



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**FERNANDA HELENA PENHA COUTINHO**

**IDOSO ATIVO: PERCEPÇÃO SOBRE O SEU PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO**

**RECIFE  
2012**

**FERNANDA HELENA PENHA COUTINHO**

**IDOSO ATIVO: PERCEPÇÃO SOBRE O SEU PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula de Oliveira Marques

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

**RECIFE  
2012**

Coutinho, Fernanda Helena Penha

Idoso ativo: percepção sobre o seu processo de envelhecimento /  
Fernanda Helena Penha Coutinho. – Recife: O Autor, 2012.

55 folhas: il., fig., quadros; 30 cm.

Orientador: Ana Paula de Oliveira Marques.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.  
CCS. Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Gerontologia. 2. Envelhecimento da população. 3. Idoso. 4.  
Percepção. I. Marques, Ana Paula de Oliveira. II. Título.

UFPE

612.67

CDD (22.ed.)

CS2012-052



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**FERNANDA HELENA PENHA COUTINHO**

No dia 01 de março de 2012, às 9h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Ana Paula de Oliveira Marques (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Ednaldo Cavalcanti de Araújo (Doutor(a) do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Márcia Carréra Campos Leal (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Fernanda Helena Penha Coutinho, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Percepção de Idosos Sobre o Seu Processo de Envelhecimento**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

*Aprovada com recomendações.*

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcanti de Araújo

*Aprovada com recomendações*

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal

*Aprovada com recomendações*

*Ana Paula de Oliveira Marques*

Profa. Dra. **Ana Paula de Oliveira Marques**

*Ednaldo Cavalcanti de Araújo*

Prof. Dr. **Ednaldo Cavalcanti de Araújo**

*Márcia Carréra Campos Leal*

Profa. Dra. **Márcia Carréra Campos Leal**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sempre orientar e abençoar o meu caminho e me permitiu mais esta conquista.

A minha família, em especial aos meus irmãos Natália e Thiago e a minha mãe, Penha, que sempre acreditaram no meu sucesso.

A minha orientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Marques e minha co-orientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Eliane Vasconcelos pelo apoio e incentivo na busca de conhecimentos que resultaram na conclusão deste estudo e pela liberdade em pesquisar.

A André, pelo amor e companheirismo em todos os momentos. Obrigada por tudo!

Aos meus colegas de turma, por participarem desse momento tão importante, e tornarem a convivência diária tão harmoniosa e agradável, em especial a minha amiga de todas as horas Elisângela Campos.

A José Anderson e Ana Karla Tito, pela ajuda e significativa contribuição.

A Moreira, pelo suporte logístico e pela compreensão.

Aos idosos da UnATI/UFPE que dispuseram de seu precioso tempo e forneceram as informações para esta dissertação.

## RESUMO

**Introdução:** Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o crescimento da população idosa está ocorrendo de forma acelerada, em decorrência do processo de transição demográfica e epidemiológica. Com isto é importante levar em consideração a percepção que cada indivíduo tem do que é ser idoso, como lidam com a autonomia e ainda as representações de saúde, dando visibilidade aos significados sobre o envelhecimento e seus desencadeamentos.

**Objetivo:** Identificar a percepção dos idosos ativos sobre o seu processo de envelhecimento. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em um Programa de Educação Continuada com 11 sujeitos - idosos participantes dos cursos de línguas estrangeiras (espanhol e italiano), oferecidos no 2º semestre de 2011. Para a coleta de dados foi aplicado um roteiro semi-estruturado, onde os sujeitos responderam a duas partes distintas: a primeira referia-se a dados de identificação e a segunda à questão norteadora: Fale-me sobre o seu processo de envelhecimento e como o senhor(a) se sente no seu dia-a-dia?. As entrevistas foram realizadas pela mestrande de forma individual, gravadas utilizando-se um aparelho de MP3, após consentimento dos idosos. A coleta ocorreu no período de agosto a setembro de 2011. Os dados foram analisados a luz do referencial teórico-metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. **Resultados:** A percepção sobre o processo de envelhecimento envolvia aspectos tanto positivos, quanto negativos. Nas falas de sete idosos foi percebido que o envelhecimento é um processo natural, uma experiência de vida que veio acompanhado de aprendizado e conhecimento. Por outro lado quatro idosos referiram que o envelhecimento é um processo adaptativo relacionando-o com a redução de movimentos, déficit de memória e a dependência em relação aos outros, o que gera sentimento de desvalorização, fazendo com que os mesmos se sintam à parte da sociedade. **Conclusão:** A percepção sobre o processo de envelhecimento apresentada pelos idosos foi permeada por discursos com conteúdos positivos quanto por discursos negativos. O estudo desmistifica a idéia de que o idoso é aquela pessoa que não tem capacidade de realizar nenhuma atividade ou não tem vontade própria. Fica claro que a manutenção da autonomia e funcionalidade e as necessidades específicas desta população são desafios a serem enfrentados por todos para a promoção da saúde e prevenção de agravos a fim de manter a longevidade destes indivíduos com qualidade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Idoso. Percepção.

## ABSTRACT

**Introduction:** In the under developing nations, including Brazil, the elderly population growth is occurring in a very fast way as a result of demographic and epidemiological changes. Because of this increase in this population it is important to consider the perception of individuals about aging and how they deal with their independence and their health representation, providing visibility to aging meaning and its outbreaks.

**Purpose:** The aim of this study was to evaluate the elderly perception about aging.

**Methods:** It is a descriptive study with qualitative approach, carried at continuing education program with 11 subjects – older people participants of foreign language courses (Spanish and Italian), offered in the second semester of 2011. For the data collection it was applied an interview form which individuals answered two distinct parts: the first one referred to identification data and the second one referred to the main question of this work: tell me about your aging process and how do you feel about it day by day. The interviews were performed by the master's degree individually and recorded with mp3 player, after elderly agreement. Data collect was done between august and September. Data was analyzed with the theoretical framework of Lefèvre collective subject discourse. **Results:** The perception of elderly people involves negative and positive aspects. In the speech of seven individuals it was possible to perceive that aging is a natural process that represents life experience with so much knowledge. On the other hand, four individuals conceive aging as an adaptive process in relation to mobility, lack of memory and dependence on younger people, generating a sense of depreciation. This creates a feeling of exclusion from society. **Conclusion:** The perception of aging presented by the elderly in this study was both positive and negative. This work demystifies the idea that the elderly is that people which don't have any capacity to develop no activity or free will. It is clear that the maintenance of autonomy and functionality and the specific needs are challenges to be faced to the health promotion and prevention of injuries keeping the quality of longevity.

**Keywords:** Aging. Elderly. Perception

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade, Brasil - 1991/2010	15
----------	---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Envelhecimento como Processo Natural, UnATI/UFPE, Recife, 2011	32
Quadro 2	Envelhecimento como Processo adaptativo, UnATI/UFPE, Recife, 2011	33
Quadro 3	Sinto-me feliz e alegre, UnATI/UFPE, Recife, 2011	33
Quadro 4	Desvalorização dos idosos, UnATI/UFPE, Recife, 2011	34

## LISTA DE SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
UnATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
PROIDOSO	Programa do Idoso
PROEXT	Pró-Reitoria de Extensão
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
CNS	Conselho Nacional de Saúde
UnATI/ UFPE	Universidade Aberta à Terceira Idade / Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Cenário demográfico e epidemiológico: novas demandas na agenda da saúde pública</b>	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Retrato da população idosa brasileira</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>Percepção do envelhecimento a luz dos estudos gerontológicos</b>	<b>19</b>
<b>3.4</b>	<b>Breve histórico sobre as Universidades Abertas à Terceira Idade</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização do estudo</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do estudo</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do estudo</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>Procedimentos de coleta</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>29</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
	<b>REFERÊNCIAS .</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>49</b>
	<b>Apêndice A</b>	<b>50</b>
	<b>Apêndice B</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>53</b>
	<b>Anexo 1</b>	<b>54</b>
	<b>Anexo 2</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população nos países de primeiro mundo resulta de um processo gradual na transição demográfica que ocorreu no século passado e perdura até os dias atuais, favorecendo que os países se organizassem para atender as necessidades de cuidados de saúde da população. Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada (GUARNIERI, 2008).

Projeções conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com contingente superior a 30 milhões de pessoas. Essa situação de envelhecimento da população brasileira é decorrente de mudanças, que vem acontecendo em consequência do declínio acentuado da fecundidade e da redução da mortalidade infantil, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e o envelhecimento da população (CARVALHO; GARCIA, 2003; LITVOC; BRITO, 2004).

Estima-se que a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Em menos de 40 anos, passou-se de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas de segmentos mais velhos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes (VERAS, 2007; TANNURE, et.al., 2010).

No imaginário social, o envelhecimento é um processo marcado por desgaste, limitações, perdas físicas e de papéis sociais. As perdas, muitas vezes, percebidas pelo coletivo como problemas de saúde, são propiciadas por doenças crônicas que se manifestam, em grande parte, na aparência do corpo. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante autorregulação, tanto em termos biológicos, quanto em termos psicológicos e sociais (MENEZES, LOPES; AZEVEDO, 2009).

Idosos com boas condições de saúde, com autonomia física e mental mantêm melhor perspectiva de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade (GIATTI; BARRETO, 2003). Àqueles que preservam sua condição de saúde, mantendo sua autonomia física e mental, são idosos que na maioria das vezes, têm sua auto-imagem preservada, e consideram o envelhecimento como um processo positivo, e conseqüentemente têm uma boa percepção de saúde.

Estudos têm dado ênfase ao processo de envelhecimento a partir da percepção dos idosos (SILVA, et. al., 2006; JARDIM, MEDEIROS; BRITO, 2006; FERREIRA; cols., 2010). Segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002), outros atores têm falado pelos idosos, dando foco ao envelhecimento como um processo negativo. Esses falam a respeito do processo de envelhecimento, impregnados de estereótipos que impedem a construção de uma identidade positiva do idoso. A necessidade de estudos com esta temática tem por finalidade a busca de conhecimento através da fala dos idosos mediante suas vivências e percepção do processo de envelhecimento, onde possam relatar como se sentem nessa etapa da vida, contribuindo assim para construção da identidade evidenciada por este grupo populacional.

Refletir acerca do significado do envelhecimento por meio dos relatos dos idosos é o caminho para entender o significado real deste processo singular, como o modo de pensar, de agir e de questionar, passando pela interpretação de cada pessoa e como isto afeta a sua vida (FREITAS, QUEIROZ; SOUSA, 2010).

É importante para fins de estudos de natureza qualitativa considerar a percepção que cada indivíduo tem do que é ser idoso, que papéis sociais desempenham; como lidam com a autonomia e quais fatores podem afetá-la; e ainda as representações de saúde, dando visibilidade aos significados sobre o envelhecimento e seus desencadeamentos vivenciados pelo sujeito. Diante disso foi elaborada a seguinte questão norteadora: Fale-me sobre o seu processo de envelhecimento e como o senhor (a) se sente no seu dia-a-dia?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar a percepção de idosos ativos sobre o seu processo de envelhecimento.

### **2.2 Objetivos específicos**

OE1- Caracterizar os idosos quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, renda familiar, escolaridade, religião, estado civil, profissão, ocupação atual, condições de moradia - mora sozinho ou com a família);

OE2 - Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Cenário demográfico e epidemiológico: novas demandas na agenda da saúde pública**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com impacto em diversos setores incluindo o econômico, o social e a saúde. O diferencial entre a transição demográfica europeia e a latino-americana, é o momento histórico nos quais ambas ocorreram. No modelo Europeu, registra-se significativo desenvolvimento social e aumento de renda. Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda (BRASIL, 2006; NASRI, 2008).

A transição demográfica brasileira veio acompanhada por modificações no padrão de adoecimento e morte da população, ou seja, no perfil epidemiológico. Em um país predominantemente jovem, as características epidemiológicas dos eventos são aquelas causadas por doenças infectocontagiosas, cujo modelo de resolução é baseado no dualismo cura/morte. Nas populações mais velhas, o padrão predominante é caracterizado pela ocorrência de doenças crônicas, maior dependência e ocorrência de quedas, eventos de significativo impacto em termos de mortalidade em idosos (NASRI, 2008).

O envelhecimento populacional traz repercussões para a saúde da população, na medida em que acontece a mudança na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte:

Do ponto de vista da saúde da população tem-se então o aumento da prevalência e da mortalidade pelas doenças não-transmissíveis (ou crônico-degenerativas como são mais comumente chamadas) devido ao aumento do número de idosos; a permanência ainda de algumas doenças infecciosas e a alta prevalência e mortalidade por causas externas que atingem os mais jovens e ainda toda problemática de saúde que afeta a população migrante que chega às grandes cidades (LAURENTI, 1990, p. 147).

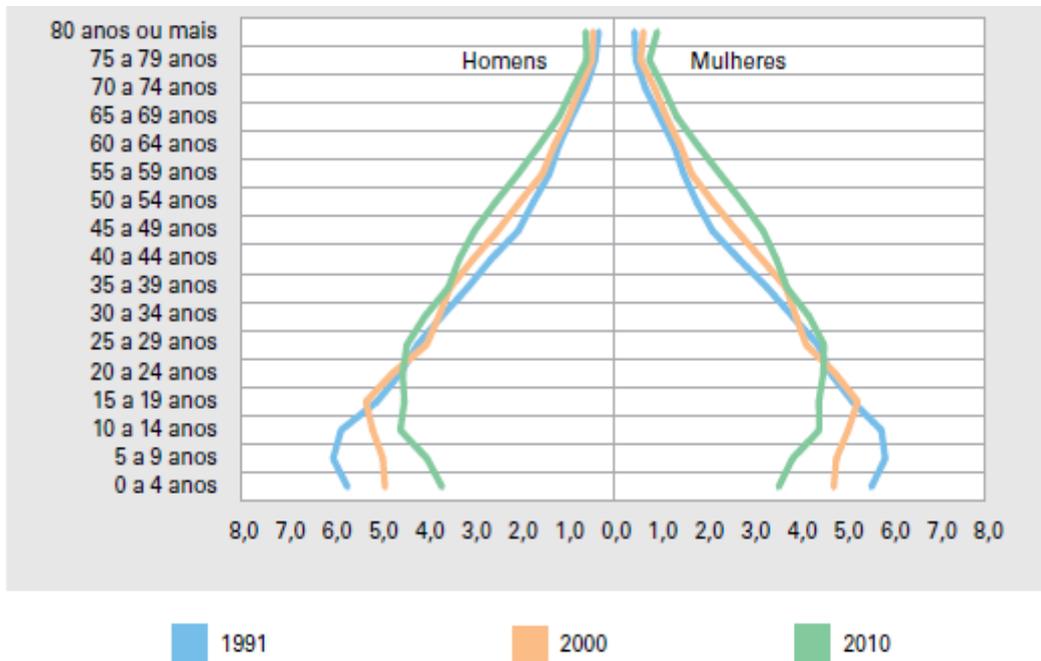
No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo apresentado pela maioria dos países desenvolvidos. Velhos e novos problemas em saúde coexistem, com predominância das doenças crônico-degenerativas, embora as doenças transmissíveis ainda desempenhem um papel importante (SCHRAMM; et. al., 2004).

Segundo Chaimowicz (2006), há uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e os processos de transição da estrutura etária. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as doenças não transmissíveis tornam-se mais frequentes.

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso (SCHRAMM, et. al., 2004).

Observa-se nas três pirâmides etárias relativas do Brasil para os anos de 1991, 2000 e 2010 (Figura 1), importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população residente no País nas duas últimas décadas. O acentuado estreitamento da base, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo, é decorrente do contínuo declínio dos níveis de fecundidade observados no Brasil e, em menor parte, da queda da mortalidade no período (IBGE, 2010).

Figura 1 – Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade, Brasil – 1991/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

O grupo de crianças de 0 a 4 anos do sexo masculino, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, estes percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Como forma de enfrentamento às questões pertinentes ao envelhecimento da população, incluindo modificações observadas no perfil epidemiológico, com o predomínio das doenças crônicas degenerativas, o Ministério da Saúde, instituiu em 1999 a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa (Portaria nº 1395/GM), reformulada em outubro de 2006 (Portaria nº 2528/GM). Que dentre os temas abordados está a manutenção da máxima capacidade funcional, pelo maior tempo

possível, sabendo que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo (BRASIL, 2006a).

Entende-se por capacidade funcional a aptidão em manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, a longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. O idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas, já que a presença de doenças não está relacionada à perda de sua autonomia (VERAS, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa classifica como idoso o indivíduo de 60 anos e mais, considera o envelhecimento um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias, e enfatiza que necessariamente não se fica velho aos 60 anos (BRASIL, 2006a). Envelhecimento bem-sucedido passa a ser o resultado da interação de fatores multidimensionais, os quais incluem questões relacionadas à saúde física, mental, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais (RAMOS, 2003).

Envelhecimento não é sinônimo de doença. Contudo saúde no idoso não significa estar sem doença. Saúde no idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), significa independência física, psicológica, social e espiritual (WHO, 2005).

### **3.2 Retrato da população idosa brasileira**

No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, o País contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos

ou mais de idade. Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente, o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira (IBGE, 2010).

O maior ritmo de crescimento da população idosa é que levará ao envelhecimento populacional. De 3,1%, em 1970, as pessoas com 65 ou mais anos de idade deverão corresponder, em 2050, a aproximadamente 19% da população brasileira. A população idosa, por sua vez, sofrerá uma profunda mudança em termos de sua distribuição interna, tanto etária, quanto entre os sexos. Considerando o envelhecimento dentro da própria população idosa, onde se observa que 17% dos idosos de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade no ano 2000, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28% (CARVALHO; RODRIGUES-WON, 2008).

Um dos resultados dessa dinâmica é 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 (VERAS, 2009).

Neste segmento etário a dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

O termo “dependência” relaciona-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a “fragilidade”. Fragilidade, não possui uma definição consensual. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de

ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, 2006).

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos. No entanto, fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções clínicas (BRASIL, 2006).

Ainda relacionado ao crescimento da população idosa, observa-se na população feminina, que o percentual das mais idosas passará de 18 para, cerca de, 30,8% reforçando o processo de feminização da velhice também observado nos dias atuais (CARVALHO; RODRÍGUES-WON, 2008).

O processo de feminização da velhice não diz respeito apenas a uma maior longevidade feminina e a superioridade numérica das mulheres idosas sobre os homens idosos, mas envolve o exercício de papéis e o funcionamento do *self* - sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo. Permite interpretar experiências, iniciar comportamentos, manejar e regular emoções e experimentar senso de continuidade. Como estudos epidemiológicos mostram que a maior longevidade das mulheres idosas significa mais risco do que vantagem, uma vez que ela é física e socialmente mais frágil do que os homens, a feminização da velhice é vista principalmente como problema médico-social (NERI, 2001).

Alves e Rodrigues (2005), investigando a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, ocorrência de doenças crônicas e capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde, em amostra composta por 2.143 idosos, não institucionalizados, de ambos os sexos, residentes no município de São Paulo, destaca como achados principais: as chances das mulheres idosas avaliarem sua saúde de maneira negativa foi 18% maior em relação aos homens. No que diz respeito a escolaridade, essa variável se mostrou um importante fator de proteção para percepção de saúde entre os idosos. O autor ainda ressalta que os idosos separados ou divorciados e aqueles casados ou em união consensual apresentaram

uma chance 12 e 9% maior, respectivamente, de perceber a própria saúde como ruim em relação aos solteiros (categoria de referência).

No âmbito da saúde, da funcionalidade física e da saúde percebida, o gênero é um fator de risco mais importante do que a própria idade, na medida em que as mulheres idosas são mais frágeis e se percebem como mais frágeis do que os homens idosos. Quando os efeitos da fragilidade física somam-se aos efeitos de variáveis sócio-demográficas, tais como escolaridade menor, viver só, ter que cuidar, e precisar de cuidados a qualidade de vida das mulheres tende a declinar (NERI, 2001).

O aspecto psicológico deve ser trabalhado com o idoso, pois a solidão é fator de risco para a autopercepção negativa da saúde. Ela pode ser vista como resultado das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como: a redução do núcleo familiar, a participação mais efetiva da mulher no mercado de trabalho fora do lar e a quebra dos vínculos matrimoniais, pois muitas vezes existem, de fato, o abandono da família e conseqüentemente a solidão, o que acarretará o estado depressivo (LESSA, 1998; GARBIN, et. al., 2010).

### **3.3 Percepção do envelhecimento a luz dos estudos gerontológicos**

Na literatura gerontológica as evidências que sugerem a percepção de satisfação com a vida tende a ser vista como positiva entre os idosos (QUEIROZ e NERI, 2007). Na maioria das vezes em que se confronta a avaliação objetiva, realizada por profissionais e/ou exames complementares, com a realizada pelo próprio idoso, ou seja, como ele se percebe, potencialmente essas dimensões se complementam e enriquecem a avaliação objetivamente realizada, pois os idosos dispõem de informações únicas que não seriam relatadas por familiares ou, muito menos, observadas com a avaliação padronizada aplicada por profissional treinado (KIKUCHI, 2005; NERI, 2007).

O envelhecimento pode ser entendido por um processo individual, cultural e social que envolve ganhos e perdas, não podendo ser avaliado apenas pela idade,

mas sim a partir de uma visão biológica, psicológica e social (FALEIROS; LOUREIRO, 2006; GUIMARÃES, 2006).

O envelhecimento segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é:

[...] um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (OPAS, 2003).

O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais a eles relacionados como saúde, educação e condições econômicas. O envelhecimento não deve ser considerado sob uma ótica curativa, mas sim preventiva, onde a saúde pode ser definida como aptidão que o indivíduo possui para manter um estilo de vida desejável. A busca de uma velhice bem-sucedida depende do equilíbrio entre as perdas e ganhos da pessoa, permitindo lidar com as limitações do processo de envelhecimento (LIMA; MURAI, 2005).

No imaginário social, o envelhecer está associado com o fim de uma etapa, é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. Dificilmente neste imaginário se vê algum prazer de viver essa fase da vida. O negativismo em torno do processo de envelhecimento foi construído historicamente e nos diferentes grupos sociais, de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores. (HECK; LANGDON, 2002; SCOTT, 2002).

Os aspectos culturais interferem na maneira de olhar o envelhecimento e conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio. A possibilidade de envelhecer de maneira bem-sucedida depende, dentre outros fatores, da história de vida e da forma como cada um entende o processo de envelhecimento e a velhice (ARANHA, 2007).

O envelhecimento ativo é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005),

pressupõe independência como principal marcador de saúde. Sabe-se que esse viver mais é importante na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007).

O indivíduo pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações impostas pela idade, mantendo-se ativo até na fase mais tardia da vida, atributo cientificamente denominado de senescência; porém, quando o envelhecimento se apresenta de forma patológica, no qual o efeito negativo das doenças provoca incapacidade progressiva para uma vida saudável e ativa, esse é denominado de senilidade (GARCIA; SAINTRAIN, 2009).

A autopercepção de saúde apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde, tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo, especialmente do idoso (ALVES, 2004; DACHS; SANTOS, 2006). Além de ser uma informação facilmente obtida, pois depende apenas da opinião do idoso sobre sua própria saúde, mostra-se associada a maior probabilidade de ocorrência de óbito quando considerada como sendo má (MAIA, et. al., 2006).

No idoso principalmente, a autopercepção de saúde é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros (BARON-EPEL; KAPLAN, 2001).

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional. Além disso, é um indicador de mortalidade: as pessoas que relatam a sua saúde como sendo frágil apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde

excelente. A autopercepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Os idosos são um grupo de indivíduos que naturalmente, pela diminuição das resistências do corpo com o passar dos anos, estão mais sujeitos a serem portadores de enfermidades crônicas, como a hipertensão, diabetes, obesidade, e existe certa dificuldade em aceitar essa condição de cronicidade, como também de aceitar o próprio envelhecer. Não se pode deixar de lado que algumas enfermidades mais prevalentes com envelhecimento como diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório, depressão e demência, com o decorrer do tempo contribuem para mudanças corporais (GARCIA, et al. 2005; MENEZES, LOPES; AZEVEDO, 2009) .

Apesar de representar uma das principais conquistas das últimas décadas, em termos populacionais, o envelhecimento é desvalorizado e representado por perdas, incapacidades e doenças. A aposentadoria funciona como “selo de inutilidade”, ampliando ainda mais o caráter de declínio, de disfunção social e de referências negativas (LITVOC; BRITO, 2004; MENEZES, LOPES; AZEVEDO, 2009).

Silva, et al.,(2006), em estudo realizado com dez idosos com idades entre 60 e 87 anos num centro de convivência para a terceira idade na cidade de Goiania, constatou que, os entrevistados perceberam seu envelhecimento por volta dos 40 anos, quando tomaram consciência de fatos que consideravam o “estar velho”. Os relatos dos entrevistados apontam para dois aspectos distintos de percepções: um positivo, que se refere à vida longa, ao acúmulo de experiências e à conquista de melhor qualidade de vida mediante autonomia financeira, novas possibilidades de aprendizado, de realizações pessoais e novos relacionamentos; e outro negativo, que se refere às alterações fisiológicas e patológicas, diminuição da capacidade motora e realização laboral, conflitos nas relações familiares e sociais e imposição de limitações nessa fase da vida.

Os idosos que vivenciam este fenômeno poderão fornecer subsídios para a compreensão do que é ser “idoso”, respeitando assim a individualidade, integralidade, autonomia e singularidade do ser idoso. Também poderão fornecer subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento e tal entendimento poderá redimensionar intervenções nas práticas de saúde dirigidas aos idosos e, com isto, propor ações mais efetivas na sociedade, sabendo as formas de lidar com o envelhecimento e com as principais fontes de angústia que o ser humano mais velho experimenta (LIMA; MURAI, 2005).

O interesse pelo relato dos idosos quanto a sua autopercepção do processo de envelhecimento, considerando ganhos e perdas nesse trajeto, tende a quantificar de maneira íntegra e real as mudanças percebidas no ambiente social e no próprio corpo físico e mente (GUERRA; CALDAS, 2010).

### **3.4 Breve histórico sobre as universidades abertas à terceira Idade**

Do ponto de vista histórico, os precursores da: Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) foram os franceses, que criaram, no século passado, mais propriamente na década de 1960, as chamadas “universidades do tempo livre”, visando, a princípio, atender às pessoas recém-aposentadas, que se encontravam afastadas legalmente de seus postos de trabalho, uma vez que já haviam completado suas jornadas laborativas, favorecendo as relações sociais entre o grupo (PEIXOTO, 1997).

Segundo Cachioni e Neri (2004), e Menezes e Santos (2002), as universidades abertas à terceira idade tiveram início em 1973, com Pierre Vellas, psicopedagogo e conhecido professor de Direito Internacional da Universidade de Ciências Sociais de Toulouse na França. Frutuoso (1999) narra que o professor Pierre Vellas, vislumbrou a oportunidade de idosos continuarem frequentando os bancos escolares apesar da idade avançada. Com isso, ele propôs a adoção da ‘pedagogia do prazer’, segundo a qual nada seria imposto, mas apenas sugerido,

proposto e estimulado, de modo que o próprio ancião trabalhasse as suas limitações.

De acordo com Oliveira e Freire (2007) após um tempo de atuação da universidade francesa, pôde ser observado na instituição que o processo patológico do envelhecimento foi substituído por outro, que propiciava ao idoso uma velhice mais útil e plena de acontecimentos, atingindo sua meta: mudar a imagem que o idoso tinha até aquele momento histórico, a partir dessa proposta ligada a Gerontologia Educacional.

Desde o início a proposta de Vellas foi desenvolvida de duas formas distintas: a primeira era realizada em instituições de caráter universitário, sendo na maioria das vezes associada ou integrada a esses espaços. A segunda forma de desenvolver o trabalho educacional junto aos idosos era feita em instituições gerontológicas, que tinham, além do objetivo de contribuir para a elevação dos níveis de qualidade de vida e de saúde de seus alunos da terceira idade, o propósito de se articularem com outras instituições para assim ampliar o campo de ação e beneficiarem cada vez mais o grupo de idosos atendidos (OLIVEIRA; FREIRE, 2007).

A primeira experiência no Brasil ocorreu em 1977, no, Serviço Social do Comércio (SESC) em São Paulo, com a criação da Escola Aberta para a Terceira Idade; em 1990, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas criou sua Universidade para a Terceira Idade. Na década de 90, essas experiências se multiplicaram por vários estados brasileiros. Nessa perspectiva, foi criado, em agosto de 1996, o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de uma universidade temática, que aborda as questões do envelhecimento, através de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Tem como diretriz principal promover a integração Universidade-idoso-comunidade, participando desse processo a comunidade universitários e idosos da comunidade em geral (PEIXOTO, 1997; BARRETO, et. al., 2003).

Com o envelhecimento passando a ser visto como uma experiência mais gratificante tem-se observado no Brasil uma série de trabalhos que valorizam essa vivência coletiva, como, os programas de universidades abertas para a terceira idade. A legislação relativa aos direitos dos idosos no país, a Lei nº. 8842 de 4 janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, recomenda, no que compete ao Ministério da Educação, o incentivo à criação de Universidades Abertas à Terceira Idade nas Instituições de Ensino Superior, inciso III, do art. 10 (BRASIL, 1994).

Os programas de terceira idade têm dado visibilidade aos idosos, passando uma imagem desse tempo de vida como de realizações e de atividade. Porém, ainda temos um grande contingente de idosos em nossa sociedade que sofrem um processo de exclusão social. Para Queiroz (1999), a exclusão social se dá em quatro dimensões: econômica - perda do poder aquisitivo, com baixas aposentadorias e pensões; política - onde não são respeitados os direitos como cidadãos; social - na medida em que as estruturas de sociabilidade que desenvolvemos estão centradas no trabalho e na família; e cultural-desvalorização da memória e da lembrança.

As UnATI têm contribuído de forma significativa para o atendimento das necessidades da população idosa: promovendo estímulo para participação efetiva na comunidade, motivando os idosos a reorganizarem a própria vida por meio da possibilidade de retomar antigos projetos que ficaram parados no tempo ou mesmo enfrentar novos desafios, recuperando ou fortalecendo a capacidade de lidar com as próprias emoções e conflitos e compreendendo o processo de envelhecimento de forma positiva (FERRARI, 2002).

No intuito de resgatar o sujeito idoso desse processo de exclusão podemos entender a evolução, desde a década de 1980 no Brasil, dos programas de universidade de terceira idade, que se desenvolvem nos centros urbanos e se localizam no interior das universidades: espaços tradicionalmente frequentados por jovens universitários (QUEIROZ, 1999).

A contribuição das UnATI na questão do idoso no Brasil é fator importante para a inclusão desse segmento na sociedade. O resgate de sua auto-estima, a integração social por meio de atualização cultural e a participação em atividades sócio-recreativas diversas, proporcionam meios indispensáveis para o desenvolvimento de projetos destinados à valorização dos idosos (MESQUITA, 2006).

## **4 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando-se indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo, et. al. (2000), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade – (UnATI/UFPE), subprograma do Programa do Idoso (PROIDOSO), ambos vinculados administrativamente à Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT/UFPE).

A UnATI/UFPE encontra-se regulamentada por Portaria Normativa nº 01- B.O. UFPE, de 17 de janeiro de 2002, com a finalidade a promoção de ações para melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas (60 anos e mais) no contexto da educação permanente, favorecendo a inclusão dos idosos na sociedade contemporânea, tendo como interlocutores do processo de ensino-aprendizagem, docentes, técnicos, alunos de pós-graduação e graduação, além de voluntários externos à Instituição, na realização de cursos e outras atividades, dirigidas ao

segmento idoso, com estímulo à valorização pessoal, convivência grupal e intercâmbio de experiências entre gerações.

As oportunidades educacionais destacam-se como importantes antecedentes de ganhos evolutivos na velhice, por intensificarem os contatos sociais, a troca de vivências e o aperfeiçoamento pessoal. Em se tratando de um programa voltado para pessoas idosas, em sua grande maioria, afastadas da atividade laboral, a utilização do tempo “livre” de forma racional e construtiva, visa possibilitar ao idoso a busca de suas potencialidades, talentos e aspirações de conhecimento apoiados nos pilares da educação permanente (PALMA; CACHIONI, 2002).

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo foram os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, matriculados nos Cursos de Línguas Estrangeiras, oferecidos no 2º semestre de 2011 pela UnATI/UFPE. Foram convidados indivíduos das duas turmas de língua espanhola, e da segunda turma de língua italiana, perfazendo um total de 42 alunos. A escolha pelos cursos foi intencional por se levar em consideração que o nível intelectual mais elevado dos sujeitos iria tornar mais claro e fácil a explicação do processo de envelhecimento.

O número de indivíduos que aceitaram participar da pesquisa após explicação dos objetivos da mesma foi de 11 sujeitos, e se deu por saturação dos dados. De acordo com Minayo, (2004), uma amostra ideal é aquela que permite certa reincidência das informações, porém não desprezando informações ímpares. Segundo Costa e Valle (2000), na perspectiva qualitativa a quantidade de sujeitos não é significativa, mas sim a qualidade do fenômeno investigado.

### **4.4 Critérios de inclusão**

- Idade igual ou superior a 60 anos

- Não apresentar nenhum comprometimento de comunicação;

#### **4.5 Procedimentos de coleta**

A coleta de dados ocorreu no período de 11 de agosto a 23 de setembro de 2011 e as entrevistas foram realizadas pela mestranda de forma individual, gravadas utilizando-se um aparelho de MP3, após consentimento dos idosos. As entrevistas foram realizadas após as aulas, em salas de aula disponíveis e reservadas, no próprio local onde os cursos eram realizados. No início das aulas foi explicado aos alunos os objetivos da pesquisa, aqueles que aceitaram participar foram entrevistados nas aulas subsequentes de acordo com a disponibilidade dos mesmos. O tempo médio para aplicação do roteiro de entrevista foi de 20 minutos.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice 2), constituído de dois eixos: o primeiro referia-se a dados de identificação tais como: Idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, religião, profissão, condições de moradia – mora só ou com a família, morbidades auto-referidas; e o segundo eixo foi composto por uma questão norteadora com duas finalidades de resposta que se segue: Fale-me sobre o seu processo de envelhecimento e como o senhor se sente no seu dia-a-dia?

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados a luz do referencial teórico-metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2005). Tendo sido todas as entrevistas coletadas, gravadas e transcritas preservando as expressões de linguagem utilizadas pelos sujeitos. Os depoimentos foram agrupados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que segue os seguintes passos:

- 1- As questões deverão ser analisadas isoladamente de cada um dos sujeitos, ou seja, consiste em copiar, integralmente, o conteúdo de todas as respostas referentes a questão 1, e a seguir a questão 2 e assim sucessivamente;
- 2- Consiste em identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, as expressões-chaves das idéias centrais;
- 3- Denominar grupos que expressem da melhor maneira possível todas as idéias centrais com o mesmo sentido;
- 4- Consiste em identificar e agrupar as idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar;
- 5- Construção do discurso que consiste num discurso síntese como se fosse proferido por uma mesma pessoa.

#### **4.7 Aspectos éticos (RES. 196/1996 – CNS)**

Está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL,1996), que determina as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisadora assegurou o sigilo e a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados das informações obtidas a partir das entrevistas gravadas nos arquivos. Resguardou a proteção da identidade das pessoas envolvidas, não lhes ocasionando nenhum risco físico.

Todos os procedimentos relacionados à coleta e análise dos dados foram iniciados após julgamento e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado no dia 07 de junho de 2011, conforme protocolo de número 097/2011, sob o nº CAAE – 0072.0.172.000-11 (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS

### ➤ Perfil dos idosos

Participaram do estudo onze idosos com idade entre 60 e 74 anos, sendo dez do sexo feminino e um do sexo masculino.

Em relação ao estado civil, três eram casados, três solteiros, três divorciados e dois viúvos. Quanto à escolaridade dos idosos estudados, um tinha cursado o ensino fundamental incompleto, dois o ensino médio, três cursaram licenciatura curta (magistério) e cinco cursaram o ensino superior completo.

Quanto a ocupação/profissão nove eram aposentados, um trabalha na área de formação e uma era dona de casa. Em relação à renda familiar os salários variaram de dois a nove salários mínimos que na época da coleta de dados era de R\$ 545,00 reais.

Dos onze participantes do estudo, duas relataram morar sozinhas e nove com o marido, filhos, sobrinhos/sobrinhas e irmãos. Ao serem perguntados sobre a religião que praticavam, dez referiram ser católicos, nove não praticantes, e um evangélico. Em relação a morbididades autoreferidas cinco não as referiram, uma referiu ser diabética, um apresenta distúrbio neurológico chamado síndrome das pernas inquietas (desordem neurológica associada a sensações anormais nas pernas), três hipertensão arterial e uma hipertensão arterial associada à asma e a osteoporose.

### ➤ Apresentação das respostas a questão norteadora

Após análise das entrevistas, foram realizadas as transcrições das falas e identificadas duas ideias centrais sobre o Processo de Envelhecimento:

Quadro 1: Envelhecimento como Processo Natural, UnATI/UFPE, Recife, 2011.

DSC – 1
<p>Meu processo de envelhecimento é normal, na realidade eu nem me sinto envelhecido, não percebi esse processo, não fui me preocupando com isso [...]</p> <p>Levo a velhice normal, não tenho tempo de fazer aquelas coisas que são comuns a idade da velhice, dormir demais, descansar demais, eu acho que isso é desnecessário, também não tenho as doenças que acometem a velhice como hipertensão e diabetes [...]</p> <p>Envelhecer é uma experiência de vida, é amadurecimento (crescimento), aprendizado, uma parte normal na vida porque na vida agente nasce, cresce, vive, e morre [...]</p> <p>Envelhecer com saúde é muito bom, a gente não tinha essas vantagens que temos hoje, não tinha passagem de ônibus, não tinha esses cursos para idosos.</p>

Quadro 2: Envelhecimento como Processo adaptativo, UnATI/UFPE, Recife, 2011.

DSC – 2
<p>Horrível, eu não gostei, envelhecer foi péssimo. Tive que me adaptar a uma redução nos movimentos, algumas coisas que fazia, que eu não posso fazer [...]</p> <p>Uma das coisas é a força da gente que vai diminuindo, dores aqui, dores ali, coluna, a memória também vai diminuindo, vai se tornando mais lenta, o esquecimento vai chegando. Hoje eu vivo o agora, não planejo mais nada pra amanhã, porque o tempo é curto, a viagem está comprada, só não sei o dia [...]</p> <p>Envelhecer seria o fim de tudo, é dependência, você depende de se deslocar, de alguém raciocinar pra você, fazer as coisas pra você, e eu acho isso muito ruim, contudo temos que aceitar as dificuldades que a gente vai tendo.</p>

Em seguida após análise das entrevistas, foram realizadas as transcrições das falas e identificadas duas ideias centrais de como o idoso se sente no dia-a-dia:

Quadro 3 – Sinto-me feliz e alegre, UnATI/UFPE, Recife, 2011.

DSC – 1
Eu diria que bem, me sinto feliz, me sinto alegre, agradeço a Deus por ter chegado nesta idade, estou mais tranqüilo, com menos tarefa [...] Me sinto bem convivendo com o envelhecimento, sem ter medo dele, envelhecer com responsabilidade é bom.

Quadro 4 - Desvalorização dos idosos, UnATI/UFPE, Recife, 2011.

DSC – 2
O importante não é a idade, é como se vive a idade [...] Quando a gente está ficando idoso, as pessoas não prestam mais atenção na gente, isso faz com que a gente se sinta um pouco a parte da sociedade [...] Na velhice você volta a ser criança, cai os dentes, tem dificuldade de andar, precisa que as pessoas cuidem de você que é o difícil, ninguém tem paciência com gente velha.

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado na UnATI/UFPE, com idosos participantes dos cursos de língua estrangeira. Os idosos que fizeram parte do estudo eram em sua maioria do sexo feminino, o que está de acordo com pesquisas tanto de base populacional quanto com populações específicas de idosos encontrados na literatura acerca da feminização da velhice (LIMA; MURAI, 2005; BORGES, et. al., 2008; IBGE, 2010; FERREIRA, cols., 2010).

A predominância de mulheres justifica a feminização da velhice, com razão de feminilidade no grupo de idosos crescente no Brasil (VICTOR, et al, 2009). Esse fato pode ser explicado uma vez que as idosas estão menos expostas a determinados fatores de risco, principalmente no trabalho; ao tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças e incapacidades (ROMERO, 2002; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

A proporção de mulheres idosas em relação aos homens idosos cresce bastante em determinados espaços, como os das universidades abertas à terceira idade e/ou os centros de convivência geriátrica, uma vez que os homens procuram menos esse tipo de participação em programas especiais. São várias as explicações para esse fato como: as mulheres ficam viúvas e mais solitárias na terceira idade; já os homens tendem a outro casamento; tradicionalmente, os homens resistem a engajar-se em atividades de cunho mais cultural, educacional e lúdico. Portanto, ações destinadas à população idosa devem considerar o universo feminino na terceira idade e suas peculiaridades (BARRETO, et. al., 2003; RAMOS, 2003; CHAIMOWICZ, 1997).

A intencionalidade na seleção dos sujeitos participantes dos cursos de língua estrangeira, onde a escolaridade maior se constitui critério de ingresso, justificando o percentual encontrado de 45,4% dos idosos com ensino superior completo. Fato que difere do observado para a maioria dos idosos brasileiros. Nos estudos com

população idosa a escolaridade apresentada pelos mesmos era baixa (BORGES, et. al., 2008; BARRETO, et. al., 2003; LIMA; MURAI, 2005).

Menezes, Lopes e Marucci (2007), consideram que, possivelmente, essa baixa escolaridade dos idosos, frequentemente constatada pelos estudos, seja reflexo da taxa de alfabetização nos anos 20-40 do século passado, onde não havia tanta cobrança por nível escolar, como atualmente, e onde o papel das mulheres na sociedade era o de casar, ter filhos e cuidar de casa e, via de regra, não eram estimuladas a estudar.

Sabemos que oportunidades de aprendizado podem ajudar as pessoas a desenvolver habilidades e confiança para se adaptar e desenvolver um processo de envelhecimento saudável. Idosos com melhores condições financeiras geralmente possuem melhor acesso à prevenção, tratamento e reabilitação (SANTOS, et. al., 2007).

A renda familiar da população em estudo também se mostrou acima da média da maioria da população de idosos de outros estudos (BORGES, et. al., 2008; LIMA; MURAI, 2005), variando de dois a nove salários mínimos. O resultado da renda diferenciada deve-se provavelmente a alta escolaridade da população estudada. Este dado é importante por tratar-se da região Nordeste, onde o poder aquisitivo é um dos mais baixos do país. Essa diferenciação no padrão econômico do grupo de idosos da UnATI/UFPE pode se dever às características do programa, pois alguns dos cursos oferecidos, exigem maior nível de escolaridade, e, para a população brasileira, maior nível de escolaridade implica melhores condições socioeconômicas (BARRETO, et. al., 2003).

O envelhecimento na visão da maioria dos entrevistados é levado com naturalidade. Eles citam que não fazem as coisas que são comuns à velhice como: dormir demais, descansar demais, e não ter as doenças que acometem a velhice, esta é uma visão estereotipada do que é o processo de envelhecimento na visão geral da sociedade.

O discurso que segue representa como os idosos observam seu envelhecimento como uma etapa natural da vida: [...] *Levo a velhice normal, não tenho tempo de fazer aquelas coisas que são comuns a idade da velhice, dormir demais, descansar demais, eu acho que isso é desnecessário, também não tenho as doenças que acometem a velhice como hipertensão e diabetes [...]*. Estes resultados se assemelham aos de Gaspari e Schwartz, 2005 cuja população de estudo quando indagada sobre o significado do envelhecimento apontaram muita experiência, sabedoria, e a constante aprendizagem.

No estudo realizado por Lima e Murai, 2005, a maioria dos idosos relatou que só na velhice puderam desfrutar de uma sensação diferente, uma espécie de liberdade adquirida. Eles relatam que só agora podem fazer o que quiserem, na hora que quiserem, como indagam no seguinte discurso: *“A minha vida era sofrida, cuidava dos filhos, do marido, da casa e trabalhava para os outros. Agora tenho tempo para fazer o que eu quiser”*. Gonçalves; Vahl e Borges (2001) escreveram com muita propriedade que: *“[...] a velhice está presente em todo suspiro de vida e, aos poucos e de forma muito lenta (apenas inicialmente), vai tornando-se conhecida”*.

Esta intimidade com uma nova fase da vida vai se estabelecendo. A percepção do envelhecimento como curso natural da vida que tem características próprias, ajuda o grupo a estabelecer metas compatíveis com suas possibilidades individuais e assim, favorecer maior índice de satisfação com os próprios resultados. O envelhecimento é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo. Todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios (LIMA; MURAI, 2005).

Os idosos referem também que ao chegarem aos 60 anos obtiveram benefícios que não tinham antes, como andar de graça nos ônibus, participar de cursos como os oferecidos pela UnATI/UFPE, e que isto os ajudou bastante. [...]

*Envelhecer com saúde é muito bom, a gente não tinha essas vantagens que temos hoje, não tinha passagem de ônibus, não tinha esses cursos para idosos.*

As conquistas sociais, fruto das reivindicações dos idosos e da sociedade civil organizada através das políticas sociais para a velhice implementada na Política Nacional (Lei nº 8.842 de 04/01/1994) e no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003), foram bastante significativas para os idosos, pois algumas melhorias, como fila preferencial em bancos, repartições públicas e privadas; passe livre nos ônibus urbanos, prioridade nos processos jurídicos, dentre outras, contribuíram para que os velhos pudessem ocupar seu papel de cidadão com ações positivas frente à velhice (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Segundo Lima e Murai, (2005) os idosos dão valor aos benefícios adquiridos nessa idade. Para eles, os direitos são ganhos, vantagens, ou seja, uma espécie de recompensa, como vistos em alguns relatos de seu estudo: *“A gente não paga nada, viaja de graça, é muito dez”*; *“Com essa carteirinha, vou até para a zona leste, sem pagar condução”*.

Gonçalves; Vahl e Borges, 2001 relata que muito pode ser feito para que as pessoas idosas possam envelhecer com dignidade. Não é necessário muito investimento, mas vontade política que promova espaços para as atividades salutaras. A apropriação dos direitos concedidos presente nas falas dos idosos não se restringe aos ganhos financeiros, transporte gratuito, pensão, acesso a serviços, é complementada com o reconhecimento pelo respeito devido como modo de melhoria da vida.

Em relação ao processo de envelhecimento alguns idosos relataram que o mesmo foi adaptativo, segundo eles houve uma redução de movimentos, as dores incomodam, eles preferem não planejar o amanhã, o que demonstra uma visão imediatista. Referiram também dependência em relação aos outros para fazer as coisas. [...] *Tive que me adaptar a uma redução nos movimentos, algumas coisas que fazia, que eu não posso fazer [...] Uma das coisas é a força da gente que vai diminuindo, dores aqui, dores ali, coluna, a memória também vai diminuindo, vai se*

*tornando mais lenta, o esquecimento vai chegando. Hoje eu vivo o agora, não planejo mais nada pra amanhã, porque o tempo é curto, a viagem está comprada, só não sei o dia [...].*

O envelhecimento vem sendo associado a aspectos negativos, tais como as doenças crônicas, a dependência, a fragilidade, e a incapacidade. Essas representações são geralmente influenciadas pela cultura e/ou pelas referências pessoais do indivíduo (GARCIA, et. al., 2005). Essa visão deficitária do envelhecimento é consequência de uma sociedade que valoriza a produção, o rendimento, a juventude e a beleza e alerta para a marginalização que uma definição tão negativa da velhice impõe aos idosos (UCHÔA, 2003).

As ações de promoção da saúde devem ser orientadas para promover a qualidade de vida dos idosos que precisam ser mantidos na forma mais confortável possível, no seu lar, junto de seus familiares, primando promoção da máxima autonomia individual possível que tem sua base em um determinado grau de competência, ou capacidade funcional. A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis (ROSA, et. al., 2003; DERNTOL; WATANALE, 2004).

No dia-a-dia do idoso no discurso um (Quadro 3), os mesmos agradecem a Deus por esta dádiva, explica não ter medo da velhice e a responsabilidade que se tem consigo mesmo, como no trecho que segue: [...] *Me sinto bem convivendo com o envelhecimento, sem ter medo dele, envelhecer com responsabilidade é bom.*

O aspecto religioso tem grande influência nessa fase da vida, de forma que a totalidade da população pesquisada demonstrou afinidade com algum tipo de atividade ou prática religiosa, predominando o engajamento na religião católica, seguida da religião evangélica. Quanto às razões para a ocorrência desse fato, verifica-se que a prática de uma religião pelo idoso permite-lhe estabelecer um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades ou, quando isso não

ocorre, ajuda-o a vencer com mais facilidade essa última etapa da vida (ARAÚJO, 1999).

Em relação ao discurso dois (Quadro 4), existe um sentimento de desvalorização do idoso, este é um ponto chave para a rejeição que os mesmos sentem em relação especialmente aos jovens e a sociedade de maneira geral, como demonstra o discurso a seguir [...] *Quando a gente está ficando idoso, as pessoas não prestam mais atenção na gente, isso faz com que a gente se sinta um pouco a parte da sociedade [...].* Refere que voltar a ser criança é uma coisa ruim que causa dependência.

A velhice é particularmente difícil de assumir. No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne à marcação da idade como algo que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas, físicas e de papéis sociais (MOTA, 2002). Gonçalves; Vahl e Borges, 2001 relata que o ser humano adoece não apenas devido a problemas orgânicos: ele adoece de solidão, de tristeza, de desamparo ou simplesmente pela falta de comunicação.

Compreende-se, assim, que o envelhecimento bem-sucedido depende de um conjunto de elementos, ressaltando-se principalmente as relações sociais que resgatam a valorização pessoal e diminui os riscos de exclusão. Quando o idoso percebe-se mais integrado na sociedade, ele busca tornar-se mais ativo, menos isolado, o que possibilita encarar o processo de envelhecimento com mais naturalidade e até mesmo reconhecer seu valor diante da experiência adquirida, o que pode contribuir para diminuir a ocorrência de depressão, tão frequente na terceira idade (BARBOSA, MOREIRA; CUNHA, 2007).

O envelhecimento físico não é e nunca poderá ser obstáculo para manter a mente em constante capacidade de criação e apreensão de novos conhecimentos. Quanto mais informação se adquire, maiores são as possibilidades de trocar experiências e de viver em constante dinamismo social. Ferrari (2002) considera a participação do idoso nas UnATI um meio efetivo de reinserção social que gera uma sensação de satisfação caracterizada pela melhoria no desenvolvimento pessoal.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados do estudo, a percepção sobre o processo de envelhecimento apresentada pelos idosos foi permeada por discursos com conteúdos positivos quanto por discursos negativos. Sete dos idosos estudados encaram esta fase como um processo natural com certas limitações, mas que não impedem que mantenham uma boa qualidade de vida, os outros quatro sujeitos abordaram o envelhecimento com uma concepção negativa retratada pelas limitações e pela desvalorização da sociedade com a pessoa idosa.

Observou-se que a maioria da população estudada era do sexo feminino, casada, moravam acompanhadas e apresentavam alta escolaridade e renda mensal. Não foram relatadas altas ocorrências de doenças crônicas.

O estudo desmistifica a ideia de que o idoso é àquela pessoa que não tem capacidade de realizar nenhuma atividade, ou não tem vontade própria. Fica claro que a manutenção da autonomia e funcionalidade, e as necessidades específicas desta população são desafios a serem enfrentados por todos, para a promoção da saúde e prevenção de agravos a fim de manter a longevidade destes indivíduos com qualidade, para que em um futuro próximo a nossa população envelhecida sinta-se parte importante do processo e tenha sua integridade respeitada.

Manter os idosos funcionalmente independentes é o objetivo principal para se atingir um envelhecimento ativo com melhor qualidade de vida. A política de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (WHO, 2005) é um exemplo dessa recomendação, enfatizando que envelhecer bem não é apenas uma questão individual, e sim um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida.

As limitações do estudo incluem a escolha dos idosos participantes por conveniência, a não generalização dos resultados encontrados por se tratar de uma população restrita, e com realidades sociais, e culturais diferenciadas. Conclui-se

que é necessária a realização de outros estudos que permitam ampliar o conhecimento a respeito da população idosa, considerando suas necessidades e peculiaridades.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 1999/2000** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

ALVES, L.S; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005; v.17, n. 5-6), p.333–41.

ARANHA, V.C. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 255-265.

ARAÚJO, C.D.S.F. Aspectos religiosos do idoso. In: Petroiano, A; Pimenta, L.G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1999. p. 8-9.

ARAÚJO, L.F.; COUTINHO, M.P.L.; SANTOS, M.F.S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicol. Soc.** [online]. 2006, v.18, n.2, p. 89-98.

BARON-EPEL, O; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Soc Sci Med**, 2001; v.53, n.9,p.1373-1381.

BARRETO, K.M.L et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant, Recife**, v.3, p.339-354, jul./set., 2003.

BARBOSA, E.F.L.; MOREIRA, I.J.M.L.; CUNHA, M.L.F. M. Envelhecimento saudável e unati-ucg. **Fragmentos de cultura, Goiânia**, v. 17, n. 3/4, p. 465-478, mar./abr. 2007.

BORGES, P.L.C.; BRETAS, R.P.; AZEVEDO, S.F.; BARBOSA, J. M.M. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.24, n.12, p. 2798-2808, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Bioética.1996; v.4, n. 2 supl, p.15-25.

BRASIL. Lei nº 8.842, 4 de Janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências**. Dia Ofic Rep Fed Brasil, 1994, jan. v.5; Col. 2, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Universidade Federal de Pernambuco. Portaria normativa nº 01/2002, de 17 jan. 2002 (BO. UFPE).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a.

CACHIONI, M; NERI, A.L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S (Org.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004. p. 29-49.

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

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A.O. Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, 2003, v. 19, n. 3, p. 725-33.

CARVALHO, J.A.M; RODRÍGUEZ-WON, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, 2008, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.597-605.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2;1997, p.184-200.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV; Py L; Cançado FAX; Gorzoni ML; Doll J. (Org.).**Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006, p. 106-130.

COSTA, S.F.G; VALLE, E.R.M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Cien Saude Colet**, 2006; v. 11, n. 4, p.887-894.

DERNTOL, A.M; WATANALE, H.A.W. Promoção da saúde. In: Litvoc, J.; Brito, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FALEIROS, V.P.; LOUREIRO, A.M.L. **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Universa; 2006.

FREITAS, M. C; QUEIROZ, T. A; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, 2010; v. 44, n. 2, p. 407-12. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: jul. 2011.

FERRARI, M.A.C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 98-105.

FERREIRA, O. G. L. e cols. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, set./dez. 2010.

FRUTUOSO. **A 3ª Idade na Universidade: relacionamentos entre gerações no 3º milênio**. Rio de Janeiro: Editora Ágora da Ilha, 1999.

GARBIN, C.A.S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010.

GARCIA, M.A.A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.537-52, set./dez. 2005.

GARCIA, E.S.S; SAINTRAIN, M.V.L. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev.enferm.UERJ**; v.17, n.1, p. 18-23, jan./mar. 2009.

GASPARI, J.C; SCHWARTZ, G.M. O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2005; v.21, n. 1, p. 69-76.

GIATTI L; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2003; v. 19, n. 13, p. 759-71.

GONÇALVES, L.H.T; VAHL, E.A.C; BORGES, I.C. O idoso contador de histórias – A autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Texto Contexto Enferm**, 2001; v.10, n. 2, p. 94-115.

GUARNIERI, A.P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arg. Bras. Ciênc. Saúde**, 2008, v. 33, n. 3, p. 139-40.

GUERRA, A.C.L.C; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GUIMARÃES, R.M. O envelhecimento: um processo pessoal? In: Freitas E.V. **Tratado de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

HECK, R.M; LANGDON, E.J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. (org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.129-51.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

JARDIM,V.C.F.S.; MEDEIROS, B.F.; BRITO, A.M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. bras. geriatr. gerontol**; v. 9, n. 2, p. 25-34, ago. 2006.

KIKUCHI, E. L. Auto avaliação da saúde. In: JACOB FILHO, W. (Ed.). **Avaliação global do idoso**: manual da Liga de Gamia. São Paulo: Atheneu, 2005. p.25-31.

LAURENTI, R.A., 1990. A questão demográfica e a transição epidemiológica (a transição demográfica, a fecundidade, a migração e a mortalidade e seus impactos na saúde da população). In: **Anais..** do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia: epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. RJ: Abrasco. 143-165.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v .8, n. 2, p.127-41, 2005.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A.M.C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LESSA, I, Epidemiologia das doenças crônicas não-trasnmisíveis versus terceira idade. In: Lessa, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**:: epidemiologia das doenças crônicas não –transmissíveis. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. 1998.

LIMA, C.K.G; MURAI, H.C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Rev Enferm UNISA**, 2005, v. 6, p. 15-22.

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

MAIA, F.O.M; DUARTE, Y.A.O; LEBRAO, M.L.; SANTOS, Jair, L.F. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 40, n. 6, p. 1049-1056, out. 2006, v. 27,ISSN 0034-8910.

MENEZES, E.T; SANTOS, T.H."Universidade aberta à terceira idade" (verbete). **Dicionário Interativo da Educação Brasileira- EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix Editora, 2002. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=458>>. Acesso em: 7 nov. 2011.

MENEZES, T. N.; LOPES, F.J.M.; MARUCCI, M.F.N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Rev Bras Epidemiol**, 2007; v. 10, n. 2, p. 168-77.

MENEZES, T.M.O; LOPES, R.L.M; AZEVEDO, R.F. A pessoa idosa e o corpo:uma transformação inevitável. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 2009, v. 11, n. 3, p. 598-604.

MESQUITA, A.L.Q. **A participação das universidades da 3ª idade na inclusão social do idoso**: um panorama dos cursos no Brasil. Curso de Extensão da Universidade Aberta para a 3ª Idade – UATI-UNISANTOS. Set.2006.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.S; Coimbra Jr, C.E.A. **Entre a liberdade a liberdade e a dependência (introdução)**. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

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

MOTA, A.B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo, M.C.S; Coimbra Júnior, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 37-50.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl. 1, p. 54-56., 2008.

NERI, A.L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. GERP 2001.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p.13-59.

OLIVEIRA, A.C; FREIRE, I.M. **Formação dos docentes na universidade de terceira idade. Revista de Educação.** v. 2, n. 4, jul./dez. 2007, p. 177-192.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington: OPAS, 2003. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006.

PALMA, L.; CACHIONI, M. Educação permanente: perspectiva do trabalho educacional com o adulto maduro e com o idoso. In: FREITAS, E. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1101– 1109.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: RP Veras (org.). **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio.** Relume- Dumará Uerj- UnATI, Rio de Janeiro, 1997, p. 41-74.

PEREIRA, R.M.R; FULLER, R. Doenças osteoarticulares. In: Litvoc, J; Brito, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

QUEIROZ, Z.P.V. Participação Popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? **Revista O mundo da Saúde,** a. 23, v.23, n. 4, p.204 – 213, jul./ago.1999.

QUEIROZ, N.C.; NERI, A.L. Relações entre bem-estar psicológico e satisfação com a vida na meia-idade e na velhice. **Envelhecimento e Saúde,** v.13, n.3, p.64, 2007.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Pública,** 2003, n. 19, p. 793-797.

ROMERO, D.E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciênc Saúde Coletiva,** v.7, n. 4, p. 777-94, 2002.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D'A.; LATORRE, M.R.D.O; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública,** v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

SANTOS, K.A; KOSZUOSKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.;PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 23, n.11, p. 2781-2788, 2007.

SANTOS-PRECIADO, J.I *et al.* La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. **Salud Pública de México**, 2003, v. 45, supl. 1, p. 140-152.

SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, (org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.103-27.

SCHRAMM, J.M.A *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, v. 9, n. 4, p. 897-908.

SILVA E.V; MARTINS F; BACHION, M.M; NAKATANI; A.Y.K. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **Reme – Rev Min Enf** 2006, v. 10, n. 1, p. 46-53.

TANNURE, M. C; ALVES, M; Sena, R. R; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set./out., v. 63, n. 5,p. 817-22.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online], 2005, v. 39, n. 3, p. 507-514.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n 3, p. 849-53, 2003.

VERAS, R.P; RAMOS, L.R; Kalache, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

VERAS, R. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2463-2466, out, 2007.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009,

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, p. 49-54, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo.** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Título: Percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento

Pesquisadora: Fernanda Helena Penha Coutinho

Endereço: Av. São João Batista nº 387 BL D Aptº 204, Jardim Atlântico

Orientadora: Ana Paula Marques de Oliveira

Co-orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Fone da pesquisadora : (81)87628791

Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Endereço: Avenida da Engenharia S/N 1º andar, Cidade Universitária, Recife-PE

CEP: 50.670-901.

Fone: (81) 2126.8588

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Idoso ativo: percepção sobre o seu processo de envelhecimento**. A Sua participação é voluntária, e a qualquer momento você pode desistir da mesma e retirar seu consentimento. Sua desistência não trará nenhum prejuízo em sua relação com a Instituição em que você está realizando o curso, nem com os professores ministrantes dos mesmos. Este estudo não trará ônus para o senhor (a) e nem alguma forma de ressarcimento. Você receberá uma cópia deste termo e a qualquer momento do estudo o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos ou retirar dúvidas que venham a surgir.

Em conformidade com a resolução 196/96, serão respeitados os princípios de bioética na pesquisa com seres humanos, comprometendo-se em assegurar o sigilo e privacidade dos resultados obtidos, não acarretando nenhum tipo de dano aos participantes.

Como benefício do estudo, buscaremos a compreensão/aceitação das alterações inerentes ao seu processo de envelhecimento, incluindo possíveis perdas e ganhos, possibilitando ao participante da pesquisa de forma direta, vivenciar a velhice como etapa inerente a vida, minimizando conflitos e melhorando sua qualidade de vida.

Quanto aos riscos pertinentes ao estudo, estes podem ser considerados mínimos uma vez que poderá acarretar constrangimento em falar do seu processo de envelhecimento na medida em que o entrevistado responderá as questões ao pesquisador que terá também como instrumento a gravação das entrevistas. O mesmo terá suas informações preservadas em sigilo, sendo a sua identidade desconhecida.

Os dados serão gravados com autorização prévia dos participantes e coletados por meio de um formulário de entrevista. Os mesmos serão armazenados em um aparelho de mp3 destinado para este fim, tendo como responsável pelo armazenamento a autora da pesquisa, que o fará durante cinco anos em um pen drive destinado para este fim.

Sua participação é voluntária, sendo-lhe facultado o direito de participar ou não da mesma. Ele não lhe trará nenhuma despesa, porém você não receberá nenhum benefício financeiro.

O estudo poderá ser divulgado em eventos ou publicações científicas, porém, nunca revelada a identidade de seus participantes.

Eu li e entendi as informações acima descritas e concordo livremente em participar do estudo em questão.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Entrevistado

---

Testemunha

---

Pesquisadora

---

Testemunha

**APÊNDICE B - Formulário de entrevista**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1ª Parte:	
Iniciais do Nome:	
Sexo:	
Data de Nascimento/ Idade	
Estado civil:	
Escolaridade:	
Ocupação:	
Profissão:	
Religião:	
Renda familiar - (considere como renda: salários, pensões, bolsa-família, etc., de todos que moram na casa):	
Condições de moradia: mora só ou com a família	
Morbidades autoreferidas:	
2ª Parte:	
Fale-me sobre o seu processo de envelhecimento e como se sente no seu dia-a-dia?	

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer de aprovação do comitê de Ética



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 277/2011 - CEP/CCS

Recife, 07 de junho de 2011

Registro do SISNEP FR – 409303  
CAAE – 0072.0.172.000-11  
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 097/11  
Título: **Percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento.**  
Pesquisador Responsável: Fernanda Helena Penha Coutinho

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 07 de junho de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

  
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

 Ivoir Santiago da Silva  
Assistente em Administração  
SIAPE 1733108  
UFPE Diretoria do CCS/UFPE

A  
Mestranda Fernanda Helena Penha Coutinho  
Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva - CCS/UFPE

## ANEXO B - Carta de Anuência

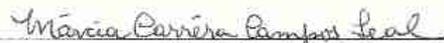


Universidade Federal de Pernambuco – UFPE  
Pró-Reitoria de Extensão - Proext  
Programa do Idoso – Proidoso

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber **Fernanda Helena Penha Coutinho**, aluna do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC) da Universidade Federal de Pernambuco, facultando-lhe o uso das instalações da Universidade Aberta à Terceira Idade – UnATI//PROIDOSO/PROEXT/UFPE, a qual sob a orientação da Profª. Ana Paula de Oliveira Marques e Co-orientação da Prof. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, desenvolverá o projeto de pesquisa intitulado "**Percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento**", informamos que a coleta dos dados deverá ser previamente agendada junto a Secretaria da UnATI, bem como, só será iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS/UFPE).

Recife, 24 de fevereiro de 2011.

  
Márcia Carrera Campos Leal

Vice-Coordenadora do PROIDOSO/PROEXT/UFPE

Campus da Universidade Federal de Pernambuco  
Av. Prof. Moraes Rego S/N – CDU – Recife, CEP: 50.739 – 970  
UnATI- Fone/fax: 2126-8538