrogenizem os indivíduos, como o encontrado nos estudos de Santos e Portela (2005).

Autocuidado na perspectiva de envelhecimento bem-sucedido

Tendo isso posto, é impossível não questionarmos: a ciência ajudou as pessoas a ficarem mais tempo vivas, mas com que qualidade de vida? É possível envelhecer, chegar à velhice e ser feliz? Como conviver com as perdas inerentes a essa fase? É possível ser velho e ser saudável?

Muitos estudos vêm tentando responder às perguntas acima. Alguns deles focalizam o autocuidado como um fator importante no decorrer da vida e que contribui significativamente para o envelhecimento bem-sucedido (Lima, 2003; Neri; Yassuda & Cachioni, 2004).

A noção de autocuidado é muito importante e, para defini-la, é preciso levar em consideração vários aspectos muito complexos, influenciados diretamente por fatores sociais, culturais e pessoais (Correa, 2009) e que são determinados de forma interdependente (meio biológico, psicológico e social), como encontrado nos resultados do estudo de Lima (2003).

Correa (2009: 3) define o Autocuidado como:

As práticas cotidianas e as decisões sobre elas [práticas] que realiza uma pessoa, família ou grupo para cuidar de sua saúde; essas práticas são

habilidades aprendidas através de toda a vida, de uso contínuo, que são empreendidas por livre decisão, com o propósito de fortalecer ou restabelecer a saúde e prevenir as doenças; elas respondem pela capacidade de sobrevivência e as práticas habituais da cultura a que se pertence.

Quando se fala em autocuidado há uma tendência a se interpretar a palavra em seu sentido literal; entretanto, concordamos com Lima (2003) e, levando em consideração a citação de Correa (2009) acima, o autocuidado não deve ser considerado como uma justificativa de ‘responsabilização individual’ pela saúde, mas como um comportamento resultante de vivências diárias, na vida comunitária, transcendente à rotina operacional; por fim, um sistema interligado de educação, como sugerido por Neri e Debert (1999), que deve favorecer o seu surgimento, tanto em relação aos comportamentos de autopreservação, quanto de cuidado com o outro (Correa, 2009). Sem perder de vista que o autocuidado nasce desse ‘cuidar do outro’, e dentro de um contexto social, portanto, de relações que são construídas num *locus vital*, e que serão determinantes para o bem-estar subjetivo do idoso e das pessoas que estão à sua volta, não necessariamente nessa mesma ordem, mas resultando num mesmo construto de saúde.

Grosso modo, o autocuidado nos remete à promoção de saúde em seu nível primário, mas está presente em todos os níveis de prevenção/promoção de saúde e deve ser estimulado em todos os estratos etários, sociais e culturais. Atingir a saúde que é contemplada, segundo Soares (2008: 25) pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), como: “o completo bem-estar físico, mental, social e ambiental, e não somente a ausência de enfermidades”, portanto, não é uma tarefa apenas individual, mas coletiva e dependente de amplos fatores: econômicos, políticos, culturais, sociais, entre outros.

É importante ressaltarmos que a saúde é o resultado de toda uma série de processos, individuais e coletivos dependentes, diretamente, como já dito, de múltiplos fatores internos e externos, sendo as políticas públicas muito importantes em sua conceituação (Castiel & Diaz, 2007).

A saúde não é algo que se deve perseguir; mas como algo inerente à vida, deve estar presente sem ser objetivamente buscada, deve ser cultivada no dia a dia, nas práticas mais simples, sem a pressa de livrar-se de uma punição (da consciência individual ou do meio

social), sobretudo porque, de acordo com Castiel e Diaz (2007), a saúde não deve ser apontada como consequência de comportamentos resultantes desse ou daquele estilo de vida. E como não é possível tornar a saúde um objeto concreto, já que ela, em sua concepção abstrata não o permite, também não é possível tê-la todo o tempo, na medida em que a saúde pressupõe uma normalidade biopsicossocial que é inconstante por natureza e, por essa razão, devemos considerar que ter ou não ter saúde faz parte da aventura humana; e, portanto, a saúde (ou falta dela) integra um ciclo inconclusivo rumo à única certeza que nos diferencia dos demais animais: a consciência da morte (Savater, 2001).

Do ponto de vista político, a saúde é um dos fatores mais discutidos; primeiro, porque ela se faz ambigualmente necessária (ambígua porque ter saúde significa mais força de trabalho para o Estado e não a ter significa mais gastos para o Estado) e segundo, porque é a base de qualquer sociedade; entretanto, o discurso não é seguido pela prática e as políticas públicas no Brasil são dissociadas umas das outras com o pretexto de serem de áreas diferentes. Felizmente, a globalização tem facilitado o acesso às práticas ao redor do mundo e têm trazido experiências bem-sucedidas que estão rompendo com esse paradigma e iniciando um ciclo de discussões quanto às formas de tratar de um tema tão importante como esse, focalizando a educação em saúde e para o envelhecimento com o foco da promoção de saúde em detrimento da atenção secundária e terciária em saúde.

Justificamos, portanto, a defesa da criação de mais políticas públicas, tanto de infraestrutura quanto de serviços de atendimento inter, multi e transdisciplinares, que ajam como suporte social para a implementação de uma verdadeira e efetiva educação para o envelhecimento - e, evidentemente, para os idosos - que favoreçam o desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento dos indivíduos para a participação nas decisões públicas, na socialização, no aumento da capacidade dos grupos para a ação etc. (Neri & Debert, 1999; Lima, 2003; Correa, 2009 e Neri, Yassuda & Cachioni, 2004), e que estão acordadas pelo nosso país com a declaração de Jacarta de 1997 que afirma ser esta uma das cinco prioridades para o campo da promoção de saúde (Buss, 2003).

Considerações Finais

Concluimos este ensaio, enfatizando a multiplicidade de materiais disponíveis que versam sobre o tema estudado. Materiais esses, muitas vezes, contrastantes com a realidade objetiva brasileira, o que nos leva a observar quão importante e necessária é a ação social, quer individual ou em grupos organizados, tanto de instituições privadas, quanto públicas, para o cumprimento efetivo do preceito constitucional número 1 de nosso país que afirma que nosso país é fundamentado na: “*I - Soberania, II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político*” (Constituição Federal do Brasil, 1988: 1 – Grifos nossos) e o real cumprimento do estabelecido no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003: 1) em seu Artigo 2º:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Reafirmamos a necessidade urgente de efetivação dessas ações, pois o envelhecimento e a saúde são irreversivelmente conectados e estão entre os temas contemporâneos cujo crescimento é incessante e devem ser mais discutidos: nos meios de comunicação, escolas, universidades, grupos comunitários, instituições públicas e privadas etc., com vistas a promover mais programas educativos que privilegiem a criação de estratégias para promoção de qualidade de vida, a fim de defender a dignidade humana em primeiro plano e, concordando com Lima (2003: 45), agregar mais vida aos anos já ganhos, como dito no início do presente texto.

Referências

- Beauvoir, S.de. (1990). *A velhice*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bosi, E. (1987). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. (2ª ed.). São Paulo: EDUSP.

Brandão, V.M.A.T. & Mercadante, E.F. (2009). *Envelhecimento ou Longevidade*. São Paulo: Paulus.

Brasil. (1988). *Constituição Federal do Brasil*. Recuperado em 21 abril, 2010, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/_ConstituicaoCompilado.htm.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *As cartas da promoção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 21 maio, 2010, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde. (2ª ed. rev.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 21 abril, 2010, de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>.

Buss, P.M. (2003). Uma introdução ao Conceito de Promoção da saúde. In: Cereznia, D. & Freitas, C.M.de. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Candeias, N.M.F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2): 209-13.

Castiel, L.D. & Diaz, C.Á.D. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Correa, O.T.T. (2009). El autocuidado una habilidad para vivir. Recuperado em 06 março, 2010, de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.

Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da Velhice*. São Paulo (SP): Edusp.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo (SP): Paz e Terra.

Fernandes, F.S. (1982). A Barreira da Gerontologia. *An. Bras. Geriatr. Gerontol.*: 4(1):17-21.

Freitas, E.V. de F. & Py, L. (Eds.) (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lapassade, G. (1989). *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: F. Alves.

Lima, A.M.M. (2003). *Saúde e Envelhecimento: autocuidado como questão*. São Paulo (SP): Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da USP.

Lopes, A.C. & DiDio, L.J.A. (1996, jan.-mar.). Aspectos positivos da geriatria e da gerontologia. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 1992: 42(1).

Melo, M.C. de; Souza, A.L.; Leandro, E.L.; Mauricio, H. de A.; Silva, I.D. & Oliveira, J.M. O de. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1): 1579-86.

Neri, A.L. (1988). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Tese de Livre Docência defendida na Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP): Faculdade de Educação.

Neri, A.L. (Org.). (1995). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados da perspectiva de curso de vida*. São Paulo (SP): Papirus.

- Neri, A.L. (Org.). (1999). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo (SP): Papirus.
- Neri, A.L. (2006). O Legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1): 17-34.
- Neri, A.L. & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e Educação. In: Neri, A.L. & Debert, G.G. (Orgs.). *Velhice e sociedade*. São Paulo (SP): Papirus.
- Neri, A.L. & Debert, G.G. (Orgs.). (1999). *Velhice e sociedade*. São Paulo (SP): Papirus.
- Neri, A.L.; Yassuda, M.S. (Orgs.) & Cachioni, M. (Colab.). (2004). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. São Paulo (SP): Papirus.
- Papaléo Netto, M. (2007). *Tratado de Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Pereira, A.L. de F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(5): 1527-34. Rio de Janeiro (RJ).
- Piaget, J. (1973). *A Psicologia da criança*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Difel.
- Restrepo, H.E. (2001). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: Restrepo, H.E. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá (Colômbia): Medica Panamericana.
- Santos, V. & Portella, M.R. (2005). As práticas educativas de promoção da saúde e da cidadania do idoso e seu caráter emancipatório. In: Santin, J.; Vieira, P. & Tourinho Filho, P. *Envelhecimento humano: saúde e dignidade*. Passo Fundo (RS): UPF.
- Savater, F. (2001). *As perguntas da Vida*. São Paulo (SP): Martins Fontes.
- Soares, E.V. (2008). *O cuidado fisioterapêutico a pacientes idosos hospitalizados: Um convite ao olhar fisiogerontológico*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. São Paulo (SP): PEPGG/PUC-SP.
- Whitaker, D.C.A. (2007). *Envelhecimento e Poder*. São Paulo (SP): Alínea.

Recebido em 03/05/2012

Aceito em 26/06/2012

Sueli dos Santos Vitorino - Universidade São Judas Tadeu - USJT - Mestranda do Pós-Graduação Stricto-Sensu em Ciências do Envelhecimento. Psicóloga.

E-mail: suelidosantos@ig.com.br

Maria Luiza Jesus Miranda - Universidade São Judas Tadeu – USJT Professora do Mestrado em Ciências do Envelhecimento da USJT. Coordenadora do Mestrado e Doutorado em Educação Física. Doutora em Psicologia. Formada em Educação Física.

E-mail: odsmi@uol.com.br

Carla Witter - Universidade São Judas Tadeu – USJT. Coordenadora do Mestrado em Ciências do Envelhecimento da USJT. Doutora em Psicologia da Aprendizagem e Desenvolvimento Humano – IP-USP. Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia. Psicóloga. Psicologia e Envelhecimento.

E-mail: cwitter@uol.com.br