



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA DE FÁTIMA BARBOSA EMÉRITO ULISSES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS
POR IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TERESINA

2015

MARIA DE FÁTIMA BARBOSA EMÉRITO ULISSES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS
POR IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria
Miranda de Sousa.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital.

TERESINA

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

U39r ULISSES, Maria de Fátima Barbosa Emérito

Representações Sociais do Envelhecimento Ativo
Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família. Maria de
Fátima Barbosa Emérito Ulisses; Orientador(a): Profa. Dra.
Cristina Maria Miranda de Sousa; Coorientador(a): Profa. Dra.
Maria Eliete Batista Moura – Teresina, 2015.

84 p.

Monografia (Mestrado Profissional em Saúde da Família) –
Centro UNINOVAFAPI, Teresina, 2015.

1. Envelhecimento Ativo; 2. Estratégia Saúde da Família;
3. Representações Sociais; I. Título.

CDD 362.6

MARIA DE FÁTIMA BARBOSA EMÉRITO ULISSES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS
POR IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Aprovado em: 30/06/2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa
Presidenta (UNINOVAFAPI)

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Profa. Dra. Maria do Céu Mendes Pinto Marques
1ª Examinadora – Universidade de Évora - Portugal

Maria Eliete Batista Moura
Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura
2ª Examinadora (UNINOVAFAPI/UFPI)

Maria do Carmo de Carvalho e Martins
Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho Martins
Suplente (UNINOVAFAPI/UFPI)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fortaleza e condutor de absolutamente todos meus projetos de vida.

A minha querida mãe, Maria José, pelo amor incondicionalmente zelado a mim. Ao meu saudoso pai, Emérito, pelo exemplo de professor, pai cuidadoso e amável.

Ao meu esposo, Flávio, pela compreensão, apoio e amor.

Ao meu irmão, Matheus, pelos conselhos e incentivo.

À querida Francisca pelo afeto e cuidado.

À minha orientadora, Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, pela oportunidade de aprofundamento em tema tão relevante.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pela orientação e competência.

Às componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Maria do Céu Mendes Pinto Marques e Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo de Carvalho Martins, pela disponibilidade e contribuições para o estudo.

Aos professores do mestrado, por ampliarem meu olhar sobre a Saúde da Família.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas de afeto e conhecimento.

Às funcionárias Jaqueline e Gelsemânia por serem tão solícitas.

À Faculdade Santo Agostinho pelo apoio imprescindível.

Aos meus alunos, pelo auxílio, sempre presentes.

À agente comunitária, Aurilene, por facilitar o contato com os idosos.

À enfermeira, Maria do Ó, pela parceria.

Aos idosos, por se disponibilizarem de forma tão carinhosa para a pesquisa.

[...] Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo! Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem
Na glória da alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!

Olavo Bilac

RESUMO

A população idosa cresce de modo acelerado no Brasil e no mundo. Desde a segunda metade do século passado, o envelhecimento é um fenômeno confirmado por números que seguem ganhando cada vez mais destaque em diversos setores sociais. O estudo tem como objetivos: caracterizar os participantes do estudo quanto às condições sociodemográficas; apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família; analisar como as representações sociais de idosos sobre envelhecimento ativo influenciam na sua condição de saúde; elaborar uma cartilha sobre o envelhecimento ativo. Para embasamento do estudo, foram feitas considerações acerca da temática, enfocando a problemática do envelhecimento ativo, a política nacional de atenção ao idoso e Estratégia Saúde da Família, e delimitou-se a Teoria das Representações Sociais enquanto referencial teórico de apoio à investigação. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória cuja produção de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 71 idosos que residem em Teresina – Piauí. Os dados foram processados no software IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados analisados demonstraram 44% de idosos do sexo feminino, com 27% entre 60 e 65 anos e 38% casados. Quanto às classes: Classe 3: É bom envelhecer ao sentir-se jovem – os idosos revelaram representações de jovialidade; Classe 2: Envelhecimento ativo como estratégia de saúde: exercício físico, alimentação saudável, acompanhamento médico e trabalho – demonstra o papel de protagonista do idoso; Classe 4: Deus e fé como sustentação e Classe 1: Convívio Familiar – Observou-se nesta classe a associação com atividades realizadas no âmbito familiar, em torno da organização do lar, lazer e cuidado. Os resultados evidenciaram que as representações sociais dos participantes da pesquisa são de que o envelhecimento ativo depende primariamente do convívio familiar, por meio de atividades como lazer, cuidado, organização da rotina doméstica. A fé e a religiosidade sustentam o envelhecimento e servem como fortalecimento para que o idoso sinta-se disposto, bem-humorado e, ao mesmo tempo, disponível para o autocuidado e para o envelhecimento ativo. Tais representações trazem implicações para as políticas públicas em saúde quanto ao planejamento e ao desenvolvimento de ações voltadas para o idoso. Com base nos resultados e análise do estudo, apresenta-se como produto, uma cartilha para os idosos, intitulada: Como envelhecer bem?

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo. Estratégia Saúde da Família. Representações Sociais.

ABSTRACT

The old population grows in an accelerated way in Brazil and in the world. Since the second half of the last century, the aging is a phenomenon confirmed by numbers which follow increasingly gaining prominence in various social sectors. The study aimed to characterize the researched subjects as regards socio-demographic, to apprehend the social representations of active aging developed by the elderly people in the Family Health Strategy, to analyze the social representations of old people about the active aging and its influence on health condition ; and elaborate a primer on active aging. For the foundation study were made considerations about the theme focusing on the issue of active aging, the national policy on care for the elderly and the family health strategy, and delimited the Social Representation Theory as a theoretical referential for supporting the investigation. It is a study of descriptive and exploratory nature of which production data was performed by means of semi-structured interview with 71 elderly people who lives in Teresina, Piauí. The data were processed in the IRAMUTEQ software and analyzed by Descending Hierarchical Classification. The analyzed results demonstrated 44% of female elderly people, with 27% between 60 and 65 years and 38% married. About the classes: Class 3 - It's good to age for feeling young- the elderly revealed representations of joviality; Class 2: Active aging as health strategy: physical exercise, healthy alimentation, medical supervision and work - demonstrates the leading role of the elderly; Class 4 - God and Faith as support; Class 1: Family Coexistence - It was observed in this class, association with activities performed in the family environment, around the organization of home, leisure and care. The results evidenced that the social representations of the survey participants are the active aging depends primarily on the family coexistence, through activities such as leisure, care, organization of domestic routine. Faith and religion sustain the aging and serve as strengthening so that the elderly feel willing, humorous and at the same time available for self-care and active aging. Such representations cause the elderly health is contemplated in various aspects such as physical, social, spiritual and psychological. Based on the results and analysis of the study, present himself as a product, a primer for the elderly, entitled: How to age well?

Keywords: Active Aging. Family Health Strategy. Social Representations.

RESUMEN

La población de personas mayores crece de modo acelerado en Brasil y en todo el mundo. Desde la segunda mitad del siglo pasado, el envejecimiento es un fenómeno confirmado por números que siguen ganando cada vez más destaque que en diversos sectores sociales. El estudio tuvo como objetivos: caracterizar los sujetos investigados cuanto las condiciones sociodemográficas, aprehender las representaciones sociales del envejecimiento activo elaboradas por personas mayores de la Estrategia Salud de la Familia, analizar las representaciones sociales de las personas mayores sobre el envejecimiento activo y su influencia en la condición de salud; y elaborar una cartilla sobre el envejecimiento activo. Para embasamiento del estudio fueron hechas consideraciones sobre la temática planteando la problemática del envejecimiento activo, la política nacional de atención a la persona mayor y estrategia salud de la familia, y se delimitó la Teoría de las Representaciones Sociales mientras referencial teórico de apoyo a la investigación. Se trata de un estudio de naturaleza descriptiva y exploratoria cuyos datos de producción fue realizado por medio de entrevista semi-estructurada con 71 personas mayores que residen en Teresina, Piauí. Los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por la Clasificación Jerárquica Descendiente. Los resultados analizados demostraron 44% de las personas mayores de sexo femenino, con un 27% entre 60 y 65 años y 38% se casó. Cuanto las clases: Clase 3 – Es bueno envejecer al sentirse joven – las personas mayores revelan representaciones de jovialidad; Clase 2: Envejecimiento activo como estrategia de salud: ejercicio físico, alimentación saludable, acompañamiento médico y trabajo – demuestra el papel de protagonista de la persona mayor; Clase 4 - Dios y Fe como sustentación ; Clase 1: Convivio familiar – se observó en esta clase asociación con actividades realizadas en el ámbito familiar, alrededor de la organización del hogar, ocio y cuidado. Los resultados mostraron que las representaciones sociales de los participantes de la investigación son de que el envejecimiento activo depende ante todo del convivio familiar, a través de actividades como ocio, cuidado, organización de la rutina doméstica. La fe y la religiosidad apoyan el envejecimiento y sirven como fortalecimiento para que la persona mayor se sienta dispuesta, bien humorada y al mismo tiempo disponible para el auto cuidado y envejecimiento activo. Tales representaciones hacen con que la salud de la persona mayor sea contemplada en los diversos aspectos como físico, social, espiritual y psicológico. Basándose en los resultados y el análisis del estudio, se presenta como un producto, un cebador para los ancianos, titulado: Cómo envejecer bien?

Palabras clave: Envejecimiento Activo. Estrategia Salud de la Familia. Representaciones Sociales

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MEEM	Miniexame do Estado Mental
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
USFs	Unidades de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1 Contextualização do problema	10
1.2 Objetivos	12
1.3 Justificativa	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família.....	14
2.2 O envelhecimento ativo como objeto das Representações Sociais	17
3 METODOLOGIA	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Cenário do estudo.....	22
3.3 Participantes do estudo	22
3.4 Produção de dados	23
3.5 Processamento e Análise dos dados	23
3.6 Aspectos Éticos e Legais	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
4.1 Manuscrito: Representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família.....	25
4.2 Produto - Cartilha - Como Envelhecer Bem	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	67
ANEXOS	76

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

A população idosa cresce de modo acelerado no Brasil e no mundo. Desde a segunda metade do século passado, o envelhecimento é um fenômeno confirmado por números que seguem ganhando cada vez mais destaque em diversos setores sociais.

O idoso é o segmento populacional que mais cresce no Brasil, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos de idade ou mais aumentou de 14,2 milhões em 2000 para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060. Estima-se que haverá o aumento médio de mais de um milhão de idosos anualmente para os próximos 10 anos. Tal fenômeno é decorrente da rápida e contínua queda da fecundidade concomitantemente à queda da mortalidade em todas as idades (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

Os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde e muitos são acometidos por doenças ou agravos que implicam em acompanhamento e, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida (BRAGA, 2011).

A longevidade por si só é uma aspiração de qualquer sociedade, porém, é necessário proporcionar meios para um envelhecimento ativo e de qualidade, que depende de uma série de questões como a biológica, a social, a cultural, a econômica, entre outras (BRAGA *et al.*, 2008).

Envelhecimento ativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), é o aumento de possibilidades para produção de saúde, participação e segurança, proporcionando ao ser humano uma disposição significativa ao bem-estar físico, social e mental, envolvendo autonomia e condutas ativas. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa e a qualidade de vida no processo de envelhecimento e manter autonomia e independência durante esse período é fundamental.

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996, dispõe sobre diversas competências de órgão e entidades públicas, dentre elas coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, e pesquisas sobre o idoso (BRASIL, 1996).

Dessa forma, é preciso que haja o incentivo ao envelhecimento ativo para o idoso, pois tal conduta é sinônimo de vida plena com qualidade e de equilíbrio biopsicossocial. É imprescindível o apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos

de interesse comuns, todos juntos na luta contra o preconceito que gira em torno do envelhecimento na cultura ocidental, visto constantemente como um processo de inutilidade. Para que isso ocorra, é preciso que o idoso seja inserido no espaço social, como protagonista, com o auxílio fundamental de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo (FERREIRA *et al.*, 2012).

Tais exigências são justificadas pela reconfiguração acelerada da população mundial, cujas mudanças demográficas e epidemiológicas geram impacto inclusive nos níveis de assistência à saúde, pois todos os níveis são acionados; o nível primário deve incluir serviços sociais e de apoio comunitário, como também assumir papel indispensável de coordenação e integração de cuidado, necessidade de integração assistencial, trabalho multiprofissional e colaborativo, educação de usuário e família. Além disso, acarreta aumento de gastos na operação de sistemas de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.*, 2012).

Tais mudanças no sistema de assistência à saúde se configuram como desafio, por exigir integralidade tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde e, especialmente, um cuidado diferenciado ao idoso e sua família.

Nessa perspectiva, uma maior aproximação com o idoso é salutar e uma oportuna possibilidade de atingir tal objetivo se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de políticas atuais de saúde para atenção primária, criada no Brasil. A ESF se configura como espaço privilegiado para a saúde do idoso, por permitir uma proximidade com a comunidade, por meio de visitas domiciliares, acompanhando a realidade vivenciada pelo idoso no âmbito de sua família (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

As ações da ESF devem levar em consideração que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, com necessidades variadas, e, com isso, pautar suas atividades de forma coordenada com atividades para assistir os idosos saudáveis e aqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade (MOTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Para que haja resolutividade nas ações realizadas pelas equipes de saúde, é necessária uma mudança de paradigma frente ao próprio idoso, para uma ideia que contemple este grupo etário em sua totalidade. É preciso pautar o planejamento e a organização das ações, a partir das necessidades relatadas pelo próprio idoso e isso tudo só é possível por meio da compreensão do idoso, da interação com ele e, assim, poder alcançar melhores resultados no processo de cuidar e ser cuidado (AMTHAUER; FALK, 2014).

De acordo com a pesquisa de Fonseca e Bittar (2014), realizada com profissionais da Enfermagem na ESF, o idoso, seja ele percebido como ser humano dotado de conhecimento e sabedoria, como também um indivíduo frágil, necessita de atendimento especializado e com

diversas modificações ao que já está sendo realizado no momento, como a ampliação das redes de assistência e consequente auxílio mais significativo ao trabalho nas USFs, capacitação profissional e redistribuição de tempo de trabalho da equipe profissional.

O olhar para o idoso se reconfigura e ultrapassa um campo meramente assistencialista, alcançando políticas amplas e articuladas, incluindo uma avaliação multidimensional que engloba diversos profissionais para garantia de qualidade de vida.

Surgiram diversos estudos que objetivaram investigar os determinantes do envelhecimento ativo, porém, poucos se propuseram a apreender as representações sociais dos próprios idosos sobre o tema. Representações sociais, segundo Jodelet (1989 p. 5), são “[...] sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais”. São, portanto, elementos decisivos na formação do indivíduo e da coletividade, são conhecimentos elaborados naturalmente e é preciso legitimá-los como fundamentais na vida do idoso.

Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos.

De acordo com as considerações apresentadas, emergiu a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da ESF?

1.2 Objetivos

- Caracterizar os participantes do estudo quanto às condições sociodemográficas;
- Apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família;
- Analisar como as representações sociais de idosos sobre envelhecimento ativo influenciam na sua condição de saúde;
- Elaborar uma cartilha sobre o envelhecimento ativo.

1.3 Justificativa

A população brasileira se caracteriza por uma mudança demográfica, tornando-se um país com um grande contingente de idosos. Com essa mudança, há uma marcante

preocupação com o envelhecimento ativo, com a preparação da população para uma longevidade de qualidade.

Dentre as diversas atuações que a sociedade pode realizar, com vistas ao envelhecimento ativo, destacam-se as políticas públicas, em especial à saúde, por meio da ESF, Estratégia Saúde da Família, como uma estratégia que permite a prevenção e o protagonismo em saúde por parte da própria comunidade.

Por mais que existam pesquisas que delimitem o que seria envelhecimento ativo, é importante ressaltar que o homem é um ser sócio-histórico e, por isso, deve-se verificar de que forma o mesmo elabora e representa o envelhecimento ativo. As representações sociais são resultado da coletividade, de um processo contextualizado entre o indivíduo e a cultura.

Assim, é imprescindível avançar nos estudos sobre envelhecimento ativo por meio da proposta de tomar como objeto as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família

A figura do idoso no mundo contemporâneo tem se destacado cada vez mais, assim tanto a sociedade civil quanto o governo devem se mobilizar em prol de uma política e de programas que auxiliem a saúde, a educação, a moradia, entre outros, incluindo o protagonismo do cidadão, independente de sua idade.

As políticas públicas de atenção ao idoso têm como marco inicial a elaboração do Plano de Ação para o Envelhecimento, realizado na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, por meio da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), em 1982, na Áustria, com 124 países, incluindo o Brasil. Em continuidade à construção de políticas de assistência ao idoso, o Brasil conquistou diversos avanços, tais como: Política Nacional do Idoso (1994); Estatuto do Idoso (2003); A Política Nacional de Assistência Social (2004); A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e direitos concedidos pela Constituição Federal de 1988 (SANTOS; SILVA, 2013).

A Política Nacional do Idoso foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurando direitos sociais aos idosos, com vistas à autonomia, à integração e à participação efetiva na sociedade e direito à saúde. Em 1999, é criada a Política Nacional de Saúde do Idoso a qual determina que órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema adequem os planos e atividades às diretrizes previstas em seu arcabouço. Em 2002, é proposta a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Em 2003, o Congresso Nacional aprova o Estatuto do Idoso, no qual o capítulo V versa sobre o papel do SUS na garantia de atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2009).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da ação; a implementação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na

atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa (BRASIL, 1996).

Assim, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa possuem um caráter global, pois abrangem desde a participação social, incluindo especialmente o próprio idoso, ações intersetoriais e integrais, envolvendo gestores e usuários do SUS, treinamento profissional, divulgação da política e até incentivo à pesquisa.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o objetivo de representar um novo modelo de atenção à saúde, fugindo da perspectiva tradicional curativa, orientada pelo binômio saúde-doença. A ESF encaminha um novo olhar para o acesso ao sistema de saúde, incluindo o universo da realidade do indivíduo, que é pertencente a uma família e, por sua vez, a uma comunidade, elaborando um atendimento holístico e crítico (ROCHA *et al.*, 2009).

A atual Política Nacional de Atenção Básica reafirma que o cuidado em saúde da população idosa, de área circunscrita às USFs, dá-se tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários, em que os profissionais devem exercer um atendimento humanizado que viabiliza o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e os idosos. Devem, ainda, estar atentos não só às alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de envelhecimento, mas também às alterações na dinâmica sociofamiliar, as quais são determinantes no processo de envelhecimento ativo (FERREIRA *et al.*, 2012).

Desse modo, surge um novo olhar sobre o idoso como um ser ativo, protagonista, autônomo que tem modificado as ações de saúde direcionadas a essa população e com grande contribuição dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (AMTHAUER; FALK, 2014).

Um programa de saúde do idoso que o empodera, ao elegê-lo como figura atuante nas escolhas que determinam sua saúde e inserção na sua rede social, com a criação de ambiente para prevenção de agravos, aumento da capacidade funcional e melhora de qualidade de vida, corresponde a um programa de estratégia eficaz dentro da perspectiva ampliada de saúde. Estratégias dessa natureza devem estar presentes em políticas, programas e projetos relacionados ao envelhecimento (ARAÚJO *et al.*, 2011).

O exercício de empoderamento é primordial para qualquer cidadão. Exercer o poder de escolha, de comunicação, de movimento, de crer em algo. O idoso sofre diversas perdas ao

longo do envelhecimento e a sociedade pode exercer uma coerção imensa ao destituí-lo de sua cidadania ou colaborar para que seja respeitado e acolhido.

Assim, a ESF significa um avanço na política de assistência à saúde do idoso, representando uma assistência com caráter mais personalizado:

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se a troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local (BRASIL, 2006).

Um modelo de saúde com estas características se afasta de uma perspectiva preconceituosa, que estigmatiza socialmente o idoso como incapaz, negando-lhe um espaço para posicionamento e negociação. Além disso, corresponsabiliza o processo de cuidado com a saúde, expandindo o caráter individual para o coletivo, incluindo a família, a comunidade, os profissionais, os gestores de saúde e até parceria com instituições de ensino, construindo uma verdadeira rede de apoio para estratégias em saúde.

Exercer esse modelo de atenção no sistema econômico capitalista no qual o Brasil está inserido é tarefa difícil. Coura e Montijo (2014) alertam para a sociedade capitalista que elege o trabalho como meio pelo qual o homem se torna sujeito social, assim, se ele não trabalha, não produz lucro, então não tem valor. Tudo aquilo que não produz lucro, dentro da perspectiva capitalista, é perda de tempo.

Os desafios se ampliam quando os programas de atenção aos idosos ainda exercem atuação pontual e fragmentada, com rede de apoio familiar desorganizada, cujas estratégias necessitam de auxílio mais significativo à família cuidadora, por meio de atividades em grupo, visando fortalecer a rede de suporte social, além de políticas públicas ao cuidado do idoso em domicílio (BRITO *et al.*, 2014).

Cabe também a reflexão acerca do quanto às ações intersetoriais entre saúde, educação e lazer avançaram, com atividades tais como palestras realizadas juntamente com atividades de dança. No entanto, perceber o quanto as ações em parceria com áreas tais como trabalho, segurança social, transporte e habitação ainda precisam evoluir.

A mudança de paradigma do idoso representado culturalmente como destituído de valor para um ser que vive uma etapa natural da vida, que deve ser respeitada, ainda encontra dificuldade de ser compreendida e executada pelos profissionais da saúde da família, bem

como de outros vinculados à atenção básica em saúde. Uma prática reflexiva e de contínuo acesso à comunidade para que haja participação e negociações é necessária, juntamente com o cumprimento de forma mais eficaz das diretrizes da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa.

2.2 O envelhecimento ativo como objeto das Representações Sociais

Inicialmente, faz-se necessário definir o que são Representações Sociais. Segundo Moscovici (1978), Representação Social é uma forma de conhecimento prático elaborado a partir das percepções que o indivíduo constrói sobre o mundo e o auxilia a organizar as situações cotidianas. São semelhantes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças tradicionais. Jodelet (1989) complementa ao afirmar que é uma forma de conhecimento orientado para comunicação, elaborado socialmente a partir do senso comum (FERNANDES; FERREIRA, 2005).

A teoria das Representações Sociais surgiu na década de 50, na França, por meio do psicólogo social Serge Moscovici, com objetivo de verificar de que forma a psicanálise, um objeto científico, era compreendido pela sociedade francesa da época, ou seja, como se dava a transformação de um objeto científico em senso comum (MOSCOVICI, 1978).

Segundo Tura (2005), Moscovici partiu do conceito, elaborado por Durkheim, de representação coletiva para explicar processos cognitivos, porém, extrapolou tal conceito, rompendo a dicotomia entre consciência individual e realidade social.

Assim, é importante afirmar que, por mais que a sociedade esteja envolvida em tal elaboração, não significa, como cita Spink (1993), que o indivíduo seja apenas um ser que copia uma realidade preexistente de forma passiva, mas sim, um processo que envolve criatividade numa relação que compreende objetivo-subjetivo e coletivo-individual (FERNANDES; FERREIRA, 2005).

Dessa forma, como afirma Guareschi (2007), o sujeito que conhece e o objeto conhecido não existem numa realidade à parte e muito menos numa relação dicotômica de indivíduo ou grupo, subjetivo contra objetivo.

A representação social é uma forma de apreender o mundo e ao mesmo tempo formá-lo, pois em contato com a coletividade o indivíduo é influenciado e apresenta formas particulares de explicar os acontecimentos cotidianos.

Segundo Abric (1994a), as representações têm as seguintes funções: permitem adquirir conhecimento, integrá-lo ao que já é adquirido em coerência com os valores que o

indivíduo dispõe e a comunicação deste conhecimento; formar uma identidade social e pessoal compatível com valores sociais historicamente construídos; a prescrição do comportamento, ao filtrar informações de forma a tornar a realidade semelhante à representação e, por fim, a justificativa do comportamento (SÁ, 1996).

A atuação do indivíduo e dos grupos na realidade é mediada pelas representações sociais que assumem um papel determinante, desde a elaboração de conhecimentos, em consonância com o que já é adquirido, até mesmo na conduta em si.

A formação das representações, segundo Jodelet (1984), dá-se por dois processos: ancoragem e objetivação. A ancoragem consiste em ancorar, integrar cognitivamente o objeto representado; já a objetivar, seria criar a imagem, estruturar concretamente o conceito abstrato (SÁ, 1995).

Spink (2011) aponta que as representações sociais juntamente com o comportamento individual e institucional direcionam, na perspectiva saúde-doença, para prevenção de doença, promoção ou recuperação da saúde. Ao apreender as representações sociais, o profissional de saúde tem mais possibilidade de reconhecer a natureza e o limite para executar seus trabalhos nos diversos níveis citados anteriormente (MARQUES; LOPES; SILVA, 2012).

Percebe-se que no processo de saúde-doença, que se insere no caminho percorrido para o envelhecimento ativo, as representações sociais também se destacam como um saber legítimo e significativo, até mesmo por suas funções, citadas anteriormente, de elaborar e comunicar conhecimento além de estabelecer uma relação dialógica com o comportamento e a justificativa de ocorrência dele.

A representação social do envelhecimento se modifica de acordo com os aspectos sociais e culturais das pessoas idosas de diversos grupos sociais, que ganha contornos diferentes com a passagem histórica (MARREIROS *et al.*, 2012).

Assim, de acordo com as representações sociais elaboradas pela sociedade, incluindo o próprio idoso inserido num contexto sócio-histórico específico, terá uma série de desdobramentos no cotidiano do envelhecer.

Segundo o Estatuto do Idoso (Título I art. 1º), são consideradas idosas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Os idosos podem ser classificados, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA) no Brasil, como idosos jovens os que têm entre 60 e 70 anos de idade, medianamente idosos os que têm de 71 a 80 anos e muito idosos aqueles com idade acima de 80 anos.

Mudanças físicas são variáveis quanto ao estilo de vida e de doenças. O coração torna-se mais vulnerável às complicações, as células nervosas do cérebro podem diminuir em

quantidade, mas, por outro lado, podem regenerar-se. Problemas auditivos e visuais surgem, mas são passíveis de correção. Perdas olfativas e gustativas podem prejudicar a alimentação (PAPALIA, 2010).

Quanto às funções cognitivas, a inteligência pode prognosticar a longevidade. Demências, doença de Alzheimer e doença de Parkinson podem afetar as funções cognitivas incluindo a memória, o julgamento e o controle das emoções (BEE, 1997).

O envelhecimento é na realidade um processo vital constituído por diversos fatores, sejam eles moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos ou sociais. Tais fatores estão presentes tanto o funcionamento típico quanto no atípico do indivíduo que envelhece (MASCARELLO, 2013).

Também há alterações sociais envolvendo cônjuges e mudanças familiares, processos de luto, alterações econômicas decorrentes, por exemplo, da aposentadoria, entre outras. Diante destas variações que o envelhecimento pode provocar no indivíduo, é salutar a busca pela qualidade de vida.

Teixeira e Neri (2008) citam importantes pesquisas que demonstram a eficácia de uma abordagem integrativa sobre o envelhecimento sadio. Um importante estudo, de Strawbridge *et al.* (2002), comparou o modelo de Rowe e Kahn (1987) e uma definição própria de envelhecimento bem-sucedido, em resposta à questão: “Eu estou envelhecendo com sucesso (ou envelhecendo bem)?”, em uma amostra de 867 participantes com idade entre 65 e 99 anos; 50,3% dos idosos consideraram-se bem-sucedidos, segundo avaliação própria, mas com base nos critérios de Rowe e Kahn apenas 18,8% foram bem-sucedidos; ausência de doença crônica e manutenção de capacidade funcional foram associadas com envelhecimento bem-sucedido, porém, 42,7% consideraram-se bem sucedidos mesmo tendo doença crônica.

Assim, Strawbridge *et al.* (2002) concluem que o envelhecimento bem-sucedido deve incluir outras variáveis à capacidade funcional e integridade da saúde física, tais como o bem-estar subjetivo, superando uma perspectiva biológica do fenômeno envelhecimento que limita as estratégias de promoção e prevenção em saúde.

Fica claro que o fenômeno “envelhecimento bem-sucedido” é multivariado e, consequentemente, profissionais e pesquisadores que trabalham com o público idoso precisam estar atentos a este fato:

O envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças

advindas do envelhecimento e condições associadas [...]. Envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 11).

O conceito “Envelhecimento Ativo” foi introduzido, no final da década de 1990, pela Organização Mundial de Saúde, em substituição do termo “envelhecimento bem-sucedido”, definindo-o como o “[...] processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

A palavra “ativo” extrapola o sentido de estar ativo fisicamente ou no trabalho, pois alcança a noção de participação nos diversos domínios, sejam eles em um nível social, espiritual, cultural e até mesmo de cidadania, na qual o idoso assume o papel ativo de exercitar o poder, a decisão, inclusive de se abster de participar de algo (MENDES *et al.*, 2014).

Neri (1995) afirma que o envelhecimento depende das oportunidades adequadas de educação, de urbanização, de habitação, de saúde e de trabalho durante todo o seu curso de vida.

Em meio a tantas discussões sobre a importância do envelhecimento ativo, há uma realidade sociocultural que pode influenciar negativamente na construção desse processo, pois diferente da cultura oriental, que representa o idoso como símbolo de sabedoria e conhecimento, a cultura ocidental representa o idoso como um ser decadente, marcado por perda de capacidade e beleza, sofrendo influência da mídia que propaga o consumo exarcebado com vistas à jovialidade (DELBONI, 2013).

Dada a importância do envelhecimento ativo para o idoso surgiram publicações interessadas em investigar fatores relacionados a este fenômeno a partir da perspectiva do próprio idoso. O estudo de Deponti e Acosta (2010) concluiu que o idoso explica um envelhecimento de qualidade por meio de múltiplos fatores, tais como o biológico, o psicológico e o social, o envelhecer com saúde, ser alegre, ter um convívio social elevado, participação em grupos de atividades físicas, entre outros.

Outro trabalho importante, mais propriamente sobre as representações sociais dos idosos funcionalmente dependentes, é o de Ferreira *et al.* (2010), o qual analisou que os idosos representavam em parte aspectos positivos do envelhecimento, tais como, atividades

domésticas, como cuidar da casa e dos netos e o lazer juntamente com a independência para resolver seus problemas e andar sozinho, como também aspectos negativos, a partir de perdas, incapacidade e morte.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou a relação em ter variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados. O caráter exploratório possibilita maior familiaridade com o problema, aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

3.2 Cenário do estudo

A cidade de Teresina (PI), segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/DATASUS), possui 253 ESF, cuja cobertura é de 92%, distribuídas da seguinte forma: 92 na zona Leste/Sudeste, 80 na região Centro-Norte e 81 na região Sul. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Saci (ESF – Equipe 138) e domicílios cadastrados pela unidade.

3.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 71 idosos assistidos pela ESF – equipe 138 da Unidade Básica de Saúde do Saci. Os idosos foram contatados de duas formas: aleatória, conforme se dirigiam à Unidade Básica de Saúde do Saci e também por meio de visitas domiciliares, seguindo um banco de dados da própria unidade de saúde, que continha os endereços.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e ser assistido pela equipe da Estratégia Saúde da Família do Saci.

Foram excluídos os idosos que se encontravam acamados, os que apresentavam déficit visual ou auditivo e que não utilizavam recursos adaptativos (lentes corretivas ou aparelho auditivo), os que não estiveram em casa após a terceira tentativa de visita, os que foram submetidos ao Miniexame do Estado Mental (MEEM) e obtiveram um escore que indicava possível quadro de demência e um escore de possível depressão, conforme Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (ANEXO A e ANEXO B).

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi elaborado por Folstein et al. (1975), com objetivo de avaliar a função cognitiva e rastrear quadros demenciais, destacando-se como

um dos testes mais utilizados e estudados no mundo (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Para realizar a avaliação do nível de comprometimento cognitivo foram utilizados os pontos de corte apontados por Bertolucci (1994), segundo o nível de escolaridade: 13 para analfabeto, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. Considerou-se baixa escolaridade os níveis primário e fundamental, para a média escolaridade o nível médio e para superior graduação incompleta em diante. Os que obtiveram escores abaixo desses valores, de acordo com nível de escolaridade, foram excluídos da pesquisa.

Em seguida, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), com 15 itens para avaliar a presença de quadros depressivos, cujo ponto de corte correspondeu a 6. A EDG-15 é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), sua aplicação é extremamente útil por sua rapidez na administração e se destaca como um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento de sintomas depressivos na população idosa. O ponto de corte 5/6 é adequado para o diagnóstico (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

3.4 Produção de dados

A produção de dados foi realizada no mês de abril de 2015, por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos tais como gênero, idade e estado civil, como também perguntas abordando aspectos do envelhecimento ativo (APÊNDICE A).

Para Minayo (2008), a entrevista constitui representação do indivíduo, a partir de ideias, condutas e projeções para o futuro, fornecidas apenas mediante a contribuição do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado na Unidade Básica de Saúde ou na própria residência do idoso. As falas foram gravadas após o consentimento do idoso.

3.5 Processamento e análise dos dados

O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando o *software* gratuito denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

De acordo com Camargo e Justo (2013), esse programa foi desenvolvido na França por Pierre Ratinaud, em 2009, e trata-se de um programa que permite a análise de elementos textuais cuja praticidade é caracterizada por uma distribuição de vocabulário visualmente claro, apresentando desde lexicografia básica até análises multivariadas, como, por exemplo, similitude, classificação hierárquica descendente e nuvem de palavras.

O programa realiza, dentre outras, as seguintes atividades, para análise lexical clássica: identifica e reformata unidades de textos por meio da transformação das Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE), identifica a quantidade de palavras, pesquisa o vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Os dados foram coletados após autorização do responsável pelo local da pesquisa, a submissão do projeto à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI, respeitando a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, CAAE: 38738514.3.0000.5210 (APÊNDICE B e APÊNDICE C).

Considerando a disponibilidade dos participantes em integrarem o estudo, foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução n. 466/2012.

Os participantes do estudo correram risco mínimo, no que se refere ao constrangimento na abordagem quanto à participação da pesquisa, aplicação dos testes usados como referência para o critério de exclusão na pesquisa e na coleta de informações por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. No entanto, houve a menção de o sujeito ficar à vontade para participar da pesquisa e responder ou não aos questionamentos propostos, como também o esclarecimento de que a recusa em participar não acarretaria qualquer penalidade.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir do resultado do estudo, com informações detalhadas sobre o objeto proposto e o desenvolvimento de instrumento informativo que beneficie a qualidade de vida, com vistas ao envelhecimento ativo, tais como a cartilha.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito 1

Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família

Social Representations of Active Ageing Elderly Prepared by the Family Health Strategy

Representaciones Sociales de las personas mayores sobre el envejecimiento activo

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses^I

Cristina Maria Miranda de Sousa^{II}

Maria do Céu Mendes Pinto Marques^{III}

Maria Eliete Batista Moura^{IV}

Maria do Carmo de Carvalho Martins^V

^I Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Psicóloga Clínica. Docente da Faculdade Santo Agostinho (FSA). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: faemerito@yahoo.com.br

^{II} Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Reitora do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Integrante do Conselho Superior da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: cristinamiranda@uninovafapi.edu.br

^{III} Doutora em Psicologia pela Universidade de Évora. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica. E-mail: mcmarques@uevora.pt

^{IV} Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

^V Pós-Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora associada do Departamento de Biofísica e Fisiologia da Universidade Federal do Piauí. Professora e orientadora do Programa de Mestrado em Alimentos e Nutrição da Universidade Federal do Piauí. Professora da Faculdade de Ensino Superior de Floriano e da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mcmartins@uninovafapi.edu.br

Autora responsável para troca de correspondência:

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses

Endereço: Av. Rio Poti, nº 1142, Fátima. CEP: 64049-410. Teresina – PI, Brasil.

RESUMO

A população idosa cresce de modo acelerado no Brasil e no mundo. Desde a segunda metade do século passado, o envelhecimento é um fenômeno que se destaca cada vez mais em diversos setores sociais. O estudo tem como objetivo apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família. Delimitou-se a Teoria das Representações Sociais, enquanto referencial teórico de apoio à investigação. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória, cuja produção de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com 71 idosos que residem em Teresina

– Piauí. Os dados foram processados no *software* IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados analisados demonstraram 44% de idosos do sexo feminino, com 27% entre 60 e 65 anos e 38% casados. Quanto às classes: Classe 3: É bom envelhecer ao sentir-se jovem; Classe 2: Envelhecimento ativo como estratégia de saúde: exercício físico, alimentação saudável, acompanhamento médico e trabalho; Classe 4: Deus e Fé como sustentação e Classe 1: Convívio Familiar. Os resultados evidenciaram que as representações sociais dos participantes da pesquisa são de que o envelhecimento ativo depende primariamente do convívio familiar, a partir de atividades como lazer, cuidado e organização da rotina doméstica. A fé e a religiosidade sustentam o envelhecimento, servem como fortalecimento para que o idoso sintase disposto, bem-humorado e ao mesmo tempo disponível para o autocuidado e envelhecimento ativo. Tais representações trazem implicações para as políticas públicas em saúde tanto para o planejamento, quanto para o desenvolvimento de ações voltadas para o idoso. Com base nos resultados e análise do estudo, apresenta-se como produto, uma cartilha para os idosos, intitulada: Como envelhecer bem?

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo. Estratégia Saúde da Família. Representações Sociais.

SUMMARY

The old population grows in an accelerated way in Brazil and in the world. Since the second half of the last century, the aging is a phenomenon confirmed by numbers which follow increasingly gaining prominence in various social sectors. The study aimed to apprehend the social representations of active aging developed by the elderly people in the Family Health Strategy. For the foundation study were made considerations about the theme focusing on the

issue of active aging, the national policy on care for the elderly and the family health strategy, and delimited the Social Representation Theory as a theoretical referential for supporting the investigation. It is a study of descriptive and exploratory nature of which production data was performed by means of semi-structured interview with 71 elderly people who lives in Teresina, Piauí. The data were processed in the IRAMUTEQ software and analyzed by Descending Hierarchical Classification. The analyzed results demonstrated 44% of female elderly people, with 27% between 60 and 65 years and 38% married. About the classes: Class 3 - It's good to age for feeling young; Class 2: Active aging as health strategy: physical exercise, healthy alimentation, medical supervision and work; Class 4 - Faith and religion as support for active aging and Class 1: Family Coexistence. The results evidenced that the social representations of the survey participants are the active aging depends primarily on the family coexistence, through activities such as leisure, care, organization of domestic routine. Faith and religion sustain the aging and serve as strengthening so that the elderly feel willing, humorous and at the same time available for self-care and active aging. Such representations cause the elderly health is contemplated in various aspects such as physical, social, spiritual and psychological.

Keywords: Active Aging. Family Health Strategy. Social Representations.

RESUMEN

La población de personas mayores crece de modo acelerado en Brasil y en todo el mundo. Desde la segunda mitad del siglo pasado, el envejecimiento es un fenómeno confirmado por números que siguen ganando cada vez más destaque que en diversos sectores sociales. El estudio tuvo como objetivo: aprehender las representaciones sociales del envejecimiento activo elaboradas por personas mayores de la Estrategia Salud de la Familia. Para

embasamiento del estudio fueron hechas consideraciones sobre la temática planteando la problemática del envejecimiento activo, la política nacional de atención a la persona mayor y estrategia salud de la familia, y se delimitó la Teoría de las Representaciones Sociales mientras referencial teórico de apoyo a la investigación. Se trata de un estudio de naturaleza descriptiva y exploratoria cuyos datos de producción fue realizado por medio de entrevista semi-estructurada con 71 personas mayores que residen en Teresina, Piauí. Los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por la Clasificación Jerárquica Descendiente. Los resultados analizados demostraron 44% de las personas mayores de sexo femenino, con un 27% entre 60 y 65 años y 38% se casó. Cuanto las clases: Clase 3 – Es bueno envejecer al sentirse joven; Clase 2: Envejecimiento activo como estrategia de salud: ejercicio físico, alimentación saludable, acompañamiento médico y trabajo; Clase 4 - Fe y religión como sustentación para envejecimiento activo y Clase 1: Convivio familiar. Los resultados mostraron que las representaciones sociales de los participantes de la investigación son de que el envejecimiento activo depende ante todo del convivio familiar, a través de actividades como ocio, cuidado, organización de la rutina doméstica. La fe y la religiosidad apoyan el envejecimiento y sirven como fortalecimiento para que la persona mayor se sienta dispuesta, bien humorada y al mismo tiempo disponible para el auto cuidado y envejecimiento activo. Tales representaciones hacen con que la salud de la persona mayor sea contemplada en los diversos aspectos como físico, social, espiritual y psicológico.

Palabras clave: Envejecimiento Activo. Estrategia Salud de la Familia. Representaciones Sociales.

INTRODUÇÃO

A população idosa cresce de modo acelerado no Brasil e no mundo. Desde a segunda metade do século passado, um fenômeno confirmado por números e que segue ganhando cada vez mais destaque em diversos setores sociais.

O idoso é o segmento populacional que mais cresce no Brasil, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões em 2000 para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060. Estima-se que haverá o aumento médio de mais de um milhão de idosos anualmente para os próximos 10 anos. Tal fenômeno é decorrente da rápida e contínua queda da fecundidade concomitantemente à queda da mortalidade em todas as idades.¹

Os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde e muitos são acometidos por doenças ou agravos que implicam em acompanhamento e, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida.²

A longevidade por si só é uma aspiração de qualquer sociedade, porém, é necessário proporcionar meios para um envelhecimento ativo e de qualidade, que depende de uma série de questões tais como biológica, social, cultural, econômica, entre outros.³

Dentre os diversos objetos importantes a serem estudados no âmbito da promoção da saúde dos idosos, destaca-se o envelhecimento ativo e os múltiplos fatores relacionados a este fenômeno.

O conceito “Envelhecimento Ativo” foi introduzido, no final da década de 1990 pela Organização Mundial de Saúde, em substituição do termo “envelhecimento bem-sucedido”, definindo-o como o “[...] processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”

(OMS, 2005, p.13). O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa e qualidade de vida no processo de envelhecimento e manter autonomia e independência durante este processo é fundamental.⁴

A palavra “ativo” extrapola o sentido de estar ativo fisicamente ou no trabalho, pois alcança a noção de participação nos diversos domínios, sejam eles em um nível social, espiritual, cultural e até mesmo de cidadania, na qual o idoso assume o papel ativo de exercitar o poder, a decisão, inclusive de se abster de participar de algo.⁵

É oportuno investigar o envelhecimento ativo a partir do olhar dos próprios idosos, apreender como representam socialmente um tema que está naturalmente vinculado às suas vivências. Representações sociais, segundo Jodelet (1989, p. 5), são “[...] sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais”. São, portanto, elementos decisivos na formação do indivíduo e da coletividade, são conhecimentos elaborados naturalmente e é preciso legitimá-los como fundamentais na vida do idoso.⁶

Nessa perspectiva, uma maior aproximação com o idoso é salutar e uma oportuna possibilidade de atingir tal objetivo é por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de políticas atuais de saúde para atenção primária criado no Brasil. A ESF se configura como espaço privilegiado para a saúde do idoso, por permitir uma proximidade com a comunidade, por meio de visitas domiciliares, acompanhando a realidade vivenciada pelo idoso no âmbito da sua família.⁷

A ESF fortalece o vínculo do idoso com a unidade básica de saúde, caracterizado como um vínculo de responsabilidade e de compromisso não somente com o idoso, mas com a comunidade e com a família.

As ações da ESF devem levar em consideração que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, com necessidades variadas, e, com isso, pautar suas atividades de

forma coordenada para assistir aos idosos saudáveis e aqueles com diferentes graus de incapacidade ou de enfermidade.⁸

Para que haja resolutividade nas ações realizadas pelas equipes de saúde, é necessária uma mudança de paradigma frente ao próprio idoso, para uma ideia que contemple este grupo etário em sua totalidade. É preciso pautar o planejamento e a organização das ações, a partir das necessidades relatadas pelo próprio idoso e isso tudo só é possível por meio da compreensão deste, da interação com ele e, assim, poder alcançar melhores resultados no processo de cuidar e ser cuidado.⁹

Assim, apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família poderá contribuir para construção de ações de saúde que valorizem e elejam o idoso como protagonista desse processo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em Teresina, Piauí. Participaram do estudo 71 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família – equipe 138 da Unidade Básica de Saúde do bairro Saci. Os idosos foram contatados de duas formas: aleatória, conforme se dirigiam à Unidade Básica de Saúde do Saci e também por meio de visitas domiciliares seguindo um banco de dados da própria unidade de saúde, que continha os endereços.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e ser assistido pela equipe da Estratégia Saúde da Família do Saci.

Foram excluídos os idosos que se encontravam acamados, os que apresentavam déficit visual ou auditivo e que não utilizavam recursos adaptativos (lentes corretivas ou aparelho auditivo), os que não estiveram em casa após a terceira tentativa de visita, os que

foram submetidos ao Miniexame do Estado Mental (MEEM) e obtiveram um escore que indicava possível quadro de demência e um escore de possível depressão, conforme Escala de Depressão Geriátrica (EDG). O referido exame foi elaborado por Folstein et al (1975), com objetivo de avaliar a função cognitiva e rastrear quadros demenciais, destacando-se como um dos testes mais utilizados e estudados no mundo¹⁰.

Para realizar a avaliação do nível de comprometimento cognitivo foram utilizados os pontos de corte apontados por Bertolucci (1994), segundo o nível de escolaridade: 13 para analfabeto, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. Considerou-se baixa escolaridade os níveis primário e fundamental, para a média escolaridade o nível médio e para superior graduação incompleta em diante. Os que obtiveram escores abaixo desses valores, de acordo com nível de escolaridade, foram excluídos da pesquisa.¹¹

Em seguida, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) com 15 itens para avaliar a presença de quadros depressivos, cujo ponto de corte correspondeu a 6. A EDG-15 é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), sua aplicação é extremamente útil por sua rapidez na administração, e se destaca como um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento de sintomas depressivos na população idosa. O ponto de corte 5/6 é adequado para o diagnóstico.¹²

A produção de dados foi realizada no mês de abril de 2015, por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado, contendo dados sociodemográficos tais como sexo, idade e estado civil, como também perguntas abordando aspectos do envelhecimento ativo.

A entrevista constitui representação do indivíduo por meio de ideias, condutas e projeções para o futuro, fornecidas apenas mediante a contribuição do entrevistado.¹³

As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado seja na Unidade Básica de Saúde ou na própria residência do idoso. As falas foram gravadas após o consentimento do idoso.

O tratamento e análise dos dados foram realizados utilizando o *software* gratuito denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). De acordo com Camargo e Justo (2013), esse programa foi desenvolvido na França por Pierre Ratinaud em 2009, e trata-se de um programa que permite a análise de elementos textuais cuja praticidade é caracterizada por uma distribuição de vocabulário visualmente claro, apresentando desde lexicografia básica até análises multivariadas, como, por exemplo, similitude, classificação hierárquica descendente e nuvem de palavras.¹⁴

O programa realiza, dentre outras, as seguintes atividades para análise lexical clássica: identifica e reformata unidades de textos por meio da transformação das Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE), identifica a quantidade de palavras, pesquisa o vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes.¹⁴

Os dados foram coletados após autorização do responsável pelo local da pesquisa, a submissão do projeto à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI, respeitando a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, CAAE: 38738514.3.0000.5210.

Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução n. 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das orientações do tutorial do IRAMUTEQ utilizou-se a análise textual com base no *Corpus*, construído por meio dos dados coletados com a entrevista semiestruturada e fragmentados pelo *software* em segmentos de texto. O *corpus* obteve o aproveitamento de

92,15%, ou seja, os dados coletados tiveram um nível de significância bastante satisfatório e foi preparado organizando variáveis para cada sujeito, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Banco de Dados para decodificar variáveis

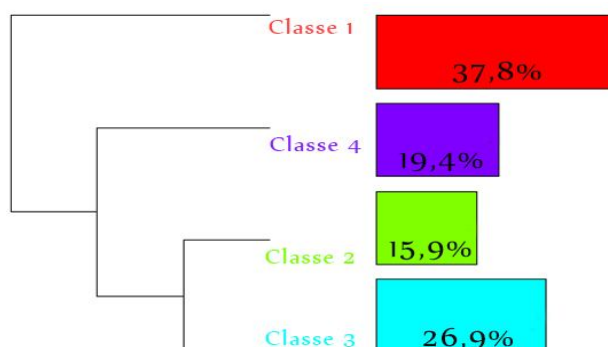
SUJEITO	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL
*Suj_1 a *Suj_71 (Sujeitos entrevistados)	*Sex_1: Masculino *Sex_2: Feminino	*Ida_1: 60-65 anos *Ida_2: 66-70 anos *Ida_3: 71-75 anos *Ida_4: 76 em diante	*Estacivil_1: solteiro *Estacivil_2: casado *Estacivil_3: divorciado *Estacivil_4: viúvo

Fonte: IRAMUTEQ, 2015.

O perfil característico dos sujeitos da pesquisa é feminino, idoso jovem e casado. Quanto ao sexo, o feminino predominou com 44%, enquanto o masculino obteve 27%. Com relação à idade, 27% se apresentaram entre 60-65 anos, enquanto 24% entre 66-70 anos, 9 % entre 71-75 e 11% entre 76 ou mais de idade. Em relação ao estado civil, 38% estavam entre os casados, 14% divorciado, 11% viúvo e 8% solteiro.

A partir do Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o *corpus* foi dividido em classes de segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si que resultou em quatro classes (Figura 1).

Figura 1 – Dendograma da Relação entre as Classes Descendentes

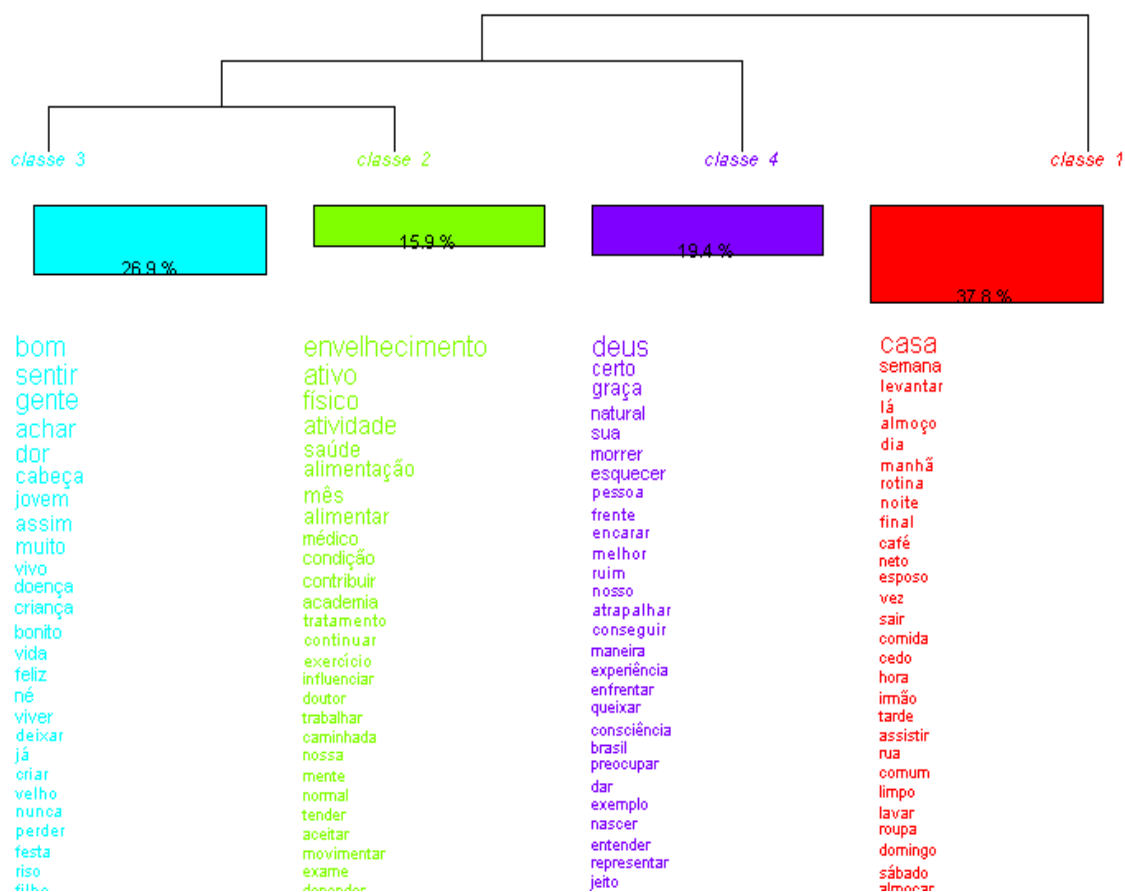


Fonte: IRAMUTEQ – Piauí, Brasil, 2015.

A figura 1 representa o número de classes, as associações entre elas e o percentual de UCEs. Verifica-se que a classe 1 associa-se diretamente as classes 4, 2 e 3, ou seja, a todas as classes; fato que demonstra ser a classe que está presente no texto de todas as outras e concentra 31,8% das UCEs classificadas. A classe 4 associa-se com as classes 2 e 3 e concentra 19,4% das UCEs classificadas. Por fim, a classe 2 associa-se diretamente com a 3 e concentra 15,9% das UCEs classificadas e a classe 3 concentra 25,9% das UCEs classificadas.

As classes também foram descritas por meio do vocabulário específico de palavras e inclusive o grau de representatividade dessas palavras por classes (Figura 2).

Figura 2 – Dendograma 1 das Representações Sociais de Envelhecimento Ativo elaboradas pelos idosos



Fonte: IRAMUTEQ – Piauí, Brasil, 2015.

Já em relação às quatro classes do estudo anteriormente apresentadas, por meio dos dendogramas, foram assim representadas: Classe 3 – É bom envelhecer ao sentir-se jovem; Classe 2 – Envelhecimento Ativo como estratégia de saúde: exercício físico, alimentação saudável, acompanhamento médico e trabalho; Classe 4 – Fé e Religião como Sustentação e Classe 1 – Convívio Familiar.

Na sequência, são ressaltados os títulos das classes, a quantidade de UCEs obtidas (e o percentual dentro do total de UCEs), o coeficiente Qui quadrado (χ^2) obtido na associação e a frequência (f).

Classe 3 – É bom envelhecer sentindo-se jovem

A classe 3 associa-se diretamente com as classes 2 e 4, e é constituída por 123 UCEs, concentra 26,9% das UCEs classificadas, com χ^2 - 30,18 e f- 81,22.

Nessa classe, as representações aparecem em torno da palavra “bom”, que se destaca com o maior percentual. Envelhecer é bom, mas tudo vai depender da “cabeça”, de sentir-se jovem, como se verifica a seguir:

Acho que é isso é muito bom, né? Acho assim, eu não me sinto velha, meu espírito é de jovem. É como se eu não tivesse a idade que eu tenho [...]. (Sujeito 8).

Você acredita que não me sinto velha? Na minha cabeça, não existe a velhice, existe o tempo que a gente já viveu, assim como é que eu quero falar, pra gente se achar velha é a cabeça. Eu hoje me acho jovem, eu gosto de novidade. (Sujeito 4).

Depender de uma “cabeça boa” e, como citado no relato logo a seguir, ter bom humor exige do ser humano possuir “resiliência”, que significa o indivíduo ou a família superar as adversidades, tornar-se feliz e em paz com sua existência. A resiliência psicológica inclui os recursos e crenças pessoais, autonomia cognitiva e moral, construídos ao longo da vida, por meio das avaliações pessoais acerca das experiências vivenciadas.¹⁵

É importante refletir que a representação social do envelhecimento como juventude é resultado da convivência do idoso com os conhecimentos tradicionais característicos de seu grupo, que num processo de tornar o não familiar em familiar, baseia-se num pensamento social que reflete uma prática de negação do envelhecimento como um processo que pode ser animador, já que o associa à fase da juventude para que haja uma atitude positiva.

Além de sentir-se jovem, conviver juntamente com jovens é revigorante, como se pode observar a seguir:

Eu gosto de alegria, agora só tem um porém, eu não gosto de tá no meio dos meus colegas de idade. Eu não me sinto bem. Eu gosto de tá no meio dos jovens porque eu sou feliz no meio dos jovens. Meus colegas só falam em coisa negativa, só bota a coisa para baixo, nada tá bom para eles e não dá pra mim. Eu gosto de conversar com gente que tem coisas boas, bonita, coisa boa pra falar. Eu gosto muito de piada também eu gosto de sorrir. (Sujeito 1).

O relacionamento intergeracional entre idosos e jovens é raramente incentivado em programas sociais por parte dos pesquisadores do envelhecimento. As contribuições do convívio intergeracional vão desde a quebra de preconceito, solidariedade, amizade, diminuição da dependência e até mesmo economia de recurso para o idoso.¹⁶

Assim, percebe-se um elemento fundamental das representações sociais que é a interligação entre cognição, afeto e ação. Ao acreditar que envelhecer é rejuvenescedor, o idoso sente alegria e implementa ações de enfrentamento ao relacionar-se com jovens, que por sua vez provoca diversão e reorganização de significados, comprovando que as representações sociais permitem essa diversidade.¹⁷

Nos discursos a seguir, é possível verificar como a classe 3 está diretamente ligada com a classe 2 e de alguma forma relaciona-se também com a classe 1. Ao analisar, é possível apreender as representações sociais em torno de juventude, próprias desta classe, como também estar ativo, seja no ambiente doméstico ou fora dele e cuidar da própria saúde com acompanhamento médico, presente respectivamente nas classes 1 e 2.

É aceitar a velhice porque a gente não fica velha, a gente fica idosa. Eu penso assim, né? É viver assim, ter amizade com os jovens. Eu gosto muito de andar com os jovens, sabe? É conversar participar da vida do mundo, assim de ler jornais, de a vida ativa. A vida não mudou em nada, só a idade da gente que muda porque se a pessoa vai ficando num canto acolá, vai ficar com uma dor não sei aonde, então assim com uma vida ativa a gente sempre é jovem, a mente jovem acaba com essa história de tristeza porque você se isolando, ficando naquele mundo só seu o mundo acabou né não? A vida continua não é porque a gente vai envelhecendo, vai ficando assim. Eu não sou velha, eu sou idosa. Então todas as pessoas pensando assim a vida fica mais bonita mais bela. (Sujeito 24).

É não ficar parado, você ficar sempre com a cabeça ocupada de coisas boas, pensamentos bons nunca se deixar dominar pela depressão, nunca se dominar pelas coisas violentas que você vê na televisão. Todo ano vou todos os médicos: cardiologista, ginecologista ortopedista e também o da cabeça, também já fui e tá tudo ok. (Sujeito 62).

Classe 2 - Envelhecimento ativo como estratégia de saúde: exercício físico, alimentação saudável, acompanhamento médico e trabalho

A classe 2 associa-se diretamente com a classe 3 e é constituída por 73 UCEs, concentra 15,9 % das UCEs classificadas, com khi2 - 81,33 e f- 60,0.

Como pode ser averiguado a seguir, os idosos associaram envelhecimento ativo com ter saúde, ser ativo, ter uma alimentação saudável e fazer exercício físico.

É você tá na ativa, né? Se movimentando direto. Para mim, é isso, é fazer academia é dá um duro em casa, a luta de casa, na academia, uma caminhada e vou à igreja [...]. Tenho que me cuidar mesmo, de uma boa alimentação, porque se eu não me alimentar bem aí eu caio. É difícil fazer tratamento. (Sujeito 36).

O autocuidado, a disponibilidade do idoso em assumir a responsabilidade para si, ao manter uma rotina saudável faz parte da representação de envelhecer ativamente e influencia diretamente na conquista da saúde. Os idosos representaram ter saúde como envelhecimento ativo. A palavra “cuidado” deriva do latim *cogitare* e significa refletir, ter cuidado consigo mesmo, sua saúde e aparência. Averigua-se a importância do cuidado no texto a seguir:¹⁸

Ser saudável é se cuidar, ter bom relacionamento com as pessoas, se manter ativo, é isso. Aí sim, claro que influencia, quanto mais a pessoa se cuidar a tendência é que se tenha uma boa saúde. (Sujeito 48).

É assim o envelhecimento ativo uma vez que tu te alimenta bem, que tu tem uma atividade física regular, você tá trazendo a saúde pra você em forma do

que tu ingere e pelo condicionamento físico, no mínimo que tu adquiere, né?
(Sujeito 32).

Vale destacar a crítica em torno do exagero da crença de que a boa longevidade depende exclusivamente da responsabilidade pessoal. É certo que um estilo de vida ativo e medidas individuais de cuidado com saúde, controle de dieta, entre outros, contribuem para o envelhecimento ativo, porém, existem outras variáveis de cunho situacional ou de história de vida que também são determinantes.¹⁹

Diversas literaturas na área da gerontologia apontam para grande importância destes fatores no envelhecimento ativo, como Fernandes et al. (2011) que apontam determinantes saudáveis como habilidade em realizar tarefas físicas, ter autonomia e manutenção de dieta e hábitos de vida saudáveis.²⁰

Dados que coadunam com outro estudo realizado por Gonçalves et al. (2014), com objetivo de verificar qualidade de vida e depressão em idosos que exerciam atividade física, em que se constatou que os idosos praticantes de exercícios físicos possuem uma avaliação de qualidade de vida satisfatória e sem presença de sintomas depressivos. Nesse estudo, o fato do idoso ser ativo pareceu ser mais determinante na avaliação das variáveis de estudo (sintomas depressivos e qualidade de vida) do que a variável idade.²¹

Além disso, o acompanhamento médico também foi destacado por diversos idosos, como se percebe a seguir:

O que os médicos sempre pedem pra gente fazer é não ficar sentado, é andar, faça o que puder frequentar academia, enfim, não ficar parado, faço caminhada [...]. (Sujeito 39).

Eu tenho sorte. A minha ginecologista é um amor, a minha endocrinologista é um espetáculo. A nossa agente essa é uma maravilha, minha vida é um doce. (Sujeito 40).

Todas as atividades desempenhadas pelo idoso nessa classe demonstram a função primordial da representação social que é de fazer com que o ser humano seja autônomo.

A função da representação social é a de permitir que o sujeito consiga agir sobre o mundo, ajuste-se de forma prática à realidade em que vive ao atuar de forma ativa na construção de seu envelhecimento.⁶

Classe 4 – Deus e fé como sustentação

A classe 4 associa-se com as classes 2 e 3, é constituída por 89 UCEs, concentra 19,4% das UCEs classificadas, com khi²- 83,69 e f- 88,71.

As palavras com maior frequência foram Deus e graça, as quais explicitam as representações sociais de envelhecer na confiança que Deus permite o fortalecimento para superação de obstáculos. A espiritualidade e a fé direcionam a vida para o envelhecimento ativo, conforme o relato a seguir:

É ser aquela pessoa pra frente, de bom humor, de bem com a vida e achar que sempre tudo vai dar certo é, por exemplo, amanhecer o dia e entregar a Deus: Senhor eu sou toda tua. É se entregar, pensar o dia de amanhã cada vez melhor, não ser aquela pessoa pra baixo, por exemplo, acontece uma coisa então a gente entrega nas mãos de nossa senhora para ela interceder ao pai para que a gente seja cada vez melhor. (Sujeito 11).

É uma graça de Deus uma grande graça, né? Porque junto com outras pessoas da minha idade ou até mais nova do que eu tão aí, no fundo numa rede, tá em coma... (Sujeito 18).

A religiosidade possui a função de liberar angústias, direcionar o idoso a uma vida com mais esperança e a fé está ligada à religiosidade interiorizada, ou seja, a transcendência de dogmas.²²

O termo “natural” também se destacou quanto à significância, e as representações o incluem explicando o envelhecimento como parte natural da vida, e que as pessoas não devem se preocupar, e sim aceitar, até mesmo por ser um presente de Deus, como exposto logo a seguir:

A velhice é natural de cada um. Agora, quando a pessoa se preocupa com a velhice morre mais rápido. Eu não me preocupo, tem hora que até me esqueço da minha idade, pra mim eu sou jovem ainda [...] ah, minha filha eu não sei se eu te digo certo, mas como é que eu me represento assim como uma pessoa que tá ainda pra viver muito tempo entendeu? (Sujeito 63).

Então, envelhecer bem é você ter uma consciência boa de que realmente você tem aceitação da sua idade de acordo com sua idade, que tem limites, suas limitações [...] que se todas as pessoas tivessem a consciência de que envelhecer não significa o fim do mundo, que tenha uma aceitação [...] porque é claro que se nós somos assim, nós temos que ter Deus no coração e esperar a sua, o seu desenvolvimento até o fim. (Sujeito 62).

A relação que se estabelece entre o envelhecimento sustentado na fé e o idoso é influenciada por fatores sociais, do cotidiano, de características resultantes de uma determinada cultura marcada historicamente.

Classe 1 – Convívio Familiar

A classe 1 associa-se diretamente às classes 2, 3 e 4 e é constituída por 173 UCEs, concentra 38% das UCEs classificadas, com khi2- 120,16 e f- 86,32. Esta classe, de acordo com os valores de khi2 e f, é a mais contributiva.

A partir da análise das falas dessa classe, percebe-se que os idosos representam o envelhecimento ativo por meio das atividades domiciliares, como preparar as refeições, limpar a casa e roupas e também atividades familiares, preparando algo para alimentação, cuidando de um familiar adoentado, como exposto a seguir:

Eu entendo que é isso o idoso ir envelhecendo e não se entregar pra velhice, tá sempre em atividade [...]. A minha rotina: levanto cedíssimo e faço aquelas que uma doméstica faz, café da manhã, limpa casa, banheiro, lava, passa, cozinha, [...] levo a moça que eu cuido ao médico, vou ao médico raramente. Eu já estou meio que em segundo plano porque não tem quem fique com ela, mas é isso. Faço tudo que tem que ser feito numa casa, se é pra ir ao banco eu vou ao banco, vou ao supermercado, faço compra, tudo, tudo. Eu acho que eu sou uma dessas que tá envelhecendo ativamente. Eu tenho que ir cada vez que a campainha toca e fora que a atividade doméstica em si ela já queima caloria pra caramba, né? Assim, a gente varre, passa pano, passa roupa então é uma verdadeira maratona! (Sujeito 32).

O relato acima exprime o conceito de envelhecimento ativo, que é associado com a disponibilidade do ser humano em desenvolver suas potencialidades de bem-estar físico, social e mental, atividades que permitem o exercício de suas necessidades e ainda previnem e ou retardam debilidades e doenças crônicas.²³

Por outro lado, cabe manter-se alerta para evitar a busca exagerada de um envelhecimento saudável, e ser refém da utopia da saúde, como um bem-estar total, preconizado, inclusive pela Organização das Nações Unidas. Cabe refletir até que ponto é possível tal totalidade, uma vez que envelhecer também inclui perdas e isso não significa fim da vida ou ausência de qualidade desta.²⁴

A palavra “casa” destacou-se como a palavra de mais alto nível de significância e é importante afirmar que sua citação representou um sentido amplo, pois contemplou desde a própria casa em que o idoso reside e realiza diversas atividades, incluindo receber visitas e em especial dos filhos, como também, a casa de familiares, amigos e até vizinhos, em que o idoso se desloca e, por fim, o terreno no interior da cidade, onde se localiza sua segunda casa, em que ele cultiva plantas, cria animais e relaxa, como se verifica a seguir:

Tenho que sair, fico aperreando a mulher, vamo na casa do fi, vamo ver o neto e tal e aí quando pensar que não passa o dia todo mais ou meno assim. (Sujeito 41).

Fim de semana, chamo o pessoal parar ir prum sítio na chapadinha, passamos o dia lá. Lá tem manga, laranja, caju, uma casa toda coberta com piscina. Eu gosto de lá, por mim morava lá [...], lá a casa tem tudo, geladeira até freezer. Lá eu não me aquieto não, coloco água no pé de laranja, pé de coco [...]. (Sujeito 15).

As representações sociais também se referem ao lazer, tais como estar deitado assistindo televisão, em contato com familiares, entretendo-se com a tecnologia. O idoso deve exercer papéis sociais junto aos seus familiares, elemento fundamental no envelhecimento, pois, por meio do convívio direto ou indireto, pode redefinir-se social e culturalmente, adquirir uma função de valor, de pertencimento.²⁵

Conversar com os meninos e sentar na porta de casa e conversar com o meu vizinho, porque isso que nós fazemos desde que nós somos morador desse conjunto. Então, minha rotina é essa, né? No final de semana, eu fico esperando cedo os meninos para a gente almoçar juntos, assistir um futebolzinho na televisão e por aí a fora. (Sujeito 37).

Quando termino de fazer o almoço vou estender as roupas no sol e aí depois pronto, pego o celular e vou ver meus Whatsapp, meu Facebook, conferir as coisas, responder as mensagens. (Sujeito 70).

Ao constatar, por meio da classe 1 – convívio familiar, que o pensamento de envelhecer ativamente está vinculado ao convívio familiar, pressupõe-se que as trocas sociais realizadas entre os idosos estudados e o meio em que são inseridos, assim como sua maneira de elaborar o processo de envelhecimento, estruturam um senso comum que representam o idoso, centralizando seu convívio social no grupo familiar. Dessa forma, ao concretizar o senso comum em atividades cotidianas com a família, que por um lado pode ser extremamente saudável, por outro lado se esvaziam inúmeras possibilidades com outros grupos sociais, tais como namorar e dançar, fazer parte de grupos de leitura, estudar em universidades, viajar e conhecer novas pessoas, entre outros.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que o perfil sociodemográfico do público entrevistado é feminino, idoso jovem e casado. As representações sociais dos participantes da pesquisa são de que o envelhecimento ativo depende primariamente do convívio familiar, por meio de atividades tais como lazer, cuidado e organização da rotina doméstica.

A fé e a religiosidade contribuem significativamente para que o idoso sinta-se disposto, bem-humorado e ao mesmo tempo disponível para autocuidado e envelhecimento ativo. Tais representações fazem com que a saúde do idoso seja contemplada nos diversos aspectos: físico, social, espiritual e psicológico.

Constatou-se que o idoso representa de forma significativa o envelhecimento ativo fortalecido pela família e pela fé, porém, mesmo assim, ainda não há um bom-humor, felicidade e satisfação vivenciados de forma mais intensa. Cabem estudos futuros para averiguar o que acontece no processo de representação do envelhecimento ativo que faz com que idosos, por mais que se distanciem de conceitos negativos sobre envelhecer, ainda não contemplem representações satisfatórias quanto ao bem-estar.

As constatações trazem implicações para as políticas públicas em saúde quanto ao planejamento e ao desenvolvimento de ações voltadas para o idoso: sejam realizadas de forma conjunta com a família, já que essa é apontada como agente fundamental; possibilitem atividades que envolvam discussões e reflexões acerca da fé e da espiritualidade; estimulem o autocuidado e o protagonismo social, enfim, criem condições para o bem-estar. Vale ressaltar que, antes de tudo, é imprescindível a postura de escuta de cada idoso assistido pelas políticas públicas para que as estratégias de ação sejam eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da Estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti LG, Borges G, Jardim, AP, organizadores. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as Projeções da População. Estudo e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica número 3 [online]. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2015, Rio de Janeiro [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm

2. Braga MCP. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. Revista APS [online] 2011 [acesso em 2015 mai 12];14(1):93-100. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965.10>

3. Braga SFM, Maestro F, Guimarães LV, Silveira RB. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. In: Encontro de Administração Pública e Governança; 2008; Salvador, Brasil [acesso em 2015 jun 20]. EnAPG; 2008. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008_ENAPG500.pdf

4. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana G, tradutora. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde; 2005.

5. Mendes F, Marques MC, Mendes JMG, Lopes MJ. As Representações Sociais do Envelhecimento Ativo de Idosos e Profissionais. In: Lopes MJ, Mendes FRP, Silva AO, organizadores. Envelhecimento: Estudos e Perspectivas. São Paulo: Martinari; 2014.

6. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D (ed.). Les représentations sociales. Paris: PUF, 1989; p. 31-61. Tarso BM, tradutor. Alda JAM, revisora técnica. Faculdade de Educação do Rio de Janeiro, 1993 dez.

7. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010 [acesso em 2014 jul 10];44(3).

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso.

8. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública [Online]. 2011 [acesso em 2015 jun 16];27(4):779-786. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=pt&nrm=iso

9. Amthauer C, Falk JW. A compreensão da velhice e do Envelhecer na voz dos profissionais da saúde da família. Estud. Interdiscipl. Envelhec [Online]. 2014 [acesso em 2015 mai 22];19(3):814-824. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/47868>

10. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research [online]. 1975 [acesso em 2015 jun 22];12(3):189-98. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>

11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado mental em uma população geral. Arq Neuropsiquiatr [Online]. 1994 [acesso em 2015 mar 3];

52(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0004-282X19940001&lng=pt&nrm=iso

12. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública [Online]. 2005 [acesso em 2014 ago 1];39(6):918-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>
13. Minayo MC. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
14. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas Psicol [online]. 2013 [acesso em 2014 jan 24];21(2):513-518. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016
15. Cavalcante MZG. Crescer através do sofrimento: aquisição da resiliência e do coping no estresse do luto na velhice. São Paulo: Cia dos Livros; 2011.
16. França, LHFP, Silva AMTB, Barreto, MSL. Programas Intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [online]. 2010 [acesso em 2015 mai 2];13(3):519-531. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/452/452>
17. Oliveira FO, Werba GC. Representações Sociais. In: Psicologia Social Contemporânea. Strey MN et al. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.

18. Torres SVS, Sé EVG, Queros NC. Fragilidade, Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem Estar dos Idosos e de Suas Famílias. In: Diogo MJDE, Neri AL, Cachoni M, organizadores. Saúde e qualidade de vida na velhice. 4. ed. São Paulo: Editora Alínea; 2013. p. 87-106.
19. Neri AL, et al. O que os idosos entendem por velhice saudável e por ser feliz na velhice? In: Neri AL, organizador. Fragilidade e Qualidade de vida na velhice. Campinas, SP: Editora Alínea; 2013. p. 341-362.
20. Fernandes MG, Silva AO, Loureiro LSN, Medeiros ACT. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm [online]. [acesso em 2015 jun 19]. 2011 jul./set;16(3):543-8. Disponível em: <https://www.google.com.br/url>
21. Gonçalves AK, Griebner EM, Possamai VD, Teixeira AR. Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física. Rev Kairós Gerontologia [Online]. 2014 [a cesso em 2015 jun 5];17(3):79-94. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21674>
22. Socci V, Firmino FF. Cristianismo e Budismo: pesquisa com idosos japoneses In: Witter GP, organizador. Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea; 2010. p. 285-300.
23. Organização Mundial de Saúde. Active ageing: A policy framework. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April. [online]. 2002 [acesso em 2015 mai 22]. Disponível em: www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf

24. Neri AL, et al. Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: Diogo MJDE, Neri AL, Cachoni M, organizadores. Saúde e qualidade de vida na velhice. 4 ed. São Paulo: Editora Alínea; 2013. p. 11-37.

25. Baldim CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. RBCEH, Passo Fundo [online]. 2008 [acesso em 2015 jun 5];5(1):43-54. Disponível em:
<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/257>

4.2 Produto - Cartilha: Como Envelhecer Bem



FICHA TÉCNICA

Organização: Maria de Fatima Barbosa Emerito
Ulisses; Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa;
Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura

Projeto Gráfico: Matheus Emerito

Ilustrações: Jardie Amorim

FICHA CATALOGRÁFICA

U39d ULISSES, Maria de Fatima Barbosa Emerito

Como envelhecer bem. Maria de Fatima
Barbosa Emérito Ulisses; Orientador(a): Profa.
Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa; Co-
Orientador(a): Profa. Dra. Maria Eliete Batista
Moura - Teresina, 2015. 8 p.

(Mestrado Profissional em Saúde da
Família) – Centro UNINOVAFAPI, Teresina,
2015.

1. Envelhecimento Ativo; 2. Estratégia
Saúde da Família; 3. Representações Sociais;
I. Título.

CDD 362.6

Envelhecer bem é aumentar a expectativa e qualidade de vida no processo de envelhecimento. É manter autonomia e independência. A presente cartilha "Como Envelhecer Bem" visa compartilhar informações e orientações para envelhecer de forma ativa e com qualidade.

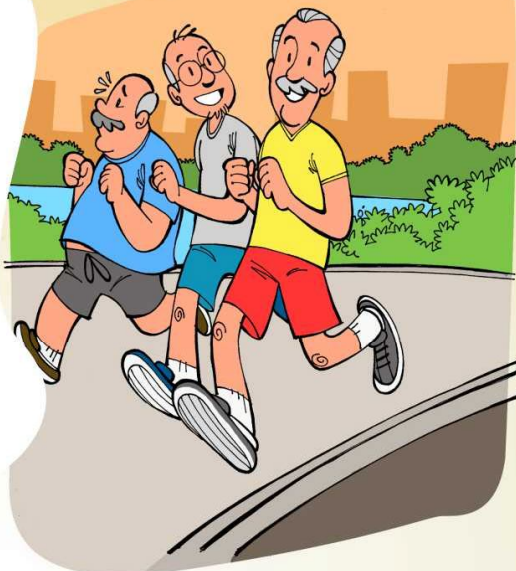
Para que isso aconteça é preciso ter o apoio: da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos juntos na luta contra o preconceito que gira em torno do envelhecimento na nossa cultura

**1**

O idoso deve exercer o poder da escolha e lutar por sua cidadania.

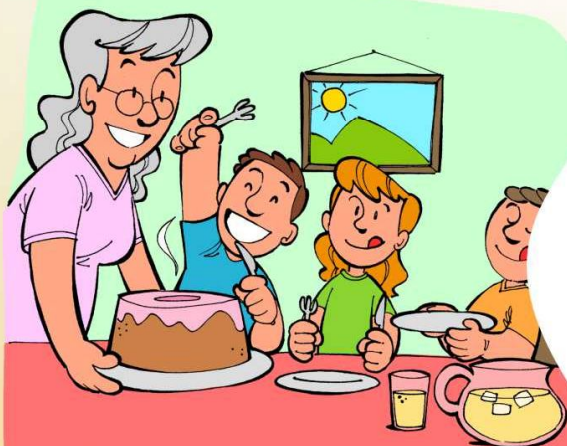
2

Envelhecer com qualidade envolve: ter saúde, ser alegre, ter um convívio social elevado e participação em grupos de atividades físicas.



3

Ser independente, ajudar nas tarefas diárias de casa, cuidar dos netos são atividades que ajudam no bom envelhecimento.



**4**

Envolver-se em atividades com pessoas mais jovens aumenta a possibilidade de se sentirem ainda mais úteis.

5

É muito importante o exercício físico, alimentação saudável e acompanhamento médico.



6

Trabalhar faz o idoso se sentir ainda mais valorizado.



7

Além de vários aspectos envolvidos com os cuidados com a saúde, como uma boa alimentação, outras atividades relacionadas à sua cultura e história de vida também influenciam o envelhecimento.





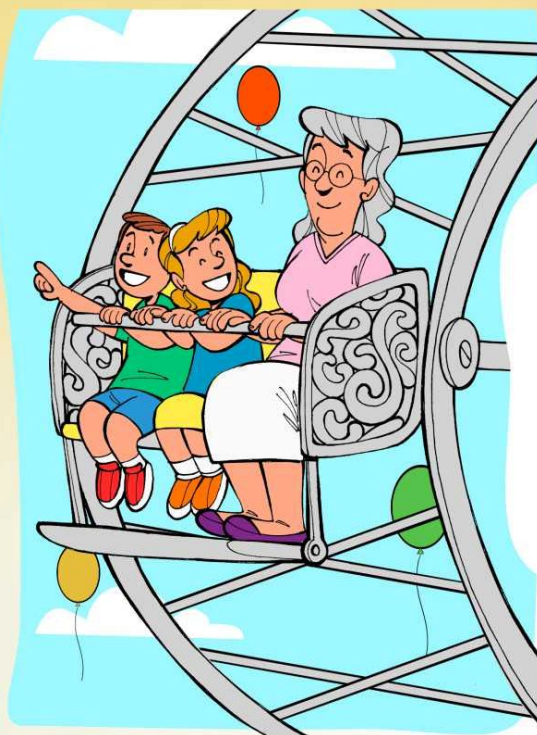
8

Ter uma religião e fé
como sustentação
para o dia a dia.

9

Sentir-se jovem, feliz
é essencial. Todas as
pessoas devem
entender que
envelhecer é uma
etapa natural da vida
e que devemos
aceitá-la com alegria.





10

Viver bem está
diretamente relacionado
com o bom convívio
Familiar.

Para você o que é envelhecer bem?

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.F. et al. Evidências da Contribuição dos Programas de Assistência ao idoso na promoção do Envelhecimento Saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 80-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12>>. Acesso: 20 mai. 2015.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. de F. Compreensão dos Idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 33-52, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2015.

NERI, A.L., et al. O que os idosos entendem por velhice saudável e por ser feliz na velhice? In: NERI, A.L., organizador. **Fragilidade e Qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Editora Alínea; 2013. p. 341-362.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde, 2005.

WITTER, G.P.; PASSOS, S.P. Formação de Leitores: relatos de leitores com e sem destaque social. In: WITTER, G.P., organizador. **Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas**. 2ª Ed. Campinas, SP: Editora Alínea; 2010. p. 237-252.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que o perfil sociodemográfico do público entrevistado é feminino, idoso jovem e casado. As representações sociais dos participantes da pesquisa são de que o envelhecimento ativo depende primariamente do convívio familiar, por meio de atividades tais como, lazer, cuidado, organização da rotina doméstica.

A fé e a religiosidade sustentam o envelhecimento, servem como fortalecimento para que o idoso sinta-se disposto, bem-humorado e ao mesmo tempo disponível para o autocuidado e para o envelhecimento ativo. Tais representações fazem com que a saúde do idoso seja contemplada nos diversos aspectos: físico, social, espiritual e psicológico.

Constatou-se que o idoso representa de forma significativa o envelhecimento ativo fortalecido pela família e pela fé, porém, mesmo assim, ainda não há um bom-humor, felicidade e satisfação vivenciados de forma mais intensa. Cabem estudos futuros para averiguar o que acontece no processo de representação do envelhecimento ativo que faz com que idosos, por mais que se distanciem de conceitos negativos sobre envelhecer, ainda não contemplem representações satisfatórias quanto ao bem-estar.

As constatações citadas trazem implicações para as políticas públicas em saúde quanto ao planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para o idoso com diversas atividades, desde as que tenham parceria com a família, já que é apontada como agente fundamental, como as que envolvam discussões e reflexões acerca da fé e da espiritualidade, estimulem o autocuidado e o protagonismo social, permitam a inserção em grupos intergeracionais e demais grupos sociais diferentes da família, enfim, criem condições para o bem-estar. Vale ressaltar que, antes de tudo, é imprescindível a postura de escuta de cada idoso assistido pelas políticas públicas, visando estratégias de ação eficazes.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. A compreensão da velhice e do Envelhecer na voz dos profissionais da saúde da família. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 814-824, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/47868>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

ARAÚJO, Larissa Fortunato et al. Evidências da Contribuição dos Programas de Assistência ao idoso na promoção do Envelhecimento Saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 80-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12>>. Acesso: 20 mai. 2015.

BEE, H. Tradução: Regina Garcez. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado mental em uma população geral. **Arq Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0004-282X19940001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 3 dez. 2014.

BRITO, Maria da Conceição Coelho et al. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 87-101, 2014. Brasil: FACHS /NEPE/PEPGG/PUC- SP. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/issue/view/1249>>. Acesso: 10 mar. 2015.

BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: Subsídios para as Projeções da População. Estudo e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica número 3. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 19 jun.2015.

BRAGA, M. C. P. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. **Revista APS**, Minas Gerais, v. 14, n. 1, p. 93-100, mar. 2011. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BRAGA, S. F. M. et al. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. In: **Encontro de Administração Pública e Governança**, 2008, Salvador. EnAPG, 2008. Disponível em:

<http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008.ENAPG500.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 1 jun. 2015.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. PNDA 2009 – Primeiras Análises: Tendências Demográficas. 13 de outubro de 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_completo.pdf>. Acesso em: 15 jun de 2015.

_____. **Lei nº10,741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Subchefia para Assuntos jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 1 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, outubro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. **Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 1 ago 2015.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.** v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016>. Acesso em: 5 jan. 2015.

COURA, D. M. S.; MONTIJO, K. M. S. **Psicologia aplicada ao cuidador e ao idoso**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

DELBONI, B. S. et al. Gerascofobia: o medo de envelhecer na contemporaneidade. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 203-214, mai./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/3320>>. Acesso em: 27 mai. 2015.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. de F. Compreensão dos Idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 33-52, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. Saúde Mental e Trabalho Feminino: Imagens e Representações das Enfermeiras. In: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2015.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p.189-98, 1975.

FONSECA, L. M. S.; BITTAR, C. M. L. Dificuldade no atendimento ao idoso: percepção de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, mai./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/4080>>. Acesso em: 27 mai. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de assuntos estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015.

GUARESCHI, P. A. (Org.). **Psicologia do cotidiano**: representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves Mazzotti. UFRJ – Faculdade de Educação, dez. 1993.

MASCARELLO, L. J. Memória de trabalho e processo de envelhecimento. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 22, n.1, 43-59, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16657/12515>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

MARQUES, M. C.; LOPES, M. J.; SILVA, A. O. A significação de infarto agudo do miocárdio construída por doentes idosos. In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Quart et: Faperj, 2012. Disponível em: <<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/7230>>. Acesso: 1 ago. 2014.

MARREIROS, et al. Representações Sociais do envelhecimento elaboradas por mulheres idosas. In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Quart: Faperj, 2012. Disponível em: <<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/7230>>. Acesso: 1 ago. 2014.

MENDES, F. et al. As Representações Sociais do Envelhecimento Ativo de Idosos e Profissionais. In: LOPES, M. J.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento: Estudos e Perspectivas**. S. Paulo: Martinari, 2014.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.

NERI, A. L. Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995.

OLIVEIRA, J. C. A. de; TAVARES, D. M. dos S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi, Dulce Catunda, José Carlos Barbosa dos Santos, Mauro de Campos Silva. Porto Alegre: AMGH, 2010.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2014.

ROCHA, F. C. V. et al. A visão dos usuários sobre o atendimento prestado pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**. Teresina, v. 2, n. 2, p. 16-20, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/pdf/revistavol2n2.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2014.

SÁ, C. P de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTOS, M. N. F. dos; SILVA, M. do R. de F. As Políticas Públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v.10, n. 2, art. 20, p. 358-371, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/97>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

TEIXEIRA, I. N. D'A.; NERI, A. R. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010>. Acesso em: 10 out. 2014.

TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS POR
IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Roteiro de entrevista da Pesquisa

1. Dados Sociodemográficos:

1.1 Gênero: () F () M

1.2 Idade:

() 60-69

() 70-79

() 80 ou mais

1.3 Estado Civil:

() Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

2. O que é envelhecimento ativo para você?

3. Como você representa o envelhecimento ativo?

4. Como o envelhecimento ativo pode influenciar na sua condição de saúde?

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 07 de novembro de 2014

Ilustríssima Senhora Maria Do Ó Cunha Marreiros
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família – Equipe138 – USB - Saci

Eu, **Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses**, mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa no Centro de Saúde do Saci, na cidade de Teresina, para o trabalho de pesquisa sob o título “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS POR IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da estratégia saúde da família.

Este trabalho será desenvolvido através de entrevista espontânea com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, com roteiro semi-estruturado, para obter dados sobre representações sociais do idoso sobre envelhecimento ativo e o Mini-Exame do estado mental para avaliar o comprometimento cognitivo. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o idoso preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através do resultado do estudo, com informações detalhadas sobre o objeto proposto e o desenvolvimento de instrumento que beneficie a qualidade de vida com vistas ao envelhecimento ativo.

Os sujeitos do estudo correrão risco mínimo através de constrangimento na abordagem para solicitação à participação da pesquisa e na coleta de informações por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada, porém o sujeito ficará à vontade para participar da pesquisa e responder ou não aos questionamentos propostos.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNINOVAFAPI e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail faemerito@yahoo.com.br e telefone (86) 9999-0819.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da

participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família
Profª. Dra. Maria Eliete Batista Moura

Pesquisador(a) Responsável

Nome: MARIA DE FÁTIMA BARBOSA EMÉRITO ULISSES
CPF: 779-00430300
Fone: (86) 9999-0819

Autorização Institucional

Eu, Maria do O Carmo Flávia, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família – Equipe138 – USB-Saci, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Responsável pela Instituição	Pesquisador
<u>Maria do O Carmo Flávia</u>	<u>Maria de Fátima Barbosa Emerito Ulisses</u>

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE Mestrado Profissional em Saúde da Família
Rua Vitorino Orthigues Fernandes, 6123 – Bairro Uruguai
CEP 64073-505 – Teresina – PI
Fone: (86) 2106-0700

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Res. 466/12, do CNS). Para melhor esclarecer-lhe, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é vedada ao responsável e ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, qualquer forma de remuneração**. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

O (a) Senhor (a) está sendo consultado a fim de autorizar ou não a sua participação como sujeito de pesquisa. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a sua participação como sujeito da pesquisa, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá retirar a autorização e recusar-se em participar de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.**

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Pesquisa intitulado: **Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família**

Pesquisador Responsável: Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses

Pesquisador participante: Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Miranda de Sousa

O (a) Senhor (a) está sendo consultado sobre a autorização para a participação como sujeito da pesquisa **Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família**. A pesquisa tem como objetivo apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família. Os dados serão obtidos por meio de entrevista espontânea, com roteiro semiestruturado, para obter dados concretos e objetivos sobre representações sociais do idoso sobre envelhecimento ativo, como também o Miniexame do estado mental para avaliar o comprometimento cognitivo. No final será elaborado um vídeo e cartilha sobre o envelhecimento ativo. É importante sua participação a fim de contribuir para os serviços de saúde, especialmente no tocante ao envelhecimento ativo. A pesquisa será realizada pela pesquisadora Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Miranda de Sousa. No estudo a identidade do (a) idoso (a) será mantida em sigilo. Como benefício, o estudo possibilitará mesmo que não imediato, informações detalhadas sobre o objeto proposto e o desenvolvimento de instrumento que beneficie a qualidade de vida com vistas ao envelhecimento

ativo. Os riscos serão mínimos relativos ao constrangimento na abordagem para solicitação à participação da pesquisa e na coleta de informações por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e do minixame do estado mental, porém o sujeito ficará à vontade para participar da pesquisa e responder ou não aos questionamentos propostos. Não haverá qualquer forma de pagamento ou gratificação financeira pela participação no estudo e caso o (a) senhor (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A sua participação ocorrerá apenas em um único momento, no dia da coleta de dados por meio da apresentação de respostas ao questionário pelo pesquisador responsável. Contudo, o (a) senhor (a) terá acesso em qualquer momento antes, durante e após a realização de coleta de dados ao pesquisador responsável e participante na pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, inclusive por meio de ligações a cobrar, conforme contatos a seguir apresentados.

Pesquisador responsável: Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses; telefone (86) 9999-0819; e-mail: faemerito@yahoo.com.br

Pesquisadora participante: Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Miranda de Sousa; telefone (86)2106-0700; e-mail: cristinamiranda@uninovafapi.edu.br

Os pesquisadores comprometem-se, por meio deste termo, em respeitar os seguintes princípios éticos:

- Não divulgar o nome das pessoas que participarem deste estudo, seja no seu decorrer ou no seu encerramento;
- Não fornecer, em hipótese alguma, cópia de informações obtidas a pessoas estranhas, além do grupo de pesquisa.
- Permanecer acessíveis em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistência do consentimento.

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses

Pesquisadora Responsável (CPF: 779004303-00)

Cristina Maria Miranda de Sousa

Pesquisadora Participante (CPF: 241.214.523-72)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG (CPF/ nº de prontuário/ nº de matrícula s/n) _____, abaixo assinado, _____ autorizo a participação voluntária como sujeito de pesquisa no projeto de pesquisa intitulada **Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família**, que tem como pesquisadora responsável Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, informações sobre objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, a ausência de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) _____ sobre a pesquisa e sobre minha decisão em autorizar a minha participação nesse estudo como sujeito de pesquisa e, sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a participar da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que não implica em riscos, dor ou dano, e que tem garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Em caso de dúvida, sou ciente de que posso procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Concordo em autorizar a minha participação **voluntária** nesta pesquisa. Eu, _____ obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação da pesquisa.

_____, ____ de ____ 20____

Assinatura do pesquisado

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses
Pesquisadora Responsável (CPF: 779004303-00)

Cristina Maria Miranda de Sousa
Pesquisadora Participante (CPF: 241.214.523-72)

Observações Complementares:

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail cep@uninovafapi.edu.br

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai

CEP: 64073-505, Teresina - Piauí

Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 06 de novembro de 2013.

Ilmo. (a) Sr.(a). **Francisca Tereza Coelho Matos,**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Eu, Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses, pesquisadora responsável e Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Miranda de Sousa, pesquisadora participante da pesquisa intitulada **Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família**, declaro(amos) que:

- Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses da área de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses – CPF: 779004303-00
Pesquisadora Responsável

Cristina Maria Miranda de Sousa – CPF: 241.214.523-72
Pesquisadora Participante

APÊNDICE E – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP DO PROJETO DE PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai
CEP: 64073-505, Teresina - Piauí
Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP DO PROJETO DE PESQUISA

Teresina, 06 de novembro de 2014.

Ilmo. (a) Sr.(a). **Francisca Tereza Coelho Matos**
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: **Representações Sociais do Envelhecimento Ativo Elaboradas por Idosos da Estratégia Saúde da Família**, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da **Resolução n. 466/12** do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

1. Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
2. Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
3. Que comunicarei ao CEP/ UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o participante da pesquisa;
4. Que apresentarei relatório parcial e final desta pesquisa ao CEP/ UNINOVAFAPI;
5. Que retirarei por minha própria conta os pareceres consubstanciados e os levarei a secretaria do CEP/ UNINOVAFAPI para serem assinados pelo(a) coordenador(a) do referido CEP.

Atenciosamente,

Pesquisador(a) Responsável

Nome: Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses
CPF: 779004303-00
Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI
Área: Saúde
Coordenação do Curso: Enfermagem

Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses
CPF: 779004303-00

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA NA VERSÃO CURTA (EDG-15)15

Escala de depressão geriátrica na versão curta (EDG-15)15

	Score	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?		1	0
2. Você deixou muito de seus interesses e atividades?		0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?		0	1
4. Você se aborrece com frequência?		0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?		0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?		1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?		0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?		1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		0	1
13. Você se sente cheio de energia?		1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?		0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		0	1

ANEXO B – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Miniexame do Estado Mental

Orientação Temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação Espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- *Em que bairro nós estamos? Ou qual rua mais próxima?*
- *Em que cidade nós estamos?*
- *Em que Estado nós estamos?*

Memória Imediata: *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo

(dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir. Se não atingir o escore máximo: Soletrar MUNDO de trás para frente. Considere o maior resultado.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada

Repetição: *Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:*

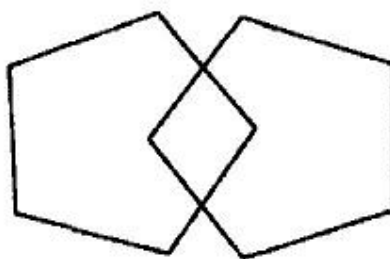
“Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: *Pegue este papel com a mão direita* (1 ponto), *dobre-o ao meio* (1 ponto), e *coloque-o no chão* (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer*. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto)

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)



Adaptado de: FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. Minimental estat: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. **J Psychiatr Res** 12:189-198; 1975. In: SILVA, M. P. da et al. Impacto da parada cardíaca induzida nas funções cognitivas após o implante de cardiodesfibrilador. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 59, n. 1, feb. 2009.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO ELABORADAS POR IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Maria de Fatima Barbosa Emerito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38738514.3.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 920.412

Data da Relatoria: 16/12/2014

Apresentação do Projeto:

As doenças próprias do envelhecimento se multiplicam, fato que gera um impacto na procura por serviços de saúde. Com isso, surgem exigências para diversas áreas da sociedade, em especial, para a Saúde Pública. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa a ser realizado na ESF, Equipe 138 da Unidade Básica de Saúde do Bairro Saci, na cidade de Teresina-PI. Os participantes do estudo serão 50 idosos atendidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família 138 da Unidade Básica de Saúde do Saci, de acordo com a disponibilidade destes idosos em participarem do estudo, será solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinem o termo de consentimento livre e esclarecido, que obedece aos preceitos éticos e legais conforme constante na Res. CNS 466/2012. Para realizar o estudo, será utilizada a entrevista semi-estruturada com um roteiro de questões abertas e fechadas. As entrevistas serão agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos sujeitos. Serão gravadas, em aparelho mp3, após o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra, preservando a fala dos sujeitos. O encerramento dar-se-á após a saturação dos depoimentos. O tratamento e análise dos dados serão realizados por meio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Tratado e aprovado
Caracterizado
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 920.412

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar os participantes do estudo quanto às condições sócio-demográficas.

Apreender as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos da Estratégia Saúde da Família. Analisar como as representações sociais de idosos sobre envelhecimento ativo influenciam na sua condição de saúde. Elaborar um vídeo e uma cartilha sobre o envelhecimento ativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes do estudo correrão risco mínimo através de constrangimento na abordagem para solicitação à participação da pesquisa e na coleta de informações por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e aplicação do Mini-Exame do estado mental, porém o participante ficará à vontade para participar da pesquisa e responder ou não aos questionamentos propostos. Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através do resultado do estudo, com informações detalhadas sobre o objeto proposto e o desenvolvimento de instrumento que beneficie a qualidade de vida com vistas ao envelhecimento ativo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa é relevante considerando-se que o Brasil tem um grande contingente de idosos. Com esta mudança há uma marcante preocupação com o envelhecimento ativo, com a preparação da população para uma longevidade de qualidade. Dentre as diversas atuações que a sociedade pode realizar com vistas ao envelhecimento ativo, se destacam as políticas públicas, em especial à saúde, através da ESF, Estratégia Saúde da Família, como uma estratégia que permite prevenção e o protagonismo em saúde por parte da própria Comunidade. Por mais que existam pesquisas que delimitem o que seria envelhecimento ativo, é importante ressaltar que o homem é um ser sócio-histórico e por isso, torna-se imperativo verificar de que forma o mesmo elabora e representa o envelhecimento ativo. As representações sociais são resultado da coletividade, de um processo contextualizado entre o indivíduo e a cultura. Assim, é imprescindível avançar nos estudos sobre envelhecimento ativo através da proposta de tomar como objeto de estudo, as representações sociais do envelhecimento ativo elaboradas por idosos atendidos na estratégia saúde da família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória necessários para a análise ética do protocolo de pesquisa foram anexados.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

Francisco J. de A. Coelho Neto
 Coordenador do
 CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 920.412

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se que o protocolo de pesquisa está aprovado por estar elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa está aprovado por estar elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 17 de Dezembro de 2014

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do

CEP UNINOVAFPI
Assinado por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br