

Envelhecimento bem-sucedido:

trajetórias de um constructo e novas fronteiras

Ângela Maria Machado de Lima¹

Henrique Salmazo da Silva²

Ricardo Galhardoni³

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.795-807, out./dez. 2008.

This article focuses on different conceptions of successful aging, emphasizing the process of aging as a heterogeneous experience that implies different strategies for achieving wellbeing and quality of life. Studies valuing the aging process as part of the course of human life and the role of subjectivity and health self-perception, as key concepts for understanding wellbeing and health in old age, were selected. Data in the literature suggest that the experience of successful aging values elderly people's own perceptions: they are the protagonists of interventions and possess judgment about wellbeing and quality of life. Even in the presence of comorbidities and diminished functional ability, it is possible to identify elderly people who report high levels of satisfaction and good quality of life. We propose questions that seek to improve investigations and elaborate this construct within gerontology, bearing in mind the size and complexity of this topic.

Key words: Aging. Old age. Aged. Quality of life. Health.

Este artigo enfoca diferentes concepções de envelhecimento bem-sucedido, enfatizando o processo de envelhecimento como uma experiência heterogênea, que implica diferentes estratégias para a obtenção de bem-estar e qualidade de vida. Foram selecionados estudos que valorizam o processo de envelhecimento como parte do curso de vida humano, o papel da subjetividade e a auto-avaliação em saúde, como conceitos-chave para compreender o bem-estar e saúde na velhice. Os dados da literatura sugerem que a experiência do envelhecimento bem-sucedido valoriza a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções e dotados de julgamentos sobre bem-estar e qualidade de vida. Mesmo na presença de co-morbididades e diminuição da funcionalidade é possível identificar idosos que referem altos níveis de satisfação e boa qualidade de vida. Propomos questões que buscam aprimorar investigações e a elaboração deste constructo em gerontologia, tendo em vista a amplitude e complexidade do tema.

Palavras-chave: Envelhecimento. Velhice. Idoso. Qualidade de vida. Saúde.

¹Médica sanitária. Curso de Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo (EACH/USP). Avenida Arlindo Bettio, 1000, Ermelindo Matarazzo, São Paulo, SP 03.828-000 sertao@usp.br

²⁻³Alunos de graduação do curso de Gerontologia, EACH/USP.

Introdução

“Um velho saudável não é apenas uma ficção de poeta”
Canguilhem

Envelhecimento bem-sucedido é um dos temas amplamente difundidos entre os meios de comunicação, serviços, pesquisas e textos que instruem leis e políticas públicas no campo da gerontologia. Nessa área, admite-se que o tempo cronológico deve ser acrescido de vida ativa, necessidade identificada como produto de esforços agenciados nos últimos anos, em grande medida, relacionados ao incremento da produção em ciência, tecnologia e práticas de atenção à saúde dos idosos. É desejável que o envelhecimento ocorra com qualidade e manutenção da autonomia dos indivíduos, buscando preservar a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar da sociedade, e minimizar as possibilidades de exclusão social (Teixeira, Neri, 2008; Lima, 2005, 2003; Holstein, Minkler, 2003; Kahn, 2003; Paschoal, 2002).

Na presente discussão, tomamos o processo de envelhecimento e a velhice como duas esferas complementares e indissociáveis. Vale dizer, consideramos o envelhecimento como um processo que, no plano individual, implica múltiplas trajetórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural, tais como: acesso a oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde, e realização de ações que acompanham o curso da vida e se estendem às fases tardias da vida, como a velhice. Nesse sentido, enquanto o envelhecimento se define como processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida, a velhice denota o estado de “ser velho”, condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos. Em outras palavras, esses termos se referem a aspectos específicos do ciclo vital humano, de tal modo que, transitar entre as noções de velhice e processo de envelhecimento, torna-se fundamental para se desenvolver a reflexão teórico-conceitual que apresentamos, a seguir, a respeito de envelhecimento, velhice bem-sucedida e bem-estar de idosos.

Em países europeus, os dados apresentados por Baltes, Smith (2006) constatam que os idosos mais longevos, com idade superior aos 85 anos, apresentam maior risco de envelhecer acompanhados por múltiplas doenças crônico-degenerativas e outras patologias. Por exemplo, os resultados apresentados por esses autores indicam que 50% da parcela de indivíduos com noventa anos ou mais são acometidos pela doença de Alzheimer; doença neurodegenerativa que se associa à demência e elevados gastos em saúde com progressiva perda de habilidades cognitivas e funcionais. Além disso, Baltes, Smith (2006) apresentam evidências de que idosos muito longevos passam o final de seus dias com elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão. Os autores acreditam que investir nos múltiplos fatores envolvidos no processo de envelhecimento e em mais ações que se destinem à inclusão social possa ter influências positivas sobre sucessivas coortes de idosos.

No âmbito da velhice, os recursos e as intervenções dificilmente se justificam se não se dirigirem ao bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem. Esses princípios se tornam cada vez mais relevantes no contexto do já bem conhecido acelerado crescimento populacional brasileiro (Camarano, 2006; Kalache et al., 1987).

Já estão bem estabelecidas estimativas que apontam que, até o ano de 2025, teremos um número de idosos que ultrapassará os trinta milhões, e com diferentes tipos de velhice, isto é, construídas por meio de trajetórias diversas, ora acompanhadas por altos níveis de co-morbidades e doenças crônicas, ora por saúde e bem-estar (Lima, 2003; Debert, 1999; Berquó, 1996).

Por outro lado, a discussão sobre envelhecimento bem-sucedido é relativamente nova. Os primeiros estudos gerontológicos foram elaborados nas décadas de 1950 e 1960, por pesquisadores de países europeus, pois, naquela ocasião, já era possível se encontrar grande proporção de idosos saudáveis nessas comunidades (Teixeira, Neri, 2008; Glass, 2003; Neri, 2001). As crenças mais positivas sobre o processo de envelhecimento permitiram que várias correntes teóricas se apropriassem desta discussão; desmistificando o paradigma vigente e inevitável de *crescimento, estabilidade e contração* sobre o ciclo vital humano (Neri, 2001). Em outros termos, investigações gerontológicas possibilitaram modificar a noção de que o envelhecimento está diretamente associado com a deterioração do organismo, e que

passasse a ser visto como um estágio do ciclo vital, tão importante quanto qualquer outro, com suas virtudes e desafios (Masoro apud Groisman, 2002; Uchoa, Firmo, Lima-Costa, 2002; Debert, 1999; Erikson, 1998).

Resumidamente, o conhecimento científico e empírico acumulado até o momento, nos permite afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento - apesar de as crenças e atitudes negativas sobre a velhice ainda serem hegemônicas em alguns contextos culturais, sobretudo entre as sociedades ocidentais, e, possivelmente, entre algumas sociedades orientais contemporâneas. Desse modo, há novos valores e conceitos em construção e que são difundidos em diferentes contextos do mundo, com economia cada vez mais globalizada (Neri, 2006; Bosi, 2005; Beauvoir, 1990). No âmbito das atitudes e estereótipos, considerar que todos os idosos são sábios ou que todos são incapazes é igualmente negativo (Neri, 2006; Debert, 1999). Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice como experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida.

Para Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido seria composto por três fatores: engajamento com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença, e incapacidade relacionada à prática de hábitos saudáveis para redução de riscos. De fato, esses fatores são essenciais, mas essa visão corre o risco de secundarizar as dimensões socioculturais e coletivas, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao âmbito particular e individual, baseada apenas no autocontrole (Kahn, 2003).

Em estudo no município de São Paulo, Ramos et al. (1993) e Ramos (2003) encontraram maiores índices de doenças crônicas, dependência nas atividades de vida diária e declínio cognitivo entre os idosos residentes em regiões periféricas e empobrecidas, se comparados com os idosos residentes em regiões centrais, localidades com população de nível socioeconômico mais favorecido. Esses dados sugerem que as próprias condições sociais são intrínsecas ou diretamente relacionadas ao *status* de saúde dos indivíduos.

Para falarmos de envelhecimento saudável, é necessário pensar na interação de múltiplos fatores, dentre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, entre outros.

Desde a década de 1980, há diversas iniciativas internacionais que valorizam a possibilidade de se tomar o envelhecimento como processo positivo, pensado como um momento da vida para se exercer bem-estar, prazer e qualidade de vida. A política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), é um exemplo concreto dessas recomendações, enfatizando que envelhecer bem não é apenas uma questão individual, e sim um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida. A priori, a criação da política parte do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável e bem-sucedida, é preciso aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida mais saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio *status* de saúde. Desse modo, a definição de envelhecimento ativo é apresentada como a "otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (OMS, 2005, p.13). São termos importantes para essa política: autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável, mesmo nos casos em que já esteja instalado algum grau de comprometimento da capacidade funcional.

As questões que encaminhamos diante do exposto são: (a) qual a percepção dos idosos sobre o próprio processo de envelhecimento e quais as estratégias que utilizam para manter o bem-estar e a qualidade de vida? (b) a noção de envelhecimento bem-sucedido só se aplica a idosos saudáveis e socialmente engajados? (c) quais as evidências presentes na literatura?

Tomando essas questões como pontos de partida, incitamos uma discussão conceitual sobre as possibilidades de construção do envelhecimento bem-sucedido, e apresentamos algumas correntes de pensamento da literatura gerontológica que abordam diferentes categorias de sujeitos idosos e de que modo esses idosos referenciam e estabelecem os significados sobre o próprio processo de envelhecimento.

Para tanto, selecionamos estudos que valorizam o papel da subjetividade e auto-avaliação em saúde como conceitos-chave para se compreender o bem-estar e saúde na velhice. Identificamos esses estudos de modo aleatório, priorizando as recentes contribuições sobre o tema do envelhecimento humano como fenômeno sociovital complexo. Nessa direção, utilizamos tais ferramentas como subsídio para contribuir com a construção da noção de velhice bem-sucedida.

O processo de envelhecimento, percepções e estratégias para o bem-estar e qualidade de vida

Assim como a discussão sobre envelhecimento bem-sucedido é relativamente nova, a questão da subjetividade assume papel importante na área da saúde após estudos realizados em 1970 (Paschoal, 2002). Para esse autor, a subjetividade representa uma medida imprescindível, correlacionando-se com o *status* geral de bem-estar e com os indicadores objetivos de saúde. Tal importância convida-nos a refletir sobre a dimensão subjetiva presente no processo de envelhecimento.

Na literatura gerontológica são fortes as evidências que sugerem que a percepção de satisfação com a vida tende a ser vista como positiva entre os idosos (Queiroz, Neri, 2007). Na maioria das vezes em que se confronta a avaliação objetiva (realizada por exames e/ou por profissionais) com a realizada pelo próprio idoso (o modo como ele se percebe), potencialmente essas dimensões se complementam e enriquecem a avaliação objetivamente realizada, pois os idosos dispõem de informações únicas que não seriam relatadas por familiares ou, muito menos, observadas com a avaliação padronizada aplicada por profissional treinado (Neri, 2007; Kikuchi, 2005).

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), ao investigarem idosos da comunidade, descobriram que os pesquisados não se autodeclararam ou autoperceberam como "velhos"; pois o próprio conceito de velhice remete ao declínio, estagnação e doença. Os informantes-chave do estudo, geralmente cuidadores e familiares, possuíam crenças mais negativas sobre o processo de envelhecimento do que os próprios idosos. Groisman (2002) aponta a dificuldade de vários pesquisadores em definir o que faz parte do processo natural do envelhecimento e o que faz parte do processo de adoecimento. Nesse contexto, surgem termos que hoje se tornaram corriqueiros no meio gerontológico, tais como senescência e senilidade, relacionados, respectivamente, ao que é concebido como "envelhecimento saudável" e "envelhecimento patológico".

Os achados de Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002) sobre a percepção subjetiva do envelhecimento, também são apontados por Debert (1999). Para essa discussão, o termo qualidade de vida tornou-se um construto importante para se compreender a subjetividade, porém, até meados da década de 1990, pouco se falava a respeito de qualidade de vida sob o aspecto do "eu subjetivo"; a subjetividade é incorporada definitivamente à definição de qualidade de vida após 1995, quando esse conceito é revisto pelos especialistas da OMS, que, em linhas gerais, o definem como a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Alleyne, 2001; WHOQOL, 1995).

Esse conceito foi ampliado após a Segunda Grande Guerra e paulatinamente foi englobado às noções de desenvolvimento socioeconômico e humano e à percepção das pessoas a respeito de suas vidas (Paschoal, 2002). Esse autor diz que às medidas de caráter objetivo, realizadas por aparelhos e ou observador treinado, somaram-se outras, de caráter subjetivo, em que o indivíduo é chamado a opinar sobre a qualidade de sua vida, ou sobre aspectos particulares, tais como: saúde, capacidades funcionais e relações sociais, dentre outras.

Para Neri (2007), a boa qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade individual e deve ser vista por múltiplos aspectos, ou seja, uma velhice satisfatória não será atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da interação entre pessoas em mudança vivendo em sociedade e de suas relações intra, extra-individuais e comunitárias. Em texto anterior, esse autor sustenta que os seguintes fatores estariam envolvidos no bem-estar na velhice: ter maior perspectiva de longevidade; possuir bons níveis de saúde física e mental; altos níveis de satisfação com a vida; controle nas dimensões sociais; senso de produtividade, participação e realização de atividades; auto-eficácia

cognitiva; *status* social; possuir bons recursos econômicos; continuidade dos papéis familiares e ocupacionais; manutenção das relações sociais informais e das redes de relações (Neri, 1993). Com base em estudos gerontológicos como os citados acima defendemos, neste texto, que o bem-estar e a qualidade de vida na velhice são constructos complexos, multifatoriais, vale dizer: envolvem múltiplas variáveis, associadas tanto às dimensões individuais quanto coletivas do envelhecimento.

Alguns estudos, além de investigarem indicadores de bem-estar e qualidade de vida na velhice, apresentam-nos dados que esclarecem os contextos em que os idosos podem utilizar estratégias para a manutenção desses atributos. Tais estratégias são mecanismos utilizados pelos idosos para compensar as possíveis perdas e manter a independência funcional, social e psicológica (Baltes, Smith, 2006; Diogo, Neri, Cachioni, 2004; Baltes, Smith, 1995; Baltes, Baltes, 1990). Para exemplificar como o estudo sobre as estratégias pode ser fecundo, Baltes e Smith (2006) relatam que, certa vez, um pianista de cerca de oitenta anos foi perguntado sobre como poderia continuar tocando com tamanha proeza. Algumas das respostas fornecidas foram: a seleção de um menor número de teclas e o manejo eficaz dos dedos e das mãos, de modo que poderia continuar tocando piano com desempenho semelhante ao que tinha quando era jovem. Esta ilustração se encontra aplicada ao modelo teórico construído por Baltes e Baltes (1990) definido pelas atividades de *seleção*, *otimização* e *compensação*, representando possibilidades de plasticidade sobre as reservas funcionais do idoso, sendo amplamente difundido entre teóricos e investigadores que estudam o envelhecimento em sua dimensão psicológica.

Com o declínio das capacidades funcionais, os idosos se utilizariam de estratégias para a manutenção do desempenho pessoal nas tarefas que já eram desempenhadas, isto é, fariam uso de comportamentos que objetivam: 1) compensar as perdas normativas do processo de envelhecimento e 2) aprimorar os métodos e a forma de como realizam as mesmas tarefas. Para os autores, a *seleção* pressupõe que os idosos tendem a realizar as tarefas para as quais acreditam possuir melhor ou ótimo desempenho, excluindo ou evitando aquelas para as quais possuem dificuldades. A *otimização* indica a manutenção das habilidades que ainda estão preservadas, na qual adotar-se-iam métodos para mantê-las ou aprimorá-las. A *compensação* sugere a utilização de comportamentos que se destinam a compensar as habilidades comprometidas, como é o caso das estratégias menmônicas para manter a eficiência da aquisição e resgate de novas informações.

Dados apresentados por Rothermund e Brandstädter (2003), em estudo longitudinal de quatro anos com indivíduos de 58 a 81 anos, sugerem que a utilização de esforços compensatórios ocorrem com maior frequência entre os grupos de idosos mais jovens do estudo, isto é, entre as sextas e sétimas décadas de vida. Os idosos mais velhos relataram fazer menor uso deste tipo de estratégia, talvez pelo fato de apresentarem menor reserva funcional para manter o mesmo nível de desempenho, e, conseqüentemente, menor controle pessoal sobre as habilidades. Todavia, a sensação de controle sobre o desempenho das habilidades funcionais (física, eficiência mental, aparência física e competência diária) não se correlacionou positivamente com a percepção subjetiva e satisfação com o desempenho pessoal, que se mantiveram estáveis para todos os grupos de idosos pesquisados.

Para Rothermund e Brandstädter (2003), isto sugere que, com as perdas normativas pelo envelhecimento, os idosos se acomodariam com o nível de desempenho, adaptando-se e atribuindo menor importância e menor padrão para os domínios funcionais. Estes recursos, mesmo que usados de forma heterogênea, revelam que é possível atenuar os déficits e as perdas próprias do processo de envelhecimento. Para Baltes e Smith (2006), os indivíduos que fazem uso da seleção, otimização e compensação estão entre os idosos que se sentem melhor e são mais atuantes. Além dos dados citados, são necessários mais estudos para se identificar como os idosos, em seus múltiplos contextos socioculturais e individuais, usam e se beneficiam dos fatores já observados na literatura.

Segundo Antonucci (2001), o suporte social é um dos recursos mais significativos usados pelos idosos. Envolve a percepção do suporte recebido, o senso de controle sobre as relações sociais, e a perspectiva de trocas que incluem fatores afetivos, emocionais e materiais. Em pesquisas na comunidade francesa, Antonucci, Fuhrer, Dartigues (1997) assinalam que a percepção e a satisfação com o suporte social recebido foi correlacionada positivamente com menores índices de sintomas depressivos.

A manutenção de contatos sociais com amigos de longa data, e preservação de emoções positivas com os relacionamentos, mesmo na presença de diminuição da rede de relações, são achados positivos

no contexto das relações ou interações na velhice, assim como a possibilidade de suporte e contatos à distância com filhos, amigos e familiares (Erbolato, 2002).

Para Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), os filhos formam a rede de suporte primário, mas quando esses não o fazem por “n” motivos, os idosos acabam buscando-a em amigos e vizinhos. Para as pesquisadoras, ficou claro que a questão financeira está ligada à saúde e à aposentadoria, que, mesmo modesta, permite o mínimo de autonomia. Mais que receber os benefícios das redes de contatos e suporte social, os idosos, de acordo com projeções sobre a população brasileira, passam cada vez mais a ser provedores de domicílios em que co-habitam três ou mais gerações, possibilitando a manutenção das despesas e suporte instrumental para gerações mais jovens (Sommerhalder, 2007; Debert, Simões, 2006).

Outras linhas de investigação, compostas por estudos psicológicos, se ocupam em descrever, dentre outros temas, modelos de enfrentamento aos eventos de vida não normativos do curso de vida. Esses modelos podem ser úteis para explorar comportamentos de idosos que vivem em sociedades ocidentais contemporâneas (Batistone, Fortes, Yassuda, 2007; Neri, 2007; Neri, Fortes, 2006; Poon, 2003).

Esses autores caracterizam os eventos como inesperados ou imprevisíveis, e os avaliam com a presença de danos, prejuízo, ônus ou com grandes mudanças que assumem papel crítico ao desenvolvimento, sendo vivenciados pelo indivíduo com forte intensidade, como, por exemplo: ficar doente, ganhar na loteria, sofrer um acidente de carro, entre outros.

Os eventos de vida normativos nesse modelo, ao contrário, são considerados como mudanças esperadas considerando o contexto de sociedades ocidentais, com oportunidades de adaptação prévia e passíveis de maior controle, como a aposentadoria, a viuvez e a emancipação dos filhos na idade adulta etc. Para Batistone, Fortes e Yassuda (2007), os eventos de vida que representam experiências estressantes, exigindo a adaptação dos indivíduos em relação ao meio, são relativamente semelhantes para adultos e idosos, o que se modifica são os tipos de eventos presentes na velhice. Ao longo do ciclo de vida, os eventos de vida não-normativos tendem a crescer, assim como, na velhice, a incidência de estressores crônicos associados à saúde física são mais intensos e exigem maior adaptação do que se comparados com a perda de familiares, apresentando implicações negativas para a realização de atividades de vida diária e de autocuidado. Os idosos utilizam estratégias de enfrentamento modificando o significado dos eventos ou manejando os efeitos da situação. A percepção de controle sobre os eventos estressantes aumenta o sentido de competência pessoal, e é um dos grandes fatores associados à qualidade de vida (Neri, Fortes, 2006).

Na linha de bem-estar psicológico do envelhecimento, Goldstein (1993) sugere que a espiritualidade e a religiosidade são uma das estratégias mais ricas e utilizadas pelos idosos frente ao aumento do senso de finitude ou proximidade da morte. A crença de transcendência permitiria conforto, sensação de geratividade e bem-estar psicológico, dimensões que aparecem como positivas na vida adulta madura e na velhice.

Ryff e Keies (1995) pontuam que o bem-estar psicológico no envelhecimento é construído por seis dimensões-chave: a auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Este modelo baseia-se em seis preposições psicológicas positivas, entre as quais a felicidade e a velhice bem-sucedida são variáveis imprescindíveis. Os resultados descritos pelas autoras, em estudo comparativo de idosos e adultos jovens na comunidade americana, são de que os indivíduos mais velhos apresentariam valores elevados em quase todas as dimensões, com exceção das dimensões *propósito na vida* e *crescimento pessoal*. A priori, estes resultados reforçam objetivamente a sensação de crença na finitude, apresentando implicações diretas sobre o bem-estar psicológico.

Outra proposição teórica, como é o caso da teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (1995), se ocupa em explorar como os idosos reconhecem a própria finitude e modificam os significados das relações, orientadas para as emoções positivas (Erbolato, 2006; Carstensen, 1995).

Segundo Goldfarb (1998), com o aumento da sensação de finitude, os idosos se utilizariam das *reminiscências*, lembranças e resgate de fatos do passado, que são utilizados para o contexto presente, permitindo, em especial, reavaliação de quem são, reinvenção do histórico de vida e conforto socioemocional. Dados apresentados por Pasupathi e Mansour (2006) sobre a exposição de jovens e

adultos maduros em programas que objetivavam estimular o auto-relato sobre crises pessoais e experiências heterogêneas de vida, revelam que a idade foi associada linearmente com maior possibilidade de integração dos conteúdos relatados na história autobiográfica dos participantes. Este achado revela que, com o envelhecimento, as narrativas tendem a ser mais integrativas, apresentando associação positiva para a conexão dos relatos e constituição do histórico de vida.

Vale salientar que a investigação sobre o envelhecimento como fase do ciclo vital é relativamente bem-desenvolvida na psicologia do envelhecimento, que influenciou diversos estudos gerontológicos, fato que nos permitiu apontar acima os resultados desses estudos em maior detalhamento.

Entretanto, como é citado por vários autores, muitas vezes, os termos envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, acabam por serem usados de forma indiscriminada ou como sinônimos (Paschoal, 2006; Revicki, 2004; Neri, 1993). Exemplo disso é que, em sua tese de doutorado, Paschoal (2002) fez um levantamento sistemático dos trabalhos que tinham, no título, o termo qualidade de vida e idosos, e encontrou, no Brasil, 289 publicações; ao olhar com profundidade tais publicações, apenas dez estudavam, de fato, qualidade de vida, as outras ou apresentavam o tema de forma superficial, ou apenas citavam, em seus títulos, o tema qualidade de vida. O mesmo acontece com a questão do envelhecimento bem-sucedido no momento. A seguir, enfocaremos a questão sob a óptica pela qual ele originalmente foi cunhado na literatura internacional, ou seja, no original inglês "*successful aging*" (Kahn, 2003; Baltes, Baltes, 1990).

Envelhecimento bem-sucedido: idosos saudáveis ou socialmente engajados?

O envelhecimento saudável e socialmente engajado, assim como referenciam Rowe e Kahn (1998), possivelmente é um dos maiores preditivos da velhice bem-sucedida. Indivíduos com altos níveis de comorbidades e acometidos por enfermidades que limitem drasticamente a interação com o ambiente apresentariam maior dificuldade para adaptações e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.

Teorias formuladas por estudiosos de gerontologia social se debruçaram em investigar o engajamento social dos idosos e os modelos conceituais sobre as alternativas sugeridas de relacionamentos entre idosos e sociedade. As teorias mais difundidas na literatura gerontológica nessa dimensão e que, até hoje, apresentam implicações sobre estudos e intervenções são: a teoria da atividade e a teoria do desengajamento. Em pólos opostos, a primeira teoria postula que envelhecer de forma adequada caracteriza-se pelo engajamento em atividades sociais, evitando que a inatividade relacionada aos estereótipos do envelhecimento, da aposentadoria, da perda de contatos sociais se instale na vida dos idosos. A teoria do desengajamento sugere que, com o progressivo aumento da idade, as pessoas tendem a se desvincular da sociedade, dos contatos sociais, dos contextos de decisão e de algumas tarefas sociais que antes eram exigidas (Siqueira, 2002).

Tendo em vista as teorias sociais e que tentam abrir caminhos para compreender as relações sociais e o engajamento social na velhice, sabemos que a subjetividade tende a ser um bom indicador de qualidade de vida, que, por consequência, permite avaliar em que medida a velhice pode ser percebida como uma etapa bem-sucedida da vida. Nesse sentido, atualmente, muito se postula sobre a utilização da subjetividade como parte integrante de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, senão como "aliada" para avaliá-la. Conforme apontamos anteriormente, recentemente muitos instrumentos têm sido desenvolvidos, e esses privilegiam a opinião do sujeito. Esses instrumentos podem ser classificados em dois tipos: os gerais, que se destinam a mensurar de forma globalizada a qualidade de vida, como o WHOQOL, e alguns instrumentos específicos, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), avaliando aspectos do *status* cognitivo global. Exemplo do que citamos pode ser encontrado na literatura, em um depoimento que corrobora nossa idéia: "D. Joaquina é uma senhora de 94 anos que vive acamada há alguns meses. Ela nos conta que quebrou uma perna e dois meses depois quebrou a outra, mas, surpreendentemente, define sua saúde como 'muito boa'" (Uchôa, Firmo, Lima-Costa, 2002, p.29).

Evidências apresentadas por Diogo et al. (2004) indicam que a situação de dependência é multifacetada e apresenta múltiplas dimensões, sejam elas sociais, psicológicas, ecológicas, econômicas, políticas e outras. Para as autoras, o desafio para o bem-estar dos idosos acamados e dos cuidadores

centra-se no fato de que os profissionais deveriam, também, promover iniciativas que estimulassem o autocuidado dos cuidadores de idosos, freqüentemente sobrecarregados com a tarefa de prestar os cuidados. Karsh (2003), ao apresentar dados de estudos brasileiros, verifica que grande parcela dos cuidadores possui cinquenta anos ou mais, são majoritariamente do sexo feminino e familiares próximos (filhas e esposas). A própria capacidade funcional das pessoas que oferecem os cuidados pode estar parcialmente comprometida, o que leva a constatar que apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de doenças como: depressão, cardiopatias, hipertensão, entre outras. Para a autora, a velhice com dependência é freqüentemente escondida e não é alvo de políticas públicas específicas, delegando-se o papel de cuidar exclusivamente à família (Karsh, 2003). Dispositivos legais, tais como o Estatuto do Idoso, que foi consolidado em 2004, apresentam normatizações que acabam sugerindo amparo tutelar para os idosos, pois nesse documento os idosos são definidos como doentes e dependentes, panorama que nem sempre é verdadeiro. Além disso, responsabilizar a família pelos cuidados poderia ser uma iniciativa acompanhada por ações que permitissem o cuidado global do idoso, assim como a oferta de serviços formais de assistência e suporte ao idoso e sua família (Neri, 2005).

Concordando com o que discutimos acima, defendemos a constatação de que os idosos podem usufruir, em diferentes graus, de suas capacidades e habilidades. Não é raro encontrar, na prática profissional gerontológica, idosos com níveis intermediários de dependência e que referem altos níveis de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo, como citado anteriormente. A velhice bem-sucedida, neste ponto, não seria um estado de "nirvana" e/ou equilíbrio completo das habilidades pessoais. A própria experiência do envelhecimento é adaptativa, e este fato pode indicar que os indivíduos com algum grau de limitação podem se adaptar e apresentar outros padrões de avaliação sobre envelhecimento bem-sucedido (Rothermund, Brandstädter, 2003; Neri, 2001).

Duarte (2007) sugere que há grupos de idosos com predisposição para atingir elevados níveis de comprometimento da funcionalidade ou redução das habilidades funcionais, os quais deveriam ser classificados como idosos fragilizados. Essa concepção parece proveitosa, sobretudo se considerarmos a necessidade de planejamento de cuidados e gestão de risco no envelhecimento; porém, outras abordagens poderiam ampliar essa mesma concepção ao considerarem, também, níveis de plasticidade e variabilidade de fatores subjetivos que compõem o processo de envelhecimento e que, possivelmente, apresentariam implicações mais significativas sobre a velocidade e o tempo em que as habilidades são reduzidas. Considerar o processo de comprometimento da funcionalidade como uma espécie de sentença aos grupos de risco minimiza o espaço para a criação de alternativas que valorizam novas modalidades de avaliação e adaptação das habilidades. Além da susceptibilidade para o comprometimento funcional, é necessário investigar como as pessoas conseguem vivenciar seus dias com altos padrões de bem-estar e baixos níveis de habilidades funcionais objetivas, considerando: o nível de locomoção, presença de co-morbidades e doenças crônico-degenerativas, reserva cognitiva, desempenho sobre as atividades de vida diária, padrões de sociabilidade e outros.

Outra reflexão que sugerimos com o presente texto é que os programas e intervenções dirigidas ao envelhecimento deveriam ser compatíveis com o perfil do idoso atendido. Os profissionais, neste ponto, devem se valer de diferentes estratégias para acompanhar as necessidades dos idosos, inclusive, quando for o caso, usar de questionários e escalas validadas para auxiliar a entender a demanda de cada indivíduo e aferir sua subjetividade. O planejamento, a avaliação das necessidades, o monitoramento e os resultados obtidos são imprescindíveis nas práticas assistenciais (Alkema, Reyes, Wilber, 2006).

Salmazo-Silva (2006), ao analisar as implicações da participação de idosos recém participantes em centros de convivência, em aspectos cognitivos e psicossociais, apontou que a própria motivação para participar desses programas sinaliza bom *status* cognitivo, altos níveis de satisfação com a vida e baixos índices de sintomas depressivos. Este resultado confirma-se também nas reflexões de Mercadante (2002), que sugere a comunidade como possibilidade para o exercício de novos papéis sociais, novos contextos de decisão e valorização individual.

Apesar de o estudo de Salmazo-Silva (2006) não mensurar a amplitude dos programas para idosos que possuem limitações de saúde e que se encontram em condições de vulnerabilidade, acredita-se que, assim como sugerem Bowling et al. (2007), existe uma parcela considerável de idosos que informa altos níveis de qualidade de vida mesmo com a presença de comprometimento funcional e de saúde física. Os

autores encontraram, em uma amostra de 999 idosos ingleses, cerca de 31% que apresentavam declínio significativo nas habilidades funcionais. Destes, 62% referiam a saúde como boa. Dentre outros fatores, foram preditivos para a auto-avaliação positiva de saúde: possuir maior percepção de controle sobre a vida, e, ainda, maiores níveis de envolvimento social. Estes dados reforçam a idéia de que, mesmo em condições vulneráveis, existem fatores protetores, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. No estudo de Bowling et al. (2007), o envolvimento social também apareceu como uma dimensão importante no contexto dos idosos com limitações funcionais. Podemos admitir que esses dados valorizam o alcance desta variável tanto para idosos independentes quanto para idosos com dependência.

Considerações finais

É fato que o envelhecimento pode ser uma experiência prazerosa e com qualidade de vida. Entretanto, acreditamos que não exista um padrão único de velhice, e que essa experiência deva ser considerada genericamente como bem ou malsucedida, menos ou mais guiada por comportamentos fixos e por estilos de vida engajados, como participar de programas da terceira idade ou iniciar determinados tipos de atividades. O envelhecimento, como citado em outros momentos, é um fenômeno complexo e heterogêneo, que envolve questões de responsabilidade individual e social.

Neste texto propomos que a experiência da velhice se constrói com a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções e dotados de julgamentos, crenças e diferentes visões do que sejam bem-estar e qualidade de vida em interação com outros idosos ao longo de todo o curso da vida (Teixeira, Neri, 2008; Neri, 2006; George, 2001).

Destacamos, ainda, que esta discussão constitui tema fértil de investigação e ainda pouco explorado. Vale dizer, entre profissionais e pesquisadores em gerontologia, há o desafio de mapear as trajetórias dos conceitos de envelhecimento e de velhice, assim como dos fatores envolvidos no bem-estar, em especial, na velhice tardia (pessoas com oitenta anos ou mais).

Resta saber também como seriam redirecionadas as visões de envelhecimento e velhice bem-sucedida pressupostas em linhas de pesquisas gerontológicas, assim como a delimitação conceitual de envelhecimento bem-sucedido em contraposição ou consonância às noções de envelhecimento produtivo, envelhecimento ativo, velhice positiva e/ou envelhecimento ótimo (Glass, 2003).

A interlocução interdisciplinar entre estudos de linhas psicológicas, sociais e biomédicas destinadas a compreender o processo de envelhecimento torna-se cada vez mais necessária. Esse exercício teórico e por meio de pesquisas empíricas poderá contribuir para a compreensão da resiliência, dos recursos mobilizados nos enfrentamentos de estresses e dos níveis de plasticidade dos sistemas orgânicos, nas diferentes possibilidades de '*velhices bem-sucedidas*'. Dados de estudos etnográficos, transculturais, longitudinais e de coortes geracionais serão interessantes recursos para apoiar a compreensão de alguns dos questionamentos já levantados. Conforme versa Chammé (1996), a dicotomia existente entre os processos saúde/doença foi historicamente construída, em específicos contextos socioculturais. Este autor nos chama a atenção para o fato de que concepções do que é ser saudável no envelhecimento ainda experimentam limitações, em parte, relacionadas, que se podem apreender com o contexto teórico disponível em gerontologia. Este é um limite que precisa ser enfrentado pelos estudos gerontológicos mais recentes.

Finalmente, propomos que se desenvolvam reflexões acerca da atenção dirigida a idosos, dos cuidados oferecidos aos que envelhecem ou das intervenções dirigidas para idosos saudáveis ou vulneráveis. Ações e programas que se organizem, por exemplo, pelo princípio do compartilhamento de decisões (Diogo et al., 2004). Sugerimos que se estudem intervenções ampliadas para que se compreendam representações implicadas no que é concebido como envelhecimento bem-sucedido, que, podemos supor, assume diversos sentidos em constante reelaboração - o que de resto desloca o constructo de envelhecimento bem-sucedido para a proposição de velhice emancipada, porque resignificada ou reconstruída ao longo de dinâmicos e intersubjetivos processos de envelhecimento.

Colaboradores

Os autores Ângela Maria Machado de Lima, Henrique Salmazo Silva e Ricardo Galhardoni participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- ALLEYNE, G.A.O. Health and the quality of life. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.9, n.1, p.1-6, 2001.
- ALKEMA, G.E.; REYES, J.Y.; WILBER, K.H. Characteristics associated with home - and community - based service utilization for medicare managed care consumers. **Gerontologist**, v.46, n.2, p.173-82, 2006.
- ANTONUCCI, T.C. Social relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In: BIRREN, J.E.; SCHAIE, K. W. (Orgs.). **Handbook of the psychology of aging**. 5.ed. San Diego: Academic Press, 2001. p.427-48.
- ANTONUCCI, T.C.; FUHRER, R.; DARTIGUES, J-F. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community - dwelling french older adults. **Psychol. Aging**, v.12, n.1, p.189-95, 1997.
- BALTES, P.B.; BALTES, M.M. **Successful aging: perspective from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BALTES, P.B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v.17, n.36, p.7-31, 2006.
- _____. Psicologia da sabedoria: origem e desenvolvimento. In: NERI, A.L. (Ed.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995. p.41-71.
- BATISTONE, S.S.T.; FORTES, A.C.G.; YASSUDA, M.S. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: FORLENZA, O. (Org.). **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.32-7.
- BEAUVIOUR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERQUÓ, E.S. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL MPAS – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Assistência Social, 1996. p.16–34.
- BOSI, E. **Memória e sociedade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- BOWLING, A. et al. Quality of life among older people with poor functioning: the influence of perceived control over life. **Age Ageing**, v.36, p.310-5, 2007.
- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.88-105.
- CARSTENSEN, L.L. Motivação para o contato social ao longo da vida: uma teoria da seletividade sócio-emocional. In: NERI, A.L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995. p.111-44.

- CHAMMÉ, S.J. Modos e modas da doença e do corpo. **Saúde Soc.**, v.5, n.2, p.61-76, 1996.
- DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**: sociabilização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- DEBERT, G.G.; SIMÕES, J.A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). 2.ed. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1366-73.
- DIOGO, M.J-E.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004.
- DUARTE, Y.A.O. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. **A terceira idade**, v.18, n.38, p.7-24, 2007.
- ERBOLATO, R.M.PL. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1342-31.
- ERIKSON, E. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GEORGE, L.K. The social psychology of health. In: BINSTOCK, R.H.; GEORGE, L.K. (Orgs.). **Handbook of aging and the social sciences**. 5.ed. San Diego: Academic Press, 2001. p.217-35.
- GLASS, T. Successful aging. In: TALLIS, R.C.; FILLIT, H.M. (Eds.). **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. 6.ed. New York: Churchill Livingstone, 2003. p.173-99.
- GOLDFARB, D.C. Corpo e temporalidade: aporte para a clínica do envelhecimento. **Rev. Kairós**, v.1, p.1-8, 1998.
- GOLDSTEIN, L.L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p.83-107.
- GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v.9, n.1, p.61-78, 2002.
- HOLSTEIN, M.B.; MINKLER, M. Self, society and the "new gerontology". **Gerontologist**, v.43, n.6, p.787-96, 2003.
- KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-10, 1987.
- KAHN, R.L. Successful aging: intended and unintended consequences of a concept. In: POON, L.W.; GUELDNER, S.H.; SPROUSE, B.M. (Eds.). **Successful aging and adaptation with chronic diseases**. New York: Springer Publishing Company, 2003. p.55-82.
- KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.861-6, 2003.
- KIKUCHI, E. L. Auto avaliação da saúde. In: JACOB FILHO, W. (Ed.). **Avaliação global do idoso**: manual da Liga de Gamia. São Paulo: Atheneu, 2005. p.25-31.
- LIMA, A.M.M. Saúde no envelhecimento: uma questão de justiça social. **Revés do avesso**, v.14, p.8-11, 2005.

LIMA, A.M.M. **Saúde no envelhecimento**: o autocuidado como questão. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p.13-59.

_____. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1316-23.

_____. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **Terceira idade**, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

_____. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. (Org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas: Papirus, 2001. p.11-52.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: _____. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p.7-55.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1277-88.

MERCADANTE, E. Comunidade como um novo arranjo social. **Rev. Kairós**, v.5, n.2, p.17-34, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS – **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

_____. **Qualidade de vida do idoso: construção de instrumento de avaliação através do método de impacto clínico**. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

PASUPHATI, M.; MANSOUR, E. Adult age differences in autobiographical reasoning in narratives. **Psychol. Aging**, v.42, p.798-808, 2006.

POON, L.W. et al. (Eds.). Coping with comorbidity. In: POON, L.W.; GUELDNER, S.H.; SPROUSE, B.M. (Eds.). **Successful aging and adaptation with chronic diseases**. New York: Springer Publishing Company, 2003. p.116-50.

QUEIROZ, N.C.; NERI, A.L. Relações entre bem-estar psicológico e satisfação com a vida na meia-idade e na velhice. **Envelhecimento e Saúde**, v.13, n.3, p.64, 2007.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do Idoso em uma área metropolitana na região sudeste do Brasil: Resultados de um inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-8, 2003.

REVICKI, D. Advances in quality of life theory and research. **Qual. Life Res.**, v.13, p.869-70, 2004.

ROTHERMUND, K.; BRANDTSTÄDTER, J. Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. **Psychol. Aging**, v.18, n.4, p.896-905, 2003.

ROWE, J.W.; KAHN, R. **Successful aging**. New York: Pantheon Books, 1998.

RYFF, C.D.; KEYES, C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v.69, n.4, p.719-27, 1995.

SALMAZO-SILVA, H. **A influência de projetos sócio-culturais nos aspectos cognitivos e psicossociais dos idosos de Ermelino Matarazzo**. 2006. Monografia (Trabalho de Iniciação Científica) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.47-57.

SOMMERHALDER, C. Adaptação à realidade socioeconômica da terceira idade: a família e a necessidade de suporte. In: FORLENZA, O.V. (Org.). **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.32-7.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**, v.19, n.1, p.81-94, 2008.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p.1403-9, 1995.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envejecimiento exitoso: trayectorias de un constructo y nuevas fronteras. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.795-807, out./dez. 2008.

Este artículo aborda diferentes concepciones de envejecimiento bien llevado, enfatizando el proceso como una experiencia heterogénea que implica diferentes estrategias para la obtención del bienestar y calidad de vida; seleccionando estudios que evalúan el proceso de envejecimiento como parte del curso de vida humana, el papel de la subjetividad y la auto-evaluación en salud como conceptos clave para abarcar el bienestar y la salud en la vejez. Los datos obtenidos sugieren que este proceso resalta la percepción de los ancianos protagonistas de intervenciones. Proponemos cuestiones que tratan de perfeccionar investigaciones y la elaboración de este constructo en Gerontología.

Palabras clave: Envejecimiento. Vejez. Anciano. Calidad de vida. Salud.

Recebido em 01/08/07. Aprovado em 18/07/08.