



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO:  
UM ESTUDO COM IDOSOS FUNCIONALMENTE INDEPENDENTES**

**João Pessoa  
2008**

OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO:  
UM ESTUDO COM IDOSOS FUNCIONALMENTE INDEPENDENTES**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, inserido na linha de pesquisa Políticas Públicas de Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ANTONIA OLIVEIRA SILVA

CO-ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> SILVANA CARNEIRO MACIEL

João Pessoa

2008

OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO:  
UM ESTUDO COM IDOSOS FUNCIONALMENTE INDEPENDENTES**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Antonia Oliveira Silva – (UFPB)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (USBE)  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Emilia Romero de Miranda Henriques (UFPB)  
Membro

---

Prof<sup>º</sup> Dr. José Luiz Telles  
Membro

Ao meu pai, Raimundo Vicente de Lucena (*in memoriam*).

“Como é feliz o idoso que põe no  
Senhor a sua confiança...”  
(Parafraseado da Bíblia Sagrada – Salmo  
40:4a)

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos primeiramente a Deus, o Senhor da criação, soberano sobre toda a terra e céus, ao qual entreguei a direção da minha vida. Obrigada Senhor por mais esta benção que me concedeste.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia Oliveira Silva por ter prontamente me aceitado como orientanda, depositando sua confiança neste trabalho e pela orientação e apoio em todas as fases desta trajetória.

A minha co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Carneiro Maciel, por ter me recebido com sua paciência e dedicação para complementação deste trabalho. Você foi um presente de Deus em minha vida.

Ao meu esposo Sérgio Henrique Ferreira, companheiro, amigo, confidente, meu porto seguro, pelo amor, carinho, incentivo e paciência.

A minha filha Vívian Lucena Ferreira, pela inocente compreensão do tempo que não lhe dediquei. Você é a motivação para eu realizar novas conquistas, sempre com o objetivo de trazer o melhor para você e seu futuro.

A minha mãe Teresinha Galvão de Andrade Lucena, pela educação familiar e estímulo a buscar as superações da vida.

Aos amigos Walberto Santos e sua esposa Sandra Pronk, por ter me ajudado nos momentos que mais precisei, minha dívida de gratidão não tem preço.

A Ms. Roseane Christhina da Nova Sá pela oportuna contribuição.

Aos meus coordenadores e amigos Dr<sup>a</sup> Rosângela Guimarães de Oliveira e André Pinho da Rosa pelo apoio e compreensão.

Aos meus familiares, representados por: Zenaide Carvalho, Cipriano Ferreira, Rosita Ferreira, Bruno Henrique, Edna Barbosa, Ângela Maria, Jonh Eudes, Darise Galvão, Darcildo Galvão, Darisio Galvão, Denise Galvão, Wânia Lucena, Wilma Lucena e Walter Lucena.

Aos colegas do mestrado, representados por: Karinthea, Kristhea, Cristina Kátia, Tatiana Ataíde, Edlene, Marlos, Franci, Cleane e Leônia.

A todos os amigos que de forma significativa, compartilharam momentos que ultrapassaram os muros da academia. Muito obrigada aos amigos: Adalberto Souto, Cláudia Germana, Haydêe Cassé, Alinne Marcolino, Sandra Nagauni e Andrea Carla.

A todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família, principalmente aos agentes comunitários de saúde.

A todos os idosos que participaram das entrevistas.

A todos que tenham interesse pela temática e que queiram refletir e mudar a forma de encarar o envelhecimento.

## RESUMO

FERREIRA, O. G. L. **Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo**: um estudo com idosos funcionalmente independentes. 2008 79f Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Estudar o envelhecimento a partir de aspectos sócio-cognitivos, culturais, orgânicos, entre outros, configura-se uma vertente atual por dar conta de determinantes psicossociais envolvidos no posicionamento das pessoas frente ao idoso. Nesta perspectiva, o aporte teórico das representações sociais é uma abordagem interessante, para se propor estratégias de atendimento as pessoas idosas contextualizadas socialmente. Estes aspectos contribuirão para implementação de ações que venham a proporcionar práticas profissionais mais assertivas no atendimento aos idosos oferecidos na atenção básica em saúde. O presente estudo tem os objetivos de avaliar funcionalmente os idosos e apreender as representações sociais associadas ao «envelhecimento ativo» na concepção de idosos considerados funcionalmente independentes. Trata-se de um estudo exploratório, em que se prioriza as vivências dos idosos, para salientar dimensões simbólicas acerca do envelhecimento, utilizando-se o aporte teórico das representações sociais em idosos identificados como funcionalmente independentes. O cenário da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Nova Conquista, localizada na cidade de João Pessoa-PB, com a participação de cem idosos (n = 100) que aceitaram participar do estudo, em condições físicas e mentais para responderem os instrumentos. Inicialmente foi utilizado o instrumento de avaliação funcional, a medida de independência funcional, como ponto de corte para definição da amostra, em que os dados foram tratados estatisticamente. Os resultados apreendidos de uma entrevista semi-estruturada foram submetidos ao *software* Alceste; Em seguida os sujeitos responderam ao Teste da Associação Livre de Palavras com os seguintes estímulos: «Idoso», «Velho» e «Idoso ativo», em que os resultados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática, para constituição de um banco de dados que foi processado pelo *software* Tri-Deux Mots; Os dados coletados e analisados foram interpretados subsidiados do referencial teórico adotado para este estudo e apresentados em figuras, quadros e temas. Os resultados apreendidos com o auxílio da MIF e da entrevista processados pelos *softwares* Alceste e Tri-Deux Mots correlacionam-se entre si, possibilitando inferências acerca de representações sociais sobre o envelhecimento ativo permeada por dimensões positivas e negativas em que o envelhecer não associado ao termo «ativo» é ainda representado por «perdas e incapacidades». Para os idosos envelhecer ativamente, associando-o lazer à prática de atividades físicas e a realização de atividades domésticas, significam para os idosos, possibilidades de participarem desde que estes, estejam inseridos em espaços que promovam o desenvolvimento do envelhecimento saudável, bem-sucedido e ativo para idosos independentes funcionalmente.

Palavras chave: Representações Sociais; Envelhecimento; Capacidade funcional.

## ABSTRACT

FERREIRA, O. G. L **Social representations on Active Aging**: a study of elderly functionally independents. 2008 79f Dissertation (Masters). Center for Health Sciences, University of Paraíba, João Pessoa.

Study aging from the socio-cognitive, cultural, organics and other aspects, is an actual way of study because of the psychosocial determinants involved in the positioning of people facing the elderly. With this in mind, the theoretical contribution of the social representations is an interesting approach, to propose strategies for answering the needs of the elderly socially contextualized. These aspects will contribute to implementation of actions that will provide more professional practices assertions in caring for the elderly offered in primary care in health. The present study has the objectives to evaluate functionally the elderly and seize the social representations associated with «Active Aging» in the notion of older people considered independent. This is an exploratory study, which prioritizes the experiences of the elderly, to emphasize on symbolic dimensions of aging, using the theoretical contribution of social representations of the elderly socially independents. The scenario of research was the Unit of Family Health Nova Conquista, located in João Pessoa-PB, with the participation of one hundred elderly (n = 100) who agreed to participate in the study, in physical and mental conditions to answer the instruments. Initially was used the functional of evaluation instrument, the measure of functional independence, as a cutoff point for defining the sample, where the data were treated statistically. The results seized of a semi-structured interview were submitted to the software Alceste; Then the subjects answered to the Test of the Free Association of Words with the following stimulus: «Elderly», «Old», «Active elderly» where the results were submitted to the techniques of analysis of thematic content, to set up a database that was processed by software Tri-Deux Mots; Data collected were analyzed and interpreted supported by the theoretical framework adopted for this study and presented in drawings, pictures and themes. The Results seized with the help of MIF and from the interview processed by software Alceste and Tri-Deux Mots correlated with each other, allowing inferences about social representations on the active aging permeated by positive and negative dimensions in which the aging not associated with the word «active» is represented by «losses and impairments» yet. For older people active aging means, enjoy moments of leisure, practice physical activities and accomplishment of domestic activities, means opportunities to participate as long as they are introduced in areas that promote the development of healthy, successful and active aging for elderly functionally independent.

Key words: Social Representations; Aging; functional capacity.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Plano Fatorial – Projeções das palavras analisadas a partir do ALCESTE...	57
<b>Gráfico 2</b>	Plano Fatorial de Correspondência das Representações acerca do idoso, velho e idoso ativo elaboradas por idosos.....	59

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Distribuição das classes ou categorias semânticas.....	51
<b>Quadro 2</b>	Dendograma das classes estáveis.....	51
<b>Quadro 3</b>	Distribuição das UCE's e suas contribuições nas classes /categorias.....	51
<b>Quadro 4</b>	Distribuição dos contextos analisados na classe 4.....	53
<b>Quadro 5</b>	Distribuição dos contextos analisados na classe 2.....	54
<b>Quadro 6</b>	Distribuição dos contextos analisados na classe 3.....	55
<b>Quadro 7</b>	Distribuição dos contextos analisados na classe 1.....	57
<b>Quadro 8</b>	Grupo de pertença.....	58
<b>Quadro 9</b>	Plano Fatorial (Tri_Deux mots).....	59
<b>Quadro 10</b>	Freqüências relativas aos estímulos indutores.....	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização da amostra de idosos.....	45
<b>Tabela 2</b>	Pontuação média dos idosos nas dimensões da MIF em função da faixa etária.....	48
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das patologias relatadas pelos idosos.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

**AAVD** - Atividade Avançada da Vida Diária

**ABVD** – Atividade Básica da Vida Diária

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AFC** – Análise Fatorial de Correspondência

**AIVD** - Atividade Instrumental da Vida Diária

**ALCESTE** - Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Textos

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**F1** - Fator 1

**F2** - Fator 2

**FIM** - Functional Independence Measure

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MIF** - Medida de Independência Funcional

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**POMA** - Performace Oriented Mobility Assessment

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UCI** - Unidades de Contexto Iniciais

**UCE** - Unidade de Contexto Elementar

**USF** - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>263</b>
<b>CAPÍTULO 1 - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 2 - BASES TEÓRICAS GERAIS.....</b>	<b>20</b>
2.1. Aspectos Gerais Sobre o Envelhecimento.....	21
2.2. Envelhecimento Ativo e Capacidade Funcional dos Idosos.....	24
2.3. Representações Sociais no Contexto do Envelhecimento .....	29
<b>CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
3.1. A Pesquisa .....	40
3.2. O Cenário do Estudo.....	40
3.3. Os Atores da Pesquisa e as Questões Éticas.....	40
3.4 Os Dados Apreendidos e Procedimentos de Análise.....	40
3.4.1 - Instrumento de Avaliação Funcional do Idoso e Procedimento de Análise.....	40
3.4.2 - Entrevista semi-estruturada e procedimento de análise .....	41
3.4.3 - Teste da Associação Livre de Palavras e procedimento de análise.....	42
<b>CAPÍTULO 4 - O ENVELHECIMENTO ATIVO NO OLHAR DE IDOSOS FUNCIONALMENTE INDEPENDENTES .....</b>	<b>44</b>
4.1 Os Participantes do Estudo. ....	45
4.2 A Capacidade Funcional dos Idosos Entrevistados .....	47
4.3 Condições de Saúde dos Idosos do Estudo.....	49
4.4 Envelhecimento Ativo para Idosos: conteúdos/informações e posicionamentos apreendidos a partir do ALCESTE.....	50
4.5 Os Sentidos Atribuídos ao Envelhecimento: as imagens sobre idoso, velho e idoso ativo a partir do Tri-Deux Mots.....	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Nos últimos anos ocorreram modificações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, conseqüentemente, também, na estrutura demográfica, acarretando um crescimento significativo da população idosa. Com isso, uma grande preocupação com os idosos surge nas diversas áreas, pois eles representam um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, despertando o interesse de muitos estudiosos para a temática do envelhecimento. (GARRIDO; MENEZES, 2002)

O envelhecimento é uma experiência singular e individual, que começa no útero no momento da concepção. É um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um. (ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007)

A literatura apresenta distintos conceitos para o envelhecimento. Tais conceitos têm considerado diferentes aspectos do desenvolvimento humano, passando pelo campo biológico, social, psicológico e cultural. Contudo, ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que envolva os complicados caminhos que levam o indivíduo a envelhecer e como este processo de envelhecimento é vivenciado e representado pelos próprios idosos e pela sociedade em geral. (UCHÔA, 2003; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006)

Neste contexto, a Teoria das Representações Sociais, cuja contribuição tem sido significativa à compreensão de diversos fenômenos, apresenta-se como um referencial importante no estudo do envelhecimento. Destaca-se que a exploração das representações sociais desta população, poderá permitir o contato com imagens e conteúdos que expressam, de certa forma, as suas necessidades psicossociais, aspecto importante para a construção de condutas e o planejamento de ações que promovam um envelhecimento saudável e bem sucedido. (ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007)

Na sociedade atual, estudos sobre representações sociais, revelam a idéia de idoso associado a aspectos negativos, como figura decadente, necessitado e dependente. Estas concepções contribuíram enquanto fenômeno psicossocial, com os processos de formação de condutas, orientações das comunicações sociais e estruturação da identidade do idoso, assim como nas práticas sociais a ele dirigidas. O envelhecer é, portanto, marcado por diversas experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso

utiliza para interpretar o mundo. (ALMEIDA; CUNHA, 2003; ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007)

Em face destes aspectos, tornam-se urgente uma mudança nas representações, pensamentos e nos valores que possam propiciar o reconhecimento, entre as pessoas de modo geral e, sobretudo, na população idosa, da eminente possibilidade de um envelhecimento ativo e saudável. É nesta direção que se insere o presente estudo, desenvolvido na forma de capítulos com o seguinte delineamento: Capítulo I (*Construção do Objeto de Estudo*) em que se apresentam a temática de estudo, as razões que motivaram o interesse pelo objeto de estudo, problemática e objetivos; Capítulo II (*Bases Teóricas Gerais*), compreende as bases teóricas que fundamentam a pesquisa, contextualizando os aspectos gerais sobre o envelhecimento, o envelhecimento ativo e a capacidade funcional dos idosos e as representações sociais nos estudos sobre o envelhecimento; Capítulo III (*Percurso Metodológico*) cujo propósito é descrever a metodologia empregada no estudo; Capítulo IV (*O Envelhecimento Ativo no Olhar de Idosos Funcionalmente Independentes*), que apresenta o relato do envelhecimento ativo no olhar de idosos independentes funcionalmente a partir da exposição e discussão dos resultados da pesquisa realizada; Finalizando com as considerações conclusivas deste estudo.



**CAPÍTULO 1**  
**CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

O envelhecimento é um fenômeno global que exige ações e programas em nível local, regional, nacional e internacional. Conhecer os aspectos que envolvem o processo de envelhecimento tem se tornado de grande relevância para implementação das Políticas Públicas para os Idosos, no que tange aos programas e ações.

Em todo mundo a expectativa de vida tem aumentado. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população no país com 60 anos ou mais corresponde a 8,6% da população total, cerca de 14 milhões (dados do Censo 2000). De acordo com Carvalho Filho e Papaléo Netto (2006), o Brasil terá em 2025, a sexta população de idosos do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14% da população e em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos. O incremento atual desta população vem sendo apontado como um problema com conseqüências individuais, econômicas e sociais ocasionando, ao longo do tempo, alterações nas políticas de atenção ao idoso e, conseqüentemente, nas representações sociais da velhice (PEIXOTO, 2003).

Conforme Debert (2003), a velhice pode ser concebida, por um lado, como um fato universal e natural, baseada fundamentalmente no ciclo biológico do ser humano (nascimento, crescimento e morte) e, por outro, como um fato social e histórico que envolve as várias formas de conceber e viver o envelhecimento. As representações sociais sobre a velhice, a posição social dos velhos e o tratamento dado pela sociedade adquirem significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos, diferenciados socialmente que, somados ao crescimento do número de idosos no mundo e, de forma mais específica no Brasil, justifica a importância de políticas públicas voltadas para esta população, assim como estudos que possam caracterizar suas necessidades.

De acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2006), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à: vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito entre outros; dever de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade; manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes.

Tais investimentos são importantes para promoverem um envelhecimento ativo e com qualidade, enfatizado pela autonomia. Segundo a OMS (2005), autonomia é a habilidade de controlar, de lidar e de tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de

acordo com suas próprias regras e preferências. Já a independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Estudar o envelhecimento a partir de aspectos sócio-cognitivos, culturais, orgânicos, entre outros, configura-se uma vertente atual por envolver determinantes psicossociais que influenciam nos posicionamentos das pessoas frente ao idoso. Nesta perspectiva, o aporte teórico das representações sociais constitui uma abordagem interessante, para se propor estratégias de atendimento ao idoso contextualizado socialmente. Estes aspectos contribuirão para implementação de ações que venham a proporcionar práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a esta população.

Este estudo será subsidiado na Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1978), enquanto formas de conhecimentos práticas que funcionam como mediadoras entre sujeito e objeto, no contexto sócio-interacional.

Neste sentido, Herzlich (2005), afirma ser a referida teoria útil na análise de diferentes objetos/fenômenos de estudos, em particular, no campo da saúde. As representações sociais compreendem um sistema de interpretações da realidade, constituído por processos sócio-cognitivos com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, suas condutas e comportamentos no meio social.

Conhecer como os idosos representam o envelhecimento ativo e avaliá-los, no contexto das Unidades de Saúde da Família, possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial importante no seu atendimento, em contexto singular e conhecendo as possíveis necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão no fortalecimento de sua inclusão na sociedade além de uma melhor qualidade de vida, como uma vertente importante para a qualidade de vida das pessoas idosas.

A qualidade de vida aqui referida diz respeito à preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Conhecer representações sociais construídas pelos idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família implica em um importante avanço do ponto de vista do atendimento de necessidades que vão além das biológicas, considerando-se as interações intra e inter-grupais dos idosos.

Assim sendo, questiona-se: Como se encontram funcionalmente os idosos? Quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por idosos funcionalmente

independentes atendidos nas Unidades de Saúde da Família? Quais as implicações de tais representações sobre envelhecimento?

Para responder a estes questionamentos este estudo tem os objetivos de:

- 1 - Avaliar funcionalmente os idosos;
- 2 - Apreender as representações sociais associadas ao «envelhecimento ativo» na concepção de idosos considerados funcionalmente independentes;
- 3 - Averiguar a relação de idosos funcionalmente independentes com as representações sociais construídas sobre envelhecimento ativo.

**CAPÍTULO 2**  
**BASES TEÓRICAS GERAIS**

## 2.1. Aspectos Gerais Sobre o Envelhecimento

A OMS define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14 milhões em 2000. Este aumento no número de idosos em nosso país precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida, sobretudo, porque, suas conseqüências afetam os indivíduos, a economia e a sociedade (PEIXOTO, 2003).

Este aumento do número de idosos justifica-se, de acordo com Freitas et al (2006) e Papaléo Netto (2002), primeiramente pela diminuição da mortalidade, ocasionando um aumento da expectativa de vida e segundo pela diminuição da fecundidade, ou seja, o número de filhos por mulher em idade fértil.

Até o início do século passado, existiam altas taxas de natalidade que eram compensadas com elevados índices de mortalidade. Entretanto, a partir da Revolução Industrial, com a urbanização das cidades, melhorias nas condições sanitárias, melhorias nas condições de higiene pessoal, desenvolvimento da medicina, assim como, melhores condições de trabalho e moradia, foi possível observar uma elevação no nível de vida da população e conseqüentemente, melhorias dos indicadores de saúde, proporcionando uma queda na taxa de mortalidade, principalmente a mortalidade infantil. Associado a este evento, a queda da fecundidade, provocada também pelo processo de industrialização e de urbanização, devido à facilidade de acesso a educação e a saúde, a programas de planejamento familiar e a incorporação da mulher no mercado de trabalho, levou a tendência de famílias cada vez menores. A combinação destes dois fatores ocasionou um aumento na proporção de idosos, ou seja, envelhecimento populacional. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006)

Papaléo Netto (2002) conceitua envelhecimento como sendo:

[...] um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. (p.45)

Para o referido autor ainda completa que os declínios das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tendem a aumentar com o tempo, cujo ritmo de declínio varia não só de um órgão a outro, como também entre idosos de mesma idade. Tais diferenças do processo de envelhecimento devem-se as condições desiguais de vida e de trabalho que estiveram submetidas às pessoas idosas.

O conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos culmina com crescente dependência, que se traduz por uma ajuda indispensável para realização de

atividades elementares da vida. Entretanto, a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. Justificando a implementação de programas e práticas que promovam o envelhecimento saudável, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. (CALDAS, 2003)

Para Motta e Aguiar (2007), os fenômenos clínicos apresentados durante o envelhecimento são dependentes também de fatores como, situação econômica e social, assim, o envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Freire Júnior e Tavares (2005), identificaram em seus estudos que os idosos percebem a saúde, não apenas como ausência de doença, mas como bem estar físico, mental e social, destacando o aspecto econômico, inclusive a espiritualidade e a religiosidade para manter uma vida feliz e saudável. Ainda abordam que a satisfação dos idosos está mais relacionada à superação das dificuldades e dos obstáculos impostos do que a ausência deles.

Assim, o conceito cronológico de envelhecimento deve ser associado ao contexto bio-psico-social e cultural. E para que este envelhecimento seja bem sucedido, deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. (BEZERRA; ESPIRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005)

Por estas razões se destaca a importância de políticas e modelos de promoção da saúde que não apenas previnam os efeitos deletérios da incapacidade funcional, mas que permitam a compreensão da morbidade pelos idosos, de modo que estes desenvolvam a oportunidade de serem participantes no controle de sua própria saúde, buscando um envelhecimento ativo e saudável. (VERAS et al., 2002)

Caldas (2003), afirma que atualmente é reconhecida a importância de programas de valorização e de inserção de cuidados de longo prazo na comunidade para a população idosa, simultaneamente aos estudos e as preocupações com custo-eficácia.

Para a OMS (2005), a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas constitui deficiências que implicam em uma saúde precária as pessoas idosas. Se as pessoas envelhecessem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente não aumentariam de modo tão rápido. A preocupação com a saúde do idoso, vista em uma perspectiva ampla, resultante de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável, tem sido a pauta de vários estudos e pesquisas. Para discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta e propor políticas específicas para este grupo

etário, foi realizada a 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, na cidade de Madri, em Abril de 2002.

Um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi à promulgação em 4 de Janeiro de 1994, da Lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. De acordo com esta Lei a Política Nacional do Idoso tem como objetivo *“assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”*.

O Governo Federal, em Maio de 2002, instituiu o Programa Nacional dos Direitos Humanos que considera como público alvo todos os grupos populacionais específicos passíveis de discriminação, entre os quais, o grupo de pessoas idosas.

Em 1º de Outubro de 2003, é instituído o Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741, *“destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta anos)”*. Este Estatuto representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desta população, abrangendo vários aspectos, desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas. (BRASIL, 2006)

Em 22 de Fevereiro de 2006, publicou-se a Portaria / GM nº 399, documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa dos SUS e de Gestão. Este pacto foi resultado de intensas discussões envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre as prioridades está à saúde do idoso, sendo apresentadas às diretrizes para o trabalho nessa área e as ações estratégicas. (BRASIL, 2006)

No dia 19 de Outubro de 2006 foi publicada a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Representando um avanço na medida em que atualiza as diretrizes propostas na Portaria nº 1.395 / GM, de 10 de Dezembro de 1999 e deixa claro para os gestores do SUS quais as prioridades para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população idosa.

Motta e Aguiar (2007) afirmam que no Brasil, do ponto de vista de normatização legal, o envelhecimento é protegido e existem diretrizes a serem cumpridas. Entretanto, tais diretrizes não foram completamente implementadas. No país, outro aspecto relevante refere-



se às pesquisas envolvendo as pessoas idosas, em geral, tem prioritariamente como foco os idosos asilados e/ou dependentes, sendo, portanto, escassos os estudos com idosos funcionalmente independentes.

## **2.2. Envelhecimento Ativo e Capacidade Funcional dos Idosos**

Hoje, o Brasil atinge os mais elevados níveis de população idosa. No entanto, conseguir viver por mais tempo nem sempre é sinônimo de viver melhor. A velhice pode estar associada ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão, improdutividade, entre outros fatores que não representam significados positivos. (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006; ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007)

Porém, é possível viver mais com uma qualidade de vida melhor, através da busca do envelhecimento com autonomia e independência, com boa saúde física e mental, enfim, com um envelhecimento bem sucedido e ativo. (VILELA; CARVALHO, ARAÚJO, 2006)

A autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões no dia-a-dia, relacionadas à própria vida e a independência, ainda, pode ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa. A independência necessita de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas. No entanto, estes dois conceitos não são dependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como exemplo, as demências, ou então, ele pode ser autônomo e não ser independente, como no caso de um indivíduo com graves seqüelas de um acidente vascular cerebral sem alterações cognitivas, dependente fisicamente, contudo, totalmente autônomo para assumir e tomar decisões sobre sua vida. (GUIMARÃES; CUNHA, 2004)

O desenvolvimento de ações que atendam aos idosos independentes com a finalidade de prevenir a dependência deve ser parte dos programas de promoção da saúde, a partir do envolvimento de todos os setores da sociedade e não apenas do governo. (CALDAS, 2003)

O referido autor indica o Programa de Saúde da Família, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família como uma eficiente estratégia para alcançar esse desafio, através de medidas específicas de promoção da saúde e de prevenção e cuidados com o idoso que vive na comunidade.

Para os autores, Assis, Hartz e Valla (2004), em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional, programas sociais e de saúde voltados tanto para a preservação da independência, quanto da autonomia são cada vez mais requeridos e são metas fundamentais para indivíduos e governantes, o que converge para a promoção do envelhecimento ativo. (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004)

Para a OMS (2005, p. 13), o “*envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”. É um termo abrangente, pois ultrapassa os cuidados com a saúde, reconhecendo outros fatores que afetam o modo como as pessoas envelhecem. Apóia-se nos direitos humanos das pessoas mais velhas, na participação, na assistência, na auto-realização e nos princípios da independência. Assim, um dos importantes indicadores do envelhecimento ativo e da qualidade de vida em idosos é a capacidade funcional.

O envelhecimento traz como uma de suas conseqüências a diminuição gradual da capacidade funcional. As dificuldades para realizar as atividades funcionais básicas são progressivas e aumentam com a idade.

As maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade e a dependência. A incapacidade é definida como a restrição ou perda de habilidades em conseqüência dos distúrbios do ponto de vista funcional e da atividade do indivíduo. As principais causas de incapacidade são as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, patologias e problemas associados a essa faixa etária. E a dependência funcional é definida como a incapacidade de executar funções sem ajuda, relacionadas à vida diária, devido a limitações físicas e cognitivas. (GUIMARÃES; CUNHA, 2004; FREITAS et al, 2006).

Este fenômeno de perda de função, sem intervenções adequadas, acarreta limitações que levam a perda da qualidade de vida. Os idosos que vivem em comunidade necessitam de atenção especial à saúde para prevenção de doenças em estágios iniciais e acompanhamentos regulares, com o intuito de retardar o processo de deterioração e de perda de capacidades funcionais. (PAPALÉO NETTO, 2002).

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos. Assim, o estudo da capacidade funcional tem se tornado um componente-chave para a avaliação da saúde dos idosos, sendo esta geralmente direcionada para análise da habilidade e de desempenho para realizar determinadas atividades do cotidiano, estando intimamente ligada à independência funcional e é medida através de avaliações funcionais. (COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; GUIMARÃES; CUNHA, 2004)

Para os tais autores, as avaliações funcionais possibilitam identificar, analisar e classificar as capacidades funcionais e as limitações, contribuindo para uma melhor

abordagem terapêutica, para a elaboração de estratégias de ação, de intervenção e de formulação de políticas de atenção ao idoso.

Segundo Carvalho Filho e Papaléo Netto (2006), foi por volta de meados do século passado que deu início estudos que procuravam documentar a ocorrência freqüente de incapacidades funcionais em diferentes situações e locais de atendimento. A partir daí, várias escalas têm sido desenvolvidas com a finalidade de medir a independência de um indivíduo em três setores: cuidados pessoais, capacidade de cuidar da casa e mobilidade.

Segundo os mesmos autores, as avaliações funcionais têm como objetivo medir a realização de tarefas básicas do cotidiano, que podem ser divididas em físicas, de autocuidado ou básicas (ABVD's) e instrumentais (AIVD's).

As atividades básicas de vida diária (ABVD's) são atividades desempenhadas durante a rotina diária. Compreende atividades fundamentais para a manutenção da independência, tais como, vestir-se, alimentar-se, tomar banho, ter continência urinária e / ou fecal, enfim, condições básicas das pessoas cuidarem de si próprias. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006; FREITAS et al, 2006).

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) são atividades que fazem parte do dia-a-dia de pessoas que vivem em uma sociedade moderna e necessitam usar os recursos disponíveis no meio ambiente para uma vida independente e ativa na comunidade. Estão relacionadas a tarefas mais complexas como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar dinheiro, arrumar a casa, controlar e tomar medicamentos, usar transportes. Através da capacidade de realizar estas atividades é possível determinar se o indivíduo pode ou não viver sozinho. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006; FREITAS et al, 2006).

Os referidos autores afirmam que existem as atividades avançadas da vida diária (AAVD's) que não são fundamentais para uma vida independente, mas revelam maior capacidade e contribuem para uma melhor saúde física e mental, e conseqüentemente melhor qualidade de vida. Tem como exemplo, dirigir automóvel, praticar esportes, pintar, tocar instrumento musical, participar de serviços voluntários, entre outras atividades que dependem da vontade, do desejo, da motivação e de fatores culturais e educacionais. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006; FREITAS et al, 2006).

Os instrumentos de avaliação devem ter validade, confiabilidade, sensibilidade para refletir as alterações do estado geral da função do idoso, facilidade na sua aplicação, além de serem objetivos, práticos e úteis para auxiliar no diagnóstico da incapacidade funcional e evolução dos doentes idosos.

Dentre as escalas que avaliam as ABVD's, a mais utilizada é o Índice de Katz. Aproximadamente em 1950, Katz e colaboradores desenvolveram seis medidas das atividades básicas da vida diária, que descrevem a capacidade de autocuidado e avaliam o grau de dependência de pessoas idosas. São atividades relacionadas ao banho, vestuário, higiene, transferências, continência e alimentação. Este teste pode ser pontuado através de duas versões: a proposta de Likert e a de Guttman.

De acordo com Guimarães e Cunha (2004), a proposta de Katz e colaboradores foi desenvolvida inicialmente para o uso em pacientes internos e posteriormente adaptado para populações que vivem em comunidade. No entanto, este teste não contempla nenhum item sobre deambulação.

Segundo Freitas et al (2006), no final da década de 1960, Lawton e Brody contribuíram para avaliação funcional, através de um instrumento que ordena as funções da mais simples para a mais complexa, composta por sete atividades. A escala de Lawton tem como objetivo verificar a condição de independência total, parcial ou dependência funcional para as atividades rotineiras mais complexas. Cada atividade é resultante de um conjunto de componentes que apresentam graus variáveis para sua execução, sendo uma das escalas mais usadas para avaliação das AIVD's.

Em 1965, foi desenvolvido o índice de Barthel para avaliar o potencial funcional e os resultados do tratamento de reabilitação dos pacientes que sofreram acidente vascular cerebral. Ele mede o grau de assistência exigido em atividades relacionadas aos cuidados pessoais e mobilidade. Vários estudos têm comprovado a validade e confiabilidade em pacientes idosos sem alterações cognitivas e com menos de 65 anos. (GUIMARÃES; CUNHA, 2004)

Para a avaliação de equilíbrio e marcha, Mary Tinetti, em 1986, propôs um protocolo de avaliação conhecido como POMA – Performace Oriented Mobility Assessment, que é capaz de testar as condições vestibulares e da marcha do paciente. As alterações apresentadas neste teste têm sido consideradas como indicador de quedas em idosos na comunidade. Em 2003, esse teste foi validado no Brasil e avaliado em suas propriedades para ser utilizado na população brasileira institucionalizada, recebendo o nome de POMA – Brasil. Contudo, para Guimarães e Cunha (2004), este teste possui itens muito fáceis, discriminando poucos os indivíduos, devendo ser aplicado em indivíduos mais fragilizados.

O Functional Independence Measure – FIM ou Medida de Independência Funcional – MIF foi desenvolvida e aplicada pela Fundação de Pesquisa da Universidade de Nova York, tem como objetivo avaliar a independência funcional, medindo o grau de solicitação de

cuidados de terceiros para a realização de tarefas motoras e cognitivas. (GUIMARÃES e CUNHA, 2004)

A MIF foi desenvolvida na década de 1980, por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. Foi traduzido para língua portuguesa no Brasil em 2000 e nessa época foram realizados testes de reprodutividade e confiabilidade, que se mostram em níveis bons. A sua validação foi feita por diversos trabalhos em que basicamente envolveu a avaliação de propriedades psicométricas e a comparação com outros instrumentos de avaliação funcional. (RIBERTO et al, 2001; 2004)

Diferentemente de outras escalas de avaliação funcional, a MIF quantifica a ajuda necessária. Possui itens referentes ao desempenho da pessoa idosa para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes ao autocuidado, ao controle de esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, a comunicação e a cognição social. Os itens são classificados em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo o valor 1 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente, assim a pontuação total varia de 18 a 126. (BRASIL, 2006).

Os níveis de dependência funcional são classificados da seguinte forma:

- (7) Independência completa – As tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável.
- (6) Independência modificada – As atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese. E são realizadas em tempo excessivo.
- (5) Supervisão, estímulo ou preparo – Para a realização das tarefas, é necessária a presença, controle, sugestão, encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, é necessário que a outra pessoa, prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese ou prótese (ajuda técnica).
- (4) Assistência mínima – É necessária uma ajuda leve, sendo o contato apenas tátil, onde o indivíduo realiza a maior parte do esforço.
- (3) Assistência moderada – É necessária uma ajuda moderada e um contato leve. O indivíduo realiza um pouco mais da metade do esforço requerido para a atividade.
- (2) Assistência máxima – É necessária uma ajuda máxima. O indivíduo desenvolve menos da metade do esforço requerido, mas ainda, realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.
- (1) Dependência total – É necessária a ajuda total. O indivíduo realiza um esforço mínimo para desempenhar as atividades.

A MIF incorpora componentes do índice de Barthel, mas é um teste mais sensível e abrangente. Esta avaliação é ampla e pode ser utilizada em hospitais, instituições asilares, clínicas ou mesmo na residência do indivíduo. Sendo útil em quadros clínicos de naturezas diversas, avaliando o componente motor e cognitivo, além de ter grande aceitação internacional (RIBERTO et al, 2001; CARVALHO, 2006)

Este instrumento foi sugerido pelo Ministério da Saúde, preconizado pela Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa, elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde dos idosos. (BRASIL, 2006)

Essa mesma política anteriormente citada considera a perda da capacidade funcional como o principal problema que pode afetar o idoso, resultante da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida. (SILVESTRE; COSTA NETTO, 2003)

Neste sentido, é preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como os idosos brasileiros envelhecem como atribuem significado a este período de suas vidas ou como o integram à sua experiência. Compreender como o envelhecimento ativo é percebido e representado proporciona um entendimento de comportamentos e sentimentos para com os idosos, seja por parte deles próprios ou da sociedade.

### **2.3. Representações Sociais no Contexto do Envelhecimento**

As representações sociais enquanto sistemas de interpretação da realidade organizam as relações do indivíduo com o mundo e orientam as suas condutas e comportamentos no meio social. Este sistema de interpretação é solidificado nas formas de comunicação social possibilitando que os sujeitos, ao permitirem interiorizar suas experiências, práticas sociais e os modelos de conduta adotados, construam e apropriem-se dos objetos/fenômenos socializados (MOSCOVICI, 1978).

O referido autor, ainda salienta cinco características essenciais à formação das representações sociais: toda representação é sempre a representação de um objeto; a mesma possui um caráter de imagem e a propriedade de poder intercambiar o sensível e a idéia, a percepção e o conceito; possui um caráter simbólico e significante; possui um caráter construtivo e um caráter autônomo e criativo. Pode-se dizer, de acordo com Jodelet (2001), que sua base está no reconhecimento de que o pensamento social está diretamente relacionado a eventos concretos da prática social.

Nesse sentido, o senso comum, denominado por Moscovici como universo consensual, apesar de não ter compromisso com a realidade objetiva dos fatos, de não se preocupar com a comprovação, é capaz de justificar e orientar comportamentos de um grupo ou de uma

sociedade. É uma forma de conhecimento que orienta condutas e se comporta como fonte fecunda de estudos para compreensão dos fenômenos do cotidiano. Nóbrega (2003) argumenta que a teoria das representações sociais define os parâmetros de uma análise científica do que se chama senso comum, atribuindo uma lógica a esse conhecimento que tem uma organização psicológica autônoma.

O conhecimento do senso comum é, para Santos (2003), um conhecimento vulgar e prático com o qual, no cotidiano, orientamos as nossas ações e damos sentido à vida. O mesmo autor define este tipo de conhecimento como mistificado e mistificador e, apesar de ser conservador, tem uma dimensão que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico e diz ele: o senso comum é exímio em captar a profundidade horizontal das relações consciente entre as pessoas e entre pessoas e coisas. É retórico, metafórico; não ensina, persuade.

De acordo com Moscovici (2003), as pessoas analisam, comentam, formulam “filosofias” espontâneas, não oficiais, que tem um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como eles educam seus filhos, como planejam seu futuro, entre outros. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornecem o “alimento para o pensamento” e acrescenta que o pensamento social deve mais à convenção e à memória do que à razão, deve mais às estruturas tradicionais do que às estruturas intelectuais ou perceptuais correntes.

A representação social seria, sobretudo, uma forma de conhecimento, modelando o objeto com diversos suportes lingüísticos, de comportamentos e materiais, mas também, um saber prático intrinsecamente relacionado à experiência social, possuindo um alto grau de intervenção social.

Para estudar como os idosos representam o envelhecimento ativo na vertente das representações sociais, é importante abordar as funções das representações sociais, por ser um dos pontos importantes para o seu entendimento, no contexto da problemática em evidência. Inicialmente, Moscovici (1978) afirma que as representações sociais caracterizadas como fenômenos psicossociais, têm duas funções: a primeira função é a de contribuir com os processos de formação de condutas e a segunda, de orientação das comunicações sociais; porém Abric (2003) acrescentou mais duas funções às representações sociais: a função identitária e a justificadora.

Para tanto, as representações sociais como um saber prático do senso comum permite que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem em um quadro assimilável e compreensível para eles próprios, em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores

aos quais eles aderem. Desta forma, elas facilitam a comunicação social e define o quadro de referência comum que permite as trocas sociais, a transmissão e a difusão deste saber “ingênuo”. (SILVA; MORIYA, 2003)

As representações sociais se organizam a partir das interações entre as pessoas e grupos, com objetivo prático para o convívio social e desta forma se identifica com as experiências, história e cultura de cada grupo social. Isso é exposto nas obras de vários estudiosos da teoria como se vê, por exemplo, em Jodelet (2001) quando faz referência ao fato de partilhar uma mesma condição social que é acompanhada de uma relação com o mundo, valores, modelos de vida, imposições ou desejos específicos, produzem efeitos sobre o modo de conceber a cultura. Ao mesmo tempo em que Nóbrega (2003) diz que o pensamento social é constituído de uma pluralidade de modos de reflexão que um indivíduo utiliza em função dos seus objetivos e do domínio que ele possui sobre o meio ambiente onde se encontra inserido.

Reconhecendo a importância do senso comum na vida das pessoas, na forma de como compreendem a realidade e como se comportam, chamando-o de representações sociais. A ciência fornece meios para sistematização de seu estudo através da teoria das representações sociais, cuja tarefa básica, segundo Spink (1999), é explicitar elementos de sentido isolado ou combinado em construtos representacionais; produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos.

Para Vala (2002), o estudo das representações sociais considera as sociedades e as instituições como ambientes pensante, assim como os indivíduos que as compõem. Há uma dialética da relação entre pensamento e sociedade, onde são considerados os pensamentos dos indivíduos e o peso deste pensamento na constituição da sociedade, assim como o contexto social e o peso deste contexto na constituição do pensamento.

Nesta perspectiva psicossociológica Spink (1996) destaca a importância da comunicação social na formação das representações sociais, em que se refere aos indivíduos como pensadores ativos em resposta aos acontecimentos cotidianos de interação social, que eles produzem e comunicam suas próprias representações e soluções específicas às questões que eles colocam a si mesmas. Esta comunicação e mobilização das representações sociais acontecem em todas as ocasiões e lugares onde as pessoas se encontram informalmente (bares, ônibus, filas de banco, trabalho, escola, salas de espera, enfim, onde se desenvolve a vida cotidiana). Desta forma, Vala (2002), refere-se à representação social como resultado de representações partilhadas coletivamente resultantes de interações e fenômenos de comunicacionais no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, seus



projetos, problemas e estratégias e suas relações com outros grupos cuja função é oferecer programas para a comunicação e a ação a objetos que são interrogáveis para um grupo.

Reconhecendo a importância fundamental da comunicação na formação das representações sociais, há que se lembrar que tal comunicação é capaz de transmitir tanto a cultura e tradições quanto as inovações, o que dá o tom do caráter dinâmico das representações sociais, fenômeno tão marcante das sociedades modernas. Esta análise é corroborada em Sá (1998) que destaca tanto o papel da comunicação como também o caráter dinâmico das representações que, ao mesmo tempo em que mantém a tradição, se transforma com os acontecimentos e com a comunicação destes.

Na sua afirmação o mesmo autor diz que há que se considerar também a interpretação dos meios de comunicação de massa sobre os discursos e comportamentos, que retroalimentam as representações, contribuindo para sua manutenção ou sua transformação. Afirmações que são ratificadas em Moscovici, (2003), ao afirmar que os meios de comunicação de massa que aceleram as mudanças na sociedade, aumentam a necessidade de um elo entre nossas ciências e crenças gerais, puramente abstratas e nossas atividades concretas como indivíduos sociais.

Levando-se em consideração a importância da comunicação na construção das formas de conhecimentos acerca do envelhecimento, é interessante salientar o pensamento de Vala (2004) que reitera as idéias de Moscovici quando se refere que a comunicação se faz por meio de propagação, de propaganda ou de difusão, onde se reflete tanto na formação quanto na ativação de representações sociais, em que a propagação transmite informações que legitimam a pertença a um grupo e alimentam representações hegemônicas, ortodoxas e fortalecem a norma social.

Na comunicação do tipo difusão as informações são transmitidas de forma imparcial, e a normatividade transmitida é evasiva. Na comunicação do tipo propaganda, as representações alimentadas e ativadas são as do tipo polêmicas, são geradas do conflito intergrupar.

Em seus estudos Moscovici (1977), classifica a sociedade contemporânea em dois universos de pensamento: os universos consensuais que correspondem ao resultado das interações social cotidiana, onde são elaboradas as teorias do senso comum e se produz as representações sociais e os universos reificados referentes ao conhecimento científico e pensamento erudito. Tura e Moreira (2005) identificam as representações sociais situadas no campo dos sistemas cognitivos usuais, como universo consensual que convive com o universo reificado - o mundo das ciências.

Spink (1996) enfatiza que a tarefa básica de um estudo em representação social é explicitar elementos de sentido isolados ou combinados em construtos representacionais; produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos.

Assim, a formação das representações sociais acontece mediante dois processos: o de objetivação e o de ancoragem. Quanto ao processo de objetivação, este ocorre a partir de três etapas: a primeira diz respeito à descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; a na segunda ocorre à formação de um núcleo figurativo, compondo uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e a última etapa, a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade. Daí, “o processo de objetivação materializa idéias e conceitos em um núcleo figurativo ou em uma esquematização estruturante”, faz com que se torne real um traçado conceitual, com que se dê a uma imagem, uma contrapartida material, resultado que tem, em primeiro lugar, flexibilidade cognitiva (MOSCOVICI, 1978).

Desta forma, estudar o envelhecimento ativo no âmbito das representações sociais pode tornar real um fenômeno antes não apreendido pelo social, tendo a comunicação como o veículo que permite essa ação, ou seja, permite a formação de representações sociais acerca dessa, por ser neste processo que ocorre uma seleção em que o objeto social representado é apropriado e retido por edificações afetivas, axiológicas e ideológicas.

No que diz respeito ao processo de ancoragem, Moscovici (2003) ressalta que ancorar é classificar e dar nome a algo estranho; é comparado a um paradigma de uma categoria pensada como apropriada de forma a permitir que o estranho seja interpretado e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele.

Este processo constitui a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído, ou seja, ancora o desconhecido em representações já existentes. Consiste na maneira pela quais as informações novas são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e em redes de significações socialmente disponíveis, para interpretar o real e, em seguida, são reincorporadas na qualidade de categorias servindo de guia à compreensão e ação (JODELET, 1989).

Para a mesma autora, a ancoragem fixa a representação e o seu objeto numa relação que os permite se adequarem aos valores sociais, dando-lhes coerência. Enquanto Moscovici (1978) a concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando o objeto representado em um saber capaz de influenciar. A mesma é

feita na realidade social vivida, não sendo, portanto, concebida como processo cognitivo intra-individual.

Essas considerações sobre os dois processos presentes nas representações sociais, em particular, a ancoragem, uma vez que é neste que a representação social transforma-se em um sistema de interpretação que possui uma função e intermédio entre o indivíduo e o seu meio, como também, faz essa mediação entre os membros de um mesmo grupo. Este sistema de interpretação é capaz de resolver e expressar problemas comuns, transformados em código, em linguagem comum, e também servirá para classificar os indivíduos e os fatos, para constituir tipos em relação aos quais os outros indivíduos e grupos se avaliam e se classificam. Converte-se em instrumento de referência que permite a comunicação numa mesma linguagem e, por conseqüência, a influência recíproca (JODELET, 1986).

Ainda é relevante pontuar a afirmação de Moscovici (1978) quanto às três dimensões importantes nas representações sociais: informação ou conhecimento, imagens ou campo de representação social e atitude ou posicionamento dos sujeitos frente ao objeto de representação, por ser o foco de análise que o estudo sobre o envelhecimento centrar-se-á: uma análise processual e dimensional das representações sociais. O mesmo será favorecido ao se considerar as formas de comunicação - difusão, propagação, propaganda - que correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos, em que cada sistema de comunicação é particular aos laços estabelecidos entre o emissor e o receptor, à organização das mensagens e comportamentos visados.

Por conseguinte, as formas de comunicação têm por efeito a produção de representações sociais sobre o envelhecimento, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto articulado no âmbito do pensamento social.

Garcia et al (2006) relatam que apesar do envelhecimento populacional significar uma das principais conquistas das últimas décadas, partindo da dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e, em conseqüência, tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio e perda (perdas de papéis sociais, perda de capacidades intelectuais e motoras).

No Brasil, conforme Veloz, Shulze e Camargo (1999), as pesquisas revelam que as percepções das perdas, das incapacidades e das doenças são aspectos importantes das representações da velhice. Os próprios idosos simplificam o envelhecimento representando esse processo de maneira negativa e preconceituosa.

Apesar do envelhecimento não ser sinônimo de doença, ocorrem alterações anatomopatológicas durante o envelhecer e, geralmente, se apresentam através de doenças

crônicas. Assim, o envelhecimento tem sido associado a uma prevalência de doenças crônicas, causadoras de dependência, fragilidades, incapacidades e morte. (PACHECO; SANTOS, 2004; GARCIA et al., 2005)

Esta visão negativa e deficitária do envelhecer para o ocidente pode ser explicada, segundo Uchôa (2003), como consequência de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. Entretanto, em sociedades não ocidentais, o envelhecimento foi apresentado por imagens bem mais positivas, mostrando que, uma representação do envelhecimento centrada nas idéias negativas não é universal.

Logo, o processo de envelhecimento deixa de ser visto puramente como fenômenos naturais e biológicos, para ser visualizado também, como fenômeno profundamente influenciado pela cultura, onde os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais.

Para Ávila, Guerra e Meneses (2007), o envelhecimento é definido pelos efeitos que a idade teria causado ao organismo, ou seja, por todas as consequências desde o nascimento, entendido como um processo a ser construído ao longo de toda a vida.

Ainda a respeito das representações, os tais autores encontraram em seus estudos distinções entre idoso e velhice. Em uma primeira categoria, os indivíduos se reconhecem como velhos; relatam que a velhice é um processo psicossocial, que não tem um momento específico para iniciar e revelam que o envelhecimento se dá a partir do corpo. Na segunda categoria, os indivíduos se sentem envelhecidos, mas não se consideram velhos. Os autores ainda afirmam que nem a própria sociedade tem uma idéia concreta do que é ser idoso hoje e que esta auto-imagem é construída a partir do olhar do outro, que reconhece ou não.

De acordo com Lopes e Park (2007), existem simultaneamente, diferentes imagens de velhos na sociedade contemporânea. Percebe-se atualmente, imagens de velhos pobres, doentes, solitários, assexuados e abandonados à sua sorte, e por outro lado, imagens de velhos que procuram manter o controle sobre seus corpos e a relativa juventude, ativos e dispostos a realizar sonhos e satisfazer desejos.

Atualmente, prioriza-se o poder do corpo físico, acelerando o crescimento dos setores da cosmética, da cirurgia plástica, da suplementação alimentar, das dietas e dos exercícios, enfim, um conjunto de estratégias para retardar os efeitos ou as marcas da passagem do tempo na busca pela juventude eterna. Conseqüentemente, é possível observar idosos insatisfeitos com seu próprio corpo, como também a idéia de que um corpo velho é um corpo feio, o que torna a pessoa idosa alvo de desvalorização. (ÁVILA, GUERRA, MENESES, 2007)

No entanto, apesar do envelhecimento continuar sendo representado na forma de perdas, as pessoas idosas têm muitas capacidades que ficam sem serem descobertas, conseqüentemente ganhos não valorizados. (DEBERT, 1996)

Areosa (2004), em sua pesquisa, observou que, para os idosos, a velhice está muito mais ligada à forma como os indivíduos vivenciam seu cotidiano do que a outros fatores, como limitações físicas. Embora refiram à existência delas, a experiência desta fase dependerá do estilo de vida que a pessoa exerceu no passado e exerce no presente.

Já Oliveira, Pasian e Jacquemin (2001), evidenciaram duas representações sobre o envelhecimento. Uma considera-o como a fase de sabedoria, de maturidade e de serenidade, enquanto a outra conceitua o envelhecimento como etapa final da vida, aquela que antecede a morte.

Corroborando com esta afirmação acima, Herédia e Casara (2000), também associa a velhice não apenas a perdas, mas também a ganhos, como a maturidade, a experiência, a sabedoria, a liberdade de escolha entre outros.

Areosa (2004), em sua pesquisa, evidenciou que os idosos associaram o envelhecimento a maturidade e a obrigação de ter cuidado com o corpo e com a saúde de forma geral. A saúde é representada como algo relativo ao funcionamento harmônico do corpo-mente, o que exige dos idosos a capacidade de cuidar de si, pela adoção de um estilo de vida saudável.

As condições de saúde, especialmente as relacionadas à autônoma e mobilidade física são associadas de forma independente a permanência na vida ativa em idades mais avançadas. Portanto, serviços de prevenção de doenças, eliminação de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento ativo e saudável. (GIATTI; BARRETO, 2003; PACHECO; SANTOS, 2004)

Envelhecimento ativo, envelhecimento bem sucedido e qualidade de vida na velhice têm sido conceituados de maneira semelhantes, como satisfação pela vida. (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007)

Em um trabalho desenvolvido no município de João Pessoa com a população idosa, Santos et al (2002) evidenciou a satisfação com a vida e a qualidade de vida variando de pouca a moderada, o que sugere a insatisfação destes idosos, possivelmente em conseqüência da desigualdade social e da falta de acesso a um padrão de vida mais confortável.

É possível identificar uma variedade de representações e imagens acerca do envelhecimento. Segundo Lopes e Park (2007), este fenômeno está associado, atualmente, a criação e a proliferação de termos menos depreciativos, utilizados para designar a velhice. Por

exemplo, terceira idade, melhor idade, meia idade, aposentadoria ativa, idoso ativo, entre outros, que são incorporados ao vocabulário dos grupos sociais e carregam uma gama de significados que influenciam a reconstrução das representações sociais acerca do velho e do envelhecimento.

De acordo com Ávila, Guerra e Meneses (2007), hoje, a sociedade está conseguindo construir novos significados para a condição de ser velho e é a partir do estudo das representações sociais que poderemos contemplar a diversidade de conceitos e formas de aceitação desses termos por parte dos entrevistados.

Percebe-se uma complexidade na compreensão de envelhecimento e de seus significados por parte das pessoas idosas destacando assim, a relevância da análise de representações sociais sobre aspectos do envelhecimento humano.

**CAPÍTULO 3**  
**PERCURSO METODOLÓGICO**





### **3.1. A Pesquisa**

Trata-se de um estudo exploratório, em que se priorizam as falas dos sujeitos, para salientar dimensões simbólicas acerca do envelhecimento, utilizando-se o aporte teórico das representações sociais na vertente moscoviciana.

### **3.2. O Cenário do Estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Conquista, que é composta por quatro equipes de Saúde da Família, localizada no bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa-PB.

### **3.3. Os Atores da Pesquisa e as Questões Éticas**

A amostra foi definida a partir da seleção de cem idosos funcionalmente independentes apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes à USF Nova Conquista, em condições físicas e mentais para responderem os instrumentos, confirmados a partir da utilização do instrumento de avaliação funcional, a medida de independência funcional (MIF), como ponto de corte para constituição da amostra.

A participação dos idosos foi voluntária e atendeu a Resolução 196/1996 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil, 1996) e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2000). Por ocasião das entrevistas os participantes preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I).

### **3.4 Os Dados Apreendidos e Procedimentos de Análise**

Instrumentos utilizados para coleta:

#### **3.4.1 - Instrumento de Avaliação Funcional do Idoso e Procedimento de Análise**

Na avaliação Funcional dos Idosos adotamos o instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde, a Medida de Independência Funcional (MIF), objetivando avaliar o grau de solicitação de terceiros durante a realização de tarefas motoras de autocuidado, controle de esfíncteres, transferência e locomoção, além de atividades cognitivas de comunicação e cognição social. Foi avaliado o desempenho do idoso em atividades como: alimentação; higiene pessoal/matinal; banho; vestir-se acima da cintura; vestir-se abaixo da cintura; uso do vaso sanitário; controle de urina; controle das fezes; transferência do leito, cadeira, cadeira de rodas; vaso sanitário; chuveiro/banheira; locomoção/marcha; escadas; compreensão; expressão; interação social; resolução de problemas; memória.

Cada item foi classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 1 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente. (Apêndice II).

Os dados coletados a partir da Escala MIF (Brasil, 2006) e que serviram como ponto de corte para seleção da amostra, foram analisados pelo *software* SPSS 15.

### **3.4.2 - Entrevista semi-estruturada e procedimento de análise**

A entrevista semi-estruturada contemplou as variáveis relacionadas a sexo; idade; grau de escolaridade, religião, procedência, situação de moradia, com quem mora, prática de atividade física, trabalho, situação de saúde e questões para apreender as representações sociais. (Apêndice II)

As informações contidas nas entrevistas foram organizadas em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no software Alceste (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) que se trata de um programa informático foi criado por M. Reinert e introduzido no Brasil em 1998. Constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, que não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico. Neste estudo, o programa foi utilizado para analisar 100 entrevistas. (REINTER, 1998)

O mesmo pode ser empregado em análise acerca da classificação hierárquica descendente, além de permitir análise lexicográfica do material textual, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. O programa toma como base um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que serão definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. Um conjunto de UCIs constitui um corpus de análise. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e constituição de um dicionário; Segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); Delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas; Análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas; Análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendogramas). (CAMARGO, 2005)

### 3.4.3 - Teste da Associação Livre de Palavras e procedimento de análise

Neste instrumento foram contempladas as seguintes palavras-indutoras: «Idoso», faz-me pensar em ...; «Velho», faz-me pensar em ... «Idoso ativo», faz-me pensar em (Apêndice II). Antes da aplicação do teste, foi realizada uma explanação do mesmo e como exemplo foi citado algumas palavras neutras como “futebol” e “cozinha”, e perguntava-se: o que vem à mente quando falamos a palavra futebol? Citando alguns exemplos como bola, campo, estádio, gol, emoção, time, paixão. Seguindo o mesmo modelo para a palavra cozinha.

Os resultados apreendidos a partir do Teste da Associação Livre de Palavras entrevistas foram organizadas em um banco de dados a partir da construção de um dicionário de vocábulos concernente a cada estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se uma análise de conteúdo semântica para codificação e introdução dos dados no *software* Tri-Deux-Mots que é um programa informático que realiza uma análise fatorial de correspondência, indicado para a análise de questões abertas, fechadas ou associação de palavras.

O Tri-Deux- Mots foi criado por Philipi Cibois, em 1990 e representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisadas através da Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

A AFC foi criada por J. P. Benzécri, na França, nos anos 60, tem sido muito utilizada no campo da psicologia social e das representações sociais e é um dos procedimentos psicometricos mais frequentemente utilizados tanto na construção, quanto na reunião e avaliação de instrumentos psicológicos, como no desenvolvimento de teorias psicológicas. Através dela torna-se possível verificar os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais, correspondentes às respostas evocadas pelos sujeitos, denominados estatisticamente de variáveis de opinião (no caso específico desta pesquisa as três palavras estímulo) e as variáveis fixas ou sociodemográficas relativas às características de inserção social dos indivíduos (sexo, idade, escolaridade e procedência).

A análise fatorial produz cargas fatoriais as quais podem ser consideradas pesos de regressão das variáveis mensuradas para prever o constructo subjacente. Quanto maior valor da carga fatorial, melhor a variável representa o fator. Outro critério para soluções fatoriais é que os fatores devem explicar um percentagem significativa da variância total das variáveis medidas, devendo o conjunto de fatores explicar pelo menos 50% de variância comum.

A análise do plano fatorial é feita a partir do jogo de operações reveladas pelas respostas aos estímulos indutores a partir dos resultados da AFC, permitindo mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional e, portanto, a

expressão da organização cognitiva a respeito de um objeto representado. Na literatura estatística sobre AFC, tomou-se como convenção que o eixo 1, ou fator 1, ocupe a posição horizontal no gráfico e que o eixo 2, ou fator 2 se mantenha na vertical. (NÓBREGA; FONTES; PAULA, 2005)

Os resultados apreendidos e analisados foram interpretados subsidiados do referencial teórico adotado para este estudo, apresentados em figuras, quadros e temas.

**CAPÍTULO 4**  
**O ENVELHECIMENTO ATIVO NO OLHAR DE IDOSOS**  
**FUNCIONALMENTE INDEPENDENTES**

#### 4.1 Os Participantes do Estudo.

O presente estudo contou-se com a colaboração de cem idosos com idades entre 60 e 93 anos ( $M = 68$ ;  $DP = 7,53$ ), atendidos pela Unidade de Saúde da Família do bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa – PB. A maioria do sexo feminino (73%), residente em casa própria (88%), convivendo com o cônjuge e parentes próximos (75%). Quanto à escolaridade, 40% indicaram não ser alfabetizado, 48% disseram ter o ensino fundamental incompleto, 8% o ensino médio e 4% superior, sendo 73% católicos, 24% evangélicos e 3% testemunhas de Jeová. Uma descrição mais detalhada da amostra pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra de idosos ( $n=100$ )

Variável	Nível	%
<b>Sexo</b>	Masculino	27
	Feminino	73
<b>Faixa-etária</b>	60 a 65 anos	42
	66 a 70 anos	22
	71 a 75 anos	18
	76 a 80 anos	11
	81 a 85 anos	4
	86 a 93anos	3
<b>Nível escolar</b>	Sem escolaridade	40
	Ensino Fundamental Incompleto	48
	Ensino Médio Incompleto	1
	Ensino Médio Completo	7
	Superior	4
<b>Procedência</b>	Capital	14
	Interior do Estado	75
	Outros Estados	11
<b>Situação de Moradia</b>	Casa Própria	88
	Alugada	6
	Residente em casa de parentes	5
	Outro	1
<b>Pessoa (s) com quem mora</b>	Sozinho	10
	Com Cônjuge	15
	Cônjuge e parentes próximos	33
	Parentes próximos	42
<b>Prática de atividade física</b>	Sim	17
	Não	83
<b>Situação Ocupacional</b>	Aposentado	91
	Artesã	1
	Serviços Gerais	2
	Comerciante	3
	Merendeira	1
	Padeiro	1
	Costureira	1

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

É importante comentar alguns aspectos encontrados na tabela 1, descrita anteriormente. A prevalência do sexo feminino, também foi observada por Pacheco e Santos (2004) em seu estudo com idosos em unidades de PSF. Estes autores relatam que, no Brasil, há muito tempo o número de mulheres idosas tem sido superior ao de homens. Este aspecto

pode ser explicado, segundo Davim et al (2004), por meio da mortalidade diferenciada entre os sexos, algo bastante presente na população brasileira.

Quanto à escolaridade, evidencia-se que 40% dos idosos não são alfabetizados e 48% disseram ter o ensino fundamental incompleto. Tal configuração parece coerente com o que tem sido observado em outros estudos desenvolvidos com a população idosa. Pacheco e Santos (2004), por exemplo, consideram que as dificuldades de acesso a educação eram bem maiores há décadas atrás, quando comparado com a atualidade, sobretudo para as mulheres, acarretando, portanto, a grande incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade.

Dos idosos participantes deste estudo, a maioria (88%) reside em casa própria e convivem com o cônjuge e parentes próximos (75%). Estes dados, de acordo com Caldas (2003), trazem aspectos positivos, a partir da compreensão de que o fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um declínio na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo indicador de risco de mortalidade.

Para Pacheco e Santos (2004) a convivência no domicílio de filhos casados pode estar relacionada à situação de desemprego que enfrenta o nosso país, a partir do momento que estes filhos adultos desempregados recorrem aos pais cujas aposentadorias garantem a sobrevivência de toda a família.

Outro fator interessante de destacar foi a religiosidade dos idosos desta amostra. Todos referiram possuir uma religião, sendo a religião católica mais citada com 73% dos idosos. Segundo Freire Jr. e Tavares (2005), a religião tem um papel incontestável no enfrentamento das mudanças ocorridas na velhice, facilitando a aceitação das perdas, sendo um dos recursos utilizados em situações difíceis.

Segundo Andrade (2003), a espiritualidade está, por natureza, inseparavelmente, ligada ao homem e pode ser entendida como a sensação do ser humano de estar inserido no mundo, de fazer parte, de pertencer ou de estar ligado a algo maior do que ele próprio.

Um dado relevante para este estudo foi à participação em atividades físicas. Apesar de a atividade física trazer benefícios para os idosos, estes enumerados de acordo com Pacheco e Santos (2004) como a socialização, a melhoria na auto-estima, estímulo a criatividade, combate a insônia, a promoção de um envelhecimento mais saudável e ativo, entre tantos outros, 83% dos idosos desta investigação não pratica atividade física.

Dos poucos idosos que praticam atividade física, a caminhada, foi à atividade mais relatada por eles. Esta atividade, considerada um movimento natural, de fácil realização, é do tipo aeróbica, deve ser praticada regularmente, no mínimo três vezes por semana, com

duração de trinta minutos ou mais, de acordo com a condição física do indivíduo. Apresenta muitos benefícios para os idosos como prevenção de doenças crônico-degenerativas e proporciona um envelhecimento com autonomia e independência funcional. (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2001)

Quanto à situação ocupacional, a aposentadoria foi referida em 91% dos idosos entrevistados. De acordo com Rodrigues (2000), a aposentadoria pode ser definida como a inatividade após um tempo de serviço ou como remuneração por essa inatividade. Esses dois aspectos podem ser decisivos para a compreensão das conseqüências ocasionadas nos indivíduos que se aposentam.

Até pouco tempo atrás, a sociedade valorizava a aposentadoria como o momento de desfrutar o tempo livre, realizar expectativas e desejos adiados por falta de tempo livre durante a vida ativa, enfim, como um tempo de aproveitar a vida. No entanto, os valores de aposentadoria e as políticas sociais comprometem essas expectativas. (ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007)

Segundo Graeff (2002), a aposentadoria ainda traz aspectos contraditórios, quando analisados em relação ao tipo de trabalho realizado. Quando se trata de algo penoso, repetitivo, a aposentadoria pode representar uma libertação do sofrimento e do desgosto. Quando o trabalho era gratificante e enriquecedor, a cessação da atividade aparece como um tormento e há um desejo para uma liberdade de escolha relativa à época e à idade para se aposentar.

Socialmente, ainda parece sobressair a idéia de idoso associado a uma figura improdutiva, decadente, necessitado e, por isso, dependente e excluído, principalmente, do universo do trabalho. Numa sociedade que prega a eficiência, a produção e a estética como valores essenciais, a aposentadoria funciona como selo de inutilidade. O aposentado sofre discriminação, ampliando ainda mais a representação de declínio, de disfunção social e de referências negativas. (CAMACHO, 2002; GARCIA et al, 2006)

#### **4.2 A Capacidade Funcional dos Idosos Entrevistados**

Como mencionado anteriormente à capacidade funcional é a manutenção da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma. (FRANCIULLI et al, 2007). Para avaliar esta capacidade nos idosos e, conseqüentemente, sua independência funcional, utilizou-se a Medida de Independência Funcional (MIF), considerando as seis dimensões teóricas: AUTOUIDADO, que se refere



às atividades desempenhadas para manter o bem-estar, ou seja, cuidar-se de si mesmo, relacionadas à alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se e uso do vaso sanitário; **CONTROLE DE ESFÍNCTERES**, que se refere ao controle de reter a urina e as fezes; **TRANSFERÊNCIAS**, que se refere à capacidade do indivíduo se transferir do leito para cadeira (ou cadeira de rodas), para o vaso sanitário e para o chuveiro; **LOCOMOÇÃO**, que se refere ao deslocamento durante a marcha, seja em bipedestação ou na cadeira de rodas, e a capacidade de subir e descer escadas; **COMUNICAÇÃO**, que se refere à compreensão e expressão; **COGNIÇÃO SOCIAL**, que está relacionada à interação social, resolução de problemas pessoais e memória.

As tarefas avaliadas durante a aplicação da MIF receberam uma classificação em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo o valor 1 correspondente a dependência total; 2 relativo a assistência máxima; 3 equivalente a assistência moderada; 4 relacionado a assistência mínima; 5 correspondente a supervisão, estímulo ou preparo, onde é necessária a presença, controle, sugestão ou encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, é necessário que a outra pessoa, prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese ou prótese; 6 correspondente a independência modificada, na qual, as atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou são realizadas em tempo excessivo; e 7 relativo a independência completa, na qual as tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável.

Para avaliar detalhadamente as diferentes dimensões da medida de independência funcional, buscou-se calcular as pontuações médias destas dimensões para as distintas faixas etárias dos idosos envolvidas no estudo. Como se pode observar na Tabela 2.

**Tabela 2: Pontuação média dos idosos nas dimensões da MIF em função da faixa etária.**

Faixa-etária	Dimensões de Independência Funcional					
	1	2	3	4	5	6
60 a 65	6,88	6,91	6,94	6,74	6,90	6,60
66 a 70	6,98	6,98	7,00	6,91	7,00	6,42
71 a 75	6,79	6,92	6,78	6,50	6,97	5,94
76 a 80	6,97	6,95	7,00	6,95	7,00	6,58
81 a 85	6,96	6,87	6,92	6,87	7,00	6,42
86 a 93	6,50	7,00	7,00	6,00	7,00	5,89

*Nota:* 1 = Autocuidado; 2 = Controle de esfíncteres; 3 = Transferência; 4 = Locomoção; 5 = Comunicação; 6 = Cognição social.

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

O cálculo das pontuações totais da MIF permitiu observar que todos os idosos apresentaram independência funcional para a realização das atividades analisadas. Como já esperado, os idosos desta amostra apresentaram resultados que confirmam a pertinência da

participação dos mesmos, no presente estudo. Entretanto, ainda pode-se observar na tabela 2, que apesar de ter idosos com faixa etária elevada, estes são independentes funcionalmente, não necessitando, assim, de ajuda de outra pessoa para realização de suas atividades. Estando estes classificados nos níveis 7 e 6 que correspondem a independência completa e independência modificada respectivamente.

Ainda pode-se verificar que os idosos apresentaram menor média na dimensão 6 – cognição social, o que é justificável, pois são avaliadas neste item atividades como resolução de problemas e memória o que exige mais da esfera do funcionamento psicológico e intelectual. Apesar disso, é preciso reconhecer que, em termos gerais, nesta amostra todos os idosos apresentam independência funcional. De fato, a análise das diferentes dimensões da independência funcional corrobora a inclusão dos idosos no presente estudo. Não obstante, parece pertinente reconhecer e identificar alguns aspectos adicionais referente às suas condições de saúde.

### 4.3 Condições de Saúde dos Idosos do Estudo

Uma descrição das condições de saúde da amostra pode se observada na Tabela 3.

**Tabela 3: Distribuição das patologias relatadas pelos idosos (n = 100)**

<b>Patologia</b>	<b>%</b>
Alergia	1,0
Trombose venosa profunda	1,0
Diabetes	2,0
Dor na coluna	3,0
Cardiopatias	4,0
Acidente vascular encefálico	6,0
Hipertensão + outras patologias	58,0
Outras patologias relatadas	4,0
Sem relato de patologia	21,0

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa

Conforme distribuição desta tabela percebe-se que 79% dos idosos relataram ser portador de no mínimo uma patologia. De maneira geral, os participantes do estudo apresentam doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, o que parece consonante com os resultados verificados em outros estudos envolvendo amostras de idosos.

Ramos (2003), por exemplo, encontrou em seus estudos que 90% dos idosos apresentaram pelo menos uma patologia. Segundo Garcia et al (2005), as patologias mais comuns são hipertensão arterial, diabetes, artroses, afecções respiratórias, acidente vascular encefálico, insônia, cardiopatias diversas, infecções urinárias, deficiências visuais, entre

outras. E ainda acrescenta que estas patologias coexistem, chegando em média a seis condições crônicas aos 75 anos de idade. Reforçada pela diminuição ou perda da função de órgãos e sistemas biológicos, essas patologias podem gerar limitações e incapacidades funcionais, tornando o idoso dependente para realizar suas atividades.

Percebe-se que a hipertensão arterial foi à patologia mais freqüente nos relatos dos idosos a respeito da sua condição de saúde o que corrobora com Teixeira et. al. (2002), que relatam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma doença de alta prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa e dos casos de hipertensão, aproximadamente 90% é do tipo primário, cuja etiologia é desconhecida. Ainda alerta que se não detectada precocemente, a hipertensão poderá ocasionar uma série de distúrbios, levando há lesões de órgãos vitais como coração, cérebro e rins.

É interessante relatar que o item “outras patologias relatadas”, ainda na tabela 3, refere-se à ocorrência de artrose, artrites, osteoporose, hérnia de disco, erisipela, alterações na tireóide e problemas circulatórios.

Destaca-se, também, que 21% dos idosos não relataram ter alguma patologia durante a entrevista. Segundo a OMS (2005), a saúde dos idosos tem sido a pauta de vários estudos e pesquisas, ela deve ser vista numa perspectiva ampla, como resultado de um trabalho intersetorial e interdisciplinar de promoção de modos de vida saudável.

#### **4.4 Envelhecimento Ativo para Idosos: conteúdos/informações e posicionamentos apreendidos a partir do ALCESTE.**

O *corpus* analisado foi denominado envelhecimento ativo e foi formado das respostas das entrevistas, logo, foi composto por 778 palavras diferentes. Foram descartadas pelo programa as palavras com freqüência inferior a 3 e após a redução em suas raízes, obtiveram-se 159 palavras analisáveis e 30 palavras instrumentais<sup>1</sup>. As 159 palavras analisáveis ocorreram 2965 vezes.

Este corpus foi dividido em 172 UCE's (Unidade de Contexto Elementar corresponde a segmentos de textos dimensionados pelo programa em função do tamanho do corpus, respeitando a pontuação). E no que se refere ao envelhecimento ativo para os idosos, o ALCESTE construiu quatro classes, que foram denominadas a partir do seu discurso e se encontram dispostas no quadro a seguir.

---

<sup>1</sup> São consideradas palavras instrumentais os articuladores discursivos como artigos, preposições, etc., que embora fundamentais à organização do texto, não têm contribuição direta à construção argumentativa que se está operando. As formas que constroem o sentido do objeto da comunicação são consideradas formas analisáveis.

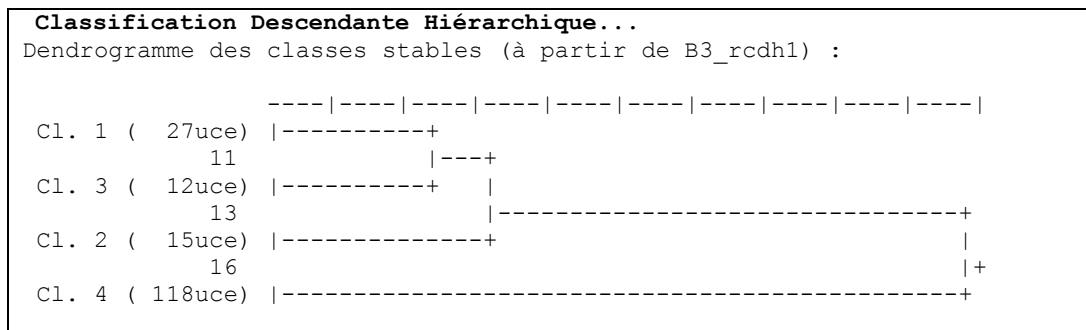
Classes ou Categorias Semânticas	
<b>Classe 4</b>	Situações de vida dos idosos
<b>Classe 2</b>	Idoso ativo e as atividades domésticas
<b>Classe 3</b>	Idoso ativo e a atividade física
<b>Classe 1</b>	Idoso ativo e o lazer

**Quadro 1 – Distribuição das classes ou categorias semânticas**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

Os Quadros 2 e 3 mostram o dendograma que representa o produto da Classificação Hierárquica Descendente, ilustrando a distribuição das 172 UCE's e as relações entre as classes.

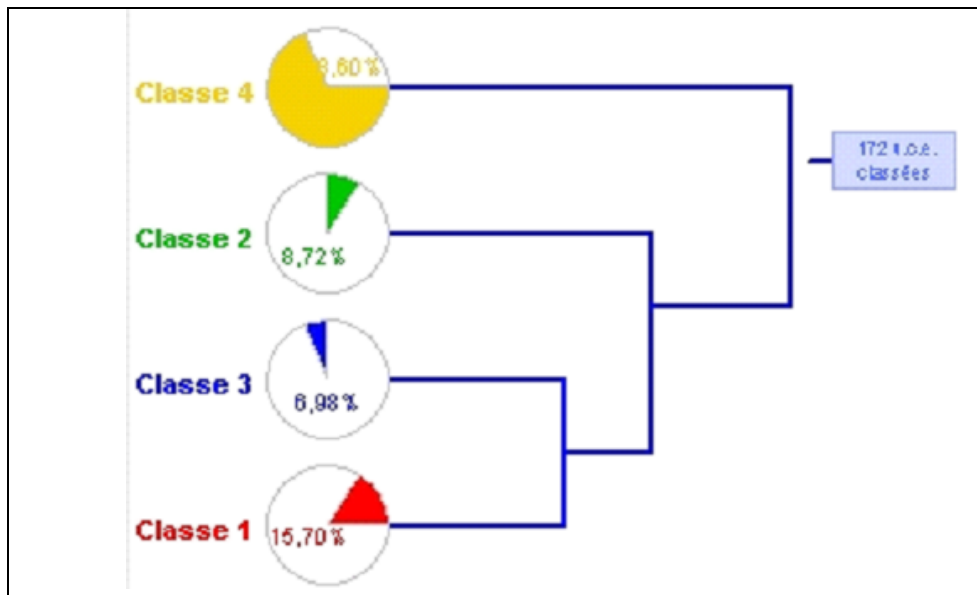


**Quadro 2 – Dendograma das classes estáveis**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

Esta distribuição pode ser observada no quadro a seguir.



**Quadro 3 – Distribuição das UCE's e suas contribuições nas Classes/Categorias Temáticas**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

É possível observar a formação de dois eixos principais, o primeiro vai formar a classe 4, a maior delas, que se refere aos aspectos gerais relacionados a vida dos idosos, trazendo

pontos negativos do envelhecer. E o segundo formará as outras três classes que trazem os aspectos relacionados ao idoso ativo e estão mais próximas uma das outras, onde encontraremos um discurso mais voltado para características positivas do envelhecimento.

A descrição das classes será apresentada de acordo com a seqüência apresentada no quadro 3, levando em consideração a relação entre elas.

#### **CLASSE 4 – Situações de Vida dos Idosos**

A classe 4, considerada a maior delas, denominada de aspectos gerais relacionados a vida dos idosos, é formada por 118 UCE's (68,6%), cujos discursos relacionam-se a situação de moradia, a religião, como também traz aspectos negativos como doenças e a não realização de atividade física.

As palavras que mais se destacaram foram: RESIDE ( $Khi^2 = 107$ ), CASA PROPRIA ( $Khi^2 = 84$ ), ATIVIDADE FÍSICA ( $Khi^2 = 69$ ), CATÓLICO ( $Khi^2 = 59$ ), HIPERTENSÃO ARTERIAL ( $Khi^2 = 42$ ), CÔNJUGE ( $Khi^2 = 36$ ), DOENÇA ( $Khi^2 = 20$ ), EVANGÉLICO ( $Khi^2 = 12$ ).

*“[...] é católico, reside em casa própria com cônjuge e parentes próximos, não pratico atividade física, não trabalho, tenho hipertensão arterial e seqüelas de AVC [...]”*

*“[...] o idoso tem doença, tem aposentadoria, tem netos, tem memória fraca e está perto da morte [...]”*

É interessante destacar que nesta classe surgem palavras que não são encontradas em outras classes, como: abusado, dependente, desprezo, dificuldade, discriminado, lembrança, morte, passado, preconceito, saudade, teimoso e velhice. A seguir são demonstrados alguns trechos das falas em que algumas destas palavras são evidenciadas.

*“[...] o velho tem dor, é **dependente**, é solitário, toma remédio e está a caminho do fim [...]”*

*“[...] o velho sofre **preconceito** [...]”*

*“[...] o idoso é velho, sem memória, é esquecido, não anda sozinho, sofre muito, é **desprezado** [...]”*

*“[...] o idoso é **decaência física**, tem **dificuldades** [...]”*

*“[...] o idoso tem cabelos brancos, tem hipertensão arterial, é **teimoso**, é sem memória, é **caduco**. [...]”*

Esses achados corroboram com o que disseram outros autores acerca da representação do envelhecimento estar associada a termos negativos, como exemplo, Uchôa (2003) afirmou que esta visão deficitária do envelhecimento é consequência de uma sociedade que valoriza a produção, o rendimento, a juventude e a beleza, e ainda alerta para a marginalização que uma definição tão negativa da velhice impõe aos idosos. Uma distribuição dos contextos analisados nesta classe pode ser visualizada no quadro 4, a seguir.

-----  
**Classe n° 4 => Contexte D**  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 118. soit : 68.60 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 2832. soit : 82.33 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 16.46

num	effectifs	pourc.	chi2	identification
1	7.	7.	100.00	3.34 abandon+
2	9.	9.	100.00	4.35 abusado
4	6.	6.	100.00	2.85 acidente
12	5.	5.	100.00	2.36 antigo
15	10.	11.	90.91	2.71 aposentadoria
16	7.	7.	100.00	3.34 artrose
19	6.	6.	100.00	2.85 atencao
21	85.	87.	97.70	69.20 atividade_fisica
28	6.	6.	100.00	2.85 cansaco
30	10.	10.	100.00	4.86 cardiopatia
31	5.	5.	100.00	2.36 carente
33	6.	6.	100.00	2.85 casa_alugada
35	89.	89.	100.00	84.40 casa_propria
37	74.	74.	100.00	59.44 catolico
38	6.	6.	100.00	2.85 cerebral
39	5.	5.	100.00	2.36 chato
42	54.	54.	100.00	36.02 conjuge
46	5.	5.	100.00	2.36 cuidado
52	10.	10.	100.00	4.86 depend+
54	10.	10.	100.00	4.86 desprez+
57	9.	9.	100.00	4.35 diabetes
58	11.	11.	100.00	5.38 dificuldade+
60	9.	9.	100.00	4.35 discrimin+
63	39.	40.	97.50	20.20 doenca+
72	8.	8.	100.00	3.84 esquecido
73	5.	5.	100.00	2.36 esquecimento
75	23.	23.	100.00	12.15 evangelico
77	13.	14.	92.86	4.16 experiencia+
80	10.	10.	100.00	4.86 familia
85	16.	17.	94.12	5.70 fisica
86	6.	6.	100.00	2.85 fisioterapia
89	7.	7.	100.00	3.34 frac+
91	7.	7.	100.00	3.34 gosta
92	60.	60.	100.00	42.17 hipertensao_arteria
93	8.	8.	100.00	3.84 idade
97	5.	5.	100.00	2.36 insonia
102	10.	10.	100.00	4.86 lembr+
104	6.	6.	100.00	2.85 memoria
107	9.	9.	100.00	4.35 morte
113	11.	11.	100.00	5.38 osteoporose
115	75.	75.	100.00	60.86 parentes
117	10.	10.	100.00	4.86 pass+
120	101.	107.	94.39	87.42 pratic+
122	10.	10.	100.00	4.86 preconceito
124	5.	5.	100.00	2.36 preocupac+
125	5.	5.	100.00	2.36 presta
127	75.	76.	98.68	57.20 proximo+
130	99.	99.	100.00	106.75 reside
132	22.	22.	100.00	11.54 respeit+
135	7.	7.	100.00	3.34 saudade
137	6.	6.	100.00	2.85 sequel+
139	17.	18.	94.44	6.23 sofre+
140	5.	5.	100.00	2.36 sofrimento
141	6.	6.	100.00	2.85 solidao
143	7.	7.	100.00	3.34 teimos+
144	5.	5.	100.00	2.36 tempo
146	110.	134.	82.09	51.21 trabalh+
151	5.	5.	100.00	2.36 valor+
152	6.	6.	100.00	2.85 vascular
153	11.	11.	100.00	5.38 velhice
154	85.	90.	94.44	58.52 velho+
206 *	35.	45.	77.78	2.38 *Sex_1

Nombre de mots sélectionnés : 75

Nombre de mots marqués : 179 sur 189 soit 94.71%

**Quadro 4 – Distribuição dos contextos analisados na classe 4**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

## CLASSE 2 –Idoso Ativo e as Atividades Domésticas

A classe 2, denominada aspectos relacionados ao idoso ativo e as atividades domésticas, detém 15 UCE's (8,72%), traz aspectos positivos relacionados ao envelhecimento e relaciona o idoso ativo a tarefas domésticas, como cuidados com a casa, a independência para resolução de seus problemas e para andar sozinho, embora já apresente alguns aspectos negativos (com menor significância) relacionados ao idoso ser enxerido e “querer ser novo”.

Esta classe é definida por 29 palavras e as que mais se destacaram foram: RESOLVE ( $\text{Khi}^2 = 76$ ), TRABALHADOR ( $\text{Khi}^2 = 33$ ), CUIDAD+ ( $\text{Khi}^2 = 18$ ), ANDA ( $\text{Khi}^2 = 10$ ).

*“[...] o idoso ativo é trabalhador, toma conta da casa, resolve seus problemas, faz compras sozinho, cuida dos netos [...]”*

*“[...] o idoso ativo é responsável, é inteligente, sai sozinho, é independente, cuida da casa [...]”*

*“[...] o idoso ativo é enxerido, é namorado, quer ser novo, anda, passeia, é trabalhador [...]”*

O envelhecimento nesta classe é visto como uma fase ativa, na qual os idosos trabalham em seus lares, nos afazeres domésticos, cuidam da casa, cozinham, fazem compras, cuidam dos netos, ajudam os familiares, administram suas vidas. Estes achados confirmam o que Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) já mencionaram, para que o envelhecimento seja bem sucedido, deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. Uma distribuição dos contextos analisados nesta classe pode ser visualizada no próximo quadro.

-----					
Classe n° 2 => Contexte B					
-----					
Nombre d'u.c.e.	:	15.	soit :	8.72 %	
Nombre de "uns" (a+r)	:	187.	soit :	5.44 %	
Nombre de mots analysés par uce :		8.53			
num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
10	5.	17.	29.41	10.15	anda
22	15.	56.	26.79	34.04	ativo
36	5.	15.	33.33	12.51	cas+
48	5.	12.	41.67	17.59	cuid+
69	2.	4.	50.00	8.77	enxerido
88	1.	3.	33.33	2.32	forte
94	15.	149.	10.07	2.54	idoso+
96	3.	13.	23.08	3.64	independ+
110	1.	3.	33.33	2.32	nervos+
111	2.	6.	33.33	4.73	novo
126	7.	16.	43.75	27.19	problema+
131	7.	7.	100.00	76.37	resolve
134	2.	8.	25.00	2.79	sab+
142	6.	27.	22.22	7.33	sozinho
145	4.	5.	80.00	32.87	trabalhador
191 *	9.	70.	12.86	2.54 *	*Esc_1
198 *	5.	33.	15.15	2.12 *	*Ida_3
233 *	1.	3.	33.33	2.32 *	*Suj_025
263 *	1.	3.	33.33	2.32 *	*Suj_055
279 *	1.	3.	33.33	2.32 *	*Suj_071
296 *	1.	3.	33.33	2.32 *	*Suj_088
Nombre de mots sélectionnés :		29			

**Quadro 5 – Distribuição dos contextos analisados na classe 2**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

### CLASSE 3 –Idoso Ativo e a Atividade Física

A classe 3, denominada aspectos relacionados ao idoso ativo e a atividade física é formada por 12 UCE's, (6,98%), cujos discursos ainda estão relacionados a aspectos positivos do envelhecimento, no entanto, relacionam o idoso ativo a prática de atividade física, a realização de exercícios físicos, como a caminhada e ainda relacionam a aspectos como bom, felicidade e presenças de força e saúde.

Foram selecionadas nesta classe 15 palavras com destaque para: EXERCÍCIO ( $Khi^2 = 113$ ), CAMINHADA ( $Khi^2 = 29$ ), BOM ( $Khi^2 = 12$ ), FORÇA ( $Khi^2 = 12$ ).

*[...] o idoso ativo tem saúde, é bom, faz caminhada, faz exercício e tem felicidade [...] idoso ativo é bom, faz exercício, tem saúde, tem força, tem agilidade [...] “[...] o idoso ativo anda de bicicleta, faz exercício, tem trabalho, faz sexo, faz caminhada [...]*

Esta classe evidenciou a realização de atividade física e está, também, associada à saúde, o que aponta para o que diz a OMS acerca da participação de idosos em atividades físicas leves e moderadas como ajudante no retardo dos declínios funcionais, melhorando a saúde motora e mental. (BENEDETTI et al, 2008)

Uma distribuição dos contextos analisados nesta classe pode ser visualizada no quadro abaixo.

----- Classe n° 3 => Contexte C -----					
Nombre d'u.c.e.		:	12.	soit :	6.98 %
Nombre de "uns" (a+r)		:	132.	soit :	3.84 %
Nombre de mots analysés par uce :			7.75		
num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
6	5.	24.	20.83	8.25	alegr+
22	12.	56.	21.43	26.72	ativo
27	7.	19.	36.84	29.35	caminh+
76	9.	10.	90.00	112.76	exercicio+
82	2.	5.	40.00	8.65	felicidade
84	1.	3.	33.33	3.27	fest+
87	2.	4.	50.00	11.68	forca+
99	1.	3.	33.33	3.27	juventude
136	7.	42.	16.67	8.04	saud+
173 *	3.	8.	37.50	12.04 *	bom
201 *	1.	4.	25.00	2.05 *	*Ida_6
202 *	4.	26.	15.38	3.34 *	*Proc_1
207 *	11.	127.	8.66	2.12 *	*Sex_2
244 *	1.	3.	33.33	3.27 *	*Suj_036
<b>Nombre de mots sélectionnés</b>		:	<b>15</b>		

**Quadro 6 – Distribuição dos contextos analisados na classe 3**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.



### CLASSE 1 – Idoso Ativo e o Lazer

A classe 1, detém 27 UCE's (15,7%), centra-se, também, em aspectos positivos do envelhecimento, no entanto, correlaciona o idoso ativo a aspectos relacionados ao lazer, trazendo o idoso como indivíduo alegre, inteligente, independente, que passeia e se diverte. O destaque nesta classe é para a idade dos idosos que variou de 60 a 65 anos, ou seja, que estão no início do envelhecimento.

Nesta classe foram selecionadas 20 palavras, em que se pode destacar: ALEGRIA ( $Khi^2 = 46$ ), INTELIGÊNCIA ( $Khi^2 = 39$ ), PASSEIO ( $Khi^2 = 33$ ), INDEPENDÊNCIA ( $Khi^2 = 15$ ), ENERGIA ( $Khi^2 = 11$ ), DIVERSÃO ( $Khi^2 = 6$ ).

*[...] o idoso ativo tem inteligência, faz atividades, tem independência, é alegre, tem felicidade [...] o idoso ativo tem saúde, tem alegria, tem diversão, tem energia, e tem esperança [...] o idoso ativo é alegre, vai à festa, toma bebida, faz passeio, é simpático [...]*

Nesta classe o idoso ativo é relacionado a atividades de lazer. Para Joia, Ruiz e Donalisio (2007) a procura pelo lazer poderia estar associada à fuga da solidão. Já Ávila, Guerra e Meneses (2007), relacionam esta fase da vida a um momento de desfrutar o tempo livre, como um tempo de aproveitar a vida.

Héredia e Casara (2000) em sua pesquisa evidenciaram que as opções de lazer vão variar de acordo com o sexo, a idade, a situação socioeconômica, a aptidão física, os aspectos socioculturais, bem como o ambiente em que se vive. Em seus achados observaram a preferência masculina por atividades como assistir televisão, ouvir rádio e ler, e uma preferência feminina por atividades mais ligadas a socialização, como participar de grupos, passear e dançar.

Já Benedetti et al (2008), evidenciou o domínio lazer como a preferência para o sexo masculino e o domínio das atividades domésticas, para o sexo feminino.

Uma distribuição dos contextos analisados nesta classe pode ser visualizada no quadro a seguir.

-----  
**Classe n° 1 => Contexte A**  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 27. soit : 15.70 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 289. soit : 8.40 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 7.30

num	effectifs	pourc.	chi2	identification
6	15.	24.	62.50	alegr+
20	9.	26.	34.62	atividade+
22	27.	56.	48.21	ativo
61	2.	3.	66.67	diversao
68	3.	4.	75.00	energia
81	14.	56.	25.00	faz+
88	2.	3.	66.67	forte
94	27.	149.	18.12	idoso+
96	7.	13.	53.85	independ+
98	9.	11.	81.82	intelig+
100	3.	5.	60.00	lazer
116	8.	10.	80.00	passer+
136	11.	42.	26.19	saud+
192 *	16.	80.	20.00	*Esc_2
196 *	16.	73.	21.92	*Ida_1
207 *	24.	127.	18.90	*Sex_2

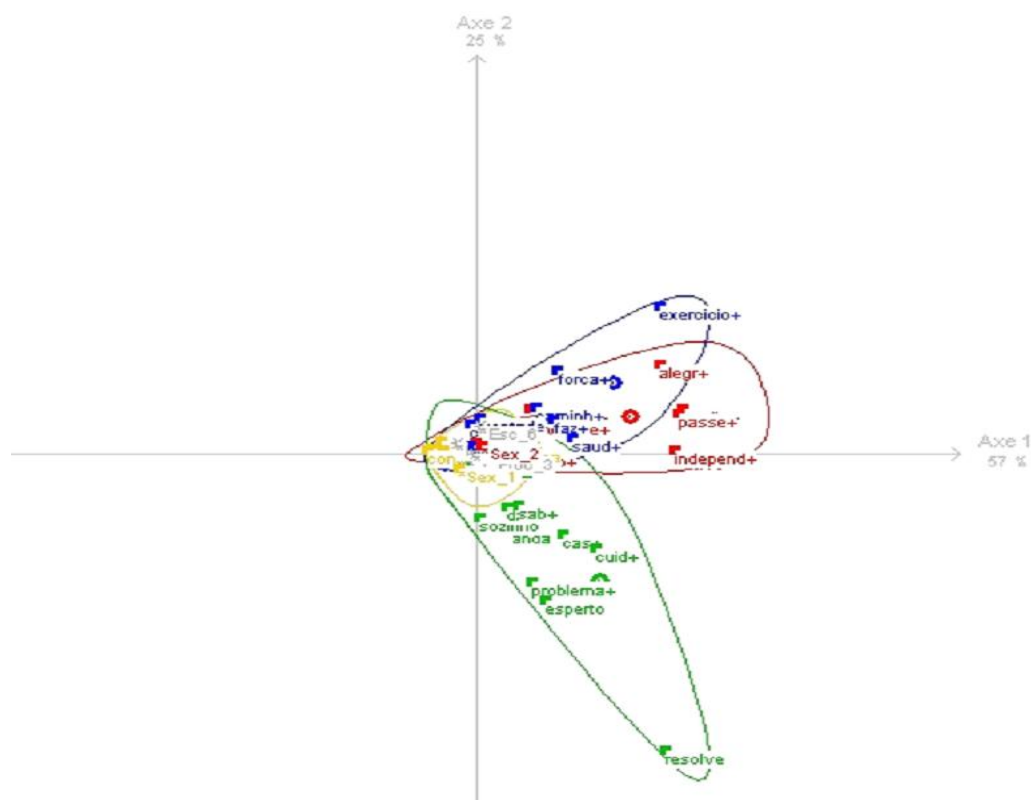
Nombre de mots sélectionnés : 20

**Quadro 7 – Distribuição dos contextos analisados na classe 1**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

Podo-se observar no plano fatorial exposto no gráfico 1, que as três classes que se relacionam aos aspectos do idoso ativo (classe 2, 3 e 1), encontram-se acima do eixo 1, trazendo aspectos positivos do envelhecer e a classe 4 traz características mais negativas do envelhecer, estando abaixo do eixo 1.



**Gráfico 1 – Plano Fatorial – Projeção das palavras analisadas, a partir do ALCESTE**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

#### 4.5 Os Sentidos Atribuídos ao Envelhecimento: as imagens sobre idoso, velho e idoso ativo a partir do Tri-Deux Mots

Após a construção do dicionário e agregação dos conteúdos, os dados foram lançados no *software* Tri-Deux-Mots para possibilitar a redução dos dados verbais volumosos num tempo reduzido, ou seja, a Análise Fatorial reduziu a complexidade de uma grande quantidade de variáveis à estrutura relativamente simples consistindo por um número menor de fatores, que são combinações lineares de variáveis observadas. Esse tipo de análise permitiu distinguir correlações (positivas e negativas) entre os diferentes grupos de pertença, do mesmo modo que foi possível apreender graficamente a atração entre variáveis fixas e as variáveis de opiniões ou modalidades, que correspondem às palavras evocadas pelos sujeitos.

Após inserção no banco de dados das variáveis fixas codificadas (Quadro 8) em números, seguem-se as variáveis de opinião ou palavras-resposta dispostas em linhas, emitidas por cada indivíduo com relação a todos os estímulos indutores.

Grupo de Pertença
0151 – sexo feminino
0152 – sexo masculino
0161 – procedência interior/PB
0162 – procedência capital/PB
0163 – procedência outros estados
0171 – escolaridade analfabeto
0172 – escolaridade fundamental completo e incompleto
0173 – escolaridade ensino médio
0174 – escolaridade superior

**Quadro 8 – Grupo de pertença**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

Os dados representados graficamente a seguir referem-se aos estímulos: IDOSO, VELHO e IDOSO ATIVO. Neste direcionamento, percebeu-se que a partir dessa técnica obteve-se um somatório igual a 1394 palavras evocadas pelos participantes, desse somatório 269 palavras são diferentes, que representam as reações dos atores sociais em relação aos estímulos indutores. A análise dos dados coletados realizou-se através da leitura gráfica das representações, que estão distribuídas de maneira oposta sobre dois fatores/eixos (F1 e F2), observadas no gráfico 2:

Plano Fatorial	Variáveis de opinião/ Estímulos indutores
<b>Fator 1 (F1)</b> = vermelho, localiza-se no eixo horizontal à direita e à esquerda. <b>Fator 2 (F2)</b> = azul, localiza-se no eixo vertical superior e inferior. <b>Fator 1 e 2 (F1 e F2)</b> = verde, localiza-se nos dois eixos As variáveis fixas são as que estão no gráfico na cor preta.	1 = Idoso 2 = Velho 3 = Idoso ativo

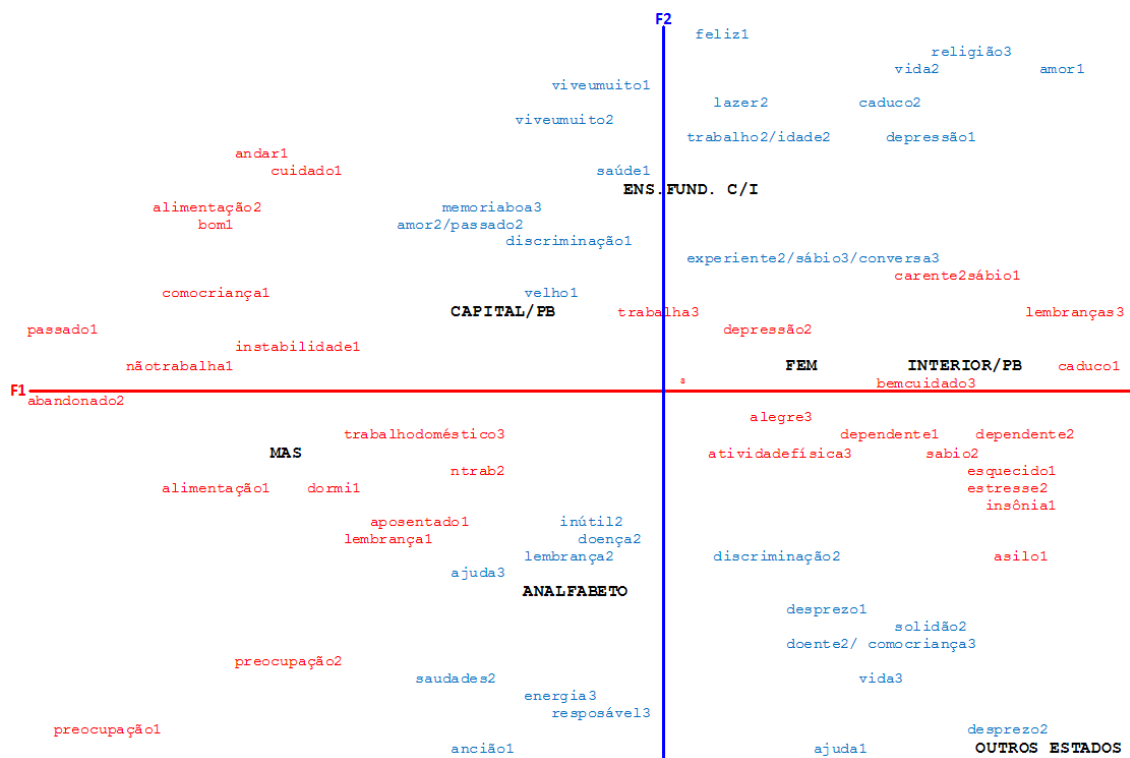
**Quadro 9 – Plano Fatorial (Tri-Deux Mots).**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

O espaço fatorial constituído dos fatores (F1 e F2) e delimitado pelas respostas aos três estímulos indutores (idoso, velho e idoso ativo) revela a existência de agrupamentos representacionais, que evidenciam as semelhanças e diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos atores sociais.

Desse modo, no primeiro fator (F1), representado pela cor vermelha, na linha horizontal, encontra-se as representações de valor estatístico mais significativo, explicando 33,9% da variância total das respostas. Enquanto o segundo fator (F2), na linha vertical de cor azul, representa 25,5% da variância total das respostas. Pode-se verificar que a soma das variâncias perfaz um total de 59,4%, desse modo, pondera-se que estatisticamente os dados são significativos, ou seja, satisfatórios para a interpretação dos resultados.



**Gráfico 2 – Plano Fatorial de Correspondência das Representações acerca do idoso, velho e idoso ativo, elaboradas pelos idosos.**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

Observa-se no campo semântico do Eixo 1 - F1 (cor vermelha), ao centro e nas margens direita e esquerda, as modalidades mais consensuais elaboradas pelos idosos. Observa-se (a direita) que para os participantes do estudo do sexo **feminino** e de procedência do **interior/PB** o IDOSO (estímulo 1) é um «sábio», embora seja considerado um «caduco», é «dependente», «esquecido» e sofre de «insônia» e lembrando o «asilo». O VELHO (estímulo 2) é representado como uma pessoa «carente» que sofre de «depressão» por ser «dependente»; é considerado um indivíduo «sábio» e não vivencia «estresse». O IDOSO ATIVO (estímulo 3) representa uma pessoa «alegre», que tem «trabalho», que pratica «atividade física», é «bem cuidado» e tem «lembrança»

Ainda no Eixo 1, inversamente (a esquerda) encontram-se as representações dos participantes do sexo **masculino** e de procedência da **capital/PB** que associam o IDOSO a alguém que «não trabalha», «aposentado», tem «instabilidade», que precisa de «cuidado», de «alimentação certa», é uma pessoa que «dorme muito», associado a uma «criança» e ao «passado», entretanto, têm «lembranças», «preocupação» e é um «andarilho». O VELHO é considerado «abandonado», «não trabalha» e que precisa de uma «alimentação» acarretando «preocupação». Pode-se observar que os idosos associam o IDOSO ATIVO ao «trabalho doméstico».

No campo semântico do Eixo 2 - F2 (cor azul) observa-se, na periferia superior que os participantes com **ensino fundamental** e de procedência da **capital/PB** associaram o estímulo IDOSO a uma pessoa «feliz» que inspira «amor»; tem «depressão», sofre «discriminação» precisa cuidar da «saúde», pois é «velho» e «viveu muito». VELHO é associado a «vida» que precisam de «lazer» e «trabalho»; é considerado um «caduco» com «idade», pois «viveu muito», com um «passado»; é uma pessoa «experiente» e inspira «amor». O estímulo IDOSO ATIVO é associado a «religião», «sábio», «conversa», «memória boa».

No Eixo 2, na margem inferior, verifica-se que os idosos **analfabetos** e de procedência de **outros estados** representam o IDOSO como um «ancião» que necessita de «ajuda» e sofre «desprezo». VELHO é representado como um «doente», «inútil» por vivenciar «doença», sofre «discriminação», «solidão» e «desprezo»; é centrado na «lembrança», e «saúde repleta». O estímulo IDOSO ATIVO é comparado a uma «criança», embora seja «responsável», tem «energia», «ajuda» o próximo e é associado à própria «vida».

Observa-se a partir da distribuição das palavras evocadas no plano fatorial de correspondência que os estímulos IDOSO e VELHO, foram associados a aspectos com conotações positivas e negativas. No entanto, para o estímulo IDOSO ATIVO, embora tenham conotações negativas existem sentidos mais positivos no olhar dos idosos investigados.

A seguir encontram-se as frequências das palavras mais evocadas, relativas aos estímulos indutores (idoso, velho e idoso ativo).

<b>Estímulo 1 - IDOSO</b>	<b>Estímulo 2 - VELHO</b>	<b>Estímulo 3 – IDOSO ATIVO</b>
Abandonado (F =30)	Chato (F = 60)	Atividade física (F = 102)
Aposentado (F =30)	Depressão (F = 39)	Alegre (F = 105)
Cuidado (F = 30)	Desrespeito (F = 42)	Bom (F = 39)
Depressão (F = 36)	Discriminação (F = 33)	Conversa (F = 54)
Desprezo (F = 51)	Doença (F = 63)	Disposição (F = 66)
Discriminado (F = 30)	Doente (F = 39)	Independência (F = 126)
Doença (F = 66)	Experiência (F = 33)	Lazer (F = 105)
Doente (F = 39)	Limitação (F = 84)	Memória boa (F = 36)
Esquecimento (F = 36)	Morte (F = 42)	Trabalha (F = 153)
Experiência (F = 39)	Não trabalha (F = 51)	Saúde (F = 90)
Inútil (F = 54)	Respeito (F = 30)	Sábio (F = 63)
Limitação (F = 90)	Triste (F = 42)	
Respeito (F =33)		
Velho (F =84)		

**Quadro 10 – Frequências relativas aos estímulos indutores.**

Fonte: FERREIRA, 2008.

Dados da pesquisa.

As palavras associadas aos estímulos IDOSO e VELHO apresentam semelhanças e representam, no geral, aspectos negativos. Entretanto, em um estudo sobre idoso e velhice realizado por Ávila, Guerra e Meneses (2007) encontraram distinções entre estas categorias, na primeira eles se reconhecem como velhos e relatam que a velhice não tem um momento certo para iniciar; na segunda categoria, os indivíduos se sentem envelhecidos, mas não se consideram velho.

A palavra “velho” (Quadro 11) foi associada ao estímulo IDOSO o que pode justificar as semelhanças nas respostas. É interessante destacar a palavra “limitação”, com a maior frequência para este estímulo e está relacionada à limitação funcional, como exemplo: dificuldades para alimentação, para caminhar, para aprender, para jogar futebol, déficit de equilíbrio, visão, e audição, fraqueza, restrições quanto a fumar, comer de tudo, viajar sozinho, pegar peso, fazer sexo e medo de quedas.

Ao estímulo VELHO, pode-se observar que a palavra “limitação” também apresentou maior frequência, relacionando-se aos mesmos aspectos anteriormente citados.

Entretanto, faz-se relevante destacar o termo “morte” que surge como resposta a este estímulo com frequência igual a 42.

Para IDOSO ATIVO, observa-se uma associação significativa aos aspectos positivos do envelhecer, destacam-se os termos “trabalha”, “independência”, “lazer”, “alegre” e “atividade física”. Estes termos representam o idoso ativo como indivíduo independente funcionalmente, que possui autonomia e bem-estar. Neste sentido, Joia, Ruiz e Donalísio (2007), referem que o envelhecimento ativo, envelhecimento bem sucedido e qualidade de vida na velhice têm sido conceituados de maneira semelhantes, como satisfação pela vida.

Alguns estudos também apontam à mudança na representação da velhice e a formação de uma nova identidade do idoso, como uma velhice ativa, com possibilidades de realização, reforçando a importância da autonomia e da independência, o que se opõe ao tradicional discurso de envelhecimento passivo (ROSA et. al., 2003)

Ávila, Guerra e Meneses (2007) relatam que as imagens de tristeza, dores sem fim, isolamento e falta de perspectivas diante do envelhecimento, aos poucos, perdem seus lugares no imaginário coletivo. O idoso está aprendendo a importância e a necessidade de adotar hábitos saudáveis como forma de preservar e melhorar sua vida, saúde e bem estar.

#### **4.6 Conteúdos e Imagens: articulando os resultados**

Foi possível observar que os resultados apreendidos a partir da MIF, Teste da Associação Livre de Palavras e entrevista e submetidos à análise informática pelos *softwares* do ALCESTE e do TRI DEUX MOTS correlacionam-se entre si, possibilitando inferências a respeito das representações sociais sobre o «envelhecimento ativo» para idosos independentes funcionalmente.

O envelhecimento ativo é representado de modo polarizado com conteúdos e imagens negativas e positivas em que os sujeitos se posicionam frente ao envelhecimento de modo favorável e desfavorável, refletindo suas vivências e modos distintos de olhar o envelhecimento mais desfavorável retratando suas dificuldades cotidianas nos seus grupos de pertencimentos.

De acordo com Caldas (2003), o conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos resulta em uma crescente dependência, que se traduz por uma ajuda indispensável para a realização de atividades elementares da vida. No entanto neste estudo foi possível observar que os idosos participantes apresentaram-se independentes funcionalmente, permitindo se inferir que a dependência não é vista como um estado permanente, mas um

processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

Tais evidências foram evidenciadas a partir dos resultados analisados através do Alceste, quanto do Tri Deux Mots, a representação envelhecimento, sem estar associado à palavra ativo, foi baseada em aspectos negativos. Para Pacheco, Santos (2004) e Garcia et. al., (2005) o envelhecimento tem sido associado a aspectos negativos como: doenças crônicas, dependência, fragilidades, incapacidades e morte, cuja representação pode estar sendo influenciada pela cultura e/ou referências pessoais.

Quanto às representações sociais do envelhecimento ativo, nos dois tipos de análise, são associadas com conteúdos positivos. Este resultado é sugestivo de que 83% dos idosos investigados relataram não realizar atividade física, eles relacionam o idoso ativo a atividades domésticas, ao lazer e também a atividade física, o que poderia definir um não-sedentarismo. Mas, o que nos chama a atenção é o fato deles ligarem o envelhecimento ativo a independência funcional, ou seja, autonomia para realizar suas atividades diárias.



**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo procurou avaliar funcionalmente os idosos, apreender as representações sociais sobre o envelhecimento ativo para idosos considerados independentes funcionalmente e averiguar a relação destes idosos com as representações sociais construídas sobre o envelhecimento ativo, a partir de um estudo multi-método.

Os resultados obtidos demonstram que as representações sociais sobre envelhecimento ativo são permeadas por conteúdos positivos e negativos; no entanto, o envelhecer não associado à palavra «ativo» ainda é representado como «perdas» e «incapacidades», o que demonstra as dificuldades vivenciadas pelos idosos do estudo.

Para o envelhecimento ativo, são atribuídos os sentidos «lazer», prática de atividades físicas» e a «realização de atividades domésticas», levando os idosos a pensarem acerca de situações ao alcance de suas possibilidades, desde que estes, estejam inseridos em espaços que promovam o desenvolvimento do envelhecimento saudável, bem-sucedido e ativo.

Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida. Para tanto, é necessário, o planejamento de programas específicos de intervenção para eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional e a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Capacidade esta, que depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais, psicossociais, além do estilo de vida.

Para Freire Jr. e Tavares (2005), é essencial elaboração de estratégias que coloquem o idoso como coadjuvante no processo de manutenção de sua capacidade funcional e no processo de promoção de seu bem-estar, para que possa tornar realidade à prática de conceitos sobre envelhecimento ativo. As políticas públicas e modelos de promoção da saúde são fundamentais para prevenir os efeitos deletérios da incapacidade funcional e estas devem permitir que os idosos participem no controle de sua própria saúde, buscando o envelhecimento ativo e saudável.

Para Caldas (2003), é reconhecida a importância de políticas públicas direcionadas aos idosos que não apenas interfiram em aspectos relacionados à saúde, mas que permitam o combate ao preconceito, a valorização e a inserção na sociedade e estas, devem ser comprometidas, responsáveis e empenhadas em sua implementação.

É evidente, também, a necessidade da qualificação dos profissionais voltados especificamente para o atendimento ao idoso, assim como, a fiscalização por parte dos órgãos representativos dos profissionais de todas as áreas.

Faz-se necessário, também, uma educação para a velhice nos diversos espaços, que pode ser alcançada com a construção social de uma imagem mais positiva do envelhecimento. Isto poderá ser iniciado no ambiente familiar, o suporte da família e o convívio com entes queridos são entendidos como fatores primordiais para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável, podendo ser estimulado à participação na vida cotidiana. Nas escolas, pode ser proporcionados encontros intergeracionais, através de rodas de conversas com idosos da comunidade, favorecendo espaços de trocas, como também, inclusão de temas sobre o processo de envelhecimento no currículo das escolas. No trabalho, devem ser valorizadas as capacidades, habilidades profissionais e principalmente experiências adquiridas durante o decorrer da vida, bem como deve existir uma preparação para a aposentadoria.

Envelhecer é um privilégio para aqueles que alcançam esta etapa da vida e a valorização das experiências vivenciadas no decorrer da vida pelos idosos o torna uma autoridade histórica na transmissão de seus erros e acertos, que podem contribuir para a formação de uma consciência crítica sobre o presente.

Mesmo existindo as perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. Envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido em um contexto social e ainda refere-se ao idoso que é capaz de desenvolver suas potencialidades. Daí a importância do apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos, juntos na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento na nossa cultura.

## **REFERÊNCIAS**

ABRIC, J. C. (Org.). **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2003.

ALMEIDA, A. M. de O.; CUNHA, G. G. Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 16, n. 1, p. 147-155, 2003.

ANDRADE, O. G. de. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213, 2003.

AREOSA, S. V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? **Revista Virtual Textos & Contextos**. n. 3, ano III, dez, 2004

ÁVILA, A. H. de; GUERRA, M.; MENESES, M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Pensamento Psicológico**. v. 3, n. 8, p. 7-18, 2007.

ASSIS, M. de; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde dos idosos: uma revisão da literatura científica no período de 1900 a 2002. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BENEDETI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSK, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p: 302-307, 2008.

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. do; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 229-233, março-abril, 2002.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al (Org). **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, p. 511- 539, 2005.

CARVALHO, G. A. Avaliação Físico-Funcional do Paciente Idoso. In: Hargreaves, L. H. H. (org). **Geriatrics**. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicação do Senado Federal, 2006.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 735-743, mai-jun, 2003.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos se instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 518-524, maio-junho, 2004.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou Terceira Idade?** 3 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

DEBERT, G. G. As representações sociais (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para final de século. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social (Org.), 1996.

FRANCIULLI, S. E.; RICCI, N. A.; LEMOS, N. D.; CORDEIRO, R. C.; GAZZOLA, J. M. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 373-380, 2007.

FREIRE Jr., R. C.; TAVARES, M. de F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 147-158, set/2004fev/2005.

FREITAS, E. V. de; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GARCIA, M. A. A.; YAGI, G. H.; SOUZA, C. S. de; ODONI, A. P. de C.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 175-182, março-abril, 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, supl I, p: 3-6, 2002

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, mai-jun, 2003.

GRAEFF, L. Representações Sociais da Aposentadoria. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2002.

- GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e Sintomas em Geriatria**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B. **Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- HERZLICH, C. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, p. 57-70, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000.
- JODELET, D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.
- \_\_\_\_\_. **La Representación Social: Fenómenos, concepto y Teoría**. Bueno Aires: Paidós, 1986.
- JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p: 131-138, 2007
- LOPES, E. S. de; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**. v. 12, n. 2, p. 141-148, 2007.
- MAZO, G. Z; LOPES, M. A; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**. Porto alegre: Sulina, 2001.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Psicologia Social**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.
- \_\_\_\_\_. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 29-109.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.
- NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Universitária /UFPB, 2003. p. 51-79.
- NÓBREGA, S.; FONTE, E.; PAULA, F. Do amor e da dor. Representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estudos Psicologia**. Campinas, v. 22, n. 1, p: 77-87, 2005.
- OLIVEIRA, E. A.; PASIAN, S. R.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia: ciência e profissão**. n. 1, p: 68-83, 2001.
- OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**, 1990.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idoso em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. (org). **Velhice ou Terceira Idade?**. 3 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p: 793-798, mai-jun, 2003.

REINTER, M. Quel objet pour une analyse statistique de discours? Quelques réflexion à propos de la réponse Alceste. In: MELLET, S. **JADT**. Université de Nice, 1998. p. 557-569.

REIS, P. O.; CEOLIM, M. F. O significado atribuído a ser idoso por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Revista Escola Enfermagem da USP**. v. 41, n. 1, p. 57-64, 2007.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. v. 11, n. 02, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M. et al. Reprodutividade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. v. 8, n. 01, p. 45-52, 2001.

RODRIGUES, Nara Costa. Aspectos sociais da aposentadoria. In SCHONS, C. R. & PALMA, L. S. (org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS: UPF, 2000. p. 21-25.

ROSA, T. E. da C.; BENÍCIO, M. H. D'A.; LATORRE, M. do R. D. De O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**. v. 37, n. 1, p: 40-48, 2003.

SÁ, C. P. A. **Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C. FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, R. E. M. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 10, p: 757-764, 2002.

SILVA, A. O.; MORIYA, T. M. Conhecimento cotidiano sobre epilepsia e AIDS. In: GARCIA, T. R. ; SILVA, A. T. M. C. **Saúde & Realidade**. João Pessoa: Universitária, 2003. p. 13-41.



SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-347, mai-jun, 2003.

SPINK, M. J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Ed.Cortez, 1999.

TEIXEIRA, A. C.; CAVACANTE. O. T; LEITE, A. T; MESQUITA, M. E. Avaliação do Processo Adaptativo em Idoso Portador de Hipertensão, **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 10, n.4, jul/ago, 2002.

TURA, L. R. F.; MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005. p. 15-31.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. 5 ed. Lisboa: Fundação Calauete Gulbenkian, 2002.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 12, n. 2, p: 479-501, 1999.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A.; CHAVES, P. H. Novos paradigmas do modelo assistencial do setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. P. (Orgs.) **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: RELUME-DUMARÁ/UnATI/UERJ, p. 11-9, 2002.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L. de; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Revista Saúde Com**. v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO A SER  
UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O  
ENVELHECIMENTO ATIVO: UM ESTUDO COM IDOSOS FUNCIONALMENTE  
INDEPENDENTES**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Representações Sociais sobre o envelhecimento ativo: um estudo com idosos funcionalmente independentes e está sendo desenvolvida por Olívia Galvão Lucena Ferreira, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia Oliveira Silva.

Os objetivos do estudo são: avaliar a capacidade funcional de idosos atendidos na unidade de saúde da família; apreender as representações sociais sobre envelhecimento ativo para idosos considerados funcionalmente independentes e averiguar a relação de idosos funcionalmente independentes com as representações sociais construídas sobre envelhecimento ativo

A finalidade deste trabalho é conhecer como os idosos representam o envelhecimento ativo e avaliá-los, no contexto das Unidades Básicas de Saúde, possibilitando dimensionar um diagnóstico psicossocial importante no seu atendimento em saúde. Sua participação neste estudo é estritamente voluntária. Portanto, os participantes não serão reembolsados ou compensados financeiramente de nenhuma maneira. Então, ainda que não haja benefícios diretos para os participantes deste estudo, você poderá certamente, ter orgulho em saber que em virtude de sua participação, você, indiretamente, tem ajudado o progresso da ciência. Os resultados do estudo estarão disponíveis para você ao término.

Solicitamos a sua colaboração para responder as entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

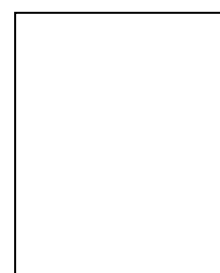
Esclarecemos que o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal



---

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Olivia Galvão Lucena Ferreira

Endereço: Praça Dr. Aquiles Leal, 49 – Jaguaribe, João Pessoa - PB

Telefone: (83) 3221-8313 / 8888-8190

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

**Sexo:**

**Idade:**

**Grau de escolaridade:**

**Religião:**

**Procedência:**

**Situação de Moradia:**

**Com quem mora:**

**Atividade física:** ( ) sim ( ) não

**Tipo de atividade física:**

**Trabalha:** ( ) sim ( ) não

**Tipo de trabalho:**

**Situação de saúde (observação do pesquisador):**

---

---

---

---

**Teste de Associação Livre de Palavras:** Diga até 5 palavras que vem a sua mente:

A palavra “Envelhecimento Ativo” o(a) faz pensar em:

---

---

---

---

---

Marque com um (X) a palavra mais importante.

A palavra “Idoso” faz-me pensar em:

---

---

---

---

---

Marque com um (X) a palavra mais importante.

A palavra “velho” faz-me pensar em:

---



---



---



---



---

Marque com um (X) a palavra mais importante.

### Avaliação da Capacidade Funcional:

#### Capacidade Funcional (MIF)

- |                                     |   |           |
|-------------------------------------|---|-----------|
| (1) Dependência funcional           | } | com ajuda |
| (2) Assistência máxima              |   |           |
| (3) Assistência moderada            |   |           |
| (4) Assistência mínima              |   |           |
| (5) Supervisão, estímulo ou preparo | } | sem ajuda |
| (6) Independência modificada        |   |           |
| (7) Independência completa          |   |           |

AUTO-CUIDADO	Alimentação	
	Higiene pessoal/matinal	
	Banho	
	Vestir-se acima da cintura	
	Vestir-se abaixo da cintura	
	Uso do vaso sanitário	
CONTROLE DE ESFINCTERES	Controle de urina	
	Controle das fezes	
TRANSFERÊNCIAS	Leito, cadeira, cadeira de rodas	
	Vaso sanitário	
	Chuveiro	
LOCOMOÇÃO	Marcha/ cadeira de rodas	
	Escada	
COMUNICAÇÃO	Compreensão	
	Expressão	
COGNIÇÃO SOCIAL	Interação Social	
	Resolução de problemas	
	Memória	
Total		

NOTA: nenhum item deve ficar em branco, se não for possível de ser testado, marque 1.

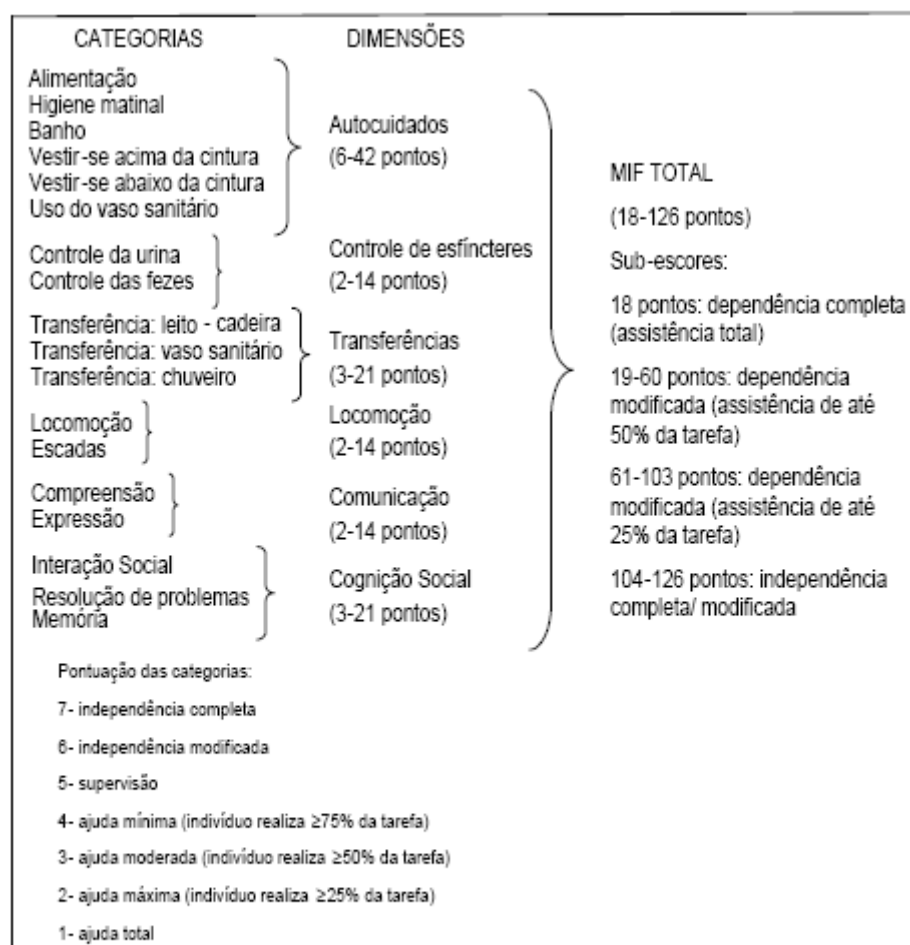
## ORIENTAÇÕES PARA O AVALIADOR

Os níveis de dependência funcional são classificados da seguinte forma:

- (7) **Independência completa** – As tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável.
- (6) **Independência modificada** – As atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese. E são realizadas em tempo excessivo.
- (5) **Supervisão, estímulo ou preparo** – Para a realização das tarefas, é necessária a presença, controle, sugestão, encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, é necessário que a outra pessoa, prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese ou prótese (ajuda técnica).
- (4) **Assistência mínima** – É necessária uma ajuda leve, sendo o contato apenas tátil, onde o indivíduo realiza a maior parte do esforço.
- (3) **Assistência moderada** – É necessária uma ajuda moderada e um contato leve. O indivíduo realiza um pouco mais da metade do esforço requerido para a atividade.
- (2) **Assistência máxima** – É necessária uma ajuda máxima. O indivíduo desenvolve menos da metade do esforço requerido, mas ainda, realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.
- (1) **Dependência total** – É necessária a ajuda total. O indivíduo realiza um esforço mínimo para desempenhar as atividades.

### Observações a serem seguidas:

- Sempre que houver preparo para a tarefa por outrem, o nível máximo de avaliação é 5.
- Se a pessoa idosa é posta em risco para testar algum dos itens, não fazê-lo e marcar 1.
- Se a pessoa idosa não faz uma tarefa, deve ser classificado como 1.
- Sempre que dois cuidadores forem necessários para a realização de uma tarefa, o nível é 1.
- Nunca deixe um item sem marcação ou com registros do tipo “não avaliado” ou “não se aplica”.
- Para os itens Marcha/cadeira de rodas é necessário marcar qual é a forma mais habitual de realizar a tarefa.



**Figura 1** - Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em categorias, dimensões e MIF total, e suas respectivas pontuações.