

Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo

Health and quality of life in the process of ageing: losses, gains and a paradox

António M. Fonseca¹, Constança Paúl²

RESUMO

A saúde desempenha um papel central no envelhecimento, podendo prever-se a qualidade de vida dos indivíduos idosos pela sua saúde. Apesar de a condição de idoso não representar um risco enquanto tal, é possível prever que um indivíduo mais velho sofrerá necessariamente perdas. Disso resulta que as pessoas idosas avaliam a sua saúde por causa das limitações que se surgem nas atividades que valorizam. Há objetivos funcionais e idiossincráticos que explicam a avaliação dos estados de saúde, o que faz que o peso da saúde, mais precisamente da percepção da saúde na qualidade de vida, seja uma questão controversa e resulte um aparente paradoxo entre os níveis de incapacidade e bem-estar reportado. Este texto reflete alguns traços marcantes da relação entre saúde e condição psicológica ao envelhecer, ilustrando essa relação com estudos implementados em Portugal nos últimos anos pela Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos (www.unifai.net), da qual os autores são membros.

Palavras-chave: Saúde, envelhecimento, qualidade de vida.

ABSTRACT

Health plays a major role in ageing process and we can approach quality of life of the older people through their health status. Despite ageing condition is not a risk in itself, it is possible to predict that losses will occur. As a result of that older people assess their health assuming the limitations inherent to those activities they value. There are functional and personal aims that explain the assessment of health status, which makes that the importance of health, more precisely the importance of perceived health in quality of life, becomes a source of controversy issue regarding the apparent paradox between certain levels of disability and reported well-being. This paper reflects some critical points of the relationship between health and psychological condition during ageing process, presenting findings of studies with Portuguese samples made by Unit of Research and Training in Adults and Elders (www.unifai.net), which the authors are members.

Key words: Health, ageing, quality of life.

Endereço para correspondência: António M. Fonseca • Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto • Rua Diogo Botelho, 1327 – 4169-005 – Porto, Portugal • E-mail: afonseca@porto.ucp.pt

Recebido em 19/10/2007
Aceito 16/11/2007

¹Universidade Católica Portuguesa. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.
²Universidade do Porto. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Se envelhecer constitui uma experiência comum a todos aqueles que têm o privilégio de viver vidas longas, o processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam. Independentemente dessa heterogeneidade, a saúde, real

e percebida, é para a generalidade dos idosos um aspecto fundamental quando se equaciona a respectiva qualidade de vida. A referência a problemas de saúde é uma constante nas entrevistas e nas avaliações dos idosos, aparecendo no topo das suas preocupações^{1,2}.

Se a saúde não é, por si só, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, por meio de interações complexas, diretas e indiretas,

com outros fatores da qualidade de vida. Sabemos que a ocorrência da doença provoca estresse e mobiliza os recursos e as capacidades individuais de *coping* para a recuperação, podendo, secundariamente, acarretar perda de poder econômico, alteração das atividades diárias e das relações sociais e desconforto geral. Todas essas conseqüências, comuns às situações de doença, surgem mais prováveis e agravadas no caso dos idosos.

Como se pode constatar em inúmeras investigações feitas a propósito de diferentes doenças³, sabe-se que as alterações da função imunológica durante o envelhecimento podem estar associadas a um aumento do risco para se desenvolver doenças infecciosas, auto-imunes ou malignas, apontando-se para a existência de uma possível e provável relação entre as doenças ligadas ao envelhecimento e as funções do sistema imunológico⁴. Além de a probabilidade de morrer aumentar com o passar dos anos, as repercussões de uma doença, mesmo não mortal nem particularmente debilitante, são com frequência maiores para o idoso que para o adulto jovem. Por exemplo, a recuperação de uma fratura do fêmur na seqüência de uma queda, que no idoso apresenta conseqüências nefastas, em relação aos vários sistemas fisiológicos, por causa da imobilização temporária, podendo determinar incapacitação definitiva, não é provável que ocorra com um jovem que sofra idêntica fratura.

Com efeito, em face de menor força física, acuidade sensorial, velocidade de processamento de informação etc., a adaptação resulta dificultada e exige a adoção de medidas compensatórias, de naturezas física e social, para que o equilíbrio interno e o organismo-ambiente sejam restabelecidos. A percepção da doença e a auto-avaliação que o sujeito faz da sua condição de saúde correspondem, finalmente, a uma avaliação subjetiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos com os estímulos experimentados a serem interpretados em razão das expectativas individuais e sociais, estereótipos relativos a papéis e valorizações pessoais⁵.

ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E SAÚDE

A perspectiva salutogênica⁶ introduziu no conceito de envelhecimento bem-sucedido a importância da saúde. Para Brooks⁷, a atenção dos investigadores neste domínio esteve, durante anos, centrada essencialmente no ajustamento psicológico, encarando-o como o principal critério de envelhecimento bem-sucedido. Ora, não subestimando o ajustamento psicológico, é necessário que o significado de envelhecer bem se estenda igualmente à atividade social e à saúde física: “o ajustamento psicológico, a atividade social e a saúde física, constituem dimensões importantes do envelhecimento bem-sucedido”⁷.

Em 1987, na seqüência dos primeiros resultados apurados pelo Estudo da Fundação MacArthur, Rowe e Kahn⁸ propuseram uma definição de “envelhecimento normal” como um estado não patológico, distinguindo, contudo, duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos: (i) uma forma “habitual/usual”, não patológica mas de alto risco; e (ii) uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento. Para os autores, esta distinção faz sentido tendo em consideração a elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento, o que faz, aliás, que muitas pessoas, quando questionadas acerca da distinção entre envelhecimento melhor ou pior sucedido, pensem logo na diferença entre saúde e doença. Ora, trata-se de um bom ponto de partida, mas não é o suficiente, dado que o envelhecimento normal refere-se ao organismo ser capaz de funcionar bem, mas igualmente ao risco de adoecer ou de ficar incapacitado.

Uma década depois, Rowe e Kahn⁸ alargam este modelo conceitual de envelhecimento bem-sucedido, diferenciando agora três domínios de operacionalização do conceito: o envelhecimento bem-sucedido traduz “a capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento/compromisso ativo com a vida”.

Para Rowe e Kahn⁸, somente a combinação destas três características é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, registrando-se uma hierarquia entre as três componentes do envelhecimento bem-sucedido; a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida. Segundo os mesmos autores, a *combinação* dessas três componentes – ausência de doença, bom funcionamento cognitivo e físico e compromisso com a vida – representa o conceito mais completo e apurado de envelhecimento bem-sucedido.

Note-se que o evitamento de doença e a incapacidade refere-se não apenas à presença ou à ausência de doença, mas igualmente à presença ou à ausência de fatores de risco propiciadores de doença e incapacidade. É por isso que Rowe e Kahn⁸ insistem muito na necessidade de promoção da saúde e não apenas na prevenção da doença, sendo esse um dos aspectos que mais poderá favorecer o envelhecimento bem-sucedido. Segundo aqueles autores, a promoção da saúde poderá e deverá começar antes de se atingir a velhice, não obstante lidarmos aqui com um problema acrescido: as iniciativas e os comportamentos adotados durante a vida adulta que promovem efeitos positivos no que se refere a promoção da saúde (deixar de fumar, ter uma alimentação cuidada etc.) não podem andar unicamente ligados à promessa

de que tal vai corresponder a uma velhice melhor. Se assim for, a pessoa poderá facilmente desinteressar-se pela adoção de comportamentos preventivos, pois poderá suceder que a morte ocorra antes de ela ver e experimentar os efeitos desses mesmos comportamentos. Daí que, em nossa opinião, tão importante como falar em promoção da saúde seja necessário insistir na influência que determinados *estilos de vida* provocam sobre o bem-estar geral, antes e durante o envelhecimento.

Na obra *Psicossociologia da Saúde*, Paúl e Fonseca⁹ exploram a possibilidade de o *continuum* saúde-doença ser influenciado justamente, entre outros aspectos, pelo seu estilo de vida e pelo contexto que o rodeia, tudo isto variáveis que interferem de forma mais ou menos negativa – conforme a própria morbidade da doença e os recursos de *coping* de que o indivíduo dispõe – com o bem-estar e a qualidade de vida do idoso. Outros autores têm proposto um modelo de análise semelhante, com aplicação particular ao período da meia-idade e posterior¹⁰.

As implicações diretas da alteração do bem-estar e da qualidade de vida que Paúl e Fonseca⁹ referem podem ser constatadas, tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades de vida diária (cuidados consigo próprio, relativamente à alimentação ou à higiene), às atividades instrumentais da vida diária (ir às compras, ao médico) e às atividades por ela valorizadas e que possam ficar comprometidas pela doença (como passear ou ler). Os autores especificam, a este propósito, que a consideração das atividades valorizadas pelo próprio sujeito deve-se ao fato de uma vida *com qualidade* ou *bem-sucedida* ser um conceito profundamente cultural e individual. “Tentar estabelecer um padrão uniforme de atividades de ‘nível superior’ para os idosos (que não pressupõem a sobrevivência), à semelhança do que se faz para as atividades da vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autônoma, seria um erro que impediria a compreensão plena das conseqüências resultantes de uma dada doença ao nível do bem-estar de uma pessoa concreta”⁹.

Disso resulta que as pessoas, particularmente as idosas, avaliam a respectiva situação de saúde pelas limitações que se produzem também em nível das atividades que valorizam, ou seja, quem valoriza ler, avalia de maneira mais negativa as limitações visuais; quem valoriza sair de casa e passear, sente-se mais penalizado com as limitações motoras. Em suma, para Paúl e Fonseca⁹, há objetivos funcionais e idiossincráticos que explicam a avaliação dos estados de saúde.

O estudo *EXCELSA*, realizado em Portugal, permitiu recolher interessante conjunto de dados referentes às variações significativas dos índices de envelhecimento bem-sucedido estudados, em função, precisamente, da auto-avaliação da saúde. Assim, quem se auto-avalia

como tendo melhor saúde apresenta melhores resultados em provas de natureza cognitiva, tem mais amigos e mais relações sociais, maior coerência, menor neuroticismo, maior extroversão e abertura à experiência, menor controle externo e maior controle interno, faz mais atividade física, tem menos problema de saúde e menor consumo de bebidas alcoólicas^{11,12}. Estes dados confirmam, pois, que à semelhança da saúde real, também a saúde percebida e auto-avaliada constitui um importante critério pelo qual é possível prever com segurança o envelhecimento bem-sucedido dos indivíduos (ou pelo menos assim considerado pelos próprios).

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Não obstante as diferenças interindividuais que se verificam quanto ao modo de experimentar o envelhecimento, a saúde continua a ser uma área fulcral da qualidade de vida, particularmente para os idosos. A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde deveu-se à mudança de modelo de abordagem das questões da saúde, tendo-se passado de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial. As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados quanto à mortalidade e à morbidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, particularmente no que diz respeito às doenças crônicas⁹. Na década de 1990, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, formou-se um grupo que assumiu o estudo da Qualidade de Vida, definindo-a como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹³. Esta abordagem é particularmente pertinente em face do envelhecimento demográfico da população e da evidência de que as pessoas vivem mais tempo e com menos doenças agudas, ou seja, a qualidade de vida e a sua avaliação são questões centrais, em particular no que diz respeito aos idosos¹⁴.

Foi precisamente com base em um instrumento desenvolvido pelo WHOQOL Group, o *WHOQOL-Bref*, que procedemos a uma avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portugueses residentes na comunidade em meios rural e urbano¹⁵. O *WHOQOL-Bref* inclui duas questões gerais, uma relativa à avaliação global da *qualidade de vida* e outra relativa à *satisfação com a saúde*, que evidenciaram os seguintes dados:

- avaliam como “Muito boa” a sua *qualidade de vida*, 3% dos idosos; 24% como “Boa”; 41% como “Nem boa nem má”; 21% como “Má”; 11% como “Muito má”. Esta variável não parece associada à condição rural/urbana dos idosos, ao sexo, ao estado civil ou às atitudes em face do envelhecimento, mas sur-

ge fortemente associada, de maneira significativa, com a idade ($F [4,233] = 5.469$; $p < 0,000$), com a educação ($F [4,233] = 6.595$; $p < 0,000$), com o rendimento ($F [4,233] = 10.648$; $p < 0,000$), com a autonomia ($F [4,233] = 26,328$; $p < 0,000$), com a família ($F [4,233] = 7.954$; $p < 0,000$), com os amigos ($F [4,233] = 5.855$; $p < 0,000$), com os confidentes ($F [4,233] = 5.035$; $p < 0,000$), com a solidão ($F [4,233] = 12.129$; $p < 0,000$) e com a ansiedade ($F [4,233] = 8.669$; $p < 0,000$);

- o panorama relativo à *satisfação com a saúde* é mais negativo: “Muito insatisfeito” – 37% dos idosos; “Insatisfeito” – 21%; “Nem satisfeito nem insatisfeito” – 22%; “Satisfeito” – 15%; “Muito satisfeito” – 5%. A satisfação com a saúde surge associada de maneira significativa com a idade ($F [4,233] = 4.301$; $p < 0,05$), com a educação ($F [4,233] = 3.917$; $p < 0,05$), com o rendimento ($F [4,233] = 4.176$; $p < 0,05$), com a autonomia quanto às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) ($F [4,233] = 18.864$; $p < 0,000$), com a família ($F [4,233] = 3.116$; $p < 0,05$), com os amigos ($F [4,233] = 4.704$; $p < 0,05$), com a solidão ($F [4, 233] = 17.414$; $p < 0,000$) e com a ansiedade ($F [4,233] = 17,827$; $p < 0,000$). As variáveis rural/urbano, gênero, estado civil, confidentes e atitudes em face do envelhecimento não surgem associadas de maneira estatisticamente significativa à satisfação com a saúde.

Em outro momento deste estudo, os autores interpretam que o fato de a maioria dos idosos sentir-se muito insatisfeita com a saúde percebida (58% diz-se “muito insatisfeito” ou “insatisfeito” com a sua saúde) emerge como um aspecto muito importante relativo ao bem-estar e à qualidade de vida, reforçando os resultados de Bowling^{1,2}, em que se demonstra que não obstante a importância atribuída às relações sociais, ter saúde é um fator determinante e a falta de saúde contribui particular e decisivamente para baixar a qualidade de vida dos idosos.

Esta conclusão não parece, todavia, ser nem definitiva nem generalizável a todos os indivíduos, como veremos em seguida.

INTERPRETANDO UM PARADOXO

O peso da saúde, mais precisamente da percepção da saúde na qualidade de vida, continua de fato a ser uma questão controversa. De acordo com Rothermund e Brandtstadter¹⁶, as dificuldades dos idosos a respeito da saúde e do desempenho comportamental, associadas a doenças e perdas irreversíveis, não resultam necessariamente em um grande impacto negativo na qualidade de

vida percebida. Esta constatação poderá explicar-se por meio de um processo dual de *coping*, usado pelos idosos para se ajustarem às dificuldades¹⁷:

- o *coping assimilativo* corresponde a uma tentativa para diminuir as perdas atuais ou antecipadas por meio de ações compensatórias, tentando transformar as situações negativas em situações que se ajustam aos objetivos, diminuindo a discrepância entre o estado atual e o desejado ou ideal;
- o *coping acomodativo* corresponde, por sua vez, à alteração para objetivos e padrões de mais baixo nível ou exigência, permitindo assim manter o sentido de auto-eficácia e controle sobre a vida.

Rothermund e Brandtstadter¹⁶ referem que os esforços compensatórios aumentam até cerca dos 70 anos, observando-se a partir daí um reajuste de expectativas ao desempenho possível (porque tais esforços tornam-se menos eficazes). Passa a imperar, então, o *coping acomodativo*, que permitirá assegurar uma percepção positiva da qualidade de vida. Esta percepção estará também dependente, porém, da existência de recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para os idosos.

Segundo os mesmos autores¹⁶, com o avanço da idade estes esforços compensatórios mais cedo ou mais tarde chegam ao seu limite. Acima dos 70 anos, o decréscimo nesses esforços compensatórios está associado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos de ação. Para os autores, a resiliência do *self* na velhice não pode ser explicada simplesmente em termos de esforços ativos de compensação. Os processos de *coping assimilativo* e *coping acomodativo* dão uma explicação mais compreensiva, considerando o efeito recíproco entre as intervenções ativas e o ajustamento de padrões de realização e metas pessoais. Se o *coping assimilativo* consiste na tentativa de evitar ou diminuir as perdas mediante atividades instrumentais, compensatórias (nesse modo de *coping*, o indivíduo tenta transformar a situação avaliada negativamente de maneira a ajustá-la a aspirações e metas pessoais), um modo diferente de neutralizar a discrepância entre a condição atual e a idealizada consiste em adaptar padrões, metas e objetivos aos constrangimentos.

Este processo acomodativo envolve o desinvestimento, a redução das aspirações e a diminuição da exigência dos padrões de realização pessoal, isto é, os indivíduos acomodam os seus objetivos e adotam um funcionamento conforme às suas reais possibilidades. Os processos acomodativos são dominantes quando as repetidas tentativas ativas de mudança da situação são mal-sucedidas, revelando-se importantes para amenizar as tensões emocionais que emergem diante: (i) da constatação de que os constrangimentos ultrapassam as capacidades, (ii) da

experiência de que a perda dessas capacidades, assente frequentemente em déficits físicos, é irreversível.

Também segundo Staudinger, Marsiske e Baltes¹⁸, diante de perdas o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, ou seja, há um potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal, verificando-se a presença de recursos latentes que podem ser ativados. Interpretando os dados recolhidos no *Berlin Aging Study*, Smith *et al.*¹⁹ defendem que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantêm um sentido positivo de bem-estar e, como qualquer ser humano, conseguem ativar mecanismos compensatórios para lidar com tais perdas. Apesar de as pessoas com incapacidades apresentarem, naturalmente, limitações nas atividades do quotidiano, muitas referem que tal fato não as impede de ter uma boa ou mesmo excelente qualidade de vida.

Tendo em conta as representações habitualmente negativas que rodeiam o conceito de envelhecimento, a capacidade de ajustamento dos indivíduos idosos à diversidade e à dificuldade das experiências de vida, mantendo níveis positivos de bem-estar e qualidade de vida, surge assim como um *paradoxo*. Albrecht e Devlieger²⁰ denominam justamente a aparente contradição entre o nível de incapacidade dos idosos e a percepção de elevado bem-estar e qualidade de vida, como o *paradoxo da incapacidade*. Para estes autores, o paradoxo da incapacidade leva à seguinte questão: “Por que razão muitas pessoas com incapacidades sérias e persistentes referem que experimentam uma boa ou até mesmo excelente qualidade de vida, quando a maioria dos observadores externos destes indivíduos avalia essas mesmas vidas como pouco ou mesmo nada satisfatórias?”.

Na tentativa de explicar esta questão, Albrecht e Devlieger²⁰ estudaram 153 pessoas de uma comunidade norte-americana que apresentavam limitações físicas significativas, assim reconhecidas por elas, avaliando-as quanto à sua percepção de qualidade de vida. Tratou-se de um estudo qualitativo, concretizado por entrevistas semi-estruturadas, nas quais os indivíduos respondiam a questões sobre a sua incapacidade, sobre a qualidade de vida percebida e como a incapacidade afetava a qualidade de vida.

As pessoas que avaliaram a sua qualidade de vida como excelente ou boa (54,3%) explicaram esse bem-estar invocando o reconhecimento das limitações, o controle do corpo e da mente, a capacidade de desempenhar papéis esperados, a adesão a uma crença espiritual, terem uma rede de relacionamentos sociais e afetivos estáveis e a existência de perspectivas para o futuro. Entre os que relataram uma qualidade de vida razoável ou

pobre, a experiência da solidão, a dor e fadiga crônicas, bem como a discrepância entre aquilo que a pessoa pretende e aquilo que consegue alcançar, foram os aspectos mais salientados pelos participantes do estudo como susceptíveis de comprometer a qualidade de vida. Segundo Albrecht e Devlieger²⁰, a perda de controle sobre as atividades físicas e mentais, a permanência de quadros dolorosos, a inexistência de crenças e de projetos de vida claros, a falta de energia e a ausência de esperança explicariam a percepção de pior qualidade de vida.

Albrecht e Devlieger²⁰ encontraram assim nestes resultados a confirmação do *paradoxo da incapacidade* e concluíram que, para os indivíduos entrevistados que apresentavam incapacidades, a percepção de uma boa qualidade de vida depende sobretudo do balanço entre corpo e mente (focalizando a atenção naquilo que “eu posso”) e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais. Todavia, isso nem sempre se passa assim, isto é, se algumas pessoas incapacitadas são capazes de produzir e manter esse equilíbrio e, conseqüentemente, experimentar uma boa qualidade de vida, outras pessoas não são capazes de lidar com a sua condição de saúde e com as restrições ambientais que daí decorrem. Para estas, a solidão, o sofrimento físico e um sentimento de frustração ligado à impossibilidade de concretizar projetos individuais surgem como os fatores que mais contribuem para a avaliação negativa da respectiva qualidade de vida.

Outros estudos^{21,22} confirmam igualmente que a qualidade de vida não depende simplesmente das condições de saúde; pessoas sofrendo de doenças crônicas conseguem mesmo retirar algum sentido positivo dessa condição, quais sejam o aperfeiçoamento de alguns aspectos da personalidade e a melhoria de relações sociais. Aliás, algumas pessoas sofrendo de incapacidades várias dizem mesmo que atingiram a felicidade *por causa da* incapacidade e não *apesar* dela. Segundo Weinberg²³, tais pessoas “estão satisfeitas com aquilo que são e mostram-se capazes de atingir os seus objetivos de vida apesar ou mesmo por causa das suas incapacidades, não obstante a tendência da sociedade ser no sentido de encarar a incapacidade com uma tragédia persistente”.

Concluindo, se uma boa saúde física e mental surge como uma condição associada à qualidade de vida, os dados aqui relatados deixam aberta a possibilidade de tal condição não ser suficiente nem aparentemente necessária para que os indivíduos de todas as idades – e os idosos em particular – possam experimentar uma vida que classificam como *de qualidade*, fundamentando essa apreciação em aspectos de natureza subjetiva relativos, em suma, à competência na gestão do viver e ao sentido que atribuem à essa mesma vida.

REFERÊNCIAS

1. Bowling A. What things are important in peoples lives? A survey of public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*. 1995;41:1447-62.
2. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding L, Evans O, Fleissig A et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*. 2003;56: 269-306.
3. Paúl C, Fonseca AM. A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*. 1999;3:345-62.
4. Rabin B. Changes in the immune system during aging. In: Manuck S, Jennings R, Rabin B, Baum A, editores. *Behavior health and aging*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
5. Fonseca AM. O envelhecimento. Uma abordagem psicológica. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2006.
6. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
7. Brooks J. Salutogenesis, successful aging and the advancement of theory on family caregiving. In: McCubbin H, Thompson E, Thompson A, Fromer J, editores. *Stress, coping and health in families sense of coherence and resiliency*. London: SAGE; 1998.
8. Rowe J, Khan R. *Successful ageing*. New York: DTP Health; 1998.
9. Paúl C, Fonseca AM. *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi; 2001.
10. Aldwin C, Levenson M. Stress, coping, and health at midlife: a developmental perspective. In: Lachman M, editor. *Handbook of midlife development*. New York: Wiley & Sons, 2001. p. 188-214.
11. Paúl C. A construção de um modelo de envelhecimento humano: o grande desafio da saúde e das ciências sociais no século XXI (aula de agregação). Porto: Universidade do Porto; 2001.
12. Paúl C, Fonseca AM, Cruz F, Cerejo A. EXCELSA – Estudo-piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia. Teoria, Investigação e Prática*. 2001;2:415-26.
13. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994;23:24-56.
14. Hickey D. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics*. 2005;23:971-93.
15. Paúl C, Fonseca AM, Martin I, Amado J. Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: Paul C, Fonseca AM, coordenadores. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi; 2005. p. 77-98.
16. Rothermund K, Brandtstadter J. Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*. 2003;18:896-905.
17. Brandtstadter J. Personal self-regulation of development: cross sequential analyses of developmental-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*. 1989;25:96-108.
18. Staudinger U, Marsiske M, Baltes PB. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In: Neri AL, organizadora. *Psicologia do envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995.
19. Smith J, Borchelt M, Maier H, Jopp D. Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*. 2002;58:715-32.
20. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*. 1999;48:977-88.
21. Fitzpatrick R. Measurement issues in health-related quality of life: challenges for health psychology. *Psychology and Health*. 2000;15:99-108.
22. Sodergren S, Hyland M. What are the positive consequences of illness? *Psychology and Health*. 2000;15:85-97.
23. Weinberg N. Another perspective: attitudes of people with disabilities. In: Yunker HE, editor. *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer; 1988.