



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Bruna Wanessa de Araújo Costa

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS**

Cuité – PB
2015

Bruna Wanessa de Araújo Costa

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837e Costa, Bruna Wanessa de Araújo.

Envelhecimento e qualidade de vida: representações sociais construídas por idosos. / Bruna Wanessa de Araújo Costa. – Cuité: CES, 2015.

94 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Envelhecimento. 2. Qualidade de vida. 3. Idoso. I. Título.

CDU 159.922.63

Bruna Wanessa de Araújo Costa

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro – UFCG

Enf. Esp. Maria das Graças Moreira Carlos
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz – RN

Cuité – PB, 10 de novembro de 2015.

Dedico este trabalho a Deus, por ser meu guia;
aos meus pais Washington e Maruska; e aos meus
irmãos Bianca, Bárbara e Washington Filho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus pelo dom da vida e pelo seu infinito amor, me dando forças para seguir em frente e nunca desistir. Obrigada Senhor, por ter colocado pessoas maravilhosas em meu convívio, que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Agradeço aos meus pais, Washington e Maruska, meus maiores exemplos. Mãe, seu cuidado, dedicação e amor incondicional me deram a esperança para seguir, e forças para chegar até aqui. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nesta caminhada. Obrigada por acreditar e investir em mim.

Aos meus avós, por serem o alicerce de toda a família, e aos primos e tios que tanto torceram para que este dia chegasse.

Aos meus irmãos, Bianca, Bárbara e Washington Filho, pela confiança que depositam sempre em mim e pelo companheirismo desde berço. Faltam-me palavras para expressar o quanto vocês se fizeram importantes nesta etapa da minha vida.

Ao querido Orientador, Matheus Figueiredo Nogueira. Muito obrigada pela oportunidade, paciência, confiança, compreensão e pelo apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta monografia. Obrigada por ser tão presente e não medir esforços para contribuir no crescimento profissional dos seus alunos. Parabéns pela competência.

Ao meu namorado, Douglas Andrade, por todo amor, carinho e paciência que tem me dedicado, por estar sempre ao meu lado, me apoiando em todas as minhas decisões e por ter me compreendido nos momentos mais difíceis. Seu apoio foi muito importante para a conclusão desta etapa.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida. Minhas amigas-irmãs que me apoiaram e foram minha segunda família em Cuité, Allana Brunna, Ana Clara, Taira Pedrosa, Samilla Azevêdo e Gabrielly de Carly, obrigada pelo apoio e

cumplicidade. Minhas companheiras de quarto, Allana Jéssica, Samara Azevêdo e Raíssa França, obrigada pelos momentos de alegria e descontração e ao apoio incondicional. Minhas amigas-irmãs que sempre torceram e se preocuparam comigo, Ana Tereza, Isis Carvalho, Inês Carvalho, Jillyanne Nathália, Louhanie Araújo, Clara Rangel e Jurema Lima, obrigada por tudo. Minha amiga de infância, Fernanda Bezerril, que sonhou e cresceu junto comigo e até hoje faz parte de todos os momentos importantes da minha vida.

Agradeço a todos os mestres não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender e ajudado a me tornar uma profissional de qualidade, aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A minha banca examinadora, Profa. Édija, pessoa que admiro muito e minha madrinha Enf. Graça Carlos, por estar fazendo parte deste momento tão importante. Muito obrigada por aceitarem o convite.

Aos idosos que compartilharam suas experiências comigo, que me receberam de braços abertos, e que contribuíram para o sucesso da pesquisa. Vocês foram essenciais. Muito obrigada!

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência” (BOFF, 1999).

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil vem ampliando-se nos últimos anos em ritmo acelerado, sem o devido acompanhamento de efetivas melhorias sociais. Esse cenário desperta para a necessidade de compreender com mais profundidade a relação entre o aumento da longevidade e a qualidade de vida de idosos, sobretudo para reconhecer os principais impactos das mudanças biopsicossociais do avançar da idade, e como esta população subjetivamente percebe, vivencia e enfrenta essas alterações. Desse modo, objetivou-se neste estudo conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos, além de descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo. Trata-se de um estudo descritivo sob a perspectiva da abordagem qualitativa, subsidiado pelo aporte da Teoria das Representações Sociais e executado na microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano com amostra de 444 idosos. Os dados foram obtidos por meio de um questionário socioeconômico e demográfico e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), com as palavras indutoras “envelhecimento” e “qualidade de vida” para apreender as representações sociais dos idosos participantes, sendo os resultados processados no *software* EVOC. Os resultados alcançados a partir do TALP apontam que *experiência, felicidade, morte, saudade, velhice e vida* consistem nas representações sociais consensuais dos idosos sobre o envelhecimento. Sobre a qualidade de vida, esta foi representada unicamente como *saúde*, compondo, portanto, os núcleos centrais. Os núcleos periféricos destacam representações como *atenção, sofrimento, problemas, amor, lazer e independência*, que clamam por intervenções por parte das famílias, sociedade e Estado que desconstruam essas percepções e que assegurem, na prática, um satisfatório curso de vida. Evidencia-se, assim, uma relevante necessidade de elaboração e implementação de ações multidisciplinares e intersetoriais direcionadas ao idoso, não apenas para o seu plausível funcionamento biopsicológico, mas para a sua valorização enquanto cidadão e manutenção da autonomia, independência e postura ativa na sociedade.

Descritores: Envelhecimento. Qualidade de vida. Idosos.

ABSTRACT

Population aging in Brazil has been increasing in recent years without proper monitoring of effective social improvements. This scenario demonstrates the need of deeply understand the relationship between the increase in longevity and quality of life of seniors, particularly to recognize the main impacts of the biopsychosocial changes of advancing age, and how this population subjectively perceives, experiences and faces these changes. Thus, the aim of this study is to know the social representations related to aging and quality of life built by the elderly, besides it describes the socioeconomic and demographic characteristics of the study participants. This is a descriptive study from the perspective of qualitative approach, supported by the contribution of the Social Representation Theory and executed in the micro Western Curimataú Paraíba with a sample of 444 elderly. Data were obtained through a socioeconomic and demographic questionnaire and the Free Association Test Words (FATW), using words "aging" and "quality of life" to comprehend the social representations of the elderly participants, and the results processed the EVOC software. The results achieved from the FATW indicate that *experience, happiness, death, longing, aging and life* consist of consensual social representation of the elderly about aging. About quality of life, it was represented only as *health*, composing therefore the central core. Peripheral cores out representations such as *attention, suffering, trouble, love, leisure and independence*, it claim for interventions by families, society and State deconstruct these perceptions and to ensure, in practice, a satisfactory life course. It is evident, therefore, a significant need for development and implementation of multidisciplinary and intersectional action aimed on the elderly, not only for your plausible bio-psychological functioning, but also to its recovery as a citizen and maintenance of autonomy, independence and active role in society.

Descriptors: Aging. Quality of life. Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n= 444) 37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** -Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre envelhecimento 49
- Quadro 2** -Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre qualidade de vida 58

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CE – Ceará
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSQOLS – Diabetes- Specific Quality – of - Life Scale
EVOC – Conjunto de programas para Análise de Evocações
F – Frequência
GEPISE – Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem
GM/MS – Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MG – Minas Gerais
NEPEQ – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida
OME – Ordem Média de Evocações
OMS – Organização Mundial de Saúde
PB – Paraíba
PNSP – Política Nacional de Promoção da Saúde
QV – Qualidade de Vida
SF-36 – The Medical Outcomes Study 36 – item Short – Form Health Survey
SMS – Secretarias Municipais de Saúde
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UFMG – Universidade Federal de Campina Grande
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFS – Unidade Saúde da Família
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – Bref
WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults
WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Processo de Envelhecimento: políticas e práticas de atenção à saúde do idoso	19
2.2	Qualidade de vida do idoso	23
2.3	Teoria das Representações Sociais	27
3	METODOLOGIA	30
3.1	Tipo de estudo	31
3.2	Local do estudo	31
3.3	População e amostra	32
3.4	Instrumentos para coleta de dados	33
3.5	Procedimentos para coleta de dados	33
3.6	Análise dos dados	34
3.7	Aspectos éticos	35
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	37
4.2	Representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	67

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

ANEXOS

Anexo A – Questionário socioeconômico e demográfico

Anexo B – Teste de Associação Livre de Palavras

Anexo C – Termo de Autorização Institucional

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

O envelhecimento populacional no mundo vem ampliando-se nos últimos anos em ritmo acelerado, devido à expressiva redução da taxa de fecundidade, o aumento da longevidade e a mudanças importantes na qualidade de vida populacional, como por exemplo, melhoria nas condições de higiene, moradia e alimentação, além de avanços tecnológicos no controle, diagnóstico e tratamento de enfermidades (GUERRA; CALDAS, 2010).

Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que a expectativa de vida dos brasileiros aumentará de 45,5 (1940) para 81,29 anos em 2050 (BRASIL, 2008). No entanto, a transformação radical na estrutura etária brasileira vêm acompanhada de dificuldades dos órgãos da saúde para lidar com o novo perfil epidemiológico. A velocidade das alterações não acompanha as conquistas sociais, sendo notória a ineficiência do sistema de saúde, uma vez que população idosa necessita de maior amparo e programas de saúde mais especializados, sobretudo pelas inúmeras alterações morfofisiológicas decorrentes do envelhecimento.

O envelhecer é considerado um processo natural, dinâmico, contínuo e irreversível, relacionado a fatores biológicos, psíquicos e sociais, atingindo a todos os seres humanos (LITVOC; BRITO, 2004). Dias (2007) complementa que envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, em que cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Portanto, o processo de envelhecimento envolve um conjunto de fatores que vão além do fator cronológico (> 60 anos), relaciona-se também as condições biológicas, que são traduzidas por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, além de psicológicas e sociais. É importante considerar o envelhecimento como um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando com o nascimento e terminando com a morte.

Epidemiologicamente falando, o fenômeno do envelhecimento populacional acontecia inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente acontece em países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 em 1975 e 14 em 2002, e estima-se que em 2025 alcancem os 32 milhões (BRASIL, 2012). Conseqüente a este fenômeno, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão na sociedade, juntamente com a possibilidade elevada das perdas, incapacidades, sofrimento e dependência adicionadas a cada ano de sobrevivência. Estimando que em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar com maior contingente de idosos, é importante enfatizar que as doenças crônico-degenerativas ocuparão lugar de destaque, implicando em adequações das políticas sociais para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

A conquista da longevidade é, sem dúvida, uma vitória. Mas essa conquista é marcada por importantes diferenças existentes entre os países desenvolvidos, onde o envelhecimento ocorreu simultaneamente com melhorias nas condições de vida e adequadas políticas que resguardam os direitos e a saúde, e nos países em desenvolvimento, o processo ocorreu de maneira acelerada, dificultando a reorganização social e a ampliação da área de saúde. No Brasil, foram elaboradas políticas sociais e de saúde visando contribuir para a melhoria qualidade de vida da população envelhecida, visto que existe a necessidade de um suporte cada vez mais específico para atender a demanda de idosos (BRASIL, 2006).

A qualidade de vida do idoso deve ser promovida principalmente pelas políticas públicas, que desta forma, são importantes para a ampliação e melhoria de todos os serviços destinados a esta população, garantindo sua cidadania e o envelhecimento digno ao ser humano. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa instituída por meio da Portaria nº 2.528/06, por exemplo, consta de um dispositivo legal que pontua a necessidade de desenvolvimento de uma estrutura de cuidado de suporte qualificado para idosos e suas famílias, de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre envelhecimento e da implementação das redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006). Já o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) amplia e defende os direitos básicos de cidadania, como o atendimento preferencial, prioridade na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas, e a criação de formas alternativas de participação, ocupação e convívio social dentre outras (BRASIL, 2003).

Nessa linha de raciocínio, o rápido envelhecimento da população brasileira e suas consequências principalmente na estruturação das redes de atenção à saúde, faz com que a garantia da qualidade de vida dos idosos demande uma forte relação com as políticas mencionadas, devendo considerar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, da participação, de cuidado e de autossatisfação, incentivando fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009). A qualidade de vida, portanto, deve acompanhar o prolongamento da longevidade e garantir um envelhecimento populacional e individual satisfatório.

A relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento, portanto, vem tomando espaço nos estudos atuais com a necessidade de reconhecimento dos principais impactos das mudanças biológicas e psicológicas ao avançar da idade, e como esta população vivencia, enfrenta e percebe essas alterações. O grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas

expectativas, seus padrões e suas preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405). Esse conceito de qualidade de vida está relacionado ao bem-estar pessoal e considera uma série de aspectos como a capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, autoestima, valores ético-culturais, religiosidade, estilo de vida, satisfação com atividades diárias e ambiente em que se vive. É um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECCHIA et al., 2005).

Partindo do pressuposto supracitado, o processo de envelhecimento exige uma atenção qualificada, multidimensional, humanizada e holística, assegurando principalmente o bem-estar físico e psicossocial, uma vez que não basta apenas aumentar a sobrevida e controlar as doenças e sim garantir uma vida de qualidade. Para o alcance deste feito, o desenvolvimento de um estudo que busque investigar as representações sociais sobre o envelhecimento e a qualidade de vida construídas por idosos apresenta-se como um importante instrumento para a compreensão das necessidades demandadas pela população que vivencia a velhice.

Ademais, o estudo das representações sociais sobre a qualidade de vida do idoso abrirá as portas para a compreensão subjetiva do pensamento, do comportamento e do modo como os idosos vivenciam este processo em todas as suas particularidades. A Teoria das Representações Sociais se apresenta como um pensamento social, dito como senso comum, cuja finalidade é interligar a comunicação, fazendo o controle do meio social e cognitivo para proteger e legitimar os grupos sociais. Atua como a interpretação da realidade, organizando as relações do indivíduo com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social, para que o sujeito ao permitir adentrar em suas experiências e práticas sociais, consiga se apoderar dos objetos ou fenômenos socializados (SOUSA; BOAS, 2011). As pesquisas no campo do envelhecimento, alavancadas pela Teoria das Representações Social, permitem apontar importantes estratégias para a promoção de ações voltadas aos idosos, contribuindo para a definição de políticas públicas qualificadas e voltadas as necessidades deste segmento populacional.

Reconhecendo o processo de envelhecimento como um fenômeno permeado por uma pluralidade de características, emerge a motivação para conhecer as representações sociais construídas por idosos acerca do envelhecimento e da qualidade de vida, e assim refletir o modo no qual a sociedade percebe e convive com este cenário hodierno do envelhecimento populacional, sobretudo no que tange às implicações no âmbito da saúde, expressando assim a relevância desta investigação. Ademais, face à limitação de estudos envolvendo o envelhecimento e a qualidade de vida respaldados pelas representações sociais, solidifica-se

de modo mais evidente o interesse no desenvolvimento desta pesquisa junto a idosos de municípios de pequeno porte, a exemplo de Cuité, Nova Floresta, Sossego, Remígio e Barra de Santa Rosa, situados no Curimataú paraibano.

Nesse sentido, acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para a adoção de novas práticas de enfermagem frente à população idosa, para a formulação e implementação de políticas e estratégias de atenção à saúde, assim como proporcionar um olhar crítico sobre a possibilidade de mudanças de ordem social com foco na (re)inserção dos idosos ativamente na sociedade. Somando-se a isso, existe o interesse pessoal de trabalhar com a população idosa e conhecer as suas diversas particularidades, além de ajudar de alguma forma a trazer resultados importantes para os cinco municípios do Curimataú paraibano que estão em questão no estudo, em relação ao conhecimento e aprofundamento das representações sociais na vida dos idosos.

A partir do exposto surgiu o seguinte questionamento: Quais as representações sociais da qualidade de vida e do envelhecimento para idosos? Diante deste questionamento norteador, este estudo visará alcançar os objetivos dispostos a seguir.

1.1 Objetivos

- Conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos; e
- Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo.

2.1 Processo de envelhecimento: políticas e práticas de atenção à saúde do idoso

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente as funções orgânicas, suscetibilizando o indivíduo às agressões intrínsecas e extrínsecas. Este processo começa desde o nascimento até a morte. Segundo a OMS, a definição de idoso se aplica a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Todavia, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento uma vez que existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005).

Vale destacar que a idade cronológica normalmente está associada apenas aos efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes fatores que preconizam a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos do envelhecimento. Ademais, o processo de envelhecimento compreende uma série de alterações orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas comecem a declinar (CANCELA, 2008).

Nesta linha de raciocínio, o envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume. Por isso, as implicações que o envelhecimento humano traz são refletidas em todo o sistema orgânico. Ocorrem mudanças nos sistemas tegumentar, musculoesquelético, osteoarticular, cardiovascular, respiratório, digestório, nos sentidos e hormônios, além de alterações psicológicas como a perda progressiva da memória e déficit cognitivo (PAPALÉO NETTO, 2001).

Uma das principais alterações fisiológicas esperadas no processo de envelhecimento ocorre no sistema cardiovascular, em que há uma redução da frequência cardíaca em repouso, o aumento do colesterol, como também da resistência vascular e conseqüentemente o aumento da pressão arterial e diminuição do débito cardíaco (DE VITTA, 2000). Segundo Motta (2004), com o envelhecimento o miocárdio apresenta regiões com fibrose, depósito de lipofuscina e substância amilóide. No endocárdio, é produzido um depósito de lipídios e cálcio nas válvulas, acontecendo o aumento de colágeno em ambos.

Nas grandes artérias ocorre perda do componente elástico e aumento do colágeno, determinando, assim, maior rigidez da parede. Essa perda de elasticidade nas paredes arteriais e sua maior rigidez representa o aparecimento de uma condição descrita como arteriosclerose. Esta, por sua vez, é causada por um aumento na calcificação das artérias e pelo surgimento de colágeno. Nos estádios mais avançados da vida, a arteriosclerose pode provocar ataque cardíaco, angina e acidente vascular cerebral (GALLAHUE; OZMUN, 2005). É importante destacar, conforme aponta Papaléo Netto (2002), que tais alterações são provocadas por mudanças normais da idade, influências ambientais e fatores genéticos, e como resultado dessas alterações, aumenta-se a fase de ejeção, a fase de relaxamento, com redução da diástole, aumento da impedância à ejeção do ventrículo esquerdo e diminuição da complacência fazendo com que o sistema cardíaco sofra importantes mudanças.

A diminuição da função pulmonar resultante do envelhecimento, principalmente em homens, é fator de risco preponderante para incidência de doença coronária. Esta função pulmonar aumenta durante a adolescência, estabiliza até o período dos 30 anos e, depois disso, começa a declinar a partir das alterações estruturais no aparelho respiratório. (GALLAHUE; OZMUN, 2005). O sistema respiratório, portanto, apresenta uma diminuição da ventilação pulmonar, da elasticidade dos alvéolos, da capacidade vital e do consumo máximo de oxigênio, o que concorre para a rigidez da caixa torácica e a diminuição da expansão pulmonar (DE VITTA, 2000).

Outras modificações também evidentes com o envelhecimento estão associadas ao sistema musculoesquelético, com a diminuição no comprimento, elasticidade e número de fibras. Ainda é notável a perda de massa muscular e elasticidade dos tendões e ligamentos e da viscosidade dos fluidos sinoviais. Esta perda contribui para outras alterações relacionadas com a idade, destacando-se a diminuição da densidade óssea, a menor sensibilidade à insulina, menor capacidade aeróbia, menor taxa de metabolismo basal, menor força muscular e menores níveis de atividades físicas diárias (DE VITTA, 2000).

Ademais, o sistema biológico mais comprometido com o envelhecimento é o Sistema Nervoso Central (SNC), sendo responsável pelas sensações, movimentos, funções psíquicas e biológicas internas. Este complexo nervoso apresenta alterações como a redução no número de neurônios, da velocidade de condução nervosa, da intensidade dos reflexos, assim como restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações (DE VITTA, 2000).

Mesmo considerando as mudanças em todo o organismo, o processo é natural e não deve ser visto como doença. A velhice, portanto, deve ser entendida como resultado e

continuação de um processo de diversas etapas, estando diretamente ligada a um ideal de mudança e transformação contínua, com necessidade de reconquista diária caracterizando aos poucos o envelhecimento do ser.

Mediante a contextualização das alterações fisiológicas decorrentes do avançar dos anos, quando se pensa em processo de envelhecimento, deve-se pensar também no envelhecer de maneira saudável, que nos dias atuais significa muito além do estado físico e da saúde satisfatória. Os idosos necessitam de reconhecimento, segurança, saúde, respeito e sentir-se parte de uma comunidade que os permitam a abertura suficiente para exposição de experiências e ações. A literatura mostra claramente que vivemos num mundo em processo de envelhecimento e com uma população cada vez mais envelhecida e que com o passar dos anos os idosos ganham espaço com diferentes formas de expressar os anos que os acompanham. Os estudiosos mostram a preocupação com as novas expectativas relacionadas aos idosos, preocupando-se principalmente com a dignidade e a humanização que deve ser arraigada ao processo de envelhecer. A exclusão social, a discriminação no mercado de trabalho, as perdas gradativas, o estado de aposentadoria e o abandono que se encontram a maior parte dos idosos, desfavorecem o alcance desta dignidade e humanização (PORTELLA, 2003; SOUZA, 2007).

Para a OMS o envelhecimento deve ser uma experiência positiva, acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, por isso adotou-se o termo “envelhecimento ativo”, que é visto como um processo de otimização do processo de envelhecer e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida. A palavra “ativo” refere-se a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Por isso o principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão em processo de envelhecimento, procurando transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, para se reconhecer que além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como o indivíduo e as populações envelhecem, buscando assim, além da saúde, os direitos humanos, os princípios de independência, a participação, a dignidade, a assistência e autorrealização dos idosos (BRASIL, 2005).

Como o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada, as projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Dessa forma, com a velocidade do processo de transição

demográfica e epidemiológica vivido pelo país nas últimas décadas começaram a aparecer uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições. É oportuno destacar, portanto, que o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Consequentemente, com todas as alterações fisiológicas e o aparecimento de doenças próprias do envelhecimento, os serviços de saúde estão se adequando ao novo perfil populacional. Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida, com ênfase principalmente nas questões sociais e biológicas (CARVALHO; GARCIA, 2003). Por isso, o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios, por causar um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo.

Diante de toda a complexidade demográfica e o aumento da longevidade foram criadas as políticas públicas voltadas para a pessoa idosa visando contribuir para que a população tenha qualidade de vida e atinja a melhor idade com saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2.528/06, tem como objetivo a recuperação e promoção da autonomia e da independência de idosos, formulando medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A ementa da portaria diz respeito ao direito da participação social, em grupos de terceira idade, atividades físicas regulares e busca da ampliação da saúde. Em contraponto, o grande dilema é que a rede de assistência à saúde no Brasil, em especial a atenção primária, ainda não vê o idoso de maneira coletiva e integral, existindo limitações e necessidade de reconstrução das políticas voltadas ao idoso e a sua qualidade de vida. Portanto, melhoria na qualidade de vida é a melhor forma de manter a saúde e o bem-estar dessas pessoas, para que possam envelhecer com dignidade.

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, por sua vez, institui o Estatuto do Idoso e dispõe sobre papel da família, da comunidade, da sociedade e do poder público de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. A Lei determina que sejam criados mecanismos para divulgação de informações de caráter educativo sobre as questões que

envolvem o envelhecimento, além de garantir o acesso a rede de serviços de saúde e assistência social. Fica determinado que nenhum idoso possa sofrer qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Assim, é dever de todo cidadão fiscalizar a aplicação do Estatuto do Idoso e denunciar às autoridades competentes qualquer violação desta lei (BRASIL, 2006).

Diante deste embasamento, com o envelhecimento populacional crescente a sociedade vem aprofundando o conhecimento sobre essa realidade, procurando organizar-se na busca coletiva de formas de enfrentamento da questão. Entre esses esforços situam-se a implantação de programas e políticas sociais, a criação de conselhos de direitos, a organização de diferentes fóruns de discussão e a realização de outras diversas ações que objetivam a garantia dos direitos e a participação das pessoas idosas na vida social. Com o passar do tempo e o reconhecimento acerca do envelhecimento populacional, a velhice começou a ser vista e tratada de maneira diferente de acordo com períodos e estrutura social, cultural, econômica e política de cada sociedade (BRASIL, 2006).

É de total importância, portanto, repensar que a sociedade na qual estes idosos vivem impõe uma norma de relacionar-se com a vida, definida socialmente, onde a velhice não pode ser compreendida apenas sob o olhar biológico, mas também em suas dimensões social, cultural, psicológica, econômica, entre outras. Sendo assim, o idoso deve ser visto como sujeito capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida, culminando assim em excelentes níveis de qualidade de vida.

2.2 Qualidade de vida do idoso

O termo Qualidade de vida (QV) foi empregado pela primeira vez, no ano de 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao declarar que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*”. Compreende-se então, que neste caso, a expressão foi usada como um fator ligado à economia, se distanciando da saúde. Com o passar dos anos, os termos "padrão de vida" e "qualidade de vida" foram partilhados inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos, porém, houve a ampliação e a aplicação da expressão QV em outras áreas, inclusive a da saúde. Dessa forma, com o crescente desenvolvimento da Medicina, ciências humanas e biológicas precisou-se ampliar o conceito de “qualidade de vida” no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o

controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (WHOQOL GROUP, 1998a).

Embora a expressão qualidade de vida seja uma questão complexa e difícil de ser definida, existem autores que explicam seus possíveis significados. A OMS, afirma que qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (PEREIRA et al., 2011). Nessa perspectiva, considera-se que este conceito seja mediado por parâmetros objetivos que incluem a satisfação das necessidades básicas e o nível social e econômico da sociedade; e por parâmetros subjetivos com o bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal (ALENCAR, 2010). Nesta linha de raciocínio Ferreira e Santos (2009) trazem a QV associada a elementos que a sociedade avalia como padrão de conforto e bem-estar, variando de acordo com a época, valores, espaços e histórias. A QV, portanto, abrange vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores tanto individuais quanto coletivos, tornando-se uma construção social com base na relatividade cultural.

Diante dos vários significados da QV, existe uma concordância acerca da temática, com características importantes como a multidimensionalidade, onde a vida é compreendida por múltiplas dimensões (social, cultura, física, econômica e mental); a dinamicidade, pela sua configuração inconstante no tempo e espaço; e a subjetividade, devido à importância e percepção do significado individual atribuído às experiências vividas individual ou coletivamente (SILQUEIRA, 2005). É importante destacar, portanto, que inúmeros são os fatores reconhecidos que apresentam uma relação com a qualidade de vida, a exemplo da capacidade física, interação com a sociedade, atividade intelectual, estado emocional, e autoproteção de saúde (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Nos últimos 30 anos, com a transição demográfica, passou a existir uma maior preocupação com a qualidade de vida na velhice, destacando a importância da garantia de uma maior longevidade, com melhores condições de saúde, bem-estar e satisfação pessoal (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007). Dessa forma, no que concerne ao campo da atenção à saúde do idoso, o conceito de QV é considerado como um importante indicador na avaliação da eficácia da assistência prestada a essa população (PEREIRA et al., 2011). Complementado este raciocínio, a qualidade de vida ao envelhecer depende principalmente de experiências individuais e coletivas vividas ao longo da vida e considerando a alta prevalência de doenças, a saúde torna-se um importante fator para a qualidade de vida, assim como a capacidade funcional e o bem-estar.

De acordo com Rodrigues e Neri (2012), o conceito de qualidade de vida para os idosos está relacionado em maior proporção à funcionalidade e a forma de adaptação às perdas físicas e cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento do que com a presença de comorbidades. Sendo assim, pode-se dizer que a qualidade de vida do idoso está associada à independência funcional, haja vista que se o indivíduo envelhece com autonomia e independência, com uma saúde física satisfatória, desempenhando funções sociais e permanecendo ativos, com certeza ele terá uma boa qualidade de vida, considerando que qualquer interferência em um desses itens irá repercutir de maneira negativa (FREITAS, 2011).

Nessa perspectiva fica claro que a longevidade pode desencadear implicações importantes para a qualidade de vida, pois ocorrem perdas e modificações significativas, como a suscetibilidade para certas doenças e perdas afetivas e diferentes graus de ansiedade, gerados a depender da história pessoal, do nível social e dos valores de cada um. Pode-se ressaltar também, que o fator cultural, a carência de recursos financeiros e a falta de acesso às informações e cuidados podem ser fatores determinantes para acentuar as doenças associadas ao envelhecimento.

Com base nessa contextualização, torna-se uma necessidade premente averiguar a quantas anda a QV de idosos, cuja mensuração permite obter resultados que revelam uma compreensão abrangente de como o idoso envelhece. Para tanto, diante da pluralidade de conceitos e da complexidade de se avaliar a QV, foram elaborados instrumentos que pudessem ajudar na mensuração, haja vista a sua subjetividade. Entre os primeiros instrumentos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais difundido, desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, apresentando-se como um indicador sintético, pois se baseia apenas em três fatores: renda, saúde e educação. Dessa forma, com esse instrumento esses fatores são considerados com igual importância e muitas vezes considera-se que os resultados passem informações equivocadas (MINAYO; HRTZ; BUSS, 2000).

A partir da necessidade da criação de métodos com enfoques mais amplos relacionados à QV foram elaborados instrumentos “genéricos” e “específicos” para mensuração e avaliação nos mais diferentes grupos populacionais. Os instrumentos denominados genéricos, ou instrumentos globais de avaliação, são aqueles que podem ser aplicados em uma grande variedade de populações, avaliando aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos físicos e emocionais, sem considerar as patologias ou o estado de saúde. Já os instrumentos específicos caracterizam-se por ter como foco determinada área de

interesse, sendo multidimensionais e avaliando a percepção geral da qualidade de vida, embora a ênfase seja sobre os sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade (SILQUEIRA, 2005).

Entre os instrumentos genéricos elaborados e validados para mensurar a QV, os mais utilizados são: o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) e os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref

. Como instrumentos específicos, podem ser citados o WHOQOL-Old, o WHOQOL-HIV e o *Diabetes-Specific Quality-of-life Scale* (DSQOLS), utilizados para avaliar a QV de idosos, portadores de HIV/Aids e pacientes acometidos pelo Diabetes Mellitus, respectivamente.

Nesse sentido, como a população brasileira vem passando por transformações no seu perfil demográfico e epidemiológico, sendo caracterizado pelo envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônico-degenerativas é indiscutível a necessidade de ampliar o conhecimento sobre a representação social que os idosos demonstram sobre o envelhecimento e a qualidade de vida, suscitando, portanto, novos modos de planejar e intervir sobre as condições de vida e de saúde deste segmento populacional, já que teoricamente as políticas públicas voltadas ao idoso trazem consigo a ideia de compartilhamento de responsabilidades com o envolvimento da família, da sociedade, da comunidade e do Estado, o que não se visualiza efetivamente na prática. O que se observa é que há uma distorção dessas responsabilidades, na qual a família acaba por tomar para si a tarefa de cuidar do idoso, aliado a falta de incentivo das políticas que muitas vezes não cumprem com as reais responsabilidades no tocante ao seu papel de proteção social (CREUTZBERG; SANTOS, 2013).

É oportuno salientar que a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida, como os determinantes sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços, com ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (VERAS et al., 2008).

Ante o exposto, avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar das pessoas maduras, particularmente, no nosso contexto, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas. Por esses motivos, é indispensável que

profissionais de saúde interessados na qualidade de vida e na saúde dos idosos tenham a oportunidade de realizar programas, ações e trabalhos que busquem a assistência adequada à pessoa idosa destacando principalmente a promoção da saúde e da qualidade de vida.

2.3 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici, foi descrita inicialmente em 1961, revisada em 1976 e traduzida para o português do Brasil em 1978. O autor em seus estudos discute sobre a representação social da psicanálise, trazendo como foco a produção dos saberes sociais, referindo-se aos saberes que se produzem no cotidiano e que pertencem ao mundo vivido (MOSCOVICI, 2004). Com o alavancar dos estudos de Moscovici, as representações sociais passam a se apresentar como forma de conhecimentos socialmente elaborados que são produzidos pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que envolve o cotidiano e a vida de uma pessoa (MAZZOTI, 2008).

Com o caminhar dos estudos e o crescente interesse pelas condutas humanas e o seu simbolismo, construiu-se um espaço para o estudo das representações sociais, garantindo de fato que nos dias atuais, estudos, pesquisas e debates teóricos tenham surgido nessa área. Pode-se dizer que o estudo pioneiro realizado por Moscovici contribuiu em um novo paradigma na Psicologia Social, fazendo-se possível conhecer as características de um grupo em função de sua representação social ou ainda diferenciar um grupo de outro pelo estudo das representações partilhadas por seus membros sobre um dado objeto social, sendo um atributo fundamental na definição de um grupo. Sendo assim, o estudo das representações sociais pretende analisar como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificação de grupos e pessoas, tentando interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Relacionando a linguagem, o imaginário social, a ideologia, as condutas e as práticas sociais, a exploração das representações sociais pode permitir o contato com imagens e conteúdos que expressem, de certa forma, as necessidades de saúde e de qualidade de vida das pessoas (MAZZOTI, 2008).

A elaboração teórica apresentada por Moscovici (1978) traz a representação social na perspectiva da Psicologia Social, procurando estabelecer um modelo que seja capaz de dar conta dos mecanismos psicológicos e sociais, permitindo relacionar as interações sociais, os processos simbólicos e as condutas dos indivíduos. O próprio Moscovici admite que, embora as representações sociais sejam entidades que possam ser compreendidas, a essência desse

conceito não é fácil de apreender, por razões como a interdisciplinaridade e por ser formada por conceitos de natureza psicológica e sociológica. Sendo assim, o estudo das representações sociais pretende analisar como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificação de grupos e pessoas, tentando interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana.

Denise Jodelet, a principal colaboradora de Moscovici, assumiu a tarefa de sistematização do campo e contribuiu para o aprofundamento teórico, esclarecendo os conceitos e os processos formadores das representações sociais. A TRS em caráter mais conceitual, de acordo com o pensamento de Denise Jodelet (1984), nada mais é do que um fenômeno de produção dinâmica, cotidiana e informal de conhecimento. É um saber de senso comum de caráter prático e orientado para a comunicação, a compreensão ou o domínio do ambiente social, material e ideal de um determinado grupo. Em resumo, as representações seriam sistemas de valores, ideias e práticas com uma dupla função, como a do estabelecimento de uma ordem que capacita os indivíduos de se orientarem e dominarem o seu mundo social e a facilitação da comunicação entre membros de uma comunidade por dispor aos mesmos um código para nomearem e classificarem os vários aspectos de seu mundo e suas histórias individuais e coletivas (MOSCOVICI, 1978).

Diante das diversas pesquisas e da importância de estudos ligados às representações sociais, com enfoques teóricos e metodológicos, a TRS começa a ser empregada na área da enfermagem, devido a possibilidade de se conhecer os indivíduos em pesquisa, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos de determinados grupos sociais frente a um objeto psicossocial. Considerando que a representação social facilita conhecer a prática de um determinado grupo, ela permite à enfermagem realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes. Por isso, a TRS tem sido bastante empregada na área da saúde com a intenção da promoção da qualidade de vida, e assim, a utilização de conhecimentos especializados passou a considerar o senso comum de diversos grupos sociais com a intenção de lidar com a complexidade do problema, para compreender a visão que os leigos têm do meio social que estão inseridos. Com isso, a TRS faz uso do conhecimento científico para determina definições e pressuposições que deem embasamento ao estudo científico das teorias ditas leigas (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Na literatura, estudiosos fazem uso das representações sociais para dar embasamento as suas pesquisas. O artigo intitulado por “Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência” com pesquisa realizada na cidade de João Pessoa – PB,

por exemplo, objetiva apreender as representações sociais da velhice por esses sujeitos, utilizando o Teste de Associação Livre de Palavras com os estímulos ‘velhice’- ‘grupos da terceira idade’ - ‘família’. O estudo foi de grande valia para o reconhecimento das representações que foram avaliadas predominantemente de modo negativo acerca da velhice por ser associada principalmente com doenças. Todavia, em se tratando dos grupos de convivência os dados obtidos com a pesquisa revelaram a sua importância constitucional para a população idosa, caracterizando-se como espaços apropriados para práticas sociais que contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadãos, sendo um local onde eles utilizam suas potencialidades, havendo sempre alguém que os escute e que lhes dão oportunidades para a efetivação de laços de amizade, momentos de lazer e o restabelecimento da autoimagem positiva (ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2005).

Outro artigo mostra as representações sociais construídas por idosos sobre a ‘pessoa velha’. Os autores Ângela Arruda, Luiz Tura e Verônica Braga conseguiram analisar com o material obtido na pesquisa que ‘experiência’ é o elemento central que estrutura e organiza a representação social de ‘pessoa velha’ construída pelo grupo estudado (SANTOS; TURA; ARRUDA, 2013).

Diante do exposto, a TRS relacionada ao envelhecimento humano deve ser voltada aos aspectos biológicos, culturais e psicossociológicos que envolvem o envelhecer, considerando, principalmente as condições de vida, o enfrentamento do idosos diante as mudanças trazidas pelo avançar da idade, vivências na comunidade, saúde e qualidade de vida. A teoria é relacionada a algumas funções, que são a formação de condutas, a orientação das comunicações sociais e a justificadora, que servem para promover a interpretação das relações do indivíduo com o mundo e suas reações diante das mais diversas situações, orientando e organizando as suas formas de comunicação e conduta, para possibilitar a reconstrução da realidade por meio da interpretação de elementos a constituem (MOSCOVICI, 1978).

Portanto, as representações sociais quando investigadas em pesquisas sobre qualidade de vida, materializam a subjetividade dos pensamentos e vivências dos sujeitos – neste caso os idosos –, permitindo assim uma compreensão mais aprofundada do processo de envelhecimento, da velhice e das dimensões relacionadas ao constructo qualidade de vida. Este conhecimento é essencial para a proposição de um modelo eficiente de atenção à saúde do idoso, centrado no envelhecimento ativo, na capacidade funcional e no respeito à sua dignidade enquanto cidadão.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo sob a perspectiva da abordagem qualitativa, subsidiado pelo aporte da Teoria das Representações Sociais. Segundo Gil (2008, p. 28), o estudo descritivo é definido com o “*objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis*”. Esta pesquisa tem o objetivo de descrever a realidade e as características que estão presentes nos idosos, onde consiste em descobrir as representações sociais de qualidade de vida e envelhecimento.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 21) “[...] *trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis*”.

A Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, permite a análise do senso comum por meio de um olhar psicossocial interligado ao social e individual. É tida como um sistema de interpretação da realidade, organizando as relações do indivíduo com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social (MAZZOTI, 2008). Sendo assim, o estudo obteve informações de aspectos da realidade vivida por idosos, servindo como o ponto de partida da investigação social.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB). As cidades componentes da referida microrregião são: Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, Cuité, Damião, Nova Floresta, Olivedos, Pocinhos, Remígio, Soledade e Sossego. Com vistas à otimização e viabilização do desenvolvimento da pesquisa foram selecionados cinco destes municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, haja vista a aproximação geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité). Foram utilizadas como referência as Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), todas localizadas na zona urbana. O cadastro na Estratégia Saúde da Família norteou o encontro dos possíveis participantes do estudo.

3.3 População e amostra

Conforme dados censitários do IBGE publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuem um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375). Este número consiste no universo populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Gil (2008) conceitua amostra como sendo um subconjunto da população, a partir da qual são estabelecidas características referentes à população.

Sendo este estudo norteado por um desenho qualitativo, é oportuno destacar que a existência de um cálculo amostral probabilístico justifica-se pelo fato deste consistir em um recorte adaptado de um projeto universal intitulado “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental paraibano” que também tem uma perspectiva quantitativa.

Após a identificação do número de USF's que fariam parte do estudo, foi feita uma divisão igualitária do número de participantes para cada área de abrangência das USFs, de modo a permitir o equilíbrio amostral entre os diferentes cenários selecionados para o desenvolvimento da pesquisa. Frente a esta distribuição, os participantes foram selecionados conforme o critério da acessibilidade, o qual “*constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso é destituído de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo*” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 147).

Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ Ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Não possuir deficiência cognitiva;
- ✓ Aceitar livremente em participar da pesquisa;

- ✓ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Seriam excluídos os usuários que manifestassem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar da pesquisa. Todavia, não houveram perdas amostrais.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Marconi e Lakatos (2010) conceituam instrumento como um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por eles com as respostas do pesquisado. Nesta pesquisa, o instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado, norteado a partir dos objetivos da pesquisa.

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc (GIL, 2008, p. 128).

Em conformidade com o projeto original, para operacionalizar a coleta de dados foram utilizados: a) Questionário socioeconômico e demográfico (Apêndice B), com base no questionário pró-idoso elaborado pelo Ministério da Saúde; e b) Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (Apêndice B), com as palavras indutoras “*envelhecimento*” e “*qualidade de vida*” para assim apreender as representações sociais dos idosos participantes. O TALP consiste na preposição de palavras indutora, e se pede a evocação de três a cinco palavras ou expressões.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Considerando que o projeto original em que este é embasado já obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos entre os meses de novembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das Unidades de Saúde da Família e o contato com a equipe multiprofissional, em particular o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, foram elencados os possíveis idosos participantes e estes foram selecionados conforme a acessibilidade e interesse em participar

do estudo. Quando o idoso aceitava participar do estudo, estando em acordo com os critérios de inclusão, a equipe de pesquisadores procediam à coleta das informações, seja no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Anteriormente ao preenchimento do questionário, os pesquisadores apresentam o TCLE e informam os objetivos da pesquisa, sendo este assinado em duas vias (ficando uma via com o participante e a outra arquivada com o pesquisador).

A equipe de pesquisadores foi composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), cinco enfermeiros egressos do Centro de Educação e Saúde e 13 alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem, todos membros efetivos/colaboradores do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3.6 Análise de dados

Com o levantamento dos dados, procedeu-se à interpretação e a análise dos resultados, para posteriormente sumarizar os desfechos e fornecer as respostas ao problema da pesquisa.

A análise dos dados socioeconômicos e demográficos foi descritiva, que conforme Gil (2008) tem o intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Foram utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada, que possibilitaram caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis.

Os resultados alcançados nas entrevistas a partir do TALP foram organizados em um banco de dados a partir da elaboração de um dicionário de vocabulários considerando as palavras usadas como um estímulo indutor. Para o processamento da análise alguns passos foram seguidos: 1) digitação no programa Excel versão 2010 de todas as evocações em sua forma bruta; 2) correção ortográfica das palavras e termos evocados e a redução de frases que aparecem nos questionários; 3) padronização das palavras e termos evocados, para que haja homogeneização de conteúdos; e 4) transformação do arquivo em formato “somente texto” para serem processados pelo EVOC. O software EVOC tem por função calcular e informar a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, realizando cálculos estatísticos e

construindo matrizes para interpretar as evocações, assim como a estruturação do núcleo central e periférico das representações sociais. Embora procedimentos quantitativos sustentem o processamento do EVOC, a análise da interpretação dos resultados norteada pela Teoria das Representações Sociais envolve uma discussão qualitativa.

3.7 Aspectos éticos

Para a realização deste estudo, a priori, solicitou-se a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

Em se tratando de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram observados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que traz no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da população-alvo. Para atender a este princípio foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro, sendo respeitados os valores éticos, morais, culturais, sociais e religiosos da pessoa humana. Para aqueles que aceitaram participar, foi apresentado o TCLE, que depois de lido e assinado, em duas vias, um foi entregue ao participante da pesquisa e o outro ao pesquisador responsável para arquivamento.

4 Análise e Discussão dos Resultados

O capítulo intitulado por *Análise e Discussão dos Resultados* apresenta informações relativas ao Envelhecimento e a Qualidade de Vida (QV) de idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família da microrregião do Curimataú Ocidental do Estado da Paraíba, de acordo com os 05 (cinco) municípios selecionados para a pesquisa: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. De acordo com a amostra composta por 444 participantes, os dados foram obtidos diretamente de pessoas idosas no âmbito das Unidades de Saúde da Família ou nos seus próprios domicílios, por meio da aplicação dos seguintes instrumentos: I) Questionário de Coleta de Dados (Anexo A); e II) Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (Anexo B).

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados dois sub-tópicos neste capítulo: I) Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e II) Representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Com relação ao perfil socioeconômico e demográfico, a Tabela 1 demonstra os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mínima e máxima) obtidos quanto às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de atenção à saúde utilizado como primeira escolha, alfabetização funcional, escolaridade e renda familiar.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=444).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
Sexo	Masculino	195	43,9%
	Feminino	249	56,1%
Faixa etária	60 a 74	282	63,5%
	75 a 89	146	32,9%
	Acima de 90	16	3,6%
Medidas descritivas	<i>Média = 72,19</i>		
	<i>Desvio padrão = 8,343</i>	<i>Mínima = 60</i>	<i>Máxima = 103</i>
Cor/Raça	Branca	206	46,4%
	Parda	166	37,4%
	Amarela	06	1,4%

	Preta	64	14,4%
	Indígena	02	0,5%
<i>Estado civil</i>	Solteiro	44	9,9%
	Casado	254	57,2%
	Divorciado	19	4,3%
	Separado	06	1,4%
	Viúvo	113	25,5%
	União consensual	08	1,8%
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	61	13,7%
	Somente com o cônjuge	124	27,9%
	Cônjuge e filhos	103	23,2%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	19	4,3%
	Somente com os filhos	40	9,0%
	Arranjos trigeracionais	51	11,5%
	Arranjos intrageracionais	09	2,0%
	Somente com os netos	07	1,6%
	Não familiares	05	1,1%
	Outros arranjos	25	5,6%
<i>Responsabilidade pelo domicílio</i>	Próprio idoso	316	71,2%
	Cônjuge	94	21,2%
	Filho(s)	25	5,6%
	Outro familiar	08	1,8%
	Não familiar	01	0,2%
<i>Presença de cuidador</i>	Sim	177	39,9%
	Não	267	60,1%
<i>Identificação do cuidador</i>	Cônjuge	54	12,2%
	Cônjuge e filhos	19	4,3%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	3	0,7%
	Somente os filhos	72	16,2%
	Outro idoso	04	0,9%
	Cuidador particular	15	3,4%
	Outros	10	2,3%
	Não tem cuidador	267	60,1%
<i>Religião</i>	Católica	368	82,9%
	Evangélica	56	12,6%
	Espírita	01	0,2%
	Nenhuma	19	4,3%
<i>Serviço de atenção à saúde de primeira escolha</i>	Sistema Único de Saúde	326	73,4%
	Convênios de saúde	32	7,2%
	Serviços privados	74	16,7%
	Farmácias	11	2,5%
	Benedeiras	1	0,2%
<i>Alfabetização funcional</i>	Sim	241	54,3%
	Não	203	45,7%
<i>Escolaridade</i>	Não alfabetizado	203	45,7%
	01 a 04 anos estudados	106	23,9%
	05 a 08 anos estudados	105	23,6%

	09 a 11 anos estudados	11	2,5%
	Acima de 12 anos estudados	19	4,3%
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 3,07</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,909</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 25</i>
<i>Renda Familiar</i>			
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 1.789,09</i>		
	<i>Desvio padrão = 1.086,856</i>	<i>Mínima = 600</i>	<i>Máxima = 12.000</i>
	Total	444	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme apresentado na Tabela 1, e diante de diversos estudos que relatam o evento chamado “feminilização da velhice”, foi constatado, após a análise da pesquisa a maior frequência de idosos do sexo feminino, confirmando assim o que se encontra no acervo literário sobre envelhecimento. Martins, Camargo e Biasus (2009) expõem que o termo “feminilização da velhice” é definido pelo crescimento acelerado da população idosa feminina quando comparado com a masculina, logo, as mulheres ficam viúvas mais cedo do que os homens e frequentemente permanecem sozinhas depois da morte de seu companheiro. Este resultado é corroborado pelo estudo de Ferreira et al. (2010), em que foram avaliados 2.898 idosos na zona urbana de Uberaba- MG, e a amostra caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (66,0%). Ainda comprovando este resultado, Romero et al. (2010) realizaram um estudo com 57 participantes idosos, em Fortaleza- CE, onde evidenciou-se que 75,5% da amostra eram do sexo feminino.

Segundo estudos realizados no Brasil, a expectativa de vida dos homens e mulheres subiu para 74,6 anos em 2012 e para 74,9 em 2013. Esse aumento equivale a mais de 3 meses e 25 dias de vida em relação ao ano anterior, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mas, se comparado com o a expectativa de vida dos brasileiros há doze anos, os números aumentaram mais de três anos. Em 2003, era de 71,3 anos e isso quer dizer que homens e mulheres evoluem com a mesma expectativa de vida, resultado interessante comparado com o crescimento da população idosa feminina, pois, os idosos, ainda de acordo com as pesquisas realizadas pelo IBGE, são em sua maioria mulheres (55,7%) e moradores de áreas urbanas (84,3%) e correspondem a 12,6% da população total do país (BRASIL, 2010).

A predominância de mulheres idosas quando comparada à população masculina é a realidade de grande parte dos países do mundo, e o Brasil também mostra sua prevalência feminina na velhice. Segundo Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005), o número de idosas é consideravelmente maior que o de idosos em quase todos os países do mundo e isso ocorre

pela maior longevidade alcançada pelas mulheres. Verifica-se que as pessoas do sexo feminino vivem cerca de cinco a sete anos a mais que as pessoas do sexo masculino. Esse cenário pode ser relacionado à diferença existente entre os sexos diante dos fatores como a proteção cardiovascular pelos hormônios femininos, a menor exposição a fatores de riscos, consumo de álcool e tabaco, e também a diferença na procura ao serviço de saúde e as atitudes tomadas em relação às doenças.

Em relação à faixa etária, verificou-se que as idades variaram entre 60 e 103 anos, sendo a média de 72,19 anos e desvio padrão de 8,343 anos. A faixa etária que apresentou o maior número de idosos foi a de 60 a 74 anos, evidenciando a porcentagem de 63,5% dos idosos participantes e considerando assim, que a maior parte destes são idosos jovens e possivelmente ativos na sociedade. Neste ensejo, é importante destacar as mudanças na conjuntura do perfil demográfico e na estrutura etária populacional que o Brasil tem experimentado, refletindo na elevação da expectativa de vida e evidenciando o envelhecimento da população. O avanço das tecnologias na área da saúde, melhorias da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores, contribuiram para que os indivíduos envelheçam saudáveis, atingindo idade cada vez mais avançada (PILGER; MENON; MATIAS, 2011).

Quanto à variável cor/raça, os resultados mais expressivos foram branca e parda, respectivamente com 46,4% e 37,4%, sendo condizente com as características étnicas da região em que o estudo foi realizado. Desde o Censo Demográfico de 1991, o IBGE investiga a cor ou raça da população, utilizando um sistema de classificação que utiliza cinco categorias básicas: branca, preta, parda, amarela e indígena. No Censo Demográfico 2010, a investigação de cor ou raça foi realizada para a totalidade da população brasileira e os resultados obedeceram aos padrões históricos de ocupação e à dinâmica econômica. Nas Regiões Sul e Sudeste do país, houve um grande percentual de brancos, enquanto em alguns estados da Região Nordeste e nos Estado de Minas Gerais e Rio de Janeiro, a representação é de pretos. Na Região Norte, a população que se denomina parda foi maioria. Os resultados do Censo Demográfico 2010 mostraram que 47,7% da população é branca, 43,1% parda e 7,6% preta. Desta forma, os resultados obtidos estão condizentes com os estudos realizados em nível de Brasil e mais especificamente no Nordeste (BRASIL, 2011).

O estado civil também foi um dos dados avaliados e mostrou que a maioria dos idosos é casada, representados por 57,2%; seguido da viuvez com 25,5%. Os resultados alcançados em relação ao estado civil dos idosos diferem dos encontrados no estudo publicado por Santos

et al. (2002), no município de João Pessoa - PB, com o número de 128 idosos, revelando que 39,8% dos idosos são casados e 41,4% são viúvos. Já os dados apresentados por Victor et al. (2009) foram os mais aproximados dos dados encontrados na pesquisa atual, revelando que os 214 idosos pesquisados no município de Fortaleza- CE, são 49,5% casados e 31,7% viúvos. Em relação a constituição familiar, deve-se levar em consideração que a lógica da sociedade revela que a maioria dos idosos precisam do cônjuge para melhora da qualidade de vida e até mesmo a maneira como se envelhece, uma vez demandar auxílio nas necessidades, seja físico, afetivo ou financeiro, que o impeçam viver de forma independente (PEDRAZZI et al.; 2010).

Diante dos ensinamentos trazidos pelos idosos relacionados à cultura relativa da época na qual viveram, o casamento é um sacramento vindo da vontade divina, concretizado por promessas de importância social e realizado com seriedade, tratado como uma obrigação e que estabelece uma convivência de caráter duradouro. Os idosos trazem a importância e a vivência do casamento como algo sagrado e que representa um fator importante para a qualidade de vida e um bom envelhecimento. Por outro lado, e de acordo com as etapas da vida, a viuvez está presente em todos os momentos, desde que existem casais. Na sociedade, com a morte do companheiro, a mulher ou o homem adquire uma nova identidade social e um novo estado civil – a de viúvo ou viúva. Existe assim o enfrentamento de dificuldades em manter uma vida social saudável como as adversidades socioeconômicas, as disfunções emocionais como solidão e tristeza, que são alguns dos problemas enfrentados com o avanço da idade e potencializados pela viuvez. Com a nova realidade é necessário o enfrentamento e a busca de novas formas de adaptação a esse novo estilo de vida (TÔRRES, 2006).

Quanto ao arranjo familiar, grande parcela dos idosos que participaram deste estudo relatou que morava com os cônjuges (27,9%); seguidos daqueles que disseram morar com os cônjuges e filhos (23,2%). Essa coresidência favorece os idosos, pois, diminui os riscos representados pelos problemas de saúde, como a solidão e a depressão. A família, como um grupo enraizado numa sociedade, tem uma trajetória que lhe confere responsabilidades sociais perante o idoso. A Constituição Federal de 1988 aponta a família como base da sociedade e coloca como seu dever, da sociedade e do Estado: “*amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida*”. A Constituição também assegura à obrigação dos filhos de ajudar na manutenção dos pais necessitados, conforme previsto no Art. 229: “*Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência e enfermidade*” (BRASIL, 1988, p. 229). Com base nesta discussão, o cuidar do idoso em casa é indubitavelmente uma condição que deve ser

estimulada e preservada. A família, portanto, é o melhor lugar para os idosos, uma vez que o cuidado familiar é um aspecto importante.

O processo de envelhecimento acompanha muitas vezes inúmeras fragilidades e é comum surgirem os conflitos entre filhos quando a situação dos pais passa a lhes exigirem novas responsabilidades e cuidados. Na realidade, a família precisa de um período de adaptação para aceitar e administrar com serenidade a nova situação, de forma a respeitar as necessidades dos pais. O idoso, por sua vez, procura concentrar seus esforços para não se entregar a inatividade, evitando o máximo possível o sentimento de dependência da família que tanto os aflige. Percebeu-se no decorrer da pesquisa que os idosos carregam a expectativa de receberem a atenção e cuidados dos filhos e netos no momento em que estão perdendo ou diminuindo a suas capacidades, sendo este um fantasma constante que persegue e preocupa os mais velhos (TEIXEIRA, 2000).

Ainda em consonância com a referência mencionada, outra questão importante diz respeito à conjuntura atual, cujo quadro econômico encontra-se desfavorável, comparada à época em que os idosos vivenciaram a sua juventude e a constituição de suas famílias. Ainda que empobrecidos, tiveram a oportunidade de viver num contexto em que havia trabalho suficiente para sustentar a família, adquirir uma casa própria e direito à aposentadoria mais facilmente. Relacionando-se ao quadro atual da sociedade, em casos de separação conjugal ou desemprego, os filhos tendem a retornar à casa dos pais em busca de apoio. Por isso, os idosos representam para os filhos e netos, uma retaguarda e o acolhimento necessário nos momentos de necessidade, estabelecendo na família uma relação de dependência material e afetiva. Sendo assim, do ponto de vista da autora supracitada, essa dependência é fruto de uma negociação na qual os pais acalentam a expectativa de obter no momento de necessidade a retribuição pela dedicação oferecida.

No que diz respeito à responsabilidade pelo domicílio, os resultados mostram que dentre os idosos estudados, a grande maioria é a responsável (71,2%), revelando a garantia da autonomia mesmo na velhice, sendo de valorosa importância, pois, inclui a vontade de agir, ou seja, requer um comportamento proativo, relacionando-se com a sua saúde, a qualidade de vida e muitas vezes a independência financeira dos sujeitos da pesquisa. Esta responsabilidade também se associa à renda do idoso que é proveniente da aposentadoria, como discutido anteriormente, onde o idoso muitas vezes é o provedor da família e tem por obrigação ser o principal responsável pelo domicílio, por ser um importante contribuinte na conjuntura do orçamento familiar.

Diante dos inúmeros estudos realizados sobre o envelhecimento populacional brasileiro, vale ressaltar que com o aumento da população idosa, ocorre também o aumento do número de pessoas com déficit de autocuidado. Assim, mesmo estando no quadro de provedor e chefe do domicílio, o idoso tem as suas limitações que devem ser respeitadas e entendidas. A sua capacidade funcional e autonomia estão diretamente relacionadas à qualidade de vida e a maneira com que o idoso se apresenta na sociedade. Com o aparecimento das morbidades e das limitações que são provenientes do envelhecimento, surge a figura do cuidador, que garante a manutenção do bem-estar do idoso, podendo ou não ter vínculo familiar.

Na literatura gerontológica, existe dois tipos de cuidadores, o formal e o informal. O cuidador formal é um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar os cuidados necessários no domicílio. O cuidador informal, no entanto, é um membro da família ou da comunidade, que presta cuidado de forma parcial ou integral (CARNEIRO et al., 2009). Na realidade, com base nos resultados encontrados, a maioria dos idosos não tem o acompanhamento do cuidador (60,1%) e isso pode estar relacionado a vários fatores, como: a falta de recursos para manter o cuidador, relativa independência e capacidade funcional ou por opção do próprio idoso. De certa forma, o fato de não se ter o cuidador pode contribuir para uma melhor capacidade funcional e a diminuição da vigilância e dependência dos idosos pelos seus familiares.

Em contrapartida, a ausência de cuidador pode vulnerabilizar o idoso a determinados riscos e graves problemas para a saúde. Nessa lógica, o cuidador é a pessoa que deve ser capacitada para auxiliar o idoso em suas atividades e necessidades da vida diária. Tem o papel de ajudar a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. Atividades estas que vão desde a higiene pessoal até o controle do uso dos medicamentos e o lazer (BRASIL, 2012).

A tarefa de cuidar é bastante complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios, e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Normalmente, esta responsabilidade é transferida como uma ação a mais para a família que é obrigada a acumular mais uma função dentre as demais que já são realizadas em seu cotidiano. Mas, para alguns cuidadores o cuidar está relacionado ao prazer, a satisfação da missão cumprida, valorização da pessoa cuidada e retribuição ao cuidado (BRASIL, 2012).

Os resultados da pesquisa ainda mostraram que os idosos que precisam de cuidadores são cuidados principalmente pelos próprios filhos (16,2%) e pelos cônjuges (12,2%). Realidade condizente em nível de Brasil, onde existem deficiências no setor público, particularmente na área da Saúde Pública e Seguridade Social, e a família continua

representando a fonte primordial de assistência para a população idosa. Por isso, na maioria dos casos, pela falta de recursos financeiros para a contratação de cuidadores, esses cuidados são realizados por membros da família.

De acordo com o estudo realizado por Leite (2000), quando se trata de filhos cuidando de pais idosos, o cuidado é muitas vezes realizado como uma questão de obrigatoriedade, além do sentimento de responsabilidade pelo idoso que está em dependência parcial ou total. Mas que por outro lado também existe o sentimento de reciprocidade, em que os filhos buscam realizar todo o cuidado que foi um dia realizado pelos seus pais ou qualquer outro ente querido. Dentro desta linha de pensamento, o idoso está assegurado e amparado por decretos e programas que visam proteger a pessoa idosa. Sendo assim, a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 229 (p. 146), dispõe que: *os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos, maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades*. E complementado o artigo citado, a Constituição Federal em seu art. 230, ainda determina que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas (BRASIL, 1988). Portanto, fica claro que a Constituição atribui à família a obrigação de amparar o idoso, com o objetivo de proteção da pessoa na velhice, cabendo aos filhos ampararem os pais frente às suas necessidades.

No que se refere ao comportamento e religiosidade, o processo natural do envelhecimento é acompanhado por certas modificações, onde parte dos idosos tende a tornarem-se mais introspectivos e os seus valores pessoais passam a se fortalecer. A partir daí a participação em atividades religiosas passam a ser mais frequentes e, por vezes, tornam-se sua única atividade. Muitos idosos também recorrem à religião na busca de enfrentar e se fortalecer nos momentos difíceis. Acredita-se ainda, que pode existir uma associação da religião com a amenização do sofrimento físico e psíquico, tudo mediado pela crença e pela fé. Para os idosos, a religião é reconhecida como fonte de apoio, pois os ajudam a encontrar um sentido em situações negativas e começam a aceitar a si mesmos e aos outros. As práticas religiosas podem oferecer um sentimento de perdão, podendo até socializa-los com outros idosos religiosos que possam oferecer um apoio emocional e ajuda-los a encontrar sentido no sofrimento (SOUZA, 2011).

Estudos recentes mostram que a crença religiosa pode auxiliar ou prejudicar a busca dos cuidados de saúde quando as pessoas atribuem a Deus o controle de sua vida e até mesmo da doença. Acreditam também que existam efeitos positivos e negativos que a religião pode desencadear no processo saúde-doença e envelhecimento. Os efeitos positivos estão relacionados com os sermões realizados por pastores religiosos que geram o bem-estar,

felicidade, comprometimento matrimonial e familiar, interação com outras pessoas, propósito de vida, além de confiança, paz e alegria. Já os negativos, podem estar relacionados com a substituição do tratamento médico pelo uso da religião, ou seja, os idosos desenvolvem um sentimento de otimismo irrealista relativo à proteção, que pode retardar a busca por tratamento adequado quando a enfermidade já está instalada (SOUZA, 2011).

De acordo com os dados alcançados na pesquisa relacionados à variável religião, encontrou-se um resultado expressivo condizente com os resultados em nível de Paraíba e Brasil, onde a religião católica apresentou uma porcentagem de 82,9% de idosos praticantes. É importante ressaltar que a espiritualidade foi considerada importante pelos próprios idosos no processo de envelhecimento e na qualidade de vida de acordo com os resultados do TALP, que será discutido mais adiante. Portanto, os estudos concretizam que a espiritualidade fornece forças para o melhor enfrentamento de dificuldades e oferece muitas vezes o sentido à vida e ainda estimula a inserção social.

Enveredando especificamente no foco da saúde e considerando os serviços de saúde utilizados como um indicador socioeconômico, pontua-se, a priori, que a ampliação do número de idosos aponta várias transformações no sistema público de saúde. O Estado, por sua vez, tem o dever de assumir a maior responsabilidade para o financiamento dos serviços de saúde destinados a essa população. Entretanto, as pessoas de maior idade possuem um perfil de morbidade dispendioso, pelo simples fato da elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas e a alta taxa de internações. Nesse sentido, foi de fundamental importância a construção de políticas públicas para a garantia dos direitos que protegem as pessoas idosas, suas necessidades e sua participação, reduzindo as desigualdades, como já havia sido discutido neste estudo. Para isso, a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/94 e Decreto n. 1.948/96) assegura os direitos sociais à pessoa idosa, e o Estatuto do Idoso (Lei n. 1.0741/2003) reafirma os direitos dos idosos na área da Saúde e assegura a atenção integral à saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n.1.395/ 1999, revisada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006) ainda reforça os direitos dos idosos como a promoção a vida saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. O Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399/2006), juntamente com a Política Nacional, traça estratégias como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Manual de Atenção Básica e Saúde da Pessoa Idosa, Programas de Educação Permanente, Assistência Farmacêutica e Atenção Domiciliar. Diante do exposto, é

oportuno destacar que mesmo diante da fragilidade observada no sistema de saúde, os idosos são amparados por Políticas e Estratégias que buscam melhorar a sua qualidade de vida.

Com o levantamento dos dados, 73,4% dos idosos procuram o SUS com o serviço de atenção à saúde de primeira escolha. O Curimataú paraibano, portanto, reproduz os resultados verificados em todo o país, quando o SUS é o principal sistema de amparo à população. Neste ensejo, vale ressaltar que é comum o aparecimento de doenças crônico-degenerativas após os 60 anos de idade, gerando dependência e/ou incapacidades e por esse motivo se faz necessário que esses indivíduos sejam avaliados a fim de prevenir agravos. Considerando ainda o aumento do número de idosos no Brasil e a ocorrência de vários problemas relacionados à saúde desta população, é preciso providências que viabilizem o acesso a serviços de saúde e cuidados de enfermagem nas áreas hospitalares, ambulatorial, comunitária e domiciliar. Em se tratando da realidade da região estudada, considera-se que o sistema público seja a principal assistência procurada pelos idosos, até pelo perfil socioeconômico e pela falta de ofertas de outros serviços que não sejam o público (ARAÚJO; BACHION, 2004).

A assistência ao idoso deve prezar pela continuidade da qualidade de vida, considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde. Diante da realidade estudada, o principal modelo de atenção que presta assistência aos idosos é o Programa de Saúde da Família (PSF), que objetiva melhorar as condições de vida e, portanto, de saúde da população, realizando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; além do Hospital Público que dá um maior amparo aos problemas de saúde (ARAÚJO; BACHION, 2004).

Em relação à escolaridade observa-se a presença de um quantitativo de 54,3% de idosos que sabem minimamente ler/escrever, se contrapondo ao dado curioso onde 45,7% destes idosos se consideram não alfabetizados, ou seja, nunca tiveram a oportunidade de frequentar centros educacionais para adquirir algum grau de escolarização. Esta dualidade pode relacionar-se ao próprio contexto social do país, em que a falta de oportunidade de escolarização e o início precoce das atividades laborais fizeram com que grande parte da população tenha procurado ser alfabetizados funcionalmente.

Ainda de acordo com a variável escolaridade, verifica-se que a maioria dos idosos estudados não é alfabetizada ou têm baixa alfabetização, o que é um dado relevante e preocupante quando se trata da trajetória educacional da população brasileira, e por isso, acredita-se que este perfil de escolaridade tem relação com as condições sociais. O interessante é que a grande maioria dos idosos estudados afirma ter passado por inúmeros obstáculos para cumprir com os estudos, e o maior deles foi a necessidade de trabalho

precoce, bem como a falta de estímulo e influência por parte dos pais e a impossibilidade de custear os estudos. Este dado reafirma que existe um grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, fato marcante na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, particularmente quando se trata de idosos que viveram sua infância na época em que o ensino não era prioridade (REIS et al., 2009).

Diante do exposto, vale salientar que dentre os idosos pesquisados, grande parte (n=241) passou pelo fenômeno de alfabetização funcional, conseguindo utilizar a leitura e a escrita. Esta característica pode ser designada como um meio termo entre o analfabetismo absoluto e o domínio pleno e versátil da leitura e da escrita, mas que não foram totalmente alfabetizados por não terem frequentado a escola (REIS et al., 2009).

Ao analisar a renda familiar, observou-se que a média do salário mensal é de R\$ 1.789,09, que seria equivalente a dois salários mínimos e que a grande maioria dos participantes relatou que essa renda é proveniente da aposentadoria. Como anteriormente identificado em outros estudos, esta problemática é preocupante porque a maioria dos idosos revelou durante o processo de coleta que a renda familiar, em muitos casos, não atende minimamente às necessidades humanas básicas (REIS et al., 2009). É evidente que a renda se configura como um fator determinante na condição de saúde do idoso pela necessidade de cuidados com a saúde, alimentação e medicamentos, por isso é preocupante o fato da grande maioria de idosos possuírem baixa renda mensal, deixando-os em uma situação de considerável vulnerabilidade (CLARES et al., 2011).

Vale salientar, ainda, que grande parte dos idosos mantém a sobrevivência de sua família, dado confirmado pelas pesquisas do IBGE, que mostraram que a participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais expressiva (BRASIL, 2010). Neste contexto, entende-se que a realidade em que vive uma significativa parcela dos idosos brasileiros é alarmante, levando em consideração que é uma população que se encontra em situações adversas de pobreza. Com a ampliação da expectativa de vida existe uma tendência para o agravamento dessa situação, haja vista a fragilidade de políticas e programas de atenção ao idoso, sobretudo quando se considera que o desenvolvimento da sociedade não está sendo acompanhado por melhoria nas condições de vida da população. Sob outro olhar, o acesso a melhores condições de educação, emprego e renda hodiernamente, permitirá, no futuro, o alcance de melhores condições de vida e a garantia de direitos que permitam envelhecer dignamente e obter uma boa qualidade de vida.

4.2 Representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos

Os dados referentes ao TALP foram obtidos a partir dos estímulos indutores “envelhecimento” e “qualidade de vida”, e analisados pelo *software* EVOC para construção da análise e discussão da pesquisa. Os indicadores utilizados para organizar os elementos evidenciados como representações foram: a frequência do item evocado, a média de frequência da evocação e a importância do item para o sujeito da pesquisa. Ao analisar os dados de acordo com os indicadores citados, foram agrupados duas classes, o núcleo central e o núcleo periférico, embasados na Teoria do Núcleo Central referida como uma abordagem complementar à Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (SÁ, 2002).

De acordo com Abric (2000), a organização de uma representação caracteriza-se não apenas pela hierarquização dos seus elementos, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado. Com base nessa afirmativa, compreende-se que nos processos de percepção social, objeto deste estudo, os elementos centrais são evidenciados para representar a realidade vivida pelos grupos. Toda representação, portanto, está organizada em torno de um núcleo central, que determina ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna.

Seguindo o raciocínio do mesmo autor, o sistema central, constituído pelo núcleo central da representação, é reconhecido pelas seguintes características: é determinado por condições históricas, sociológicas e ideológicas, sendo fortemente marcado pela memória coletiva do grupo; sua função é consensual, constituindo a base comum e coletivamente compartilhada da representação social; é por ele que se define a homogeneidade de um grupo social; é estável, coerente, resistente à mudança, assegurando a continuidade e a permanência da representação; e é relativamente independente do contexto social e material, no qual a representação é posta em evidência.

Diante deste embasamento teórico, compreende-se que o núcleo central configura-se como a representação social consonante dos participantes do estudo, apresentando as ideias mais sedimentadas e cristalizadas sobre o envelhecimento e a qualidade de vida. Já o núcleo periférico, conforme Abric (2000), são os pensamentos individualizados, flexíveis e determinados pelo contexto imediato, mas que igualmente caracterizam as representações sociais. Por ser um sistema funcional, concretiza o núcleo central em termos de tomada de posições ou condutas. Como estão ligadas à própria história do sujeito e as suas experiências

personais, permitem a diferenciação do conteúdo e despertam para estratégias de intervenção que reestruturam essas representações a partir de práticas sociais.

Para uma melhor compreensão dos resultados, as representações sociais de idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida serão apresentadas separadamente. De acordo com os dados da pesquisa o termo indutor *envelhecimento* gerou a totalidade de 1336 evocações e a análise dessas evocações, realizada por meio da frequência simples de cada uma delas, apontou 79 palavras diferentes, correspondendo uma média de 2,4 evocações por sujeito. Para o termo *qualidade de vida*, foram 1328 evocações de 63 palavras e a mesma média de evocações.

No que concerne às representações sociais sobre envelhecimento, o Quadro 1 exibe o núcleo central e o sistema periférico, identificados a partir da frequência intermediária e da média ponderada da ocorrência dos termos produzidos. Salienta-se que a frequência diz respeito ao número de vezes que a palavra foi evocada, e a média ponderada refere-se à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. A frequência (*F*) e a ordem média de evocação (*OME*) calculadas e informadas pelo software foram, respectivamente, 45 e 2,4.

NÚCLEO CENTRAL								
<i>F</i> ≥ 45 e <i>OME</i> < 2,4				<i>F</i> ≥ 45 e <i>OME</i> ≥ 2,4				
	<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>
Experiência	58	2,310	Doença	106	2,491			
Felicidade	64	1,688	Limitação	113	2,699			
Morte	66	1,939	Saúde	45	2,699			
Saudade	55	2,000	Solidão	60	3,250			
Velhice	62	1,887						
Vida	54	2,019						
				NÚCLEO PERIFÉRICO				
<i>F</i> < 45 e <i>OME</i> < 2,4				<i>F</i> < 45 e <i>OME</i> ≥ 2,4				
	<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>
Aceitação	9	1,333	Amizade	6	3,167			
Aparência	24	1,875	Amor	10	3,600			
Aposentadoria	19	2,316	Atenção	16	2,750			
Desrespeito	12	2,167	Debilidade	40	2,475			
Difícil	31	1,968	Dor	15	3,467			
Divertimento	8	2,125	Esquecimento	28	2,429			
Envelhecer	22	1,591	Família	41	3,244			
Juventude	31	1,484	Mudanças	7	3,714			
Longevidade	19	1,737	Paz	8	3,000			
Medo	31	2,323	Problemas	11	2,636			
Natural	26	1,538	Espiritualidade	34	2,500			
Queda	7	2,286	Remédio	11	3,182			
Realização	27	2,148	Repouso	8	2,500			
Tristeza	15	2,200	Sofrimento	34	2,471			
Velho	17	1,882	Tranquilidade	8	3,375			

Quadro 1 - Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre *envelhecimento*.

Fonte: Teste de Associação Livre de Palavras, 2015.

Os achados apresentados no Quadro 1 foram organizados de acordo com os dados obtidos, representando a realidade coletiva dos idosos estudados. No núcleo central, evidenciado no quadrante superior esquerdo, situam-se os elementos com frequência (F) igual ou maior a 45 e ordem média de evocação (OME) abaixo da média, ou seja, menor que 2,4, pois são as evocações lembradas rapidamente. Com essas características foram identificados os elementos *experiência* (F=58 e OME=2,310), *felicidade* (F=64 e OME=1,688), *morte* (F=66 e OME=1,939), *saudade* (F=55 e OME=2,000), *velhice* (F=62 e OME=1,887) e *vida* (F=54 e OME=2,019).

Dessa forma, para a palavra envelhecimento, as evocações agrupadas no núcleo central refletem em consenso uma representação social de *experiência* de vida adquirida ao longo dos anos; de *felicidade*, como sensação de satisfação plena por ter alcançado esta fase da vida; de *morte*, por sua percepção iminente diante do avançar da idade; de *saudade* de toda a trajetória de vida e de momentos significativos do passado, sobretudo do que não é mais possível (re)viver; de *vida*, permeada por histórias, momentos e acontecimentos que construíram o seu curso; e de *velhice*, que é a condição marcada pelo resultado do próprio processo de envelhecimento.

O envelhecimento representado socialmente pelos idosos como *experiência*, evocada em suas diversas formas (maturidade, sabedoria, conhecimento), refere-se ao número de anos vividos e ao conhecimento e ensinamentos que a vida trouxe. Esses conhecimentos e experiências não devem ser desperdiçados, pois servem como fonte de exemplo e referência para a vida das gerações futuras. A experiência é o que faz do idoso um ser sábio e digno de respeito. E sendo o idoso um ser que se apresenta em constante construção de seu saber, está se revelando como um ser dinâmico e que vem ganhando espaço na sociedade. Portanto, o envelhecer possibilita um amadurecimento em relação a si mesmo, às crenças e valores espirituais e que fazem com que esta etapa da vida seja uma vivência serena (FRUMI; CELICH, 2006).

Junto à experiência, os idosos titulam o envelhecimento como *felicidade*, que está relacionada ao sentido de realização e satisfação por ter atingido a longevidade e por fatores específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre muitos outros. De acordo com o estudo e as experiências trocadas no momento da coleta de dados, percebe-se que os idosos conseguem aceitar e perceber que o envelhecimento é um processo natural do ciclo vital, adquirindo consciência do que está vivenciando e assim, conseguem adaptar-se ao processo do envelhecer e ficam mais propensos a ver a velhice

como uma fase de experiências acumuladas e de certa forma buscam a liberdade para se assumirem (FRUMI; CELICH, 2006).

Ainda de acordo com a referência anteriormente mencionada, o envelhecer mostra-se carregado de lembranças e recordações de todos os momentos, sejam eles bons, ou ruins. Esses acontecimentos se eternizam em seu existir, fortalecendo o vínculo do passado com o presente, fazendo com que haja sentido em sua existência, pois, a vida só tem sentido quando é despertada a sensação de plenitude e por isso a evocação *saudade* foi pronunciada e evidenciada no núcleo central no que diz respeito ao processo de envelhecer. Nessa lógica, os idosos percebem que são privilegiados em razão da longevidade com que são agraciados, continuando a construir sua identidade, alicerçada no passado e sempre direcionando-se para o futuro de acordo com as suas possibilidades.

Em contrapartida a representação da *morte* é um dado considerável verificado no núcleo central, exprimindo que os idosos reconhecem o homem como um ser finito e destinado a morrer. Todavia, esta compreensão revela diversas formas de enfrentamento, que variam de um ser para outro. Sendo a morte uma condição da vida, o viver plenamente implica a aceitação e o convívio com ela, muito embora o homem consiga criar dispositivos de segurança que neguem essa realidade (TÔRRES, 2006). O que se percebeu com a categoria pesquisada, foi que a maioria dos idosos admite a morte como um fato, porém apresenta grande dificuldade em assumi-la como natural.

A *velhice* foi reconhecida pelos idosos como sendo natural e que não necessariamente significa o declínio cognitivo. Nos dias atuais, com o surgimento da expressão envelhecimento ativo, os idosos reconhecem que existe mais oportunidades para o cuidado com a saúde e que as políticas voltadas para este segmento populacional permitem que desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida, tornando-a ativa e participativa conforme as suas necessidades, desejos e capacidades. A *vida*, portanto, é vista como sendo a oportunidade para envelhecer e chegar até onde chegaram com saúde, paz e felicidade (SILVA et al., 2001).

Levando em consideração o núcleo periférico, pode-se considerar que as palavras evocadas são as representações de caracterização individualizada, e que de certa forma podem ser modificadas se houverem intervenções que desconstruam a maneira como estão sendo reveladas as representações sociais do envelhecimento. Dentre os dados levantados e estudados, evocações como: *debilidade, dor, remédio, problemas, esquecimento e sofrimento*, estão diretamente relacionadas à questão do adoecimento resultante do processo de envelhecimento. Sendo assim, volta-se a pontuar a associação existente entre o

envelhecimento da população e o aumento das doenças crônico-degenerativas, que exigem cuidados especializados e tratamento contínuo e eficaz.

O acometimento por doenças crônicas acarreta uma forte influência na capacidade funcional do idoso, podendo ocasionar a incapacidade parcial ou total do indivíduo, e, por conseguinte inúmeras consequências para a família, a comunidade e o sistema de saúde. O processo do adoecimento na velhice faz com que a maioria dos idosos experimente fragilidades que ajudam a favorecer o sentimento de dependência, que de certa forma faz com que estes se sintam indefesos, frustrados e impotentes (VERAS, 2009). Portanto, esse quadro de envelhecimento, relacionado com as evocações analisadas, causam uma maior vulnerabilidade e dependência, e demandam intervenções que promovam a saúde dos idosos no intuito de favorecer-lhes melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

A evocação *repouso* representa aquele momento em que o idoso já não exerce mais o trabalho, onde há o impacto do desligamento dos relacionamentos estabelecidos no espaço de trabalho e a perda da identidade de trabalhador. Sendo assim, o idoso passa a ver a aposentadoria como o desengajamento social e a representação da ruptura identitária, provocando uma reorganização no seu projeto de vida. Por isso o repouso, dentro do sistema periférico, é apresentado como uma representação ancorada à realidade do momento vivido pelos idosos participantes do estudo. Significa, pois, um processo de transição da vida do idoso em que é preciso reorganizar o tempo para abarcar novas experiências e buscar um melhor enfrentamento para as frustrações as quais ficam expostos. Os idosos que relacionam o repouso como sendo um ponto negativo, remetem essa negatividade à falta de planejamento e a dificuldade na adaptação da nova vida e das novas circunstâncias impostas, causando angústia e solidão frente ao desligamento da ocupação profissional (RODRIGUES; et al, 2005).

Ainda de acordo com a referência anterior, pode-se dizer que a reação de uma pessoa frente ao estado de repouso/aposentadoria, está diretamente ligada à sua relação com a sociedade, com sua história de vida, o seu papel profissional e o seu modo de enfrentamento de perdas e de adaptações com as novas situações. Assim, deve-se considerar que quando a aposentadoria é vivida de forma negativa, pode ocasionar o rebaixamento de sua qualidade de vida, levando em consideração que a aposentadoria também pode ser vista como uma tensão associada à diminuição do poder aquisitivo e o empobrecimento, dificultando até mesmo o suprimento das suas necessidades básicas. A discussão concretiza que os idosos vivenciam uma condição socioeconômica inadequada e que precisam de políticas conservadoras, ligadas às necessidades da população estudada.

Dentro do sistema periférico, evocações como *família, paz, amor, amizade, tranquilidade e espiritualidade*, são a sustentação das representações sociais dos idosos entrevistados por serem vistas como forma de amparo e de proteção. Sendo assim, a *família* configura-se como a rede social de apoio, principalmente nos momentos de doença e dificuldades, por propiciar aporte afetivo, tornando-se um espaço indispensável para a sobrevivência e proteção dos idosos. Por isso, a família tem um papel de suma importância, que além de propiciar apoio nas atividades de vida diária, proporciona suporte emocional (RISSARDO, 2011).

Em contrapartida e ainda de acordo com Rissardo (2011), a realidade atual aponta que muitos idosos passam por um processo de solidão e abandono, em virtude das alterações que ocorrem na conjuntura familiar, e que por mais que a família seja considerada extremamente importante na vida dos idosos, o convívio familiar pode gerar grandes conflitos, que na maioria das vezes surgem devido aos desentendimentos e a falta de paciência que se tem com o idoso.

Os fatores como dependência, debilidade e fragilidade passam a fazer parte das famílias que possuem idosos, gerando responsabilidades e desconfortos, pelo sacrifício para manter o idoso saudável e amparado. Em se tratando da conjuntura familiar da atualidade, a mesma caracteriza-se muitas vezes pelos idosos serem chefes ou cônjuges dos domicílios, e os filhos por se apresentarem como cuidadores e viverem com os pais, por não possuírem rendimentos ou por possuir rendimento inferior. Desta maneira, os idosos carregam uma sobrecarga de responsabilidade, sendo provedor de toda a família. Por outro lado, alguns idosos são afastados do convívio familiar para serem institucionalizados ou até mesmo por preferir viver longe da família. Os motivos para o afastamento dos idosos são diversos e incluem a falta de um cuidador que tenha condições para dedicação ao idoso, o óbito dos integrantes da família e os parentes por não terem condições financeiras para manter o idoso procuram locais para institucionaliza-los (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005).

O *amor* é o um elemento que está totalmente ligado ao bem-estar dos idosos, que ao se sentirem amados e cuidados melhoram a sua qualidade de vida, afastando a solidão e o sentimento de depressão. O *amor* e a *amizade*, são evocações apresentadas pelos idosos estudados, como domínio associado a qualidade de vida, reforçando a noção de que existe um construto multidimensional para que o idoso vivencie a velhice como um tempo de paz e tranquilidade. Sendo assim, a *amizade* é o vínculo afetivo que está relacionado a afeição, simpatia e ternura, resultando benefícios, que implicam na proteção, compromisso e fidelidade, resultando numa experiência de relações sociais com respeito e prazer. E

juntamente com o sentimento de amor e amizade, os idosos conseguem enfrentar o envelhecimento da melhor forma, associado com a família e suas representações, a intimidade e o companheirismo demonstrado por outros idosos, ou pelo próprio membro da família (RISSARDO, 2011).

A *espiritualidade* pode ser considerada como uma sustentação espiritual, que de acordo com os idosos entrevistados, é tida como a certeza da presença de Deus na vida de cada um, e a força para prosseguirem sua vida com mais perseverança. Percebe-se que a pessoa idosa capaz de dar testemunho da vida é possuidora de sabedoria, pois não vê somente o que é superficial e transitório, mas também percebe o que se eterniza. Diante das diversas dificuldades trazidas pelo envelhecimento, muitos idosos agradecem pela oportunidade e se dizem lisonjeados por terem chegado a esta etapa da vida (SANTOS; ABDALA, 2014).

Considerando os achados dos autores supracitados, evidências apontam que a religiosidade e a espiritualidade podem melhorar o estado de bem estar, de angústia e depressão. O bem-estar espiritual passou a ser avaliado como estado de saúde, associado a dimensões psíquicas, sociais e corporais. Por isso, a espiritualidade vem desempenhando um importante papel amortecedor no enfrentamento de eventos da vida, momentos estressantes, de aborrecimentos cotidianos e de estresse crônico associado a doença. Vale salientar que as mudanças físicas, psicológicas e sociais, comuns aos idosos, gera situações de perdas, declínio da saúde e afastamento das atividades de vida diária, cujo o enfrentamento de modo efetivo pode ser alcançado através das crenças espirituais e práticas religiosas e é desta forma que os idosos pesquisados veem a religião/religiosidade.

A *paz* e a *tranquilidade* são evocadas como indicador do estado emocional, onde a qualidade de vida está relacionada aos recursos subjetivos para enfrentar a velhice. Segundo os idosos, isso significa ser feliz, ter alegria, autoestima e sentir-se satisfeito com a vida (YOKOYAMA et al., 2006).

Com os dados avaliados na pesquisa e sabendo a importância de cada palavra evocada, o envelhecimento representado pela palavra *atenção* denota a impressão de um significado inverso, revelando a solidão, a falta de atenção e relações interpessoais, como também a falta de oportunidade na participação social. A evocação da palavra *atenção*, concretiza o sentimento de abandono dos idosos pesquisados, tanto pela sociedade, família e amigos, como pelos órgãos responsáveis pela seguridade social. O idoso ao sofrer de desafeto familiar e social, também perde seus objetivos, envelhecendo e adoecendo mais rapidamente. Na realidade, o envelhecimento faz com que o papel social do idoso seja perdido, fato este que deve ser revisto em nossa sociedade, pois, os recursos econômicos dos idosos não satisfazem

mais suas necessidades, há a diminuição das relações interpessoais e estes passam a ser mais excluídos e viver mais isolados (ROCHA et al., 2011).

Diante desta realidade, verifica-se que os idosos precisam de um maior amparo dentro da sociedade, como políticas sociais mais concentradas e voltadas para a real situação da velhice, buscando manter o idoso ativo dentro da sociedade. Sendo assim, a prevenção e os serviços de promoção da saúde que são destinados aos idosos devem ser desenvolvidos de forma que prolonguem a sua expectativa de vida, com uma abordagem que melhore a manutenção da qualidade do tempo restante de vida. Logo, as políticas devem contribuir para que as pessoas alcancem a longevidade com saúde, devendo o envelhecimento ativo e saudável ser um dos grandes objetivos das políticas públicas voltadas aos idosos (ROCHA et al., 2011).

Partindo desse pressuposto, a integralidade na saúde do idoso é a proposta criada para reduzir o intervalo entre a doença e a morte, colaborando para a proposição de idosos cada vez mais independentes e produtivos. A saúde do idoso e a integralidade têm como principais desafios: a construção de um vínculo entre os profissionais e o próprio idoso; o acesso aos serviços de saúde; atendimento ineficaz; escassez de prioridades de saúde de forma ampliada; e falta de compreensão das necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento. Mas, mesmo diante das dificuldades e da ineficiência das políticas públicas, os profissionais de saúde devem contribuir para independência e o envelhecimento ativo dos idosos, buscando uma atenção que leve em conta os recursos necessários para responder de forma flexível às necessidades de saúde dos idosos e suas famílias (COSTA; CIOSAK, 2010).

Diante da particularidade das representações sociais expostas pelos idosos estudados no Curimataú Paraibano, pode-se evidenciar que o envelhecimento precisa ser visto como prioridade pela sociedade, para que os idosos consigam envelhecer com dignidade e qualidade de vida. Levando em consideração a assistência à pessoa idosa, é preciso que o idoso seja considerado pelas suas necessidades individuais e de forma holística, não somente como um ser “doente” e que precise apenas de cuidados específicos de saúde. O grande problema existente na sociedade, é que as pessoas não conseguem avaliar o idoso como um ser que precisa estar ativo e desenvolvendo atividades condizentes com suas limitações. Muitos idosos precisam de atividades que preencham seu tempo e que ativem seu poder de interação e convivência com outras pessoas, não ficando limitados as condições de dependência e vulnerabilidade.

A ampliação das ações de promoção, proteção e assistência à pessoa idosa é um desafio para o SUS e para os próprios profissionais de saúde que muitas vezes não são

capacitados para atender tal demanda. A abordagem médica tradicional, direcionada para avaliação apenas de uma queixa principal, e o hábito médico de reunir os sinais e sintomas para diagnosticar é uma conduta que pode ser adequada para adultos jovens, mas que não deve ser ampliada para os idosos (VERAS, 2003). Neste contexto, a OMS define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Por isso, é necessário o fortalecimento de políticas que assegurem o envelhecimento saudável, pois, a desarticulação do sistema de saúde dificulta a operacionalização do cuidado fundamentado na qualidade de vida dos idosos (CRUVINEL, 2009).

Na realidade vivida pelos idosos, são necessárias algumas intervenções como a criação de programas composto por equipes multidisciplinares, destinadas a obter melhores resultados no acompanhamento dos idosos, para identificação com maior precisão dos problemas nas dimensões clínicas, psicossociais, funcionais e ambientais. No entanto, para que a atenção ao idoso configure-se como multidisciplinar é fundamental que se estimule a formação e capacitação de profissionais preparados para cuidar e entender o processo de envelhecimento. Os serviços de saúde oferecidos são muitas vezes incoerentes com a capacidade adaptativa da pessoa idosa. Estes serviços precisam estar preparados para atender os problemas específicos, como as deficiências sensoriais e motoras, as múltiplas dificuldades somáticas e psiquiátricas, as carências nutricionais e as dificuldades sociais, que por esse motivo exigem cuidados e programas adaptados (CRUVINEL, 2009).

Perante o exposto e os dados obtidos com a pesquisa, recomenda-se que as políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo curso da vida, com destaque nas questões de gênero e as desigualdades sociais. É preciso ainda, elaborar projetos e oferecer programas de saúde voltados totalmente para as necessidades dos idosos, bem como projetos e programas de assistência, prevenção e tratamento de doenças e ainda, aumentar o alcance e efetividade dos serviços de saúde para esta população, propondo reformas sistemáticas. No entanto, o nosso sistema de atenção não oferece condições para que essas necessidades sejam alcançadas da forma mais adequada. Além disso, como discutido anteriormente, existe uma enorme carência de profissionais treinados e por isso cada vez se torna mais necessário ampliar os conhecimentos referentes à saúde física e mental dos idosos, à prevenção e o controle de doenças crônico-degenerativas e às técnicas e recursos adequados para tratar problemas físicos e mentais (CRUVINEL, 2009).

Por outro lado, estudos apontam que a atenção em grupos pode contribuir fortemente na promoção, proteção e controle dessas situações, pois, em consultas individuais, as instruções e o desenvolvimento da educação em saúde são insatisfatórios. O interessante seria

grupos de idosos para melhorar a interação e diminuir a ansiedade causada pelo envelhecimento, além de conferir a diminuição do sentido de abandono. Pois, a interação e a convivência com outros idosos, pode ajudar no desenvolvimento psicossocial do ser, e ainda tira-lo da mesmice do dia-a-dia, fazendo com que haja um sentimento de satisfação. Vale ressaltar que os grupos auxiliam ainda na prática da independência, por funcionar mobilizando seus participantes na busca de autonomia e sentido para a vida, aumentando a autoestima e melhorando o senso de humor, além de ampliar a confiança pessoal e diminuir a vulnerabilidade que comumente ocorre nesta faixa etária e ainda promover a inclusão social (CRUVINEL, 2009).

Ainda de acordo com a referência anteriormente mencionada, para que o ser humano envelheça com saúde também é necessária uma boa qualidade de vida, que apesar de ser vista como uma conquista deve ser um direito de todos. Porém, no cenário brasileiro, devido às condições de desigualdade e exclusão social, poucas pessoas têm o acesso a um serviço de saúde adequado. Nesta perspectiva, o desenvolvimento de hábitos que promovam uma melhora na qualidade de vida devem ser incentivados pelas políticas nacionais, como o Programa de Saúde da Família, objetivando evitar as complicações na idade avançada, como o sedentarismo, incapacidade e dependência. Sendo assim, o exercício físico e os programas de reabilitação para os idosos são atividades de prevenção das complicações trazidas pelo envelhecimento e podem minimizar ou retardar o seu aparecimento. Entretanto, é importante ressaltar que a prática de atividade física na terceira idade deve ser acompanhada por um profissional capacitado, a fim de garantir que sejam realizadas de acordo com as necessidades e limitações de cada indivíduo.

Dentro do contexto de melhorias e intervenções para a saúde do idoso, deve-se citar a importância do conhecimento acerca da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é uma espécie de mini-prontuário com informações específicas sobre a saúde do idoso como quedas, autorrelato sobre a saúde, internações, polifarmácia e atividades básicas e instrumentais de vida diárias. Reúne informações sobre a saúde do idoso e facilita a comunicação entre idosos-cuidadores-profissionais de saúde. Portanto, é importante a implementação do uso desta caderneta para melhora da comunicação, principalmente dos profissionais que acompanham o idoso.

Levando em consideração a *qualidade de vida* como palavra indutora, também obteve-se uma base de representações a partir das evocações dos idosos pesquisados, as quais se assemelharam em muitos elementos com as relacionadas ao envelhecimento, confirmando assim, que ambas condensam representações sociais que esboçam a necessidade de

envelhecer com qualidade de vida. Diante do levantamento de dados sobre as evocações referentes à qualidade de vida, foi utilizada a mesma estrutura exposta anteriormente para palavra *envelhecimento*, o que pode ser observado no Quadro 2. É oportuno destacar que a frequência considerada foi de 87 e a ordem média de evocação igual a 2,4.

NÚCLEO CENTRAL			NÚCLEO PERIFÉRICO		
<i>F ≥ 87 e OME < 2,4</i>			<i>F ≥ 87 e OME ≥ 2,4</i>		
	<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>
Saúde	275	1,713	Alimentação	87	2,759
			Família	104	2,894
			Felicidade	89	2,719
			Paz	103	2,602
<i>F < 87 e OME < 2,4</i>			<i>F < 87 e OME ≥ 2,4</i>		
	<i>F</i>	<i>OME</i>		<i>F</i>	<i>OME</i>
Bem-estar	26	2,192	Amizade	37	3,568
Disposição	7	2,143	Amor	63	3,127
Longevidade	6	1,167	Companheirismo	7	2,857
Moradia	38	2,211	Conforto	12	2,833
Religiosidade	41	2,146	Exercício	7	3,143
Renda	82	2,171	Harmonia	7	2,714
Satisfação	13	1,692	Independência	21	2,619
Viver	81	1,506	Lazer	57	2,632
			Repouso	17	2,706
			Trabalho	24	2,583
			Tranquilidade	50	2,540

Quadro 2 - Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre *qualidade de vida*.

Fonte: Teste de Associação Livre de Palavras, 2015.

Os achados apresentados no Quadro 2 foram organizados de acordo com os dados obtidos sobre as representações sociais da qualidade de vida, representando a realidade coletiva dos idosos estudados. No núcleo central, evidenciado no quadrante superior esquerdo, situam-se os elementos como frequência (F) igual ou maior a 87 e ordem média de evocações (OME) abaixo da média, ou seja, menor que 2,4, pois são evocações lembradas rapidamente. Com essas características foi identificado o elemento *saúde* (F=275 e OME=1,713). A saúde revela-se, portanto, como o pensamento coletivo mais representativo e consolidado sobre a qualidade de vida para idosos. Desse modo, acredita-se que enquanto pilar da representação social sobre qualidade de vida, o elemento saúde é destacado pela necessidade de se tê-la e pelo desejo de manter-se saudável, que na fase idosa é uma prioridade.

De acordo com a importância da saúde e com os inúmeros estudos relacionados com o envelhecimento e a qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003, p.04) define a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Para tanto, este conceito tem uma profunda relação com o

desenvolvimento da população e a sua qualidade de vida, levando em consideração que a saúde é um produto social construído individual e coletivamente. Nesta linha de raciocínio, a forte ligação existente entre saúde e qualidade de vida justifica-se porque no seu conceito mais amplo a saúde está relacionada ao bem-estar pessoal, estilo de vida, estado físico e emocional, atividade intelectual, nível de dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos, além da satisfação com atividades realizadas diariamente e o ambiente de convivência (VECCHIA et al., 2005).

Diante o exposto, estudos mostram que a saúde também está totalmente relacionada com a doença quando se faz alusão ao processo de envelhecimento, sobretudo quando se o considera como o somatório de todos os processos de alterações e adaptações que ocorrem com o passar dos anos no organismo humano. Isto reafirma que a saúde não está intimamente relacionada com o estado da ausência de doença, mas com o processo saúde-doença propriamente dito, em que o indivíduo está exposto às mudanças do processo do envelhecer e conseqüentemente busca pela qualidade de vida com melhores condições de saúde (VECCHIA et al., 2005).

Ainda de acordo com o núcleo central, as evocações como: *alimentação, família, felicidade e paz* estão diretamente ligadas com a discussão central sobre a saúde, apresentando uma elevada frequência, porém referidas mais tardiamente na hierarquia das evocações. Há de se considerar, a priori, que o meio em que o idoso está inserido é um fator determinante para o seu estado de saúde e conseqüentemente para uma boa qualidade de vida.

Desse modo, diante do contexto que estão inseridos, os idosos mencionam a *alimentação* como uma necessidade humana básica e de sobrevivência. A alimentação do idoso é um fator que requer muita atenção, pois suas funções normais se alteram e é nesta fase que os processos fisiológicos começam a desenvolver modificações ao longo do tempo. Esses desgastes naturais afetam as funções da pessoa idosa, influenciando diretamente nos hábitos alimentares relacionados à quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos e à questão de sua absorção, que muitas vezes não estão adequadas as suas necessidades. Além disso, fatores externos também modificam a alimentação dos idosos, como as situações de pobreza, a falta de informações e a cultura, levando em consideração também o uso indiscriminado de medicamentos que podem interferir na ingestão e absorção de alimentos e na utilização biológica dos nutrientes, gerando uma perda na sua capacidade funcional e modificando as funções metabólicas (ROSA et al., 2012)

Neste sentido, os idosos devem ter uma maior preocupação com a alimentação, buscando adotar dietas balanceadas, por isso os dados revelam que existe essa preocupação nos idosos pesquisados. Há uma preocupação crescente com a saúde, o que o conduz à busca de alimentos mais saudáveis, fato este que concretiza a exigência da adequação dos alimentos para permitir um maior tempo de vida saudável, gerando uma redução nos custos para o estado e a sociedade, pois as melhoras das condições de vida, por meio de uma boa alimentação, pode gerar uma queda nos custos quanto a prevenção das doenças e a manutenção da saúde do idoso (ROSA; et al, 2012).

A *família*, relaciona-se com a boa qualidade de vida e o estado de saúde do idoso, quando as relações familiares se articulam de forma saudável, reafirmando a importância da família como um valor social e como uma instância fundamental na sociedade. Assim sendo, a família configura-se como um alicerce para o idoso, que hoje em dia além de provedor cuida das gerações mais novas, como netos, bisnetos e os próprios filhos. Esta realidade abarca os idosos pesquisados, que são felizes por exercerem esse papel e se sentem em paz por poder ajudar e ser a base da família. Então, estar próximo da família gera felicidade e ajuda no enfretamento do envelhecimento, sentindo-se realizados em poder ajudar e prover a família, exercendo um importante papel no contexto familiar, trazendo valores e experiências junto ao crescimento familiar, tornando-se fundamentais para a qualidade de vida (DIAS; SILVA, 1999).

A *paz e a felicidade*, apresentam-se como um mecanismo de fortalecimento para os idosos, onde ter qualidade de vida relaciona-se ao estado de saúde que está diretamente relacionado aos seus determinantes e condicionantes, como o modo em que se vive; as condições de trabalho; o ambiente; a educação; o lazer; o acesso aos bens e serviços; e a cultura, fatores estes que estão ligados aos sentimentos de paz e felicidade por se remeterem a ausência de problema. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSP), que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, prevê em um seus eixos que a cultura da paz pode ser ampliada para a promoção da saúde, no que se diz respeito aos casos de violência domiciliar, ampliando e fortalecendo planos para assegurar a paz dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Para os idosos participantes do estudo o acesso à *moradia* e à *renda* é um aspecto importante para a saúde, apontando que os fatores socioeconômicos são importantes na influência da qualidade de vida, pois a situação econômica proporciona o suporte para o bem-estar do indivíduo. Vale salientar que idosos que vivem em condições precárias de moradia e

com renda baixa, estão sujeitos aos elevados números de doenças e problemas de saúde (SILVA et al., 2012).

Partindo para a discussão do núcleo periférico, a qualidade de vida foi representada pelas evocações *amor, amizade, companheiro, conforto, exercício, harmonia, independência, lazer, repouso, trabalho e tranquilidade*. Pela diversidade de elementos e para uma discussão mais coerente, as evocações serão agrupadas em quatro dimensões: psicoafetiva (*amor, amizade, companheiro*), bem-estar (*conforto, repouso, harmonia, tranquilidade*), social (*lazer, trabalho*) e capacidade funcional (*exercício, independência*).

Na dimensão *psicoafetiva*, tendo como elemento básico a afetividade, que segundo Rezende (2008), é tudo aquilo que nos afeta, estão ligadas às evocações amor, amizade e companheirismo, que são importantes para definir a identidade e a qualidade de vida, atribuindo sentimentos importantes como o prazer, a satisfação, a alegria e a emoção de se sentir amado. Pelo fato da afetividade ser tudo aquilo que nos afeta, e relacionando-a com as emoções, é evidente que a dimensão psicoafetiva é a essência da vida, uma vez que toda relação é imediatamente afetiva, e a partir daí construímos nossa personalidade, onde há uma construção positiva das relações interpessoais em favor do envelhecimento. Neste sentido, considera-se que as pessoas idosas que vivenciam aspectos positivos nas relações pessoais, sentem-se mais positivas em relações a si mesmo e a sua realidade, suportando melhor as doenças, o estresse e outras dificuldades.

Reafirmando os dados da pesquisa, estudos mostram que os idosos mantidos com autonomia, vivenciam um envelhecimento satisfatório, sem tantos efeitos negativos. E em consonância com os estudos de Pinazo (2006) percebeu-se que os idosos que participam ativamente de grupos e da sociedade e que recebem o apoio da família, possuem melhor saúde física e mental. Portanto, ter um convívio social, com amigos e vizinhos, relacionar-se bem com a família, estabelecer contatos com as pessoas e fazer novas amizades, de acordo com os idosos, significa ter uma boa qualidade de vida. Mas, para a realidade da maioria dos idosos, do ponto de vista do relacionamento social, a população idosa sofre um processo crescente de isolamento, onde os vínculos vão se fragilizando à medida que o tempo avança e as limitações físicas e as perdas vão modificando o cenário da vida de cada idoso. Por isso, o sentimento de companheirismo, amizade e amor precisam ser fortalecidas nesta fase, pois o processo de envelhecimento requer condições de afetivas e sociais que ajudem no enfrentamento de tal fase.

O *bem-estar* é a dimensão relacionada ao conforto, repouso, harmonia e tranquilidade. Tais evocações podem ser entendidas como desejos de viver esse contexto de tranquilidade e

harmonia durante a velhice, depois de uma vida inteira de trabalho, problemas e responsabilidades. Nessa perspectiva, o conforto para os idosos, está relacionado com a mínima condição de bem-estar para acomodação, já que o mesmo passa a maior parte do tempo em seus aposentos. Essa fase do repouso e da tranquilidade, exposta pelos idosos estudados, é de grande valor no processo de envelhecer e podem ser mantidas por meio de condições favoráveis no contexto em que estão inseridos. Trata-se, então, de dar prioridade às questões voltadas para o meio em que o idoso vive e a sua harmonia com a família e o social, promovendo assim, um melhor bem-estar aos idosos (SILVA, 2014).

Reforçando a importância da dimensão *social* na vida dos idosos, relacionado ao lazer e ao trabalho evidencia-se que tais evocações estão relacionadas ao “desejo”, apresentando-se como elementos que fogem da realidade da maioria dos idosos estudados, quando se leva em consideração o avançar da idade, as oportunidades e as condições em que vivem esses idosos. O desejo reflete que tais evocações podem melhorar a qualidade de vida, na percepção dos idosos. O lazer, é considerado o tempo livre, o momento em que se desfruta do prazer, da tranquilidade e do descanso, e na nossa realidade e com a vida em que os idosos estão levando, muitas vezes este vive esquecido e deixado de lado. O trabalho já não faz parte do cotidiano, onde trabalhar era o maior “passatempo”, agora o trabalho é focado nos afazeres domésticos e nos trabalhos extras que complementam a renda da família (PINAZO, 2006).

Tratando-se da *capacidade funcional* e a sua relação com as evocações exercício e independência, pode-se dizer que prática de exercícios físicos é umas das barreiras que está sendo vencida pelos idosos, onde muitos praticam dentro de suas limitações atividades para melhorar a funcionalidade e ajudar no equilíbrio da saúde, mas, que por outro lado também é um desejo de muitos idosos que são limitados e não conseguem realizar qualquer tipo de exercício, seja ele por falta de oportunidade, de tempo ou pela debilidade física. Os idosos atuantes em atividades, de um modo geral apresentam modificações positivas como a recuperação da autoestima e a ampliação das amizades, pois, diante dos relatos, as atividades desenvolvem potencialidades, desconhecidas ou inexploradas que proporcionam prazer, lazer e novos conhecimentos (PASCHOAL, 2011).

Hodiernamente, uma velhice com boa qualidade de vida pode estar relacionada com a afetividade e a prática de atividades físicas, que têm auxiliado a prolongar o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana. A prática de atividades físicas por idosos poderá influenciar na sua qualidade de vida, assegurando uma maior independência pessoal, e beneficiando dessa forma, a prevenção de doenças comuns nessa fase da vida. Dessa maneira, as pessoas que alcançam a velhice com bons costumes e hábitos de vida saudáveis, apesar das

alterações fisiológicas específicas do envelhecimento, poderá demonstrar melhorias em decorrência da prática da atividade física, como a diminuição do risco de doenças coronarianas, de dislipidemias, a melhoria no transporte e captação de insulina pelo organismo, o aumento do gasto de calorias, o aumento do metabolismo basal, a hipertensão arterial e outras morbidades. Por este motivo, a afetividade, o lazer e o exercício estão relacionados com a representação social sobre a qualidade de vida (SILVA et al., 2011).

Partindo dessas premissas e entrando nas necessidades de mudanças, melhorias e intervenções junto a população idosa, deve-se considerar que na medida em que as pessoas envelhecem, as políticas e intervenções devem ser voltadas para suas necessidades, garantindo mais oportunidades por meio de melhores espaços voltados aos idosos, por meio de ações que oportunizem estes idosos estarem sempre ativos e inseridos nas políticas de saúde. Destaca-se outro fator importante para contribuir na qualidade de vida da pessoa idosa, que é educar os jovens de hoje, futuros idosos, para começarem a se cuidar, entender sobre o envelhecimento e cuidar da manutenção dos direitos das pessoas mais velhas; dessa forma, estarão ajudando na redução e eliminação da discriminação, do preconceito e dos abusos (MOREIRA et al., 2013).

Ainda de acordo com Moreira et al. (2013), o idoso que considera ter uma boa qualidade de vida desenvolve um sentimento de estar sempre ativo e ter seus direitos respeitados, conseguindo manter uma convivência harmônica. É válido dizer que a manutenção de relacionamentos interpessoais torna o idoso um ser saudável, e até mesmo a participação em reuniões semanais em grupos sociais contribui para a autorrealização pessoal, permitindo que se sintam membros importantes na continuidade do grupo, além de resgatar a capacidade de ser útil e a dignidade de viver.

Em relação ao que foi discutido e as intervenções que devem estar relacionadas com a realidade dos idosos pesquisados, deve-se considerar que para conseguirmos condições mínimas de qualidade de vida para os idosos na realidade brasileira, as ações norteadoras das políticas públicas de saúde existentes deverão ser melhoradas e estudadas de acordo com a real necessidade da população e que de fato, busquem promover e manter o envelhecimento ativo e saudável.

5 Considerações Finais

A partir dos objetivos propostos neste estudo, a análise dos dados permitiu conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida, construídas por idosos e de descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, apontando para necessidade de ampliação de políticas e ações voltadas ao idoso que estimulem sua autonomia e preservem a sua capacidade funcional, com expectativa de proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida.

Com o crescente envelhecimento da população, descobriu-se uma realidade repleta de complexidade, fomentando ainda mais as pesquisas na atualidade. Estudar o envelhecimento humano é tido como uma necessidade premente, inserindo os pesquisadores em um universo de muitos detalhes que precisam ser investigados. Sendo assim, a realização deste estudo concretizou a dimensão do quão amplo é o campo de estudo sobre a qualidade de vida, saúde e bem-estar de idosos, e sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos em outras realidades, buscando a ampliação das investigações acerca da realidade dos idosos brasileiros. A pesquisa realizada no Curimataú Paraibano, exposta no presente trabalho, mostrou informações valiosas que aprofundam o entendimento sobre a qualidade de vida e o envelhecimento, contribuindo para o campo das pesquisas voltadas ao idoso.

Percebe-se que a qualidade de vida e a maneira com que os idosos estão envelhecendo no contexto atual ainda necessitam de uma atenção especial por parte da sociedade, como também dos órgãos de saúde e governantes. Os diversos fatores que interferem na qualidade de vida e no envelhecimento, ainda são esquecidos e desvalorizados. Desta forma, para se conhecer a realidade e intervir de forma eficaz, precisa-se estudar as representações sociais trazidas pelos próprios idosos. Os idosos representam o *envelhecimento* como uma fase de dimensões positivas e negativas como: experiências, felicidades, vida, saudade, velhice, morte, doenças, limitações, saúde e solidão. A *qualidade de vida* também com suas dimensões é associada à: saúde, alimentação, família, felicidade e paz. Tais representações sociais são construídas apoiadas em práticas socioafetivas como: amizade, religiosidade, lazer, amor, conforto e tranquilidade.

Os aspectos subjetivos sobre o envelhecimento e a qualidade de vida são representados pelas concepções dos idosos em relação aos aspectos sociais, biológicos, culturais, econômicos, morais e políticos, que são capazes de modificar fortemente o entendimento enraizado que são vivenciados sempre que o sujeito é obrigado a se deparar com a realidade do próprio envelhecimento e de tonar-se idoso. Neste sentido, as representações sociais apresentam um papel importante e decisivo na construção das realidades consensuais, onde

são integrados os acontecimentos ou coisas pouco conhecidas que se disseminam na forma de meios de comunicação e constroem as representações sociais.

Em meio à estas discussões, espera-se que o estudo colabore com o campo da saúde, no que se diz respeito ao conhecimento de dimensões subjetivas do processo de envelhecimento no olhar do idoso, diante do contexto social. As representações sociais dos idosos sobre o envelhecimento e a qualidade de vida poderão auxiliar os profissionais de saúde na percepção da implementação de ações de ordem promocional à saúde e no fortalecimento das políticas dirigidas a pessoa idosa. De tal forma, é preciso ressaltar a necessidade de capacitação para os profissionais de saúde no geral e especialmente os que estão em contato direto com a população idosa. A enfermagem surge nesse contexto como protagonista principal na realização das atividades voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, onde esse cuidado merece uma atenção especial por parte do enfermeiro, envolvendo um olhar humanizado e holístico.

Diante da grandiosidade do tema estudado e os resultados alcançados, chegou-se a conclusão de que há uma relevante necessidade de criação de ações que busquem o maior acesso da população às informações sobre o envelhecimento, e espera-se que com o impacto dos estudos sejam implementadas políticas públicas satisfatórias e bem direcionadas aos idosos.

Referências

ALENCAR, N. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19. Jul. 2014.

ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Rev Bras Enferm.** Brasília, n.57, v.5, p.586-590, 2004. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500014&script=sci_abstract&tlng=pt>> Acesso em: 24 Jun. 2015.

ARAÚJO, L. F; COUTINHO, M. P. L; CARVALHO, V. A. M. L. Representações Sociais da Velhice entre Idosos que Participam de Grupos de Convivência. **Psicologia Ciência e Profissão**, João Pessoa – PB, v.25, n.1, p.118-131, 2005. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100010>> Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Infográficos da cidade de Cuité – PB**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250510>> Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2010**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf> Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_vizualizada.php> Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008**, 2011. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Nucleo_Politiclas_Publicas/GT_Igualdade_Racial/Artigos_e_Estudos/Caracter%C3%ADsticas%20%C3%89tnico-Raciais%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira.pdf> Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. –1. ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3º edição. Brasília. 2010. Disponível em: <<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>>
 Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Melhor em casa – A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 24 jun. 2014.

CANCELA, D. M. G. **O Processo de Envelhecimento**. 2008. 15 f. Trabalho de Complemento ao Diploma de Licenciatura (Psicologia) – Curso de Licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2008. Disponível em:
 <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2014.

CARNEIRO, G.B. et al. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. **ConScientiae Saúde**, Goiás – GO, v. 8, n.1, p. 75-82, 2009. Disponível em: <<
http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csauade_v8n1/cnsv8n1_3i1559.pdf>> Acesso em: 25 ago. 2014.

CARVALHO, J. A. M, GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**. v.19, n.3, p.725-733, 2003. Disponível em: <<
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>> Acesso em: 23 set. 2014.

CHAIMOWICZ, F; CAMARGOS, M. C. S. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS E.V.F (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CLARES, J. W.B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Revista Rene**, v.12. Fortaleza, 2011.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc. Enferm USP**, São Paulo. v.44, n.2, p.437 – 444, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/viewFile/40559/43688>> Acesso em: 01 set. 2014.

CREUTZBERG, M; SANTOS, B. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF**, v. 56, n. 6, p.624-629, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a06v56n6.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2014.

CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida nos Idosos na Saúde da Família**, 2009. 27 f. Dissertação (Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2009.

DE VITTA, A. **Atividade física e bem-estar na velhice**. In: NERI, A.L. e FREITAS, S.A. (orgs.), *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus, p.25-38, 2000.

DIAS, A. M. **O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso**. 2007. 189 f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

DIAS, C. M. S. B; SILVA, D. V. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. **Casal e família, entra a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro, p.118-149, 1999.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a19.pdf> > Acesso em: 13 jun. 2014.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES, RD. M. S; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enfermagem**, v.24, n.1. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a04.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2015.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. **A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 jul. 2015.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FRUMI, C; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 92-100, 2006. Disponível em: << <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/78/74>>> Acesso em: 23 mar. 2015.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, v.40, p.785-91, 2006. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000600007&script=sci_arttext>> Acesso em: 23 mar.2014.

GALLAHUE, D.L. E OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3a Edição. São Paulo: Phorte, 2005. Disponível em: << <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=R6xIAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=Compreendendo+o+desenvolvimento+motor:+beb%C3%AAs,+crian%C3%A7as,+adolescentes+e+adultos.&ots=b-YJI0SST3&sig=Heo0oGmS0pTP5WpUycZIUnip7wI#v=onepage&q=Compreendendo%20o%20desenvolvimento%20motor%3A%20beb%C3%AAs%2C%20crian%C3%A7as%2C%20adolescentes%20e%20adultos.&f=false>>> Acesso em: 30 jun. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GONÇALVES, A; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600031&script=sci_arttext>> Acesso em: 29 out. 2014.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenções. In.: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ogs.). Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais. Cap. 2. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB. P. 45 – 47, 2007.

JOIA, L. C; RUIZ, T; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população idosa. **Rev. Saúde Pública**. 2007, vol.41, n.1, p. 131-138. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>> Acesso em: 28 mar. 2015.

LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar**. Rio de Janeiro: Ed. UNIJUÍ, 2000.

LITVOC, J; BRITO, F.C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. Atheneu,2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, C. R; CAMARGO, B. V; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009. Disponível em: << <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/627/388>>> Acesso em: 24 abr. 2015.

MAZZOTI, A. J. A. Representações sociais: Aspectos Teóricos e Aplicação à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008. Disponível em: << <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/1169>>> Acesso em: 23 mar. 2015.

MENDES, E. M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de agosto, 2014.

MOREIRA, A.A.; et al. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev Bras Psiquiatr**. V. 28, n.3, p. 242 – 250, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300018&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 28 abr. 2015.

MOREIRA, R; et al. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v.16, n.2, p. 27-38, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>> . Acesso em: 24 mai. 2015.

MOSCOVICI S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In: SALDANHA, A.L. e CALDAS, C.P. (Ed.), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Interciência, p.115-124, 2004.

OMS (2003). Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento**, 2003 Disponível em:
http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf
 f>> Acesso em: 28 ago. 2014.

PAPALÉO NETTO, M. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In E.V. FREITAS., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. CANÇADO., M.L. GORZONI, M.L e S.M. Rocha (Eds.), **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 29, p. 29, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.F, Py L (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: ELISABETE, V. F.; LIGIA, P. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p.100.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatria**. Rio Gd. Sul, v..28, n.1, p.27-38, 2011.

PILGER, C; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.5. São Paulo, set/out, 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf> Acesso em: 17 junho 2015.

PINAZO, Sacramento. Relaciones sociales. In: TRIADÓ, Carme; VILLAR, Feliciano (Coord.). **Psicología de la vejez**. Madrid: Alianza, 2006. p. 253-282

PORTELLA, M. R.; BERTTINELLI, L. A. Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e o sentido da vida. **Mundo Saúde**, n.27, p. 465-71, Março, 2003. Disponível em: << <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=366547&indexSearch=ID>>> Acesso em: 10 abr. 2015.

REIS, L. A.; et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2. Maringá, abr\jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a09.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2015.

REZENDE, R. Afeto, velhice e lazer. Departamento de Educação Física-UFMG. 2008. Disponível em: <<http://www.anima.eefd.ufrj.br/licere/pdf/licereV11N03_a7.pdf>>. Acessado em: 01 de ago. de 2015.

RISSARDO, L. K. et al. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. **Cienc Cuid Saúde**, São Paulo, n.10, v.4, p. 682 – 689, 2011.

ROCHA, F. C. V. et al. Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.4, p. 36-41, 2011. Disponível em : http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n4/pesquisa/p6_v4n4.pdf Acesso em: 31 jul. 2015.

RODRIGUES, M.; AYABE, N. H.; LUNARDELLI, M. C. F.; CANÊO, L. C. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. **Rev Bras Orientac Prof**. v.6, n.1, p.53-62, 2005.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2014.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n.2. Fortaleza, abr\jun 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/375/pdf>> Acesso em: 17 jun. 2015.

ROSA, T. E. C. et al. Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr**. Rio de Janeiro. v. 15 , n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/542/540>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das representações sociais**. 2 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

SANTOS, N. C; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 17, v.4, p.795-805, 2014. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>> Acesso em: 04 dez. 2014.

SANTOS, S. R. dos. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, 2002. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>> Acesso em: 13 out 2014.

SANTOS, V. B; TURA, L. F. R; ARRUDA, A. M. S. As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.138-147, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100013> Acesso em: 25 jun. 2014.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos.** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2005.

SILVA, D. M. et al. A estrutura da representação social de família para idosos residentes em lares intergeracionais. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.23, n.1, p. 21-26, 2014. Disponível em: << <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a04.pdf>>> Acesso em: 04 ago. 2015.

SILVA, L. M. S. et al. Representações sociais sobre a qualidade de vida para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v.33, n.1, 2012. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100015&script=sci_arttext>> Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, L.W.S. et al. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa: perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n.3, p. 145-166. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2011. Disponível em: << <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6497/4710>>> Acesso em: 30 out. 2014.

SILVA, S. E. D; CAMARGO, B. V; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p. 947-951, 2011. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>>> Acesso em: 27 abr. 2014.

SILVA, V. Qualidade de vida do idoso: cuidado do idoso, dever de quem?. **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, n.110, p. 138-146, jul., 2010. Disponível em: <<

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9226/5788>>>
Acesso em: 13 jun. 2015.

SOUSA, C. P, BÔAS, L. P. S. V. A Teoria das Representações Sociais e o estudo do trabalho docente: os desafios de uma pesquisa em rede. **Rev Diálogo Educ.** v.11, n.33 , p.271-286, 2011.

SOUZA, A. F.; MURAI, H.C. Qualidade de vida e envelhecimento. **Rev Enferm**, São Paulo, n.8, p. 9 – 11, 2007. Disponível em: <<
<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-02.pdf>>> Acesso em: 18 mai. 2015.

SOUZA, T. B. G. **Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo. Estudo SABE.** 2011. 96 f. Dissertação (Pós-graduação em Saúde do Adulto) – PROESA, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

TEIXEIRA, F. O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda. **Revista Virtual**, São Paulo, n.8, v.1, 2000.

TÔRRES, E. M. **A Viuvez na Vida dos Idosos.** 2006. 158 f. Dissertação (Pós-graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Bahia. 2006.

VECCHIA R. D; RUIZ, T; BOCCHI, S. C. M; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol.** v.8, n.3, p. 246-252, 2005. Disponível em: << <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>> Acesso em: 24 jun. 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 43, p.548-554, maio/nov. 2009. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext>> Acesso em: 29 mar. 2015.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 19, p. 705 – 715, 2003.

VERAS, R.P; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; KUSCHNIR, R. MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.42, p. 497-502, 2008. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300015&script=sci_arttext>> Acesso em: 15 jun. 2015.

VICTOR, J.F.; et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em unidade básica de saúde da família. **Actua Paul Enferm**, v. 22, n.1, 2009. Disponível em: << <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>>> Acesso em: 23 abr. 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida**. 1998a. Disponível em: << <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>> Acesso em: 08 de setembro de 2014.

WHOQOL. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v.41, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100004>> Acesso em: 05 ago. 2014.

YOKOYAMA, C. E; et al. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, n.10, 2006. Disponível em: << <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/542>>> Acesso em: 28 jun. 2014.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:
Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.
Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.
Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.
Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Envelhecimento e Qualidade de vida: representações sociais construídas por idosos” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	<i>AFILHOP:</i> _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	<i>ARELIG:</i> _____

	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BRENF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BCONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____
B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta)	BNENHU: _____

	<p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B8e) Trabalho remunerado _____</p> <p>B8f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>BATVDOM:</i> _____</p> <p><i>BESPD:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOL:</i> _____</p> <p><i>BTRABREM:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>
B9	<p>Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente)</p> <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B9e) Trabalho remunerado: _____</p> <p>B9f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>NENHUM:</i> _____</p> <p><i>BATVDOME:</i> _____</p> <p><i>BESPDAN:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOLU:</i> _____</p> <p><i>BTRABREMU:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>

ANEXO B

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

Instruções para responder as primeiras questões

Este questionário é constituído por uma questão em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Assim, para ele o (a) Sr (a) deverá escrever até cinco respostas que siga o critério estabelecido, isto é, considere pela ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Como sabe, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda rapidamente a questão, a resposta solicitada e marque com um X a mais importante para si.

1– Quando penso em «**Envelhecimento**», lembro-me de:

Assinale com um X a palavra que considera mais importante.

2 – Quando penso em «**Qualidade de Vida**», lembro-me de:

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

ANEXO C

TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br

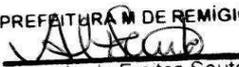


TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA M DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



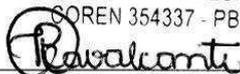
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

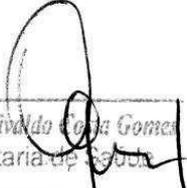


Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.


Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br