



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA PARA
IDOSOS: um estudo de representações sociais.**

LUÍPA MICHELE SILVA

João Pessoa-PB
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

LUÍPA MICHELE SILVA

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA PARA
IDOSOS: um estudo de representações sociais.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, vinculada à Linha de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Antonia Oliveira Silva.

João Pessoa-PB
2011

LUÍPA MICHELE SILVA

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA PARA
IDOSOS: um estudo de representações sociais.**

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva (UFPB)

Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (EERP/USP)

Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Paredes Moreira (UESB)

Prof^a. Dr^a. Valéria Peixoto Bezerra (UFPB)

Dedico este trabalho a Deus, pela sua magnitude, e a minha querida filha, por tudo que ela me proporcionou nos momentos difíceis como sorrisos e carinhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, por ter sido meu guia durante toda essa caminhada, pelo seu amor misericordioso, porque sem a vontade dEle eu não teria chegado onde eu cheguei e sem o amor não teria conseguido suportar tantas incertezas, dificuldades e desânimos quando aparecem. Eu te agradeço Deus por ter sido meu fiel amigo e companheiro.

A minha orientadora, Professora Antonia Oliveira Silva, que para mim é um exemplo de vida, dedicação e inteligência, por ter me orientado na elaboração deste importante trabalho. E por ter acreditado em mim durante a minha caminhada no curso. A senhora me fez ver novos horizontes e acreditar que posso fazer a diferença naquilo que amo. Muito obrigada!

Aos demais mestres pelos ensinamentos e oportunidades de aprender mais. Em especial, a Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega por ter me acompanhado no estágio de docência e me ensinado muito sobre como lidar com sala de aula e ao Prof. Dr. Rodrigo Vianna pela ajuda na parte estatística do trabalho.

As Professoras Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira e Valéria Peixoto Bezerra por aceitarem compor a minha banca avaliadora.

Aos funcionários do mestrado, Well, Verioni, Sr. Ivan, D. Conceição, Raquel e D. Luzinete, que me foram muito solícitos por toda minha trajetória. Sem eles muitas barreiras não teriam sido transpostas.

Aos meus pais, Raimundo Luiz da Silva e Maria de Lourdes Vespa da Silva, por toda dedicação, amor, carinho, compreensão, força e suporte. Vocês são meus exemplos de como a superação faz parte da vida e que não importa a dificuldade, pois em nenhum momento vocês deixaram de me estender à mão e acreditar no meu potencial. Agradeço pelo amor e tudo que vocês me proporcionaram. Porque sei que se hoje sou o que sou, foi por conta de tudo que vocês me ensinaram.

Em especial a minha filha, Malú Vitória, que nasceu no meio do trajeto, mas só me trouxe alegrias e incentivo de não desistir em momento algum.

A minha avó, Maria Luiz Calixto, que sempre me apoiou em todas as minhas decisões e mesmo quando eu tomava uma errada, teve sempre a palavra certa para me consolar. Seu carinho e seu amor por mim me ajudaram a acreditar que toda dificuldade ia passar. Amo muito a senhora e sou grata pelo seu apoio.

A todos os meus familiares, que de alguma maneira contribuíram para o meu crescimento tanto pessoal quanto profissional.

Aos idosos que contribuíram para a construção deste trabalho e a equipe que me acompanhou na coleta dos dados. Obrigado Lívia, Tatyane, Marcos, Annelissa, Adriana, Ana Cláudia, Marcela, Elizabeth, Lourdes, Lara, Gilberto, Sônia, Linda, Elaine, Alana, Liliana e Leila.

A minha turma 2009.1 pelos momentos de aprendizagem e as amizades ali conquistadas. As meninas do G7 pela amizade e companheirismo. Vocês são especiais.

Aos meus amigos que acompanharam a minha trajetória. E a todos aqueles que direta e indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Para o homem é impossível, mas para Deus todas as coisas são possíveis”.

(Mt. 19.26)

RESUMO

SILVA, Luípa Michele. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos**: um estudo de representações sociais. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.

O envelhecimento humano tem sido amplamente discutido no meio acadêmico - científico, devido à vasta quantidade de oportunidades que esta temática oferece aos pesquisadores sem torna - lá repetitiva e exaustiva. A população idosa esta crescendo e é visível a falta de preparo dos países para sanar as problemáticas que esta situação traz. Para tanto se questiona como anda a satisfação dos idosos com a vida, ou seja, como eles têm representando a sua qualidade de vida. Nesta perspectiva o presente estudo visa analisar as representações sociais dos idosos residentes no município de João Pessoa sobre qualidade de vida. Tratou-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, foram entrevistados 240 idosos, que aceitaram participar do estudo; lúcidos; orientados no tempo e espaço; com condições físicas e psíquicas para responder aos instrumentos. Os locais escolhidos para o desenvolvimento de tal estudo foram: 20 setores censitários. Os instrumentos utilizados para alcançar os objetivos propostos por este estudo foram: uma entrevista semi-estruturada, do projeto vinculado ao Ministério da Saúde. As entrevistas foram analisadas com ajuda de um *software* de análise quantitativa de dados textuais (Alceste). Os dados referentes perfil sociodemográfico foram analisados pelo pacote informático SPSS. Os resultados foram interpretados a partir do referencial teórico das representações sociais e apresentados em quadros, figuras, tabelas, unidades de análise. Dos 240 idosos estudados 73 eram do sexo masculino e 167 do sexo feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos, a maioria recebia entre 2 e 3 salários mínimos, boa parte era casado e a religião católica foi a predominante. Os resultados do Alceste apontam para 5 classes hierárquicas onde os idosos representam o **envelhecimento** como uma *fase* que se tem muitos *problemas de saúde*, como: *osteoporose; pressão alta; reumatismo e problemas na coluna, como dimensões negativas e positivas* o envelhecimento é associado à: *experiência, valorização, respeito, tranquilidade, paz, e aposentadoria*. Para os idosos **qualidade de vida** é associada à: *valorização, apoio, saúde, dignidade, visita, conforto, amizade e casa*. Considera-se que as representações sociais dos idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida possam subsidiar os profissionais de saúde na compreensão da adesão preventiva dos idosos e no fortalecimento da consolidação da política dirigida a pessoa idosa.

Descritores: Envelhecimento. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Michele Luípa. **Aging and quality of life for older people:** a study of social representations. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.

Human aging has been widely discussed in academic circles - scientific, due to the vast amount of opportunities that this theme offers researchers without it - there is repetitive and exhausting. The elderly population is growing and is visible lack of preparedness of countries to remedy the problems that this brings. To both questions is how about the satisfaction of the elderly with life, or how they are representing their quality of life. In this perspective the present study aims to analyze the social representations of elderly residents in the city of Joao Pessoa on quality of life. This was an exploratory study with quanti-qualitative approach, we interviewed 240 elderly people, who agreed to participate, lucid, oriented in time and space with the physical and psychic tools to respond to. The sites chosen for the development of this study were 20 census tracts. The instruments used to achieve the objectives proposed by this study were: a semi-structured interview, the project under the Ministry of Health The interviews were analyzed with the help of software for quantitative analysis of textual data (Alceste). The sociodemographic data were analyzed by SPSS software package. The results were interpreted from the theoretical framework of social representations, and presented in tables, figures, tables, units of analysis. Of the 240 elderly patients studied 73 were male and 167 female the majority were aged 60 to 69 years, most received between 2 and 3 minimum wages, much was married and the Catholic religion was predominant. The results from Alceste point to five hierarchical classes where the elderly represent **aging** as a stage that has many health problems, such as osteoporosis, high blood pressure, rheumatism and spinal problems such as negative dimensions and positive aging is associated with: experience, appreciation, respect, peace, peace, and retirement. For the elderly **quality of life** is associated with: recovery, support, health, dignity, access, comfort, friendship and home. It is considered that the social representations of the elderly about aging and quality of life can support health professionals in understanding the adherence preventive of the elderly and strengthening the consolidation of policy towards the elderly.

Keywords: Aging. Quality of life. Nursing.

RESUMEN

SILVA, Luípa Michele. **Envejecimiento y calidad de vida de las personas mayores: un estudio de las representaciones sociales**. 2011. 78f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.

El envejecimiento humano ha sido ampliamente discutido en el ámbito académico - científica, debido a la gran cantidad de oportunidades que este tema ofrece a los investigadores sin ella - no es repetitivo y agotador. La población de ancianos está creciendo y es visible falta de preparación de los países para poner remedio a los problemas que esto trae. Para ambas preguntas es ¿qué hay de la satisfacción de las personas mayores con la vida, o cómo se representa su calidad de vida. En esta perspectiva, el presente estudio pretende analizar las representaciones sociales de los ancianos residentes en la ciudad de Joao Pessoa en la calidad de vida. Este fue un estudio exploratorio con enfoque cuanti-cualitativo, entrevistamos a 240 personas de edad avanzada, que aceptaron participar, lúcido, orientado en tiempo y espacio con las herramientas físicas y psíquicas de responder. Los sitios elegidos para el desarrollo de este estudio fueron de 20 secciones censales. Los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos propuestos en este estudio fueron: una entrevista semi-estructurada, el proyecto del Ministerio de Salud de las entrevistas fueron analizados con la ayuda de software para el análisis cuantitativo de los datos textuales (Alceste). Los datos sociodemográficos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS. Los resultados fueron interpretados desde el marco teórico de las representaciones sociales, y se presentan en las tablas, figuras, cuadros, unidades de análisis. De los 240 pacientes ancianos estudiados 73 fueron varones y 167 mujeres, la mayoría tenían entre 60 y 69 años, la mayoría recibidas entre el 2 y 3 salarios mínimos, la mayoría estaban casados y la religión católica es predominante. Los resultados desde el punto de Alceste a cinco clases jerárquica, donde las personas mayores representan el **envejecimiento** como una etapa que tiene muchos problemas de salud, como la osteoporosis, la hipertensión, el reumatismo y los problemas de la columna vertebral como las dimensiones negativas y positivas del envejecimiento se asocia con: experiencia, reconocimiento, el respeto, la paz, la paz y la jubilación. Por la **calidad de los ancianos de la vida** se asocia con: la recuperación, el apoyo, la salud, la dignidad, el acceso, la comodidad, la amistad y el hogar. Se considera que las representaciones sociales de las personas mayores sobre el envejecimiento y la calidad de vida puede apoyar a los profesionales de la salud en la comprensión de la adhesión de prevención de las personas mayores y reforzar la consolidación de la política hacia las personas mayores.

Palabras clave: Envejecimiento. La calidad de vida. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Pirâmides etárias da população brasileira por sexo – 1980, 2000, 2020 e 2050	20
Figura 02. Articulações entre os vários componentes das Representações sociais.	40
Figura 03. Distribuição percentual das classes e o quantitativo de UCE's.	55
Figura 04. Projeção dos Conteúdos mais Significativos sobre envelhecimento e da qualidade de vida.	66
Mapa 1. Mapa do estado da Paraíba com a respectiva localização do município de João Pessoa.	45
Gráfico 01. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente	54

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos residentes nos 20 setores censitários de João Pessoa. João Pessoa - PB, 2010-2011 (n=240).	51
Quadro 1 - Palavras associadas significativamente à classe 1.	56
Quadro 2 - Palavras associadas significativamente à classe 2.	58
Quadro 3 - Palavras associadas significativamente à classe 3.	61
Quadro 4 - Palavras associadas significativamente à classe 4.	63
Quadro 5 - Palavras associadas significativamente à classe 5.	64

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT: Análise de Conteúdo Temática
CCS: Centro de Ciências da Saúde
CEP: Comitê de Ética e Pesquisa
CNS: Conselho Nacional de Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH : Índice de Desenvolvimento Humano
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PB: Paraíba
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RS: Representações Sociais
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS: Teoria das Representações Sociais
UCE: Unidades de Contexto Elementar
UCI: Unidades de Contexto Iniciais
UFPB: Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	18
CAPÍTULO II – ABORDAGEM TEÓRICA	24
2.1 Envelhecimento	25
2.2 Qualidade de Vida	31
2.3 Teoria das Representações Sociais	37
CAPÍTULO III – ENFOQUE METODOLÓGICO	44
3.1 Tipo de Estudo	45
3.2 Cenário do Estudo	45
3.3 População e Amostra	46
3.3.1 Aspectos Éticos	47
3.4 Instrumentos para Coleta dos Dados	47
3.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras	47
3.4.2 Entrevista Semi-estruturada	47
3.5 Análise e tratamento dos dados	48
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1 Os participantes do estudo	50
4.2 Representações Sociais sobre Qualidade de Vida para Idosos.	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto, não só por suas implicações sociais, mas, também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por estas novas demandas sociais e de saúde (VERAS, 1998).

O envelhecimento populacional constitui um desafio à saúde pública contemporânea. Essa preocupação enquanto fenômeno relevante para ser investigado ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Nesses países, o envelhecimento ocorreu associado à melhoria da qualidade de vida e as condições gerais de vida; nos demais, o envelhecimento vem ocorrendo de maneira rápida, sem tempo para uma reorganização social e no campo da saúde. Para Camarano (2002), essa constatação pode ser observada a partir das informações estatísticas disponíveis em 2002, que demonstram a existência de 15 milhões de brasileiros com mais de 60 anos de idade, e com projeções para o ano de 2020, que terá 15% da população constituída de idosos

O interesse por pesquisas envolvendo temas relacionados com o envelhecimento e qualidade de vida com pessoa idosa parte da necessidade de compreensão de comportamentos preventivos frente à doença ao longo dos anos e as possíveis mudanças ocorridas no estilo de vida imposto pela referida doença, estando aliada a possíveis mudanças e transformações do conhecimento do senso comum.

No Brasil, estudos realizados sobre qualidade de vida em pessoas idosas têm sido uma temática de interesse de pesquisadores uma vez que não basta só viver muito e sim vivermos com qualidade e se configura um problema de saúde pública relevante em virtude da população estar vivendo mais, o que por si já é uma grande preocupação dos governantes e, em particular, por essa população não terem uma condição de vida satisfatória. Associado ao próprio problema de saúde em si, soma-se consequências psicossociais, econômicas e políticas em que os idosos enfrentam situações constrangedoras atribuídas ao longo do tempo associadas ao próprio preconceito de ser idoso.

A expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país, de forma que este aumento do número de anos de vida necessita de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (KALACHE;

et. al., 1987), uma vez que não basta apenas viver mais, hoje, o grande desafio da gerontologia é investir em esforços que possam dar mais qualidade de vida aos idosos.

O envelhecimento enquanto processo tem sido classificado em teorias biológicas, psicológicas e sociais. Dentre as quais, a mais visível é a biológica uma vez que o caráter biológico do envelhecimento ser mais perceptível aos olhos e encontra-se presente em todos os seres vivos animais. Nos seres humanos esse processo acarreta modificações profundas das funções orgânicas, com redução das reservas funcionais e predisposição a muitas doenças e, conseqüentemente, a morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Envelhecer não pode ser compreendido como um processo homogêneo, devido sua pluralidade uma vez que o processo de envelhecimento apresenta variações que são constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças, valores (DEBERT, 1999) e representações sociais acerca do próprio envelhecimento.

Nesse sentido, o estudo das representações sociais sobre o envelhecimento e qualidade de vida pode apontar pistas importantes para novas práticas de saúde à essa população que é considerada frágil tanto do ponto de vista biológico quanto psicossocial configurando-se assim, uma temática relevante, tanto do ponto de vista acadêmico, quanto social e científico por contribuir para a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e a elaboração de políticas públicas voltadas a essa população.

Daí fundamenta-se a necessidade da realização desse estudo, sobre envelhecimento e qualidade de vida subsidiado na Teoria das Representações Sociais por sua importância no que tange aos estudos tanto individuais, quanto social.

Dessa forma, esse estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: o **primeiro capítulo** – trata da *construção do objeto de estudo*, procura salientar a problemática do estudo, justificativa, os questionamentos que guiam o interesse pelo estudo, a relevância do fenômeno do envelhecimento e da qualidade de vida no olhar de idosos e os objetivos do estudo;

O **segundo capítulo** – *abordagem teórica*, subdividido em três partes: a *primeira* menciona-se aspectos importantes sobre o envelhecimento; a *segunda parte* faz uma breve abordagem sobre qualidade de vida em particular, nessa população; a *terceira parte* aborda conceitos, dimensões, funções e processos formadores das representações sociais enquanto aporte teórico importantes nesse estudo.

Terceiro capítulo – *enfoque metodológico* trata do delineamento metodológico do estudo, como: tipo de pesquisa, cenário, população e definição da amostra e aspectos éticos, instrumentos utilizados para coleta de dados, procedimento e análise dos dados coletados;

O **quarto capítulo** apresenta os *resultados e discussão dos dados da pesquisa* apreendidos em seguida, as *considerações finais*. Os resultados e discussões da pesquisa, evidenciados das entrevistas e do Teste da Associação Livre de Palavras, em que as representações sociais elaboradas pelos idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida que são apresentadas e interpretadas pontuando-se a relevância das informações apreendidas centradas nos objetivos propostos. Por último, salienta-se as **considerações finais** do estudo apresentando o que pensam os idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida acreditando-se que as informações acerca do comportamento sócio-afetivo dos idosos frente ao envelhecimento e qualidade de vida possam contribuir para novos estudos e no dimensionamento de novas práticas em saúde no campo do envelhecimento.

CAPITULO I

Construção do objeto de estudo

Nas últimas décadas uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea é o fenômeno do envelhecimento humano. O mesmo tem motivado a atenção e pesquisa em diferentes áreas da saúde, principalmente pelas intercorrências biológicas, psicológicas, culturais, econômicas e políticas advindas desse fenômeno.

Neri (2008) define os idosos como populações e indivíduos categorizados a partir da duração do seu ciclo de vida; velhice – última fase do ciclo de vida, sendo ela delimitada por eventos de natureza múltipla, como por exemplo, as perdas sociais, psicológicas e biológicas; e envelhecimento pode ser compreendido como o processo de mudanças universais regulada pela genética de cada indivíduo.

O envelhecimento enquanto processo tem sido classificado em teorias biológicas, psicológicas e sociais. Dentre as quais, a mais visível é a biológica uma vez que o caráter biológico do envelhecimento ser mais perceptível aos olhos e encontra-se presente em todos os seres vivos animais. Nos seres humanos esse processo acarreta modificações profundas das funções orgânicas, com redução das reservas funcionais e predisposição a muitas doenças e, conseqüentemente, a morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Para Carvalho e Garcia (2003) o envelhecimento populacional é compreendido como a mudança na estrutura etária da população, caracterizado pelo aumento do peso relativo dos indivíduos acima de determinada faixa etária, que será considerada como ponto inicial da velhice. Este limite inferior pode variar de uma sociedade para outra e depende não só de fatores biológicos, mas, também, culturais, econômicos, ambientais e tecnológicos.

Esse fenômeno tem atingido tamanha proporção que está preocupando governantes mundiais e a população em geral, pela sua magnitude enquanto problema sócio-cultural e econômico em decorrência do declínio da fecundidade total no mundo, em particular, no Brasil.

A transição demográfica compreende as mudanças produzidas pelo declínio da fecundidade, que posteriormente serão sentidos no tamanho relativo e absoluto das diversas coortes. Essas são mediadas pelas alterações dos padrões de sobrevivência e, em muitos casos, pelos fluxos migratórios. (WONG; CARVALHO, 2006)

Essas transformações demográficas são mundiais e perceptíveis desde o início do último século, em que a população é mais envelhecida, o que vem exigindo dos governantes políticas mais efetivas para esse grupo populacional capaz de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida, satisfação pessoal e felicidade (VECCHIA; et. al., 2005, JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Diferentemente de países desenvolvidos, onde o envelhecimento se deu de forma lenta e gradativa, no Brasil a transição demográfica vem ocorrendo de maneira rápida e intensa. Wong e Carvalho (2006) mostram que a população de sessenta anos ou mais, aumentou de 5,1% em 1970, para 8,6% em 2000. O envelhecimento populacional constitui um problema mundial, não só nos países desenvolvidos, mas em desenvolvimento também. Estima-se que no ano de 2025 o Brasil terá uma população com mais de 16 milhões de habitantes com 60 ou mais anos de idade (SHOUREI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉO NETTO, 2004), e que o Índice de Envelhecimento (IE), será três vezes maior do que o observado no ano de 2000, e em 2045 o número de pessoas idosas poderá ultrapassar o de crianças.

A figura 1 mostra a pirâmide etária da população brasileira em conformidade com as projeções feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). É perceptível o abaulamento no formato da pirâmide ao longo das décadas, ou seja, está ocorrendo uma diminuição das faixas etárias mais jovens e um aumento significativo das mais velhas.

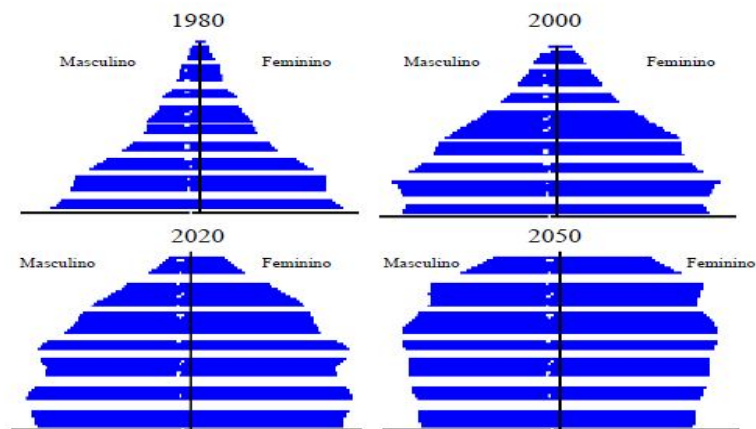


Figura 1. Pirâmides etárias da população brasileira por sexo – 1980, 2000, 2020 e 2050.

Fonte: IBGE, 2011.

O envelhecimento populacional está causando modificações profundas em todos os âmbitos da sociedade. A transição demográfica afeta de maneira impactante todos os setores da sociedade, porém é na saúde que ela transcende os limites existentes, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas. (PEREIRA et al., 2006)

Nesse contexto é importante visualizar que está ocorrendo uma feminização da população idosa. O maior percentual de mulheres idosas decorre de que as mulheres têm apresentado uma maior longevidade, fenômeno que pode ser atribuído a: menor exposição a

fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, bem como podemos citar as diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Do ponto de vista sociodemográfico, o termo feminização da velhice esta associada à maior presença relativa de mulheres na população idosa, maior longevidade das mulheres em comparação com os homens, crescimento relativo do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa e crescimento relativo no número de mulheres que são chefes de família. Já no sentido médico-social, significa mais riscos do que vantagens, pois, as mulheres são mais frágeis física e socialmente do que os homens. (NERI, 2008)

Durante o envelhecimento a vida saudável é resultante da manutenção da autonomia e da independência. Sendo a primeira como a capacidade de decisão do indivíduo, e a segunda como a aptidão de realizar algo por meios próprios. Portanto, quando se quantifica o grau de autonomia do idoso, bem como o seu grau de independência no desempenho das atividades diárias, está se avaliando a sua saúde e a qualidade de vida (MARTINS et al., 2009).

Para o referido autor, com o crescente número de idosos tornou-se necessário a promoção do envelhecimento saudável, que deve envolver tanto a conquista da qualidade de vida do sujeito quanto o amplo acesso aos serviços que possam auxiliá-lo no enfrentamento das peculiaridades do envelhecimento, com base no conhecimento disponível.

Para Diogo, Neri e Cachioni (2006) qualidade de vida é a percepção subjetiva do indivíduo a respeito de sua posição na vida dentro do contexto biopsicossocial e dos sistemas em que vive, relacionando-os aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Associar a qualidade de vida e a satisfação pessoal com questões de dependência-autonomia tem sido comuns nas pessoas idosas, por acreditar-se que a perdas destes se deve aos efeitos da idade avançada. Importante destacar que nem todos os idosos apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, muitos permanecem com a vida saudáveis por longos anos (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Para os idosos uma boa qualidade de vida é definida pela capacidade de cumprirem suas funções diárias básicas adequadamente e viver de maneira independente. Para tanto, três aspectos são considerados fundamentais para um bom envelhecimento ou na manutenção de uma qualidade de vida ideal, como: liberdade de doenças, engajamento e competência física e mental (DIOGO; NERI; CACHIONI, 2006).

Os mesmos autores sugerem que a qualidade de vida para idosos pode ser sintetizada em dois grandes domínios: o domínio funcional e o domínio do bem-estar. Já os fatores econômicos e demográficos relacionados à saúde, os fatores ligados às atividades sociais e a

avaliação subjetiva da saúde, são domínios comuns que influenciam tanto a percepção das capacidades funcionais quanto da qualidade de vida.

Investigar a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade significa identificar os principais aspectos que devem ser considerados em relação às potencialidades e as peculiaridades de saúde e de vida da pessoa idosa que interferem no processo saúde-doença. (MARTINS, et al., 2009)

As complicações psicossociais associadas ao envelhecimento são sinais de alerta que exigem investigações e propostas efetivas que possam oferecer melhor qualidade de vida a esse grupo etário. Conhecer o que pensam os idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida é importante para se entender como os idosos adotam práticas de saúde saudáveis e se comportam frente ao próprio envelhecimento. Essas e outras questões compõem o universo de investigação desse **objeto de estudo** definido pela *construção de representações sociais de idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida e*, enquanto fenômeno de natureza psicossocial por revelar uma realidade social que demanda sérias reflexões por parte dos profissionais de saúde, educadores, familiares, governantes e da sociedade em geral.

Assim sendo, essa investigação requer um referencial teórico capaz de dar conta de fenômenos sociais inseridos em um mundo marcado por seu pluralismo e pela rapidez com que essas mudanças econômicas, políticas e econômicas ocorrem.

Para explorar o referido objeto de estudo essa pesquisa foi subsidiada na Teoria das Representações Sociais como uma via de análise das atividades cognitivas e simbólicas a partir dos processos de interação e comunicação sociais, as quais permitem se conhecer as teorias sócio-práticas, que orientam o comportamento dos indivíduos (COSTA, MOREIRA, CAMINO, 2007).

A relevância dessa temática centra-se no âmbito social e científico/acadêmico enquanto produção de conhecimento fundamentalmente, no aspecto psicossociológico, considerando que esta se constitui numa ação social, com implicações sócio-políticas e com repercussões psicológicas e econômicas para os idosos; além do intuito de evidenciar formas de conhecimentos contextualizadas socialmente e práticas de saúde com repercussões na qualidade de vida da pessoa idosa, em particular, de idosos em contextos sócio-interacionais singulares. Além de apontarem causas e efeitos da complexidade do envelhecimento humano salientando conteúdos capazes de caracterizar a qualidade de vida dos idosos do município de João Pessoa-PB.

Esse estudo parte das seguintes **questões**: Quais as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida construídas por idosos residentes em João Pessoa/PB?

Quais os aspectos sócio-cognitivos que associam a relação entre representações sociais de envelhecimento e qualidade de vida, com práticas de saúde adotadas pelos idosos?

Para responder tais questionamentos este estudo tem os **objetivos** de:

- a) Conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida, construídas por idosos residentes em João Pessoa;
- b) Identificar aspectos sócio-cognitivos que associam a relação entre representações sociais de envelhecimento e qualidade de vida, com práticas de saúde adotadas pelos idosos.

CAPITULO II
ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 Envelhecimento

O maior enigma da vida é o envelhecimento, pois além do nascimento e da morte, é a única experiência vivenciada por todos os seres humanos. Por ser algo sempre presente, é difícil de compreendê-lo ou explicá-lo totalmente. (SPIRDUSO, 2005).

Envelhecer é um processo de alterações no organismo, manifestado de forma variável e individual. Consiste em um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou cronológico, ou seja, a velhice surge como progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida (MEIRELES; et. al., 2007).

Vieira (2004) descreve o envelhecimento como um fenômeno inerente ao processo de vida, o qual é marcado por mudanças biopsicossociais específicas associadas à passagem do tempo. Ele não deve ser encarado como um acidente de percurso, mas sim, como determinação de um programa de crescimento e maturação em várias dimensões.

Os estudiosos definem o envelhecimento humano como parte do relógio biológico em que há continuação do programa de diferenciação celular tendo como fase terminal a morte. Pode ser encarado também como o tempo cronológico em que algo existiu ou as unidades de tempo passadas entre o nascimento e o período final de uma observação. (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 2004; SPIRDUSO, 2005).

Esta fase da vida humana acontece de forma diferente e em ritmo diversificado para cada indivíduo. Alguns indivíduos chegam a viver mais e possuem uma qualidade de vida melhor do que outros. (SPIRDUSO, 2005).

Neri (2008) acredita que o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo ocorridos após a maturação sexual que irão implicar na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Os eventos ocorridos são de natureza interacional, com início em diferentes épocas e ritmos, os quais conduzem a resultados distintos para diversos órgãos e funções do organismo.

As mudanças que ocorrem nos indivíduos idosos em parte são geneticamente determinadas, as demais são resultantes do estilo de vida, do ambiente e do estado nutricional de cada um. Para tanto, o envelhecimento deve ser compreendido em sua totalidade, isto é, em sua dimensão psicológica, biológica, social e existencial. (VEIRA, 2004).

A dimensão biológica do envelhecimento se refere à modificação no funcionamento biológico, desde as células até os órgãos, o qual diminui com o passar dos anos e há um declínio na probabilidade de sobrevivência (NERI, 2008).

Esta dimensão é a mais perceptível, devido uma perda gradual da elasticidade do tecido conjuntivo, aumento na quantidade de gordura no corpo, diminuição no consumo de oxigênio e de água, e declínio da força muscular. O organismo passaria a apresentar um princípio de exaustão (VIEIRA, 2004).

Para a referida autora o envelhecimento psicológico pode ser caracterizado pela diminuição da percepção, declínio na memória mecânica, aumento do equilíbrio e da espiritualidade. A dificuldade na terceira idade é de se adaptar as mudanças físicas e sociais ocorridas com esse processo e a discriminação por parte de uma sociedade que é pouco tolerante frente às características do envelhecimento.

No aspecto social temos que o envelhecimento é um processo de mudança nos papéis e comportamentos esperados para pessoas de sua idade, num dado momento da história e de cada sociedade. Portanto, as experiências de envelhecer podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo de circunstâncias econômicas (FREITAS; et. al., 2006; NERI, 2008).

O envelhecimento populacional vem sendo um dos maiores desafios da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Nesses países, a população idosa cresce vertiginosamente, em decorrência da queda nas taxas de fecundidade, mortalidade infantil e da mortalidade nas idades mais avançadas (CESAR; et. al., 2008).

Em toda a história nunca foi tão grande a quantidade de idosos no planeta. A maioria deles se concentra no continente europeu, que em 1995 já eram 578 milhões. Até tempos atrás se acreditava que o envelhecimento era encarado como um problema europeu, por neste continente viverem 12% da população mundial e aproximadamente 28% de pessoas com mais de 75 anos de idade (SHOUREI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉO NETTO, 2004).

As constantes transformações nas sociedades modernas são resultantes do avanço da tecnologia, o bombardeio de notícias e dados pelos meios de comunicação, a vida se torna cada vez mais tumultuada, o tempo se torna reduzido e as condições socioeconômicas tendem a ficar precárias, principalmente à medida que as pessoas vão envelhecendo (MENDES; et. al., 2005).

A expectativa de vida da população vem aumentando em virtude dos avanços científicos e tecnológicos, das melhorias nas condições de higiene e saneamento básico, as quais foram responsáveis pela redução, por exemplo, das mortes por doenças infecto-contagiosas. Devido a essa elevação na expectativa de vida, vários países convivem atualmente com diversas gerações de idosos, os quais possuem necessidades variadas,

portanto, exigem políticas assistenciais diferentes (MEIRELES; et. al., 2007; VECCHIA; et. al., 2005).

Em países como o Brasil o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciado devido aos avanços tecnológicos na área de saúde nos últimos 60 anos, dentre eles podemos citar: vacinas, antibióticos, quimioterápicos que são responsáveis por prevenção ou cura de doenças. Associado a esta situação tem a queda nas taxas de fecundidade, a qual teve início na década de 60, permitindo uma grande explosão demográfica. (MENDES; et. al., 2005).

Até meados do século passado a probabilidade de os brasileiros morrerem no auge da vida produtiva era um fato bastante concreto. Nas últimas décadas, o Brasil houve um processo de inversão na característica populacional, com declínio nas taxas de natalidade e mortalidade, resultando no aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais. Essa inversão vem ocorrendo por conta de diminuição da população nas faixas etárias mais jovens de zero a 14 anos, à ampliação da população na faixa etária de 15 a 59 anos e ao acréscimo na faixa de 60 anos ou mais (MEIRELES; et. al., 2007).

O ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU). No primeiro, a pessoa idosa é aquela com 65 anos ou mais, enquanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a idade é os 60 anos ou mais. Essa classificação foi estabelecida pela ONU, por meio da Resolução 39/125 no ano de 1982, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (ONU, 1982).

Recentemente os idosos têm sido divididos em três categorias pela Organização das Nações Unidas (ONU) que são elas: os pré-idosos na faixa entre 55 e 64 anos; os idosos jovens na faixa entre 65 e 79 anos ou entre 60 e 69 anos para aqueles que residem na Ásia e na região do Pacífico; e os que estão com idade avançada com mais de 75 ou 80 anos. Aqueles que apresentam mais de 80 anos de idade são e vão continuar sendo na sua grande maioria as mulheres (IBGE, 2008).

Acredita-se que em 2050 a expectativa de vida dos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 anos para as mulheres, que em 1998 este índice era de 70,6 e 78,4 respectivamente. Já nos países em desenvolvimento os homens alcançarão os 82 anos de idade e as mulheres 86, serão 21 anos a mais do que os valores de hoje que são na casa dos 62,1 para homens e 65,2 para mulheres (IBGE, 2008).

Na última década a população brasileira cresceu 36%. Recentemente os idosos somam 18 milhões, o que corresponde a 10% de toda a população. Estimativas apontam que em 2025 o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade supere a casa dos 30 milhões, tornando

o Brasil o sexto país com o maior número de idosos em todo o mundo (MEIRELES; et. al., 2007).

O expressivo aumento da população idosa no Brasil e no mundo, por um lado reflete a melhoria das condições de vida, por outro traz problemas de ordem econômica e social, os quais são agravados pelo despreparo dos órgãos governamentais e da sociedade em lidar com esse tema, principalmente nos grandes centros urbanos. Sendo esse um fator preocupante na região Sul e Sudeste, onde se concentra, aproximadamente, 75% da população idosa do Brasil (COELHO FILHO; RAMOS, 2004).

Na visão econômica, o envelhecimento populacional acarreta um aumento da população não produtiva, que sobrecarrega a população economicamente ativa, onerando o sistema previdenciário. Socialmente o papel familiar dentro da rede de suporte social a esses indivíduos vem crescendo, e isso, pode gerar conflitos intergeracionais e do ponto de vista epidemiológico, envelhecer com baixa mortalidade provoca alteração no perfil de morbidade (BRAGA; LAUTERT, 2004).

A transição demográfica é um dos mais urgentes problemas mundiais por conta dos cenários assustadores da seguridade social e sistemas de saúde. Na Europa, a baixa na fertilidade tem surgido como um importante aspecto da saúde, enquanto que nos países em desenvolvimento os problemas socioeconômicos mascaram a saúde materno-infantil. No entanto, a sobrevivência da humanidade depende das futuras gerações, que já sofrem com o processo de migração e com o envelhecimento de nossa sociedade (KALACHE, 2008).

O mesmo autor, afirma que a alteração na pirâmide populacional das sociedades modernas revela que enquanto a população envelhece, ocorre mudanças nas estruturas familiares. Hoje existem diferentes tipos de família, onde a aumento do tempo de convívio entre gerações, o que vem gerando conflitos. É comum famílias com três, quatro e até mesmo cinco gerações convivendo no mesmo ambiente. Portanto, surge o desafio de lidar com estas mudanças.

O aumento da população idosa influencia o modo de conduzir a atenção à saúde, pois, uma sociedade em processo de mudanças possui necessidade de adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional (NERI, 2008; VIEIRA, 2004).

Em uma sociedade capitalista a velhice tem ocupado um lugar marginalizado na existência humana, a proporcionalidade que a individualidade potencialmente evoluiria e perderia o valor social. Diminuindo a possibilidade de produção de riquezas, a riqueza perderia o seu valor simbólico. (MENDES; et. al., 2005).

Os referidos autores enfatizam que essa é uma fase da vida do indivíduo onde ele reflete sobre a idade e conclui ter alcançado muitos dos seus objetivos, mas que para isso foram necessárias muitas perdas, dentre elas a saúde foi a mais afetada.

As alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo predis põem o ato de envelhecer, porque são de caráter natural e gradativo. Essas modificações podem acontecer tanto precocemente no ser humano quanto em idade mais avançada, isso irá depender da característica genética de cada ser e principalmente do seu estilo de vida. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Tanto as modificações biológicas, quanto as psicológicas exigem do idoso uma capacidade de adaptação que nem sempre ele possui o que acaba gerando problemas sociais para esta população. (MENDES; et. al., 2005).

Enquanto as sociedades envelhecem, entre idosos os problemas de saúde desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. As enfermidades não são exclusivas da velhice, nem tampouco estão limitadas a esta população. O envelhecimento está associado a um bom nível de saúde, exceto se houver história de doença. Por conta dos avanços na área da saúde e tecnologia tem sido possível garantir uma melhor qualidade de vida na velhice. As estratégias de prevenção ao longo da vida são mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (KALACHE, 2008; MEIRELES; et. al., 2004).

Ao se falar em envelhecimento, deve-se ter a preocupação em não unicamente acrescentar anos a vida ou melhorar a estética do corpo, mas sim que os anos vividos sejam acompanhados de qualidade, saúde e satisfação para o indivíduo. Para tanto, é necessário o oferecimento de condições sociais como de atenção a saúde e econômicas ao idoso, no sentido que o mesmo esteja verdadeiramente inserido em sua condição social (BRAGA; LAUTERT, 2004).

Joia, Ruiz e Donalisio (2007) reforçam que “com o aumento geral da sobrevida da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal”.

O aumento na vulnerabilidade fisiológica dos idosos contribui para elevação nas taxas de mortalidade, por combinar as dificuldades no campo da percepção e equilíbrio com declínio no sistema musculoesquelético, diminuição da capacidade visual, entre outras. Isso não justifica que traumas ou lesões seja consequência inevitável da idade, pois a premissa fundamental da saúde pública é de que acidentes podem ser previsíveis e evitáveis em todas as idades (GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004).

Outra consequência do avançar da idade é o envelhecimento social onde o idoso terá que lidar com: a crise de identidade, por haver uma baixa na auto-estima e uma desvalorização pessoal; a inversão de papéis; a aposentadoria, que muitas vezes não condiz com a sua realidade e suas necessidades; as diversas perdas, seja do filho, esposa, marido, amigos, financeira, entre outras; a redução nos contatos sociais (FREITAS; et. al., 2006).

Vale destacar que a situação econômica dos idosos é afetada pela sua perda de contato com a força de trabalho, as suas atividades obsoletas, a desvalorização de seus salários e pensões e a pobreza generalizada da sociedade, no mundo. E a parte desta população a sofrer esse impacto são as mulheres, por viverem mais tempo e em geral com menos recursos financeiros (IBGE, 2008).

O idoso não vivencia mudanças somente mudanças socioeconômicas, mas as psicológicas também, as quais dentre elas podem destacar de acordo com Neri (2008): dificuldade de encarar novos papéis; perda na motivação e planejamento do futuro; enfrentamento das perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar a novas situações; modificações de caráter psíquico; depressão; hipocondria; somatização; paranóia; suicídios; níveis baixos de auto-estima e auto-imagem.

Uma referência importante é que no Brasil existem pesquisas que mostram como os próprios idosos minimizam o envelhecimento humano, por conta das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos (VELOZ; et. al., 1999).

Na velhice a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar suas próprias intenções são importantes quando se considera que qualquer pessoa que alcance os oitenta anos seja capaz de gerenciar sua própria vida e determinar quando, onde e como fará as atividades de lazer, convívio social e trabalho serão considerados uma pessoa saudável (RAMOS, 2003).

Para Veras (2009) a aspiração de qualquer sociedade é prolongar a vida. No entanto, só pode ser considerada uma conquista quando se agrega qualidade aos anos adicionais de vida. Deste modo, as políticas destinadas aos idosos precisam levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Devendo também abrir campo para a atuação em variados contextos social e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, basicamente: prevenção, cuidado e atenção integral à saúde.

2.2 Qualidade de Vida

O interesse pelo tema da qualidade de vida surgiu a partir da II Guerra Mundial, quando foi utilizado o termo *boa vida* para referir-se à conquista de bens materiais. Anos mais tarde, o conceito foi ampliado e passou a medir o quanto uma sociedade se desenvolvia economicamente. A criação de indicadores econômicos permitiu comparar a qualidade de vida entre diferentes países e culturas. Posteriormente, o termo designava além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (MARTINS; et. al., 2007).

Foi após a II Guerra Mundial que a Organização Mundial de Saúde (OMS) incorporou a noção de bem estar físico, psicológico e social à definição de saúde. Os ex-combatentes que sofreram mutilações graves, por exemplo, mesmo recebendo benefícios materiais que garantiriam conforto e segurança funcional, não necessariamente promoveria bem-estar pessoal. Isso fez os conceitos de bem estar material e pessoal a serem fundamentais na definição da qualidade de vida (VIEIRA, 2004).

O termo *qualidade de vida* apresenta inúmeras vertentes, que compreendem desde um conceito popular, vastamente utilizado na atualidade, o qual a relaciona a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros; até a perspectiva científica (PEREIRA, et. al., 2006).

A qualidade de vida é composta por valores não-materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, segundo alguns estudos já realizados. Mas devem ser considerados do mesmo modo alguns componentes passíveis de mensuração e comparação, como a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, ou seja, objetos materiais que dão a idéia de bem-estar e conforto, assim como de realização individual e coletiva. Já o desemprego, a violência e a exclusão social são considerados como a negação da qualidade de vida, porém deve-se levar em conta a cultura de cada sociedade (MARTINS; et. al., 2007).

Vieira (2004, p. 270) cita que qualidade de vida “é o estado ou condição benéfica de vida em que os componentes que interferem no bem-estar físico, mental, emocional e social estão devidamente controlados”. Ela implica em bem-estar em múltiplas dimensões e em diferentes contextos, sendo difícil defini-la em um único conceito.

A OMS compreende qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1996).

Satisfação refere-se a um estado subjetivo, portanto, é um fenômeno complexo e de difícil mensuração. Podendo ser utilizada com maior precisão na definição de experiências vividas em relação às várias condições de vida do indivíduo. Ela é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Para os referidos autores a avaliação da satisfação esta relacionada à comparação entre as circunstâncias vividas pelo indivíduo e um padrão estabelecido por ele. Em parte este julgamento refletirá subjetivamente o bem-estar individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

O conceito de qualidade de vida deve ser diferenciado do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social. Para o primeiro, tanto a função física como a saúde mental e o bem-estar psicológico e social são essenciais. Já para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física (PIMENTA; et. al., 2008).

É importante destacar que a qualidade de vida perpassa por um campo semântico polissêmico: de um lado, esta relacionada ao modo de vida, suas condições e estilos; do outro, inclui idéias sobre o desenvolvimento sustentável e, os direitos humanos e sociais. Estas concepções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como referência (KALACHE, 2008).

A qualidade de vida pode estar diretamente associada à ausência de enfermidades, principalmente à ausência de sintomas ou disfunções. Entretanto, para alguns autores este conceito é reducionista, uma vez que aspectos não associados ao estado de saúde são avaliados na estimativa da qualidade de vida (PIMENTA; et. al., 2008).

Os obstáculos conceituais para definir a qualidade de vida atrapalham na elaboração de instrumentos de mensuração. Diante disso, tem-se procurado construir instrumentos que sintetizem sua complexidade, analisando as diferentes culturas e realidades sociais. E os idosos são o grupo etário na qual a construção de instrumentos multidimensionais tem gerado resultados satisfatórios (MARTINS; et. al., 2007).

Qualidade de vida na terceira idade pode ser compreendida como a manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. A multidimensionalidade da pessoa nem sempre apresenta o equilíbrio ideal e precisa ser

percebido de acordo com as possibilidades reais de cada sujeito. O significado dos processos de saúde e doença difere entre as pessoas (VECCHIA; et. al., 2005).

A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido relacionadas à idade dependência-autonomia, levando-se em consideração os efeitos da idade. Há pessoas que apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Para Mendes et al. (2005, p.423) temos que “a qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia do idoso”.

É comum encontrar na literatura os termos envelhecimento bem sucedido, envelhecimento ativo e qualidade de vida na velhice como semelhantes, uma vez que os três focam a satisfação das pessoas idosas com a vida. A satisfação de vida, de uma maneira indireta, reflete a qualidade de vida e pode ser considerada uma dimensão chave nas avaliações de estado de saúde na velhice (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

O termo *envelhecimento bem sucedido* significa que a velhice não é sinônima de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. É visualizar os aspectos positivos da velhice, o potencial para desenvolvimento que é resguardado pelo processo de envelhecimento e, essencialmente, a heterogeneidade, a multidimensionalidade e multicausalidade associadas a esse processo (NERI, 2008).

Além do envelhecimento bem sucedido temos também o *envelhecimento produtivo*, que para Neri (2008) é o desempenho de trabalho remunerado ou não remunerado, mas de valor econômico; envolvimento em atividades de lazer; contribuições para a melhoria da saúde, da capacidade funcional e da satisfação dos idosos, bem como contribuições no aumento da população idosa e do envelhecimento saudável, criando novas demandas para a economia, para as profissões e para as instituições sociais.

Já Kalache (2008) afirma que o termo envelhecimento produtivo vem sendo utilizado para significar a tendência crescente do estilo de vida em uma sociedade que envelhece. Os idosos têm promovido e organizado estilos de vida o qual permite a sua participação ativa nos avanços econômicos e sociais de seus países, de modo a assegurar que eles sejam considerados mais contribuintes do que dependentes.

O mesmo autor diz que essa participação vem contribuindo para melhoria da sua própria saúde, independência e bem-estar. Um envelhecimento produtivo é apenas um aspecto positivo da modernidade: podendo ser repensadas e redefinidas as relações intergeracionais

nos contextos sociais e econômicos. Especificamente, nas sociedades industrializadas que vem experimentando grandes mudanças na distribuição de riquezas entre gerações, mudanças na representação política e até em matérias como o significado e o valor de uma expectativa de vida tão estendida.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi uma das primeiras a elaborar um dos primeiros instrumentos para se mensurar a qualidade de vida, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH foi criado com a finalidade de transpor o debate sobre desenvolvimento, de aspectos puramente econômicos para aspectos de natureza social e também cultural. Neste indicador, considera-se que a renda, a educação e a longevidade são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população e tem igual valor como expressão das capacidades humanas (FREITAS; et. al., 2006).

Os indicadores que têm sido utilizados para medir a qualidade de vida são bioestatísticos, psicométricos e econômicos, os quais não associam o contexto cultural e social, a história de vida e o percurso dos indivíduos avaliados. Para tanto, é preciso que os instrumentos de avaliação da qualidade de vida não utilizem medidas focalizadas apenas nos sintomas, mas devem incluir itens qualitativos como os empregados em pesquisas sociológicas (PIMENTA; et. al., 2008).

Vecchia, et. al. (2005) relata que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida não se adaptam aos idosos, seja por apresentarem uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que relatam ter boa qualidade de vida não a teriam segundo a interpretação dos instrumentos mencionados. Portanto, existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida na faixa etária idosa.

A avaliação da qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica, cultural, espiritual, de formas de enfrentamento, e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores do bem-estar durante o envelhecimento: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigo. (MARTINS; et. al., 2009)

Os fatores associados à satisfação de vida entre idosos corresponde a saúde ótima, nível socioeconômico alto, ser casado e maior atividade social. Todavia, idade, raça, sexo e emprego não mostraram relação significativa. Os fatores predisponentes mais importantes foram saúde, atividade social e prazer sexual (FREITAS, et. al., 2006).

Tendências recentes ressaltam a subjetividade e o caráter multidimensional da qualidade de vida, em decorrência de políticas públicas e do desenvolvimento da sociedade em que os determinantes socioambientais se manifestam. Dessa maneira, a qualidade de vida é um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial das enfermidades e da produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (PIMENTA; et. al., 2008).

Para Freitas, et. al. (2006) nas sociedades modernas, onde existem constantes transformações, há um desnível cultural entre jovens e idosos, os primeiros possuem juízos de valores distantes dos idosos, por terem sido criados em contexto cultural e tecnológico diferentes.

É nas sociedades ocidentais onde há um distanciamento maior entre os valores, o que gera preconceitos e dificulta a vida dos idosos. Os valores dos idosos por serem antiquados, são tidos como inferiores. A capacidade de desfrutar dos prazeres da vida diminui inevitavelmente à medida que se envelhece isso faz com que o próprio idoso se desvalorizem e não esperam mais nada de si mesmo (FREITAS; et. al., 2006).

Existe a preocupação dos governos em não somente acrescentar anos a vida, mas que os mesmos sejam acompanhados de qualidade de vida, saúde e satisfação pessoal do ser humano. Portanto, é imprescindível conhecer as particularidades do envelhecimento humano, no intuito de planejar, direcionar e proporcionar um envelhecimento com qualidade aos atuais e futuros idosos (BRAGA; LAUTERT, 2004).

As referidas autoras ressaltam que a qualidade do tempo vivido e as condições ambientais são essenciais na vida do indivíduo. Cada ser tem uma bagagem própria ao envelhecer, por conta das transformações sofridas ao longo da vida, dos ganhos e das perdas. Vários fatores contribuem para o envelhecimento tais como, estilo de vida, ocorrência de doenças, acidentes, estresse, condições ambientais desfavoráveis, que associadas ou isoladas podem acelerar o processo de envelhecer e caracterizá-lo.

Para Kalache (2008) o envelhecimento populacional exigirá uma política de habitação que forneça soluções para pessoas idosas. A moradia é uma das dimensões responsáveis por definir a qualidade de vida na velhice, porque as pessoas idosas passam de 60 a 70% de seu tempo em casa, é muito mais do que outros grupos etários gastam ao longo da vida. Mudanças drásticas na situação de moradia, aposentadoria, a perda de um cônjuge ou amigo, ansiedade sobre a perda de capacidades e medo de não ser capaz de lidar com situações pode destruir a percepção de bem-estar.

Vieira (2004) acredita que o processo de adaptação entre o nível de habilidade e a competência individual e, as pressões do meio ambiente, o bem-estar é um critério subjetivo, medido por fatores diversificados, nas diferentes faixas etárias e contextos sociais desiguais. Os critérios utilizados são compatíveis com as necessidades dos indivíduos.

Uma elevação na qualidade de vida é resultado da aceitação das mudanças, prevenção de doenças, modificação no estilo de vida prejudicial à saúde, estabelecimento de relações sociais e familiares positivas e consistentes, e a manutenção de um bom senso de humor (VIEIRA, 2008).

2.3 Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi escolhida por ser capaz de identificar vários aspectos psicossociológicos e culturais do envelhecimento humano considerando as condições de vida, vivências psicossociais dos indivíduos idosos na sociedade, enquanto fenômenos de produção de conhecimentos de sujeitos sociais particulares.

Neste estudo temos como foco pontuar as características e modos de expressão da experiência-subjetiva dos idosos residentes no município de João Pessoa, que permitem organizar e analisar as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida como conhecimentos latentes, resultante do modo e do atuar socialmente em realidades singulares compartilhadas, assinalando-se aproximações ou afastamentos das definições científicas sobre qualidade de vida, na concepção do conhecimento prático.

Representar um objeto, por um grupo social, gera duas situações: a primeira é que ao objeto é conferido o *status* de signo, e secundariamente o mesmo se torna significante. Mas representar não significa simplesmente repetir, reproduzir ou desdobrar o objeto, é tentar refazê-lo, melhorá-lo e substituir o texto (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com Moscovici (2003) a Representação Social (RS) pode ser entendida como uma modalidade do conhecimento, que tem por finalidade dimensionar comportamentos e guiar a comunicação entre indivíduos. Elas são sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituindo as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como principal veículo para estabelecer as associações com as quais nos ligamos uns aos outros.

Moscovici (2003, p. 10) no capítulo inicial de *La Psychanalyse* cita que as representações sociais são entendidas quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através duma palavra, dum gesto, ou duma região, em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunidades que estabelecemos.

Para Arruda e Moreira (2004) a RS é a expressão da realidade social que norteia a prática dos sujeitos. Sendo no processo de significação que os sujeitos, na sua relação com o mundo, recuperam novos significados e os recriam, aparecendo neste momento o aspecto dinâmico das RS.

As representações Sociais surgem a partir de conflitos, dentro das estruturas representacionais da própria cultura, em que o fenômeno das RS está ligado aos processos implicados com desigualdades na sociedade (MOSCOVICI, 2003).

As RS são elaborações psicológicas e sociais, construídas coletivamente por uma sociedade, utilizadas na comunicação no intuito de relacionar-se, conferindo identidade aos indivíduos pertencentes ao grupo que divide a mesma imagem enquanto elemento cultural sobre um objeto e uma realidade comum (ARRUDA; MOREIRA, 2004).

A aplicação da TRS tem se expandido pelas várias áreas do conhecimento científico, devido à mesma se mostrar útil nas análises referentes às políticas sociais e ao planejamento de intervenções de âmbito social, principalmente, no campo da saúde (TURA; MOREIRA, 2005).

A TRS é uma teoria mais abrangente e complexa quando comparadas as micro-teorias da psicologia social. Ela apresenta dois aspectos importantes para o campo científico, no que se refere ao conhecimento do cotidiano por parte da sociedade, a chamada capacidade integrativa, que corresponde ao nível conceitual, e sua pertinência interdisciplinar, que é o nível fenomênico (MOREIRA; CAMARGO, 2007).

O campo da TRS apresenta três características importantes vitalidade, transversalidade e complexidade. Tanto no âmbito internacional, quanto aqui no Brasil, as duas primeiras características têm sido expressas. Entretanto, a última difere entre os estudos internacionais e locais. A diferença está na diversidade das pesquisas e suas implicações para os múltiplos aspectos da teoria, principalmente na Europa, já no Brasil há uma menor diversidade nos aspectos apreendidos (MOREIRA; CAMARGO, 2007).

O fenômeno da RS é histórico e ele resultou da interação entre os conhecimentos tradicionais, sagrados ou profanos, com o saber técnico e o científico, conhecimentos característicos de uma sociedade com uma multiplicidade de especialistas interagindo com uma multidão de leigos. Esta interação nem sempre é direta, as trocas entre estes universos especializados e os consensuais, dá-se através de comunicadores sociais, de mediadores desta infinidade de conhecimentos sobre uma multiplicidade de coisas, e de natureza tão diversas que, às vezes, não acreditamos que possam conviver num mesmo espaço simbólico (MOSCOVICI, 1978; MOSCOVICI, 2003).

Foi à sociologia clássica, do século passado, que deu origem aos estudos das RS a partir do conceito de representação coletiva elaborado por Durkheim, o qual dizia que as representações coletivas são oriundas da interação dos homens entre si e a natureza. Durkheim defendia que havia uma separação nítida entre as representações individuais e as coletivas, pois a primeira era do campo da psicologia, enquanto as últimas eram objeto de estudo da sociologia (ARRUDA; MOREIRA, 2004; MOSCOVICI, 2003; TURA; MOREIRA, 2005).

No Brasil a TRS começou a ser difundida na década de 90. O seu crescimento aqui se deve a três circunstâncias: primeiro a uma cultura anti-científica brasileira, a segunda parece decorrer do panorama das ciências sociais brasileira e das suas conseqüências para a produção do conhecimento neste domínio, e um terceiro fator seria a concepção da relação da universidade com a sociedade (MOREIRA; CAMARGO, 2007).

As representações coletivas expressam as relações entre os acontecimentos sociais e os homens e destes entre si em uma sociedade específica. Sendo, portanto, o fruto das atividades dos homens que acompanham os fatos históricos e a organização social. A partir delas a coletividade elabora suas idéias e percepções do mundo que a rodeia. Por ser um produto histórico, varia de uma sociedade para outra, no interior das quais são forjadas e mantidas, conseqüentemente, relações biunívocas com a organização social (TURA; MOREIRA, 2005).

Arruda e Moreira (2004) concordam com o exposto quando dizem que as representações coletivas são produto da cooperação entre o tempo e o espaço, para torná-las uma multidão de espíritos diversos que associaram, misturaram e combinaram suas idéias e sentimentos para acumularem aqui as suas experiências e saberes.

Para as mesmas autoras os indivíduos são apenas portadores e usuários dessas representações, as quais são produzidas pela sociedade. Portanto, não necessariamente surgem do consciente individual.

Ainda são definidas como uma visão do mundo que permitem os indivíduos dar um sentido aos seus comportamentos, definir práticas e compreender a sua realidade. Suas construções ocorrem mediante dinâmicas próprias da comunicação responsáveis pelo duplo papel que ocupa na própria formação de representações as quais tornam o estranho familiar e o invisível perceptível (DOISE; et. al., 2003).

Nesse sentido, Vala (2002) afirma que as representações sociais não se limitam apenas a receberem e processarem informações uma vez que são construtores de significados capazes de teorizarem uma realidade social, elas dão sentido ao que pensamos, orientam e regulam o nosso comportamento.

Na construção das representações sociais Moscovici (1978) aponta que essas ocorrem a partir de três *dimensões*: informação, imagens ou campo de representação social e atitude. A *informação* diz respeito ao conhecimento que o grupo possui sobre o objeto social; as *imagens* ou *campo de representação social* compreendem os sentidos associados ao objeto (modelo social) formado pelos conteúdos concretos e limitados os quais são responsáveis pela organização; e *atitude* compreende o posicionamento dos sujeitos frente ao objeto de representação, enquanto guia de orientação de comportamentos/conduas. Abric (2005)

destaca ainda que as representações sociais têm dimensões sensoriais, motoras, emocionais, cognitivas e linguísticas por serem as representações construídas a partir de percepções, sensações e emoções e não apenas por palavras, muito embora sejam através delas que os indivíduos se expressem.

As RS são conversações a partir das quais são elaboradas as ideologias, os saberes populares e o senso comum. Consisti em uma teoria centrada na relação dialética entre o indivíduo e o objeto. Por meio da sua atividade, o sujeito constrói tanto o mundo como a si próprio (MOSCOVICI, 2003; MOSCOVICI, 1978).

As RS procuram resgatar o homem social na sua complexidade, fornecendo elementos novos que aproximam sua teoria da realidade social já que penetram nas construções das concepções e práticas sociais, resgatando os sentidos impressos e expressos pelos próprios atores sociais (ARRUDA; MOREIRA, 2004).

Partindo do seu caráter coletivo a representação social capacita o indivíduo a comprometer-se como um novo arranjo em sua prática social, fazendo com que as modificações nas relações sociais antes produzidas adquiram novos contextos, comunicações e também representações sociais (TURA; MOREIRA, 2005), frente ao objeto representado, em particular, a qualidade de vida dos idosos.

Os significados sociais são permeados pelos diferentes tempos históricos: o tempo longo, ou imaginário social; o tempo vivido, que engloba o processo social do grupo em questão; e o tempo curto de interação, período no qual a funcionalidade das representações é processada. O contexto se torna intertextual, por considerar o texto sócio-histórico a raiz da subjetividade e o texto discurso, que constitui as relações sociais estabelecidas (ARRUDA; MOREIRA, 2004).

Moreira, et. al. (2005) sugere um modelo para estudar as representações sociais, onde se tenta conciliar das duas correntes atualmente em estudo, a estruturalista e a genética, aplicando na sua operacionalização os desenvolvimentos efetuados em lógica natural e os estudos empíricos dos esquemas de Marshall.

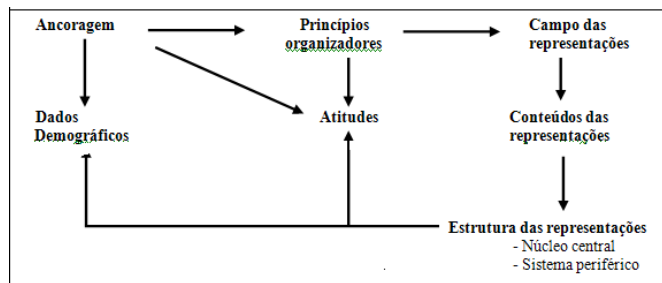


Figura 2. Articulações entre os vários componentes das Representações sociais.
Fonte: MOREIRA; et. al., 2005.

Na figura 2 temos uma possível articulação entre os elementos sugeridos pela corrente estruturalista, com a teoria do núcleo central; e os propostos pela genética, com a teoria dos princípios geradores de tomada de decisão. As duas teorias tentam compreender como a representação social é materializada mentalmente (MOREIRA; et. al., 2005).

O interessante é que as duas teorias concordam que o estudo das RS requer uma análise do campo das representações, onde as crenças do senso comum são objetivadas; aos princípios organizadores da tomada de decisão, no qual estão inclusas as diferenças inter individuais em termo de adesão as crenças e aos processos de ancoragem, que subsidia os princípios organizadores de tomada de posição, num conjunto de relações simbólicas e sociais.

Moscovici (2003) descreveu dois processos que ocorrem durante a formação de representações sociais: **objetivação** e a **ancoragem**.

A **objetivação** consiste em transformar um sentido em uma figura, seria dar materialidade a algo abstrato, já a ancoragem faz o inverso, transforma uma figura em um sentido, no intuito de tornar interpretável o objeto. (MOSCOVICI, 1978).

Sabe-se que os processos de ancoragem e a objetivação encontram-se dialeticamente articulados pode-se dizer que estes funcionam com o objetivo de interpretar e traduzir o entendimento necessário da informação para os sujeitos sociais, pois esta moldada pelo sujeito partindo-se de referências passadas, ou seja, situações vividas como positivas ou negativas serviram de ancoragem para uma nova situação. (ARRUDA; MOREIRA, 2004).

Utilizando-se da possibilidade das RS em converter conceitos em categoria de linhagem, esta se traduz na objetivação e na ancoragem. A primeira consegue integrar teorias abstratas de um determinado grupo específico em elementos do meio ambiente geral. Enquanto a segunda designa a firme inserção de uma ciência na escala de valores e entre eventos realizados pela sociedade. As duas possuem fins parecidos, nos quais transformam a ciência num saber útil a todos. (MOSCOVICI, 1978).

Ancoragem é um processo que transforma algo que intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria nos pensamos ser apropriada. Quando uma idéia ou objeto é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela (MOSCOVICI, 2003).

Ancorar significa classificar e dar nome a alguma coisa. O processo de representação envolve a codificação. Todo sistema de categorias pressupõe uma teoria que defina e especifique o seu uso. Classificar algo significa confiar a um conjunto de comportamentos e

regras que estipulam o que é, ou não é permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe (MOSCOVICI, 2003).

Categorizar algo ou alguma pessoa é escolher um dos paradigmas armazenados em nossa memória e estabelece uma relação positiva ou negativa com ele. Quando se dá nome a uma pessoa ou coisa, primeiro, ambas podem ser descritas e adquire certas características e tendências. Segundo elas se tornam distintas de outras pessoas ou objetos, por meio dessas características e tendências. E por último podem se tornar objetos de uma convenção entre os que adotam e partilham a mesma convenção (MOREIRA; et al, 2005; MOREIRA; CAMARGO, 2007).

A objetivação une a idéia de não-familiaridade com a de realidade. É descobrir a qualidade simbólica de uma idéia, ou ser impreciso. É a reprodução de um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, enchendo o que encontra normalmente vazio com substância (MOSCOVICI, 2003).

Para Arruda e Moreira (2004) a objetivação é um processo onde há a articulação de uma característica do pensamento social, é a propriedade de tornar concreto o abstrato, de materializar a palavra, dar textura material as idéias, tornar adequada as coisas à palavras e dar corpo a esquemas conceituais.

Devemos ter em mente que um estudo quando faz uso das representações sociais, nem sempre ele terá uma aplicação como intervenção, mas toda ela necessita das considerações levantadas por esta teoria (JODELET, 2007).

Jodelet (2007, p. 50) cita que “à independência entre o estudo das RS e a intervenção, cabe ressaltar que a reflexão teórica sobre RS constitui um domínio científico em si e não necessita, para se desenvolver, do recurso à aplicação e ainda menos a intervenção”.

Moscovici (1978) afirma que as representações sociais são caracterizadas como fenômenos psicossociais, que têm as seguintes *funções*:

- a) Função do *saber*: permite compreender e explicar a realidade em que os sujeitos sociais adquirem conhecimentos e os integram de modo assimilável para eles em ocorrência;
- b) Função de *orientação*: guia os comportamentos e práticas por ser prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto social;
- c) Função *identitária*: define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos em que se situam os sujeitos sociais e os grupos dentro do campo social e pessoal satisfatório, compatível com as normas e valores historicamente determinados;

d) Função *justificadora*: permite a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo aos sujeitos explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face de seus pares.

Vala (2002) refere-se à representação social como resultado de representações partilhadas coletivamente resultantes de interações e fenômenos de comunicação 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 aos objetos que são interrogáveis para um grupo.

CAPITULO III
ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo compreensivo realizado em contextos sócio-culturais diferentes, no qual se priorizou a fala dos sujeitos e as suas vivências, subsidiado no aporte teórico das Representações Sociais, em uma abordagem quanti-qualitativa, inserido nos Projetos: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e representações Sociais de Idosos: um estudo comparado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do convênio com o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – PROCAD-EERP-USP/UFPB, financiado pela CAPES juntamente com o Projeto: Tecnologias Assistivas para Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família do Convênio UFPB/FNS do Ministério da Saúde, financiado FNS/Ministério da Saúde – MS.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de João Pessoa (JP) – Paraíba, Brasil.

O estado da Paraíba situa-se na região Nordeste do Brasil, faz divisa com os estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco. O município de João Pessoa está situado na região leste da Paraíba, conforme ilustrado no Mapa 1.



Mapa 1. Mapa do estado da Paraíba com a respectiva localização do município de João Pessoa.

Fonte: IBGE, 2009.

O distrito foi criado com a denominação de Nossa Senhora das Neves, em 1586. Elevado à condição de cidade com a denominação de Felipea, em 1585. Em 1634 a cidade Filipea passou a denominar-se Frederícia. Tomou a denominação de Paraíba em 1654. No ano de 1930, o município é capital Paraíba passou a denominar-se João Pessoa. João Pessoa está localizada na região litorânea do Estado da Paraíba. Possui uma extensão territorial de 211,47 km². A economia gira em torno dos bens de serviço. Trata-se de um município de grande porte com 723.514 habitantes, conforme dados preliminares do censo de 2010 (IBGE, 2011).

3.3 População e Amostra

A população do estudo foram idosos residentes no município de João Pessoa-PB. De acordo com as estimativas do IBGE de 2007 o número total de idosos chegaria a 61.281.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerado de duplo estágio. O setor censitário foi considerado como a unidade primária de amostragem, com probabilidade proporcional ao tamanho do setor, identificado de acordo com o censo demográfico do ano de 2000 (600 setores em João Pessoa). A rua correspondeu à unidade sorteada num segundo estágio. Esse procedimento manteve a autoponderação da amostra final de pessoas ≥ 60 anos, residentes na área urbana do respectivo município. O processo amostral contou com probabilidades proporcionais ao tamanho do primeiro estágio, e cota fixa no segundo estágio.

Decidiu-se por uma amostra de 240 indivíduos, que garantiu um erro máximo de 6,3% com 95% de probabilidade. Para se chegar ao valor de $n=240$, planejou-se sortear 20 setores censitários entre os 617 existentes.

Desta maneira a fração amostral do primeiro estágio foi: $F1=20 \cdot P(i)/61281$. Onde $P(i)$ é a população de 60 anos e mais no setor i , e; 61281 o total da população de 60 anos e mais, de acordo com a contagem de 2007.

No segundo estágio foram percorridas as ruas a partir de um começo casual e visitados os domicílios até se encontrar 12 idosos nas condições de inclusão para a amostra. Assim, a fração amostral no segundo estágio foi: $F2 = 12/P(i)$. E a fração amostral final foi $F = F1 \cdot F2 = 0,004$ ou 0,4%.

Importante destacar que em cada setor a fração amostral foi dada por $F(i) = \{P(i)/61281\} \cdot \{12/P(i)\} = 0,0002$. Isto é, a amostra construída foi auto ponderada, resultando em frações amostrais idênticas para todos os indivíduos.

Os critérios de inclusão adotados foram:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos, como preconiza a OMS;
- Sexo masculino e feminino;
- Residir no setor censitário do município há mais de seis meses.

Os critérios adotados para participação no estudo após a seleção da amostra foram:

- Possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao instrumento e/ou a presença de um familiar ou cuidador que pudesse auxiliar nas respostas;
- Concordar em participar da pesquisa.

3.3.1 Aspecto Ético

A participação dos idosos (n=240) foi voluntária e atendeu a Resolução 196/1996 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, Protocolo CEP/HULW N°. 261/09, FR: 294027. Por ocasião das entrevistas os voluntários preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A).

3.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Na coleta de dados utilizou-se a técnica de coleta multi-método a partir dos instrumentos:

a) **Teste da Associação Livre de Palavras - (TALP)**, utilizando como estímulos indutores as expressões: «envelhecimento», «idoso», «velho» e «qualidade de vida». Esse teste permite a evocação de respostas a partir de estímulos indutores, que permite se evidenciar grupos semânticos de palavras.

b) **Entrevista Semi-estruturada** formada por *duas partes*.

Parte 1: Questões: Fale sobre envelhecimento; O que é ser idoso para o(a) sr.(a)? Fale sobre um acontecimento positivo por ser idosos; Fale sobre um acontecimento negativo por ser idoso; Como vê os idosos? Como acha que os outros vêem os idosos? O que significa para o sr(o/a) ser idoso?

Parte 2: trata de questões sobre o Perfil Social, adotadas pelo Ministério da Saúde (2006).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Após identificação dos pesquisadores (em dupla) e dos objetivos da pesquisa aos sujeitos do estudo com datas previamente agendadas para as entrevistas conforme disponibilidades dos sujeitos os instrumentos foram aplicados numa entrevista única, com um tempo médio de duração de aproximadamente 120 minutos, no próprio domicílio dos idosos residentes nos setores censitários sorteados, no período de outubro a dezembro de 2010.

Os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responderem as entrevistas, respeitando-se o anonimato e a privacidade, bem como sua desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/1996.

3.6 Análise e discussão de dados

Os resultados aprendidos dos dois instrumentos correspondendo a 240 Testes da Associação Livre de Palavras e 240 *entrevistas*, compondo o *corpus* que foi analisado com o auxílio do *software* Alceste 2010, após constituição do banco de dados.

O programa informático Alceste constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, principalmente quando se trata de analisar grande quantidade de material textual proveniente de entrevistas, questionário e de diferentes documentos escritos. O mesmo faz análise acerca da classificação hierárquica descendente, além de permitir análise lexicográfica do material textual e 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 (UCIs), que serão definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e suas formas reduzidas (raízes) e a 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; e a análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma). (CAMARGO, 2005).

Nesse estudo, esse procedimento possibilitou a delimitação de 5 classes ou categorias lexicais semânticas em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras contidas no vocabulário e da sua contextualização dentro dos segmentos de textos articulados, nos quais foram identificados os conteúdos de acordo com cada classe. Dessa forma, essas classes ou categorias foram apreendidas a partir da análise lexical, de dois grupos de idosos, constituindo um único *corpus* organizado pelas unidades de contexto elementar (UCE's).

Utilizou-se o *software* Excel - 2003 para construção de um banco de dados apreendidos das questões referentes ao perfil dos idosos. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 17.0.

CAPITULO IV
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Perfil dos Idosos

Os dados obtidos a partir da análise dos instrumentos serão apresentados inicialmente o perfil dos idosos.

Verificou-se que a idade variou de 60 a 98 anos, sendo a média de 71,7 anos e desvio-padrão de 7,6 anos. As faixas etárias que concentraram o maior número de idosos foram a de 60 a 65 anos 24,2%, e a de 66 a 70 anos, 24,2%, se somadas as duas são 48,4% no intervalo entre 60 a 70 anos. A maioria (69,6%) pertencia ao sexo feminino, à minoria (30,4) era do sexo masculino.

Um total de 127 (52,9%) idosos era casado ou estavam em união consensual e pouco mais da metade (5%) era composta por separados ou solteiros (8,3%), ou viúvos (33,8%). A grande maioria dos idosos professou ser católico (72,1%), 22,5% afirmam ser protestantes, apenas 0,4% se diz espírita, e 12% não professaram a religião.

Quanto à renda, ela variou de R\$400,00 a R\$28.000,00, com um valor médio de R\$1.020, 12,9% dos idosos possui uma renda abaixo de um salário mínimo, a maioria recebe entre 1 e 3 salários mínimos (40,4%), e os demais possuem renda entre 3 e 5 (14,2%), 5 a 7 (9,2%), 7 a 9 (3,7%), com uma renda superior a nove salários mínimos (14,6%) e apenas 5% não quiseram informar o quanto recebiam.

Em relação à escolaridade observa-se a presença de um número insignificante de analfabetos correspondendo 20% dos idosos entrevistados. No que se refere à escolaridade, a maior parte dos idosos se concentrou na faixa de 0 a 5 anos (47,5%), e o restante tinham de 6 a 10 anos (24,6), 11 a 15 anos (16,7%) e com mais de 15 anos de estudo (11,2%).

Todas essas informações podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos residentes nos 20 setores censitários de João Pessoa. João Pessoa - PB, 2011 (n=240).

Características sócio-demográficas		Total	
		n	%
Faixa etária (anos)	60 - 65	58	24,2
	66 - 70	58	24,2
	71 - 76	52	21,7
	77 - 80	41	17,1
	81 - 85	21	8,8
	86 - +	10	4,2
	Total	240	100
Sexo	Masculino	73	30,4
	Feminino	167	69,6
	Total	240	100
Estado civil	Solteiro (a)	20	8,3
	Casado (a)	127	52,9
	Divorciado (a)	6	2,5
	Separado (a)	6	2,5
	Viúvo (a)	81	33,8
	Total	240	100
Religião	Católica	173	72,1
	Protestante	54	22,5
	Espírita	1	0,4
	Outra religião	12	5,0
	Total	240	100
Renda (salário mínimo)	<1	31	12,9
	1 - 3	97	40,4
	3 - 5	34	14,2
	5 - 7	22	9,2
	7 - 9	9	3,7
	> 9	35	14,6
	Não informou	12	5,0
	Total	240	100
Sabe ler e escrever	Sim	192	80,0
	Não	48	20,0
	Total	240	100,0
Escolaridade (anos)	0 - 5	114	47,5
	6 - 10	59	24,6
	11 - 15	40	16,7
	15 - +	27	11,2
	Total	240	100

Fonte: Pesquisa Direta. Coleta de dados em domicílio por instrumento.

Verificou-se que a amostra é composta basicamente de idosos pertencentes a faixas etárias mais jovens. Entretanto, os idosos com idade de 80 anos ou mais (13%) foi igual à nacional, em torno de 13%, e inferior a 20%, que é encontrada em países desenvolvidos (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Os dados apresentados na Tabela 1, com relação ao sexo são semelhantes às informações apresentadas nos estudos sobre demografia populacional brasileira, onde se observa um maior número de mulheres idosas em relação aos homens.

Pode-se inferir que o número superior de mulheres se deve a fatores tais como a proteção cardiovascular pelos hormônios femininos, a adoção de condutas menos agressivas no seu dia a dia e a menor exposição a riscos no trabalho, além de terem uma preocupação maior com a saúde (BRAGA; LAUTERT, 2004; SANTOS, et. al., 2002).

A predominância de mulheres confirma a chamada feminização da velhice, pois a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil. Na pesquisa realizada em João Pessoa-PB esta tendência prevaleceu, pois revelou 79,7% de mulheres idosas. Em Fortaleza – CE, as mulheres constituíram 77,1% dos idosos em um estudo sobre a epidemiologia do envelhecimento (SANTOS; et. al. 2002; VICTOR; et. al., 2009).

Não é só no Nordeste brasileiro que tem se verificado um aumento no número de mulheres com relação ao de homens. Em Porto Alegre, estudo realizado por Braga e Lautert (2004) identificou um percentual de mulheres correspondendo a 62,73%.

Para Neri (2008) a mudança nas normas etárias reflete diretamente em alterações na identidade pessoal e no conceito de categoria etária, o qual já pode ser observado nas novas denominações dadas à velhice como maturidade, meia-idade, terceira idade, maioridade, idade legal e maior idade.

Em relação ao estado civil dos idosos, 52,9% eram casados e 33,8% viúvos. Esses dados diferem dos encontrados nos estudos realizados por Santos, et al (2002), que identificou 39,8% dos idosos são casados e 41,4% viúvos. Os dados apresentados por Victor; et al (2009) foram os mais próximos dos encontrados na atual pesquisa com 49,5% dos idosos casados e 31,7% viúvos.

Os dados com relação à renda nesse estudo apontam que os idosos possuem baixos salários em que a maioria (40,4%) recebe entre 1 e 3 salários mínimos. Esse aspecto vai de encontro com o estudo realizado por Victor, et. al (2009) onde identificou que 48,6% dos idosos recebiam entre 0,7 a 1 salário mínimo. Pode-se inferir que essa realidade limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas, e se agrava quando pesquisas constatarem que grande parte dos idosos é de provedores de suas famílias.

Os estudos de Joia, Ruiz e Donalisio (2007) apontam uma distribuição de renda individual dos idosos situados na faixa de três salários mínimos, em que as mulheres idosas tinham renda mais baixa e que apenas 18,1% das famílias dos idosos possuíam renda per capita superior a dois salários-mínimos.

Verificou-se nesse estudo com relação, a escolaridade que apenas 20% dos idosos não sabiam ler e escrever. Victor, et al (2009) identificou em seu estudo que 49% dos idosos disseram que não sabiam ler nem escrever, sugerindo que esses resultados vão ao encontro dos resultados de pesquisas sobre o perfil educacional dos idosos brasileiros, em regra, ruim.

Ainda sobre a escolaridade os dados apontam que 47,5% dos idosos possuem entre 0 a 5 anos de estudo e que 27,9% não tem mais de 11 anos. Estudos sobre o mesmo perfil social dos idosos realizado por Joia, Ruiz e Donalisio (2007) destacam que 26,8% dos idosos possuíam escolaridade acima de quatro anos e que apenas 9,3% deles completaram o curso superior.

4.2 Representações Sociais sobre Envelhecimento e qualidade de Vida

Apresentam-se os resultados centrados em dois procedimentos de análise do Alceste: a classificação descendente hierárquica e análise fatorial de correspondência.

Para Camargo (2005), as classes podem indicar conteúdos de representações sociais sobre determinado objeto, ou apenas uma representação social cujos conteúdos relacionados. O perfil característico de cada classe é feito pelo vocabulário característico e pelas variáveis que contribuíram para a produção das UCE's de cada classe, selecionadas a partir do valor do quiquadrado (λ^2) e da frequência, apresentados nos resultados das representações sociais sobre a aids, evidenciando-se a dinâmica dos textos das UCE's mais característica de cada classe com suas contextualizações.

Da classificação hierárquica descendente resultou a distribuição das classes ou categorias temáticas.

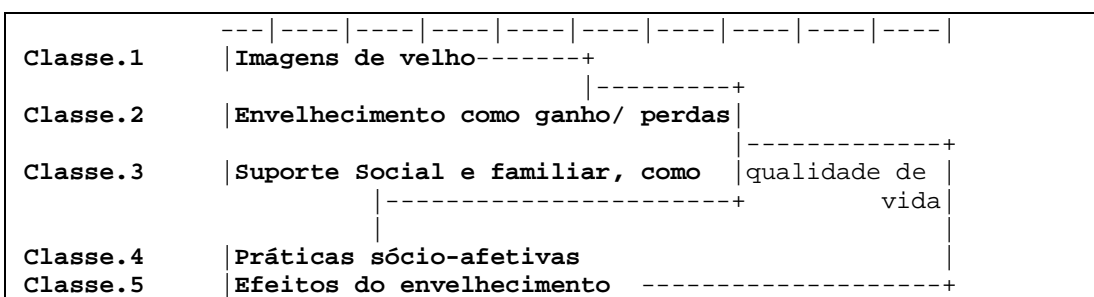


Gráfico 01 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. Fonte: Alceste, 2011.

O dendograma da fig.1 representa 76,99% das UCE's (Unidade de Contexto Elementar) recortadas do texto das 239 Unidades de Contexto Iniciais (UCI's) classificadas.

A análise do material foi baseada na dedução do pesquisador, a partir da elaboração de segmentos cognitivos construídos pelos idosos em função das classes delimitadas, através do programa informático.

De acordo com esta orientação foram identificadas cinco classes de segmentos (UCE's) de texto ou categorias temáticas, diferentes entre si, que estão ilustrados na fig.3.

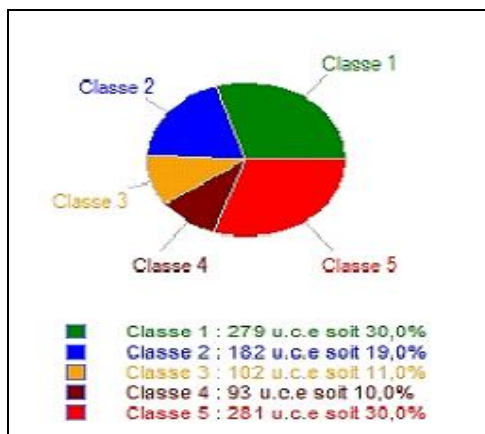


Figura 03. Distribuição percentual das classes com respectivas UCE's. Fonte: Alceste, 2011.

O perfil característico de cada classe, tal como sugerido pelo Alceste, é feito a partir do vocabulário característico e pelas variáveis e sujeitos que corroboraram para a construção das UCE's de cada classe e que são escolhidas de acordo com o de seus *qui-quadrados* (λ^2) (MOREIRA; et. al., 2007). Posteriormente apresentam-se os resultados que derivam da estrutura temática das RS sobre envelhecimento e qualidade de vida.

Para Camargo (2005) as referidas classes podem ser responsáveis por indicar RS ou campos de imagens sobre um determinado objeto ou apenas aspectos de uma só representação. O que indicará se elas são representações sociais são os seus conteúdos e a sua relação com os fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa.

A *classe um* – **Imagens de velho** - concentra 30% das UCE's correspondendo 279 das UCE's retidas e classificadas. Nela foram selecionadas 109 palavras com média de 12,46 palavras por UCE. Configura-se em um dos contextos temáticos de maior contribuição acerca das imagens de velhos *positivas* e *negativas* no contexto das relações sociais, selecionadas a partir do maior *qui-quadrado*², no quadro 1.

Quadro 1 - Palavras associadas significativamente à classe 1.

Palavras	Frequência	χ^2
Abandonados	09	11.91
Acontecimento	138	191.21
Aposentadoria	23	10.29
Bons	14	22.89
Experiência	50	25.42
Familiares	07	12.86
Forma	07	12.86
Idosos	353	308.41
Merece	07	12.86
Morar	07	07.82
Nascimento	05	11.86
Negativo	134	217.61
Olhos	13	23.60
Pena	11	06.22
Pessoa	105	46.78
Positivo	125	180.81
Público	03	07.10
Realizar	10	06.99
Reconhecimento	04	09.47
Respeito	57	22.94
Serve	11	13.83
Sociedade	11	11.83
Unida	03	07.10
Velhos	09	17.53
Escolaridade (11 a 15 anos)	60	04.67
Renda familiar (8 a 9 SM)	36	05.76
Sexo (masculino)	90	04.23

Fonte: Alceste, 2011.

As dimensões dessa classe semântica salientam conteúdos de ordem psicossocial diversificados positivos (aposentadoria, bons, experiências, merece, respeito, unida e reconhecimento) e negativos (abandonados, negativo, pena e velhos), objetivadas por idosos do sexo masculino com escolaridade de 11 a 15 anos, com renda familiar de 8 a 9 SM. Para os referidos idosos o envelhecimento é um *acontecimento positivo por ser idoso é a experiência e o respeito, negativo é que as pessoas não vêem os velhos com bons olhos.*

Esta classe apresenta elementos relativos aos acontecimentos negativos e positivos do envelhecimento, que se opõe semanticamente e surgem como elementos fundamentais para o entendimento de como os idosos se vêem e são vistos pela sociedade, acrescido da necessidade que os mesmos têm de envelhecerem com respeito.

Os idosos consideram a aposentadoria como um direito e uma conquista do trabalhador, depois de muitos esforços e anos de trabalho. Entretanto, a sociedade, desvaloriza o idoso depois de aposentado, que passa a ser visto como improdutivo e, portanto, inútil. O aposentado necessita, muitas vezes, permanecer trabalhando por necessidade financeira,

considerando-se que, para grande maioria dos brasileiros, os valores recebidos como aposentadoria não cobrem as suas necessidades de manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar (BULLA; KAEFER, 2003).

De acordo com Meirelles, et. al. (2007) um dos lados negativos do envelhecimento é a perda do apoio familiar, geralmente devido às mudanças na composição familiar, nas modificações socioculturais e econômicas. Antigamente, famílias numerosas conviviam no mesmo domicílio e a presença do idoso representava um *status* social elevado. Com o passar dos anos a família numerosa foi substituída por uma família nuclear com pai, mãe e poucos filhos. E as mulheres, que geralmente assumiam o papel de cuidadoras, estão no mercado de trabalho e já não têm mais como cuidar de seus idosos.

Estes achados falam em favor do envelhecimento do ponto de vista dos acontecimentos negativos e positivos nas suas relações sociais, está centrada no que eles pensam de si próprio e no que os outros vêem os idosos. As UCE's que tem maior índice de associação à classe 1.

[...] ser idoso é ter experiência na vida. Um acontecimento positivo por ser idoso é a experiência. Pedem-se conselhos aos idosos. Negativo é o preconceito nos locais públicos, ser deixado em filas de espera por muito tempo no serviço de saúde. Vejo os idosos como pessoas que precisam de mais atenção, respeito e carinho [...].

[...] acontecimento positivo por ser idoso é estar viva. Negativo são as lembranças. Vejo os idosos como bebês, dependentes, inseguros, carentes e que precisam muito de amor e carinho das pessoas que estão ao seu redor [...].

[...] negativo é a diminuição da saúde. Vejo os idosos como pessoas queridas, que merecem respeito. Os outros vêem como pessoas inferiorizadas, sem valor [...].

As falas denotam que a falta de *respeito* e *carinho* tornam o envelhecimento negativo. Mesmo com a chegada dos netos e a experiência, se não houver por parte da família e da sociedade um suporte, os idosos podem terminar deprimidos e isolados.

A *classe dois* – **Envelhecimento como ganho e perdas** - representa 19% das UCE's, classificadas, com 182 palavras selecionadas, sendo uma média de 11,28 palavras analisadas por UCE's e explora uma faceta ambivalente sobre o envelhecimento fruto de uma relação de contrariedade e oposição que é estabelecida por um lado pela valorização de ser idoso e por outro, pelas dificuldades frente ao processo de envelhecer. Essas dificuldades são objetivadas pela *difícil* relação de *reconhecimento* e *valorização* com a *morte*, em que muitas vezes a

família (*filho, neto*) que deveria acolher é quem *maltrata o velho na casa*, conforme atesta os resultados do quadro 2.

Quadro 2 - Palavras associadas significativamente à classe 2.

Palavras	Frequência	λ^2
Banco	03	12.49
Canto	04	16.66
Casa	16	10.52
Chamar	05	15.76
Coloca	07	23.89
Complicado	04	11.79
Deixar	10	19.30
Deveria	05	15.76
Dia	09	08.54
Difícil	09	08.54
Enfrentar	04	08.61
Ficar	48	28.17
Filho	13	11.32
Gente	48	98.72
Graças a Deus	08	11.20
Jovem	11	07.28
Levantar	03	07.93
Liga	03	12.49
Maltrata	08	14.94
Mão	04	08.61
Morte	15	10.98
Mundo	07	11.76
Neto	15	08.72
Obrigado	03	07.93
Ônibus	06	08.77
Pegar	04	11.79
Povo	04	08.61
Processo	07	29.26
Procurar	06	15.92
Receber	05	07.58
Sente	12	16.16
Separação	05	09.57
Sinto	12	12.21
Valorizado	07	19.77
Velho	42	20.17
EC - (separado/divorciado)	28	22.17
EC - (casado)	14	33.40
ESC. (6 a 10 anos)	80	27.80
Idade (76 a 80 anos)	29	89.40
Religião (outra)	22	19.38
RF - (> 10 SM)	50	19.07
RF - (não informou)	30	26.54
Sexo (feminino)	161	29.28

Fonte: Alceste, 2011.

Quem objetiva o envelhecimento em ganhos e perdas são as mulheres separada/divorciada e casada, que ganham até 10 SM, com escolaridade de 6 a 10 anos, idade de 76 a 80 anos que não professam religião.

Esses conteúdos se referem aos ganhos que o envelhecimento propiciou aos idosos e as perdas que tiveram baseadas no sentimento de não ser valorizado, ficar velho, ser maltratado e serem excluídos pelos próprios familiares.

Tais sentimentos de conteúdos negativos sobre o processo de envelhecimento têm um impacto na qualidade de vida do idoso representado pela *solidão*, ocasionada pelo *abandono*, pela *aposentadoria* e *isolamento*. O lazer e o bem-estar estão diretamente relacionados com a qualidade de vida dessas pessoas, interferindo na solução desses problemas e no equilíbrio de cada um (DAVIM; et. al., 2003).

Martins, et. al. (2007) reforçam dizendo que no ambiente urbano, é menor ou inexistente a quantidade de laços afetivos entre as pessoas e a rede de vizinhos, podendo haver uma tendência para o isolamento social, com a chegada da aposentadoria e a perda dos amigos.

Nesse sentido, Neri (2008) alerta sobre a existência de uma descontinuidade estrutural durante o envelhecimento, pois a sociedade é incapaz de assegurar papéis sociais que permitam aos idosos saudáveis e ativos a continuarem engajados socialmente ou a terem acesso as oportunidades e gratificações sociais disponíveis para outras faixas etárias.

Mesmo que as perdas sejam sociais (sentimento de inutilidade), psicológicas (abandono) e biológicas (morrer) se constituem os maiores problemas do envelhecimento. Todo idoso temem ficar dependente ocasionando trabalho aos seus familiares ou próximos. Essa realidade é percebida por eles quando seus amigos ou conhecidos são colocados em instituições de longa permanência e muitas vezes nem se quer recebem visitas dos familiares, atestada nos segmentos de texto.

[...] o idoso não é usado no processo produtivo e deveria ser, hoje em dia esta havendo uma inversão, nesse mundo capitalista eles não valorizam a experiência, entretanto, os bancos têm chamado os aposentados para fazerem parte desse processo dinâmico [...].

[...] eu mesma nunca pensei que ia enfrentar tantos problemas. Quer queira, quer não eu tive que enfrentar. A gente quando fica velho as pessoas se separam, não tem quem dê a mão, a família abandona e não procura nem ter notícia da gente [...].

[...] a geração mais nova ela acho o idoso um estorvo na vida dela. Ela acha que já não tem nada a ver, que já viveu a vida deles, que morra de uma vez, que pare de encher o saco [...].

[...] velho só presta para morrer. Ser idoso é velho com mais idade do que outros. É ruim tudo. A gente vive porque é o jeito, mas se pudesse a gente não ficava velho não, ficava moço [...].

Não é só o idoso que possui uma imagem negativa de si próprio, mas a sociedade também tem colaborado para a essa visão a partir do momento que não respeita os direitos do idoso mais simples possíveis como a utilização das vagas de idosos em *shoppings*, supermercados; não oferecer assento para o idoso nos ônibus e transportes públicos; entre outros.

Na *classe três* - **Suporte social e familiar como qualidade de vida**, concentra 11% das 102 UCE's selecionadas e classificadas e 163 palavras, tendo uma média de 18,65 palavras analisáveis acerca de contexto temático que apresentam dimensões em que os idosos associam o suporte social (amigo, andar, conversar, casa, paz) e familiar (amigo, família, criança, mãe, pai) à qualidade de vida (alegria, boa, saúde, trabalho, comer, vida).

As dimensões dessa classe salientam a importância da família para qualidade de vida que resultam de um envelhecimento como uma fase da vida, objetivado por idosos que sabem ler e escrever, com renda de 1 SM e idade entre 81 a 85 anos.

Essa classe centra-se nas características do envelhecimento, em que os idosos se reportam ao *tempo* de *juventude* com *alegria* em que eles sentem *saudade* do *passado* o que é uma causa da *solidão* decorrente da *aposentadoria*. A *vida* para eles é reforçada pela visão do envelhecimento cercada de perdas e lembranças.

De acordo com Mendes, et. al. (2005) estudos sobre a aposentadoria revelam que, comumente é gerada uma crise no indivíduo. A exclusão da vida de competição, a auto-estima e a sensação de ser útil podem ser reduzidas. No início a maioria dos idosos se sente satisfeito, pois lhe parece ser muito bom poder descansar. Aos poucos, eles descobrem a vida tornou-se tristemente inútil.

A ausência de papéis é o verdadeiro problema do aposentado, sua angústia, sua exclusão e, muitas vezes o seu isolamento do mundo. Com a percepção de que ninguém necessita dele o idoso fica isolado e excluído da sociedade, deixando-o angustiado, tornando difícil sua adequação no seu grupo social. Aliado a esses fatores da aposentadoria, o idoso também enfrenta uma queda do nível de renda que, por sua vez, afeta a qualidade de vida bem como a saúde (MENDES; et al, 2005; NERI 2008).

A representação de *comer* associado a qualidade de vida nos reporta ao estudo de Braga e Lautert (2004) em que 92,27% dos idosos informaram consumir alimentos saudáveis. Demonstrando que os idosos estudados têm preocupação com a qualidade dos alimentos ingeridos. Sabe-se que a dieta equilibrada e adequada tem importante papel na saúde de um indivíduo e pode ajudar no controle e prevenção de doenças, uma vez que a alimentação

saudável é um importante fator para a manutenção e o bem-estar do indivíduo, contribuindo em grande parte, para a qualidade de vida, conforme quadro 3.

Quadro 3 - Palavras associadas significativamente à classe 3.

Palavra	Frequência	λ^2
Alegria	14	20.85
Amigo	13	40.55
Andar	18	59.71
Aposentadoria	13	15.79
Avo	07	25.08
Boa	21	43.49
Cansado	08	31.35
Casa	14	23.91
Comer	30	175.32
Conversar	11	44.18
Criança	12	39.11
Dependência	31	36.98
Deus	12	13.46
Dificuldade	12	21.67
Dinheiro	30	109.03
Doença	34	54.34
Dor	12	44.27
Envelhecimento	72	58.45
Família	30	24.08
Fase da vida	15	36.54
Ficar	36	42.53
Fim da vida	08	23.34
Financeira	08	43.88
Idade	22	16.41
Incapaz	16	47.79
Juventude	30	97.57
Lembrança	16	77.81
Mãe	15	67.64
Medo	13	20.12
Morte	20	49.41
Natural	22	42.35
Pai	10	53.70
Passado	41	115.39
Paz	17	38.13
Preocupação	08	15.08
Ruim	24	37.47
Sair	08	43.88
Saudade	17	96.55
Saúde	48	85.46
Solidão	11	27.22
Tempo	17	20.86
Trabalho	25	51.95
Tristeza	33	119.88
Velho	46	57.72
Vida	83	129.34
ESC. (sabe ler e escrever)	09	5.41
Idade (81 a 85 anos)	13	3.49
RF - (1 SM)	28	4.43

Fonte: Alceste, 2011.

As *relações familiares* têm expressividade no envelhecimento, pois elas influenciam diretamente na velhice bem-sucedida ou não, presentes nos segmentos de textos mais característicos desta classe.

[...] o envelhecimento é normal, é a vida. Ser idoso é a pessoa que vai ficando velha, vai ficando cansado [...].

[...] envelhecimento é o tempo de colher o que plantamos. Eu já trabalhei muito e agora é hora de aproveitar [...].

[...] tem gente que não quer ficar velho, e inconformado. Ser idoso é alguém que viveu muito, passou por coisas boas e ruins, as dificuldades da vida [...].

As falas reforçam que o envelhecimento é uma passagem normal do ciclo de vida de cada indivíduo. Existem aqueles que aceitam esta fase da vida e outros que não.

A *classe quatro - Práticas sócio-afetivas* concentra 10% das 93 UCE's classificadas com 175 palavras retidas para análise. Esse contexto semântico está relacionado principalmente as práticas sócio-afetivas (abandono, ajuda, alegria, amizade, amor apoio, atenção, cuidado, descanso, felicidade, paz, sossego, tranquilidade e viagem).

A exploração das UCE's características desta classe permite observar que os contextos temáticos relacionam-se com práticas mais frequentes dos idosos participantes desse estudo com um grau de significância alto, associando-as à boa qualidade de vida dos idosos. É possível identificar nessa classe representações associadas ao envelhecimento, onde a qualidade de vida nem sempre é vista como *boa*, pois a mesma muitas vezes perpassa *dificuldade* que o *envelhecimento* acarreta em que o idoso pode referi-la como sendo ruim ou péssima.

No estudo de Joia, Ruiz e Donalísio (2005) a maioria dos idosos se dizem satisfeito com a vida em que os autores indicam saúde, presença do ambiente familiar e renda como determinantes de boa qualidade de vida.

Nesse sentido, na análise de Carneiro, et. al. (2007) os idosos afirmaram estar satisfeitos com a saúde. Na segunda parte, sobre a qualidade de vida, a maioria 57% avaliou como boa, enquanto que boa parte dos participantes 47% avaliou como nem ruim nem boa.

Neri (2008) levanta alguns motivos que levam à dificuldade de operacionalização da qualidade de vida, como o construto possui múltiplas dimensões; é resultado da atuação de muitos eventos concorrentes; refere-se à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades; e é um evento que depende do tempo.

Essas práticas Sócio-afetivas são objetivadas por idosos na faixa etária entre 66 e 70 anos, representadas no quadro 4.

Quadro 4 - Palavras associadas significativamente à classe 4.

Palavra	Frequência	χ^2
Abandono	19	86.87
Ajuda	18	38.83
Alegria	20	65.19
Alimentação	42	275.97
Amizade	09	46.98
Amor	11	23.43
Apoio	07	28.45
Atenção	08	10.44
Boa	22	57.43
Cansaço	16	75.68
Cuidado	25	60.72
Dependência	38	81.98
Descanso	09	35.84
Desprezo	15	21.22
Dificuldade	14	38.54
Dinheiro	22	55.81
Doença	33	59.11
Emprego	08	49.10
Envelhecimento	64	50.69
Esquecimento	10	36.71
Experiência	17	11.74
Falta	22	52.73
Família	44	99.13
Felicidade	13	57.26
Incapacidade	07	15.72
Inútil	13	57.16
Juventude	10	18.99
Lazer	16	119.70
Limitação	08	24.46
Medicação	09	64.35
Moradia	28	186.27
Morte	13	16.66
Pais	09	30.41
Paz	24	106.15
Precisa	14	20.11
Preocupação	09	24.19
Saúde	55	148.93
Sufrimento	26	106.82
Solidão	12	39.26
Sossego	17	137.27
Trabalhar	18	23.16
Tranquilidade	24	143.57
Velhice	13	23.82
Viagem	10	73.27
Vida	33	23.51
Idade (66 a 70 anos)	35	07.83

Fonte: Alceste, 2011.

As principais dimensões desta classe remetem essencialmente aos segmentos de texto que regulam processos de influencia social e novos papeis enquanto aposentados, conforme os conteúdos.

[...] o envelhecimento é ter saúde, é poder viajar, trabalhar [...]

[...] o envelhecimento é algo bom. Ser idoso é ser feliz [...]

[...] o envelhecimento faz parte da vida, é um estado de espírito [...]

Para Joia, Ruiz e Donalísio (2007) os fatores socioeconômicos têm influência importante na qualidade de vida da população, pois a situação econômica proporciona suporte material para o bem-estar do indivíduo, modifica a maneira de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira. Já o conforto domiciliar pode ser interpretado como situação que produz bem-estar.

Quanto à *classe cinco* – **Efeitos do envelhecimento** – inclui 281 UCE's, que corresponde a 30% das UCE's selecionadas, apresentando uma média de 9,23 analisadas por UCE e um total de 70 palavras, representadas na quadro 5.

Quadro 5 - Palavras associadas significativamente à classe 5.

Palavra	Frequência	χ^2
Artrite	07	16.46
Artrose	14	22.61
Catarata	07	16.46
Coluna	07	16.46
Diabetes	23	37.39
Envelhecimento	170	111.32
Momento	07	12.71
Osteoporose	32	52.53
Poderei	65	154.40
Pressão alta	42	90.34
Problema de Coluna	05	11.74
Problema de Saúde	186	468.94
Problema de Visão	04	09.38
Relacionado	28	21.97
Reumatismo	07	12.71
EC - (casado)	153	03.41
ESC. (analfabeto)	52	03.27
RF - (4 a 5 SM)	46	03.44
Sexo (masculino)	89	03.26

Fonte: Alceste, 2011.

Observando as palavras características nessa classe que determinam os efeitos do envelhecimento, todos de cunho negativo em que os idosos representam o envelhecimento como *problema de saúde* e *tenho* com maior *qui-quadrado*² e juntamente com *envelhecimento* e *pressão alta* e o *problema de coluna* são *doenças* que surgem com os anos. Quem objetivou essas dimensões fora os idosos do sexo masculino, casados, sem escolaridade, com uma renda familiar de 4 a 5 salários mínimos.

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, esse aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, as doenças características do envelhecimento passam a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009).

Para a referida autora essa dimensão expressa a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

No pensamento de Victor, et. al. (2008) qualquer que seja o indicador de saúde estudado, idosos sempre apresentarão índices mais elevados de morbidade e maior proporção de agravos e procedimentos médicos, se comparados aos demais grupos etários, pois, em geral, as doenças dos idosos são crônicas, múltiplas, exigem acompanhamento constante e medicação de uso contínuo conforme contextos semânticos.

[...] associo pressão alta, diabetes e o reumatismo como problemas de saúde do envelhecimento. Tenho artrite há dez anos [...]

[...] não tive nenhum problema de saúde associado ao envelhecimento, mas acho que poderei vir a ter demência [...]

[...] associo perda de memória e trombose como problemas de saúde do envelhecimento. Não tenho nenhum problema de saúde relacionado ao envelhecimento, mas acho que poderei ter algum [...]

Conhecidas as principais ou contextos temáticos que definem as dimensões das representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida para os idosos, é importante conhecer de que modo essas classes ou categorias de significados e os seus conteúdos mais característicos se relacionam.

Neste sentido é importante se explorar a análise fatorial de correspondência (AFC) com as projeções das palavras mais significativas em um plano fatorial constituído a partir dos dois primeiros fatores explicativos, em que os mesmos explicam 76,99% das contribuições.

Na fig.02 pode-se observar a projeção das objetivações que se organizam em dimensões temáticas configuradas por: boa qualidade de vida, problemas de saúde, acontecimentos negativos e positivos, percepção negativa e características do envelhecimento.

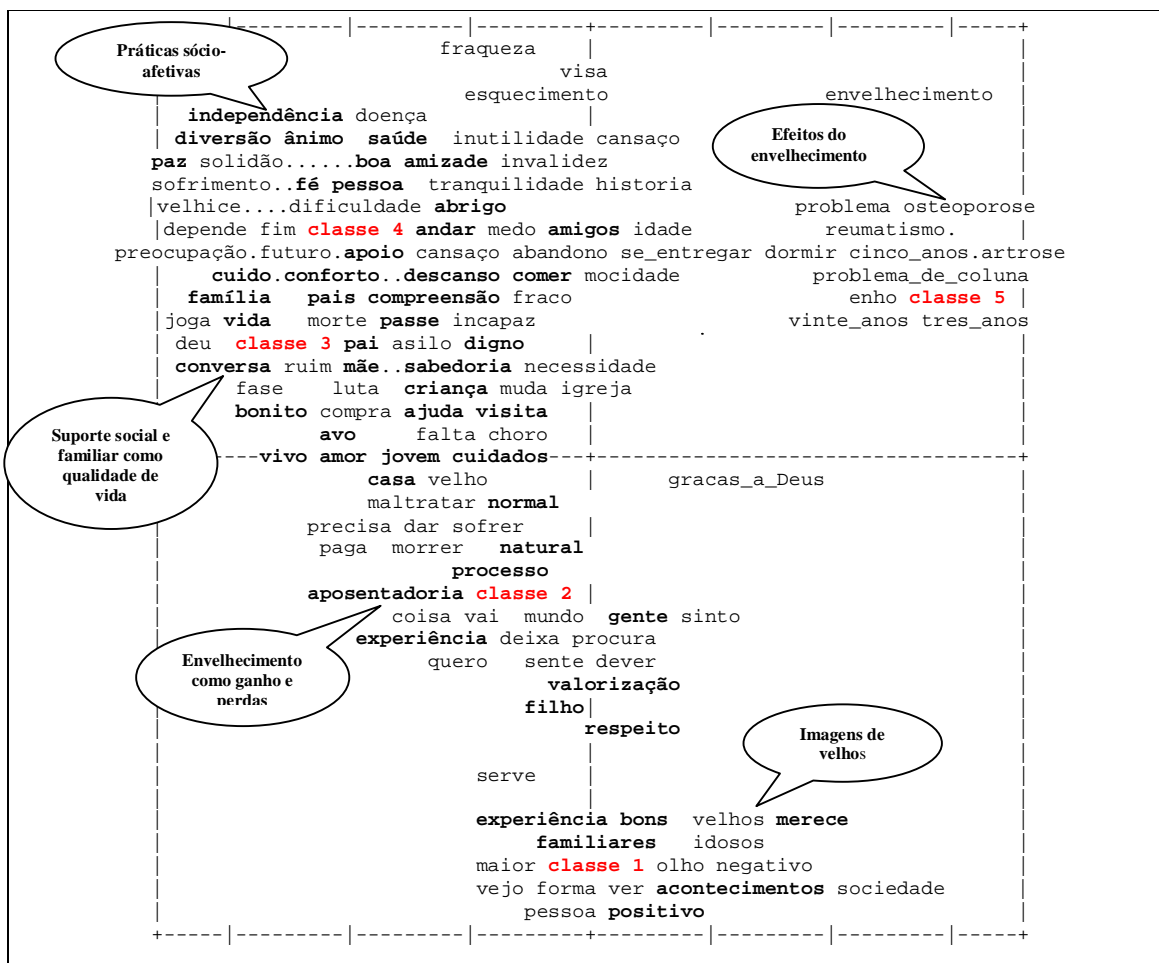


Figura 4. Projeção dos conteúdos mais significativos sobre envelhecimento e da qualidade de vida.

A análise das falas dos idosos e os achados fornecidos pela classificação hierárquica descendente permitem condições de inferência sobre o que rege a constituição dos fatores nos eixos horizontal e vertical.

No eixo 1, verifica-se que *práticas sócio-afetivas*, *suportes social e familiar como qualidade de vida* e *envelhecimento: ganhos e perdas* se encontram em oposição a *efeitos negativos do envelhecimento* e *imagens de velhos*.

Logo, esse campo de representação social ou imagens são responsáveis pela visão de dos idosos acerca do envelhecimento como um impedimento para que eles visualizem os *acontecimentos positivos* dissociados dos *negativos*, principalmente, os mais significativos representados pelas *relações familiares*.

Identificam-se no eixo 2, *práticas sócio-afetivas*, *efeitos negativos do envelhecimento* e *suportes social e familiar como qualidade de vida* em oposição ao eixo 2, com

envelhecimento: ganhos e perdas e imagens de velhos, com duas subcategorias: positivas e negativas.

Tais representações reforçam o pensamento de Jodelet (2001) quando salienta o papel decisivo que as representações sociais têm na construção de realidades consensuais, por possuírem função sócio-cognitiva, que integra acontecimentos ou coisas pouco conhecidas e orientam as comunicações e nossa conduta em relação a essas novidades, de tal forma que os meios de comunicação além de participarem da construção, participam também da disseminação das representações sociais.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

Esse estudo procurou conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e qualidade de vida, construídas por idosos e identificar aspectos sócio-cognitivos que associam a relação entre representações sociais de envelhecimento e qualidade de vida, com práticas de saúde adotadas pelos idosos.

Os idosos representam o **envelhecimento** como uma *fase* que se tem muitos *problemas de saúde*, como: *osteoporose; pressão alta; reumatismo e problemas na coluna*, como *dimensões negativas e positivas* o envelhecimento é associado à: *experiência, valorização, respeito, tranquilidade, paz, e aposentadoria*. Para os idosos **qualidade de vida** é associada à: *valorização, apoio, saúde, dignidade, visita, conforto, amizade e casa*.

As representações sociais sobre *envelhecimento e qualidade de vida* são construídas ancoradas em **práticas sócio-afetivas** como: *diversão, conforto, dormir, independência, saúde, fé, diversão apoio*, todas consensuais.

Aspectos subjetivos do envelhecimento encontram-se no imaginário social em torno da qualidade de vida e delineiam as representações de idosos sobre o envelhecimento mobilizando sentimentos e concepções que se entrelaçam com aspectos biológicos, sociais, éticos, morais, culturais, políticos e econômicos, capazes de transformar concepções fortemente arraigadas que são acionados sempre que os sujeitos se deparam frente ao próprio envelhecimento e ser idosa.

Neste sentido, para Moscovici (2003) uma vez que a *dimensão informação* relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo possui são construídas as representações sociais sobre o referido objeto social. Entretanto, para o referido autor, apesar da ênfase dada à informação, esta sozinha não fornece um panorama do conteúdo e do sentido de uma representação social. Há também a *atitude* e o *campo de representação ou imagem*, as quais constituem são responsáveis pela construção de representações sociais. Nesse sentido, os idosos pensam e organizam seus conhecimentos acerca da aids assumindo uma determinada posição frente a doença, como também, procuram elaborar imagens a fim de se aproximar do objeto, de torná-lo mais tangível.

Salienta-se ainda, que as representações sociais têm um papel decisivo para a construção de realidades consensuais, por possuírem função sócio-cognitiva, que integra acontecimentos ou coisas pouco conhecidas e orientam as comunicações e a conduta em relação a essas novidades, de tal forma que os meios de comunicação além de participarem da construção, participam também da disseminação das representações sociais. (JODELET, 2001)

Para se investigar e compreender diferentes objetos importantes no campo da saúde a TRS tem sido muito utilizada uma vez que permite aproximação adequada, aos fenômenos relacionados com o processo saúde/doença (JODELET, 2009).

Os resultados salientam convergências e divergências, de representações sociais entre os idosos a partir das variáveis estudadas: os idosos descrevem o envelhecimento e qualidade de vida com conteúdos menos negativos embora se observe também conteúdos neutros. Para Doise (1991), o interesse em se encontrar convergências explica-se por elas funcionarem como uma referência que vai reabsorver as novidades e as controvérsias decorrentes do que acontece no mundo real.

Os resultados do estudo apresentam a construção das representações sociais de idosos sobre envelhecimento definidas em três dimensões sócio-cognitivas: por um lado, pelos psicossociológicos, por outro, se tem os biológicos e pela necessidade expressa pelos referidos idosos expressas na adoção de práticas sócio-cognitivas como forma de procurar uma melhor qualidade de vida.

Espera-se que este estudo contribua no campo da saúde, em particular, na Enfermagem pelo seu caráter interdisciplinar em que o mesmo não se limita apenas a ela, mas a todas as áreas do conhecimento, seja pela globalização ou pela necessidade de se conhecer dimensões subjetivas do processo de envelhecimento no olhar do idoso, contextualizados socialmente.

Vale salientar a importância sobre o senso comum enquanto processo de interpretação do conhecimento que se encontra interligado nas formas da comunicação social, a partir de uma sociedade dinâmica.

A Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici (2003), permite acessar as dimensões do conhecimento e do afeto que participam da construção da representação, dando-lhe o caráter psicossocial. A vertente processual de análise do fenômeno elucidada como o sujeito, no caso os idosos, constrói representações sobre o envelhecimento e qualidade de vida capazes de delinear a apreensão de comportamentos importante para se planejar políticas públicas para essa população.

Jodelet (2004) assinala que o contexto social no quais as pessoas e os grupos estão inseridos, a comunicação que se estabelecem entre eles, os quadros de apreensão fornecidos pela bagagem cultural destes, além dos códigos, valores e ideologias ligadas às posições ou participações sociais específicas desses indivíduos, representa as diversas maneiras pelas qual o social intervém neste processo. Assim, o processo de construção da realidade representacional é social.

Considera-se que as representações sociais dos idosos sobre envelhecimento e qualidade de vida possam subsidiar os profissionais de saúde na compreensão da adesão preventiva dos idosos e no fortalecimento da consolidação da política dirigida a pessoa idosa.

Neste sentido para, Silva et al. (2005), a utilização da TRS pelos profissionais da saúde justifica-se pela necessidade de um rompimento com o paradigma biomédico predominante, de um modo diferente de leitura sobre os grupos humanos, o qual tem se preocupado apenas com a dimensão biológica. Nesse contexto, a utilização da TRS no campo da saúde seria uma forma moderna de pensar saúde dentro de um espaço que focalize as mudanças sociais que ocorrem em virtude das relações inter e intragrupoais, estruturadas dialeticamente.

Mediante a relevância do tema estudado e seus respectivos resultados e, com base na necessidade de ações que visem o maior acesso da população às informações relacionadas ao envelhecimento espera-se implementação de políticas públicas satisfatórias para os idosos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.

_____, **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, Antônia S.P.; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Estudos Interdisciplinares de Representações *Sociais*. Goiânia: Editora AB, 2000.

_____, **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2003.

ARRUDA, A.; MOREIRA, A. S. P. **Olhares sobre o contemporâneo**: representações sociais de exclusão, gênero e meio ambiente. João Pessoa: Editora Universitária, 2004.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Brasília, **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso: 18 mar 2011.

CARNEIRO, R. S.; et. al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.2, 2007.

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

_____. Teorias do envelhecimento. In.: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. cap . 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.01-08.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3, 2003.

CESAR, J. A.; et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 2008.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

DAVIM, R. M. B., et. al. O lazer diário como fator de qualidade de vida: o que pensa um grupo da terceira idade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 1, 2003.

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

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

FREITAS, E. V. de; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. de M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc Med Brás**, São Paulo, v. 50, n. 1, 2004. p.97-103.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Preocupação futura**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/preocupacao_futura.html>. Acesso em: 11 mar 2011.

_____. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil 2000. **Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica**, Rio de Janeiro, n.9, 2002.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenções. In.: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ogs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. cap. 2. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2007. p.45-74.

JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

_____, La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S (Org). **Pensamiento y vida social**. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicología Social, 2, 1984.

_____, Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saúde Pública**, v. 21, 1987.

MACHADO, A. M. B. Representações sociais sobre a floresta pelos assentados na fazenda ipanema, iperó (SP). In.: ARRUDA, A.; MOREIRA, A. S. P.(Ogs.). **Olhares sobre o contemporâneo: representações sociais de exclusão, gênero e meio ambiente**. cap. 2. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2004. p.205-228.

MARTINS, C. R.; et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, 2007.

MARTINS, J. J.; et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p.265-71, 2009.

MEIRELES, V. C.; et al . Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2007.

MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

MOREIRA, A. S. P.; et. al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

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

_____, **Das representações coletivas as Representações Sociais**. In: D. Jodelet (org.), *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro, Ed.Uerj, 2001.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

NERI, A. L. **Palavras chave em gerontologia**. 3.ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125**. Viena, 1982.

PEREIRA, R. J.; et al. Qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 1, p.27-38, jan/abr 2006.

PIMENTA, F. A. P.; et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 1, 2008.

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

SANTOS, S. R. dos; et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002.

SILVA, A.O., et al. **Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde – UFPB – João Pessoa: tendências e perspectivas**. In: Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML organizadores. *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária; 2005.

SHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In.: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. cap.2. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.09-29.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

THE WHOQOL GROUP. **What Quality of Life?** World Health Forum. WHO: Geneva; 1996.

TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

VECCHIA, R.D.; *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n. 3, 2005.

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

VALA, Jorge. **Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano**. In: _____; MONTEIRO, Maria Benedicta (Coords.). *Psicologia Social*. 6.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009.

_____. **Aspectos demográficos**. In: Caldas CP (org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro; UERJ/*UnATI*; 1998.

VICTOR, J. F.; *et. al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em unidade básica de saúde da família. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.1, 2009.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1

ANEXO A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “**SITUAÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**”, financiada pelo Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/MS) em parceria do PPGENF/UFPA com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

a) Objetivo e justificativa da pesquisa: O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

b) Procedimentos: Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguida de uma entrevista. Posteriormente, faremos uma coleta dos dados de identificação e aplicação de questionários.

c) Acesso às informações: As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

d) Termo de Consentimento: Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr^a Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco através dos telefones: (83) 3216-7109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa, ____/____/____

CPF: _____

Assinatura do pesquisador

De acordo,

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

