

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Pollyanna Viana Lima

**Envelhecer com dependência funcional:
memória de idosos longevos**

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2016

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Pollyanna Viana Lima

**Envelhecer com dependência funcional:
memória de idosos longevos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus de Vitória da Conquista, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Luciana Araújo dos Reis

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2016

L732e	<p>Lima, Pollyanna Viana Lima Memórias do envelhecer com dependência funcional: história oral de idosos longevos; orientadora Prof^a DSc Luciana Araújo dos Reis, - Vitória da Conquista, 2016. 116f.</p> <p>Dissertação (mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2016.</p> <p>1. Memória. 2. Idoso longo. 3. Envelhecimento. 4. Longevidade 5. Atividades Cotidianas. I. Reis Araújo dos, Luciana. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. III. Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e sociedade IV. Envelhecer com Dependência Funcional: Memória de idosos longevos.</p>
	CDD

Título em inglês: Aging with Functional Dependence: elderly memory oldest

Palavras-chaves em inglês: Memory. Elderly. Aging. Longevity. Daily Activities.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (orientadora); Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães (titular); Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior (titular).

Data da Defesa: 17 de fevereiro de 2016

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Pollyanna Viana Lima

Envelhecer com Dependência Funcional: memória de idosos longevos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 17 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.:  _____

Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães
Instituição: UESB

Ass.:  _____

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior
Instituição: UFBA

Ass.:  _____

À minha filha Lívia Fernanda
A meu esposo Vilmar Carvalho
À minha mãe Alvair Viana Lima.

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”
Charles Chaplin

A realização deste trabalho, que sintetiza a minha dedicação nos últimos dois anos ao mestrado, não teria sido possível sem a magnânima colaboração de algumas pessoas, mas também instituições a quem venho agora prestar meu agradecimento.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela bolsa durante todo o mestrado, mas também pelo apoio financeiro no auxílio dissertação. Obrigada por acreditar no potencial desse estudo e possibilitar meus estudos em tempo integral!

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional.

À Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, por sua orientação, dedicação, confiança, infinita disponibilidade, afeto, escuta, amizade ao longo do curso, humanidade e por ser a maior incentivadora da superação dos meus limites.

Às coordenadoras do Colegiado do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Memória: Linguagem e Sociedade, Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães e Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva pela dedicação e empenho para que o programa mantenha a excelência.

À Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães e o Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior pelas contribuições na banca de qualificação.

Ao prof. Dr. Joselito Santos, que muito me incentivou na seleção de mestrado, me dando apoio, indicando leituras e contribuindo com seus conhecimentos.

Aos meus orientadores das graduações Prof. Dr. Jânio Santos e Prof. Dr. Stênio Fernando Pimentel Duarte, por terem plantado sementinhas de incentivo e conhecimentos durante a graduação.

Aos meus colegas do grupo de estudo pelo apoio de todas as horas, por nossas discussões, mas também nossas conversas informais que nos descontraíam e reduziam as tensões.

À colega e amiga Tatiana Dias Casemiro Valença, verdadeira companheira de pesquisa e estudo por seu apoio, amizade e incentivo em todas as horas.

A todos os colegas e professores da Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pelo convívio e aprendizado, em especial ao professor Dr. Cláudio Félix e o colega Elton Quadros.

Aos funcionários do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em especial a Andréia, Vilma e Tâmara pela dedicação e apoio.

À minha mãe, sempre amorosa, companheira, generosa, que abdicou boa parte do seu tempo para cuidar da sua netinha para que eu pudesse me dedicar ao mestrado de forma integral. Meu infinito agradecimento. Te amo muito!

Ao meu esposo por ser tão importante na minha vida, por sempre acreditar em minha capacidade, sempre estar ao meu lado, me dando forças e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, amor possibilitaram a efetivação do meu mestrado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

À minha pequena princesa, a ela devo uma enorme gratidão por ter, na sua inocência de criança, entendido minha ausência por muitas vezes durante esses dois anos e, mesmo assim, me recebia sempre com o sorriso e carinho, o que em muito me fortaleceu e me fez mais forte. Te amo! Essa conquista dedico a você.

A minha irmã Valéria, meu cunhado Carlos Alberto e seus filhos, meus queridos sobrinhos pelo apoio e pelo carinho de sempre.

À minha amiga Lídia e seu namorado Rennan, que me deram muito apoio e incentivo na seleção do mestrado.

Aos idosos, participantes do estudo e mesmo aqueles que não participaram até a fase final e aos seus familiares pela calorosa recepção e disponibilidade. Meu eterno agradecimento!

Finalmente a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, me suprir em todas as minhas necessidades e por ter colocado pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta.

Idoso toda família tem alguém.
Com um brilho especial nos olhos.
Nos lábios sábios conselhos.
Na voz a soma da cultura acumulada, muitas vezes desprezada.
Toda família tem alguém que conspira com o universo, orações pelos que ama.
Têm braços de músculos cansados, mas... Que não negam o conforto de um longo abraço.
Têm os ombros cansados, mas... Não negam um carinho e mais um fardo.
Têm os ossos frágeis, mas... Não negam um colo.
Precisam de atenção, de amor e compreensão.
E estão atentos a tudo, amam como ninguém,
Sempre tentando compreender os filhos e netos.

Helôisa Abranhão

RESUMO

Com o envelhecimento da população, há aumento da prevalência das chamadas doenças crônico-degenerativas, que exigem cuidados e tratamento contínuo. Essas doenças tornam o idoso mais susceptível a desenvolver a dependência funcional, que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal ou psicológico, e, conseqüentemente, provoca limitações nas atividades diárias com interferência na independência e autonomia. A pesquisa, que consistiu em um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria da Memória, tomada como recurso analítico, visou analisar o envelhecer com dependência funcional a partir da memória de idosos longevos. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA, cujos participantes foram cinco idosos com idade igual ou superior a 80 anos, de ambos os sexos, que apresentavam dependência funcional e condições mentais preservadas para responder à entrevista. Ressalta-se que a delimitação dos idosos seguiu o princípio de saturação dos dados. Para a coleta, foi feita uma entrevista semiestruturada com base em um roteiro predefinido e, para a análise, foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial, segundo Laurence Bardin, com auxílio da ferramenta computacional de suporte para análise dos dados qualitativos NVivo, versão 11.0. Do material empírico analisado, emergiram três categorias temáticas: Memória do viver/envelhecer antes da dependência funcional; Memória do viver/envelhecer após a dependência funcional; e Repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. Os resultados analisados demonstraram que a memória do tempo vivido e experienciado de todos os idosos foi reconstruída em uma coletividade, mediante a experiência do presente. Constatou-se que as memórias dos idosos antes da dependência funcional se concentraram em um período de plenitude; em contrapartida, as memórias após a dependência se agruparam em momentos de limite relacionados ao binômio envelhecimento-dependência funcional, evidenciando que a vida dos idosos vem sendo construída em dois momentos extremamente distintos: as memórias do viver/envelhecer antes da dependência funcional estavam concentradas predominantemente nas relações que envolvem o trabalho, sendo o grupo familiar uma referência fundamental para a reconstrução desse passado; e as memórias dos idosos após a dependência funcional estavam carregadas de negatividade, sendo para eles a finitude uma realidade próxima. Verificou-se ainda que a negatividade está relacionada aos problemas que os idosos vêm enfrentando, como as doenças, a dependência, o medo, a tristeza, a solidão, a depressão e a redução das relações sociais e de apoio. Mas, por outro lado, foram percebidas algumas estratégias de enfrentamento a esses problemas, como a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família. Conclui-se, diante dos resultados, que as memórias do envelhecer com dependência funcional estão mais relacionadas a aspectos negativos da vida, decorrentes das perdas e da presença de sintomas físicos ou emocionais. A dissertação está vinculada à área de concentração Multidisciplinaridade da Memória e à linha de pesquisa “Memória, Discursos e Narrativas”. Fazendo parte do Projeto de Pesquisa “Memória, Envelhecimento e Dependência funcional” do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da Profa. Dr. Luciana Araújo dos Reis.

Palavras-Chave: Memória. Idoso. Envelhecimento. Longevidade. Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

With the population aging, there is an increase in the prevalence of the so-called chronic and degenerative diseases, which require constant health care and treatment. These diseases make the elderly more likely to develop functional dependence, which starts with the onset of a deficit in the bodily or mental functioning, and then it provokes limitations in daily activities with interference on independence and autonomy. The research, which was a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, underpinned by the Memory Theory, taken as analytical resource, aimed to analyze the aging with functional dependence from the memory of long-lived elderly. The research was held at a family health unity of the city of Vitória da Conquista/BA, whose participants were five elderly aged 80 or over, both men and women, who had functional dependence and mental conditions preserved to respond to the interview. It is highlighted that the delimitation of the elderly complied with the principle of data saturation. In order to perform the collection, it was performed a semi-structured interview based on a predefined script and, to analyze the data, it was used the thematic-categorical content analysis, according to Laurence Bardin, with the aid of the supportive electronic tool for analysis of qualitative data NVivo, version 11.0. The analysis of the empirical material gave rise to three thematic categories: Memory of living /aging before the functional dependence; Memory of living/aging after the functional dependence; and Psychosocial repercussions of the aging with functional dependence: building combative strategies. The analyzed results have demonstrated that the memory of the lived and experienced time of all elderly was rebuilt in a collectivity, through the experience of the present. It was found that the memories before the functional dependence were concentrated in a period of fullness; in contrast, the memories after the dependence were grouped in limit moments related to the aging-functional dependence binomial, thereby indicating that the lives of the elderly have been built on two extremely different moments: the memories of living/aging before the functional dependence were predominantly concentrated in relations that involve the job, and the family group was a fundamental reference for the rebuilding of that past; and the memories after the functional dependence were filled with negativity, and, for them, the finiteness is an imminent reality. Moreover, it was found that negativity is related to the problems that the elderly are facing, such as diseases, dependence, fear, sadness, loneliness, depression and decreased social relationships and support. Nevertheless, on the other hand, some combative strategies were realized in relation to these problems, such as resilience, faith, spirituality and family support. In light of the results, it is concluded that the memories of the aging with functional dependence are more related to negative aspects of life, which arise from the losses and the presence of physical or emotional symptoms.

Keywords: Memory. Elderly. Aging. Longevity. Daily Activities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 1980	20
Figura 2 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 2010	21
Figura 3 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 2040	21
Figura 4 - Distribuição etária da população por sexo e grupos de idade, Bahia - 2010/2030.....	22
Figura 5 - Distribuição etária da população por sexo, segundo o município Vitória da Conquista, Bahia - 2000/2010.....	23
Figura 6 - Localização da Bahia no Brasil	33
Figura 7 - Localização de Vitória da Conquista na Bahia.....	34
Figura 8 - Organização da análise de conteúdo Bardin (2011)	40
Figura 9 - Nuvem de palavras elaborada com base no Nvivo sobre viver/envelhecer antes da dependência funcional . Vitória da Conquista – BA, 2015	45
Figura 10 - Nuvem de palavras elaborada com base no NVivo sobre o viver/envelhecer após dependência funcional. Vitória da Conquista – BA, 2015	58
Figura 11 - Nuvem de palavras elaborada com base no NVivo sobre as repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional. Vitória da Conquista – BA, 2015	75
Quadro 1 - Caracterização dos idosos longevos, participantes do estudo. Vitória da Conquista/BA, 2015.....	36
Quadro 2 - Resultados da análise de conteúdo temático-categorial, Vitória da Conquista - BA, 2015	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
BA	Bahia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL	idoso longo
n°.	Número
PR	Paraná
QSR	<i>Qualitative Solutions Research</i> – Soluções para Pesquisa Qualitativa
RN	Rio Grande do Norte
SP	São Paulo
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UCLA	University of California, Los Angeles
USF	Unidade de Saúde da Família
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.3	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DISSERTAÇÃO	17
2	ENVELHECIMENTO, LONGEVIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	18
2.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	18
2.2	CONCEITOS QUE ENVOLVEM O ENVELHECIMENTO HUMANO	24
2.3	LONGEVIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS	26
3	PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1	TIPO DE PESQUISA	32
3.2	LOCAL DE PESQUISA	33
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA	36
3.5	PROCEDIMENTOS.....	38
3.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39
3.7	MEMÓRIA COMO RECURSO ANALÍTICO.....	41
3.8	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	41
4	O DESVELAR DA MEMÓRIA DE IDOSOS LONGEVOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	43
4.1	MEMÓRIAS DO VIVER/ENVELHECER ANTES DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	44
4.2	MEMÓRIA DO VIVER/ENVELHECER APÓS A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	57
4.3	REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECER COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	105
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	106
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	107
	APÊNDICE C - Instrumentos de coleta de dados	108

APÊNDICE D - Caracterização dos idosos (participantes do estudo).....	109
ANEXOS	111
ANEXO A - Avaliação cognitiva (mini exame-estado mental/MEEM) questionário resumido do estado mental (PFEIFFER, 1974).....	112
ANEXO B - Avaliação funcional (Índice de Barthel).....	113
ANEXO C - Avaliação funcional – Escala de Lawton	114
ANEXO A - Avaliação funcional – Escala de Lawton	115

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento é um fenômeno mundial que tem modificado a configuração da pirâmide etária e provocado alterações sociais e econômicas. O número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos forma a pirâmide etária de um país. O envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Assim, à medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular é substituída por uma estrutura mais cilíndrica (WHO, 2005).

No Brasil, este fenômeno começou tardiamente e, diferente do que ocorreu em outros países, está progredindo de forma acelerada. Esse fato se deve em grande parte à elevação substancial da expectativa de vida dos brasileiros e à queda da fecundidade, aliadas ao aumento da qualidade de vida e melhorias no sistema de saúde com tecnologias mais avançadas (IBGE, 2013).

Com o envelhecimento da população, há um aumento da prevalência das chamadas doenças crônico-degenerativas, que exigem cuidados e tratamento contínuo (VERAS, 2009). Essas doenças tornam o idoso mais susceptível a desenvolver a dependência funcional, que é o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal ou psicológico e, conseqüentemente, provoca limitações nas atividades diárias com interferência na independência e autonomia (SEBASTIÃO; ALBURQUEQUE, 2011).

A independência refere-se à realização de todas as atividades básicas de vida diária de forma independente (MORAES, 2012), enquanto “a autonomia é primariamente um fenômeno que envolve independência de ação, discurso e pensamento do indivíduo. Ela prevê como fundamento o alcance amplo de direitos políticos, jurídicos, civis e humanos”. (PROCHET; SILVA, 2011).

O comprometimento da independência e da autonomia é uma das conseqüências do envelhecer com patologias crônico-degenerativas e implica nova ordem na vida cotidiana dos idosos, que devem encontrar formas de ajustes e de adaptação para conviver com essa condição. O envelhecer se caracteriza por transformações importantes, que modificam as biografias dos idosos, exigindo que elaborem novos arranjos pessoais, físicos, corporais, sociais e culturais para dar sentido às muitas histórias que deverão experimentar e contar.

Por outro lado, o envelhecer também comporta a composição de um repositório de eventos que se estruturam durante toda a vida. Esse repositório fornece aos idosos um conjunto de experiências significativas, as quais se relacionam com as experiências de convívio com os demais na teia social e relacional de seus viveres individuais e coletivos. Nessa perspectiva se ergue a memória, um conjunto remanescente de lembranças e imagens que constituíram sua trajetória de vida e os modelos representacionais em torno da velhice e da dependência funcional.

Partindo desse contexto, buscou-se responder à seguinte questão: “Como a memória do envelhecer é concebida pelo idoso longo tempo com dependência funcional?”. Para responder, parte-se do pressuposto de que essa fase representa um período de mudanças corporais, físicas, biológicas, fisiológicas e emocionais relacionadas ao bem-estar físico e mental. O significado da velhice em torno dessas mudanças é elaborado na conjunção dos esforços para manutenção da resiliência e na preservação de capacidade de manutenção da vida na condição de idoso. Conhecer os elementos da memória que compõem esse cenário foi a possibilidade de compreender como o resultado das experiências de vida dos idosos possibilita explicar o momento que experimentam.

Segundo Santos e Gico (2008), diante da velhice há todo um investimento simbólico que deve ser tomado em consideração, tendo em vista que a ênfase biomédica para explicá-la mostra-se insuficiente. Para compreensão desse fenômeno, requer considerar que as vivências e experiências dos idosos os ajudam a compor a sua vida e a explicá-la e que as suas narrativas são repertórios tradutores de suas visões de mundo e de seus significados perante a vida. Neste sentido, as memórias foram mobilizadas como subsídio para o estudo acerca da dependência funcional no envelhecimento – um fenômeno apreendido em sua dimensão qualitativa, considerando os aspectos socioeconômicos e culturais vivenciados pelos idosos, cujos valores, ideologias, crenças estão relacionados ao processo do envelhecimento.

A estratégia de pesquisa para o estudo junto aos idosos encontrou apoio na memória como recurso analítico, por possibilitar a construção e a reconstituição, por meio dos relatos individuais ou coletivos, sob a forma de socialização de sentidos dos idosos como sujeitos de valor. Essa socialização, segundo Bosi (1994), pode aprimorar a construção de um lugar em que os idosos sejam valorizados e se valorizem e também pode ajudar a compreender amplamente a sociedade hodierna e suas mudanças no decorrer do tempo. Enfim, escutar relatos dos idosos foi um trabalho com memória, criador de novas possibilidades para o ser que envelheceu.

A opção por pesquisar os idosos longevos com dependência funcional partiu do pressuposto de que essa fase da vida precisa ser mais explorada, pois são escassos os estudos sobre a temática. Além disso, o modo de envelhecer pode ou não garantir o envelhecimento saudável e satisfatório, o qual “depende da maneira como cada indivíduo organiza e vivencia seu curso de vida, das circunstâncias histórico-culturais, dos fatores patológicos que podem interferir na sua saúde e dos fatores genéticos e ambientais” (COSTA, 2000, p. 23).

Frente a isso, poderíamos dizer que se faz necessário a velhice ser abordada de forma ampla, uma vez que buscar percebê-la simplesmente segundo as características biofisiológicas é desconsiderar os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos. Para tanto é preciso ter uma visão global do envelhecimento, como processo, e, dos idosos, como indivíduos (PAPALÉO NETO, 2011).

Diante do exposto, o estudo teve o intento de contribuir para melhor conhecimento do envelhecer com dependência funcional e subsidiar a implantação de políticas públicas direcionadas ao idoso longevo, com o intuito de promover uma assistência adequada e que atenda às reais necessidades de saúde/doença. De tal forma, a pesquisa apresenta uma abordagem temática bastante relevante, haja vista se tratar de um estudo de compreensão do envelhecer segundo o próprio idoso longevo, de valorização dos seus saberes, instrumento basilar de seu diálogo com as demais gerações.

Importante também salientar que, apesar de a pesquisa dar voz a cinco idosos, acredita-se que o resultado seja representativo de um grupo social. Entende-se que, por causa desse novo olhar, os atores envolvidos, direta ou indiretamente, com os idosos (profissionais de saúde, cuidadores, família, grupos sociais) possam ter uma compreensão melhor sobre o significado do envelhecer com dependência funcional para os idosos longevos e, dessa forma, contribuir para um envelhecimento com saúde, autonomia e, conseqüentemente, com qualidade de vida.

Partindo desse entendimento e por ter vivenciado a temática do “envelhecimento”, na Graduação em Enfermagem, na disciplina Saúde do Idoso, no Estágio Prático em uma instituição de longa permanência para idosos e durante o processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em um Grupo de Convivência para a Terceira Idade, surgiu o interesse em realizar pesquisas voltadas a esse grupo da população brasileira que apresenta uma complexidade diferenciada dos demais, especialmente numa perspectiva qualitativa, valorizando a experiência de vida dessa população.

Nessa perspectiva, a presente dissertação tem por objetivo geral analisar o envelhecer com dependência funcional a partir dos relatos de memória de idosos longevos de uma

Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória da Conquista. E como objetivos específicos: trazer a baila às memórias do viver/envelhecer dos idosos longevos antes e depois da dependência funcional e examinar as repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional.

1.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DISSERTAÇÃO

Para fins de organização, esta dissertação, intitulada *Envelhecer com dependência funcional: memória de idosos longevos*, está estruturada em quatro capítulos.

No capítulo da introdução, encontra-se a contextualização do objeto de estudo, que abrange, de forma sucinta, o envelhecimento e a dependência funcional e seu entrelaçamento com a memória. Encontram-se, também, a apresentação da questão norteadora, a trajetória para escolha da temática, a viabilidade do estudo e a sua importância para a comunidade científica e para profissionais de saúde e, por fim, os objetivos da pesquisa. Essa parte inicial contribuiu para situar a temática e as proposições do estudo.

No segundo capítulo, desenvolve-se o referencial teórico e conceitual que consolida a pesquisa, discutindo os aspectos do envelhecimento, da longevidade e da dependência funcional. Encontra-se dividido em três subtópicos: a) Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento; b) Conceitos que envolvem o envelhecimento humano; c) Longevidade e dependência funcional: valorização dos aspectos biopsicossociais. Esse capítulo permite apresentar um panorama do envelhecimento no Brasil, na Bahia e em Vitória da Conquista e, ainda, conhecer alguns conceitos básicos e discussões realizados nos últimos anos sobre o envelhecimento humano.

No terceiro capítulo, descreve-se a metodologia, abordando o tipo, os sujeitos, com sua caracterização, o local da pesquisa, a coleta das informações, a análise e a interpretação das informações, assim como os aspectos éticos que envolvem o estudo.

No quarto e último capítulo, nomeado *O desvelar da memória de idosos longevos com dependência funcional*, são apresentados os resultados da análise e a interpretação dos dados empíricos. Esse capítulo está dividido em três subcategorias: a) Memória do viver/envelhecer antes da dependência funcional; b) Memória do viver/envelhecer após a dependência funcional; c) Repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional: construindo as estratégias de enfrentamento.

Para finalizar são apresentadas as considerações finais, as referências, os apêndices e os anexos da pesquisa.

2 ENVELHECIMENTO, LONGEVIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Neste capítulo, apresentam-se as discussões sobre os temas envelhecimento, longevidade e dependência funcional, com intuito de fornecer, de forma sucinta, o referencial teórico que subsidiou o estudo. O capítulo está dividido em três partes, a saber: Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento; Conceitos que envolvem o envelhecimento humano; Longevidade e dependência funcional: aspectos biopsicossociais.

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Inúmeros estudos demográficos e epidemiológicos têm demonstrado o crescente aumento da população idosa no mundo e, também, no Brasil, de modo que a longevidade é uma realidade do século XXI, com exceção de alguns países africanos. Esse processo é resultado das conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, como assepsia, antibióticos, vacinas, quimioterápicos, exames complementares, entre outros (CHAIMOWICZ, 2013). Todavia, conforme Papaléo Neto (2011), foi ainda no século XX que a longevidade apresentou uma verdadeira revolução, mas, apesar dessa conquista da humanidade, não ocorreram transformações socioeconômicas que pudessem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O processo de transição demográfica no Brasil começou ainda no século XX. A partir dos anos de 1940 e 1950, houve um declínio expressivo da mortalidade, porém a fecundidade se manteve em níveis extremamente altos. Como resultado, a população ficou quase estável e jovem e, conseqüentemente, com rápido crescimento. No final da década de 1960, a fecundidade reduziu-se, provocando o processo de transição da estrutura etária, surgindo características de um país envelhecido e com compasso de crescimento baixíssimo (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

Quando um país envelhece, suas características epidemiológicas também passam por transformações. A transição epidemiológica ocorre quando uma mudança nos padrões de morbimortalidade é perceptível, principalmente por declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas. A redução das taxas de mortalidade tem como consequência o aumento da expectativa de vida, embora esse dado sozinho não provoque o aumento populacional. Este fato somente ocorre se as taxas de fecundidade e natalidade

caírem, pois, assim, a população de adultos aumenta levemente, o grupo etário de jovens se reduz e o das pessoas mais velhas aumenta em termos relativos.

Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o incremento socioeconômico, a urbanização e, principalmente, a introdução de antibióticos, as vacinas e outras conquistas da medicina foram os responsáveis pela queda da mortalidade no final dos anos de 1940 e 1950. Entretanto, ainda nesse período a taxa de natalidade permaneceu alta. Somente a partir do final da década de 1960 e 1970, com a introdução dos métodos anticoncepcionais e o movimento feminista, as taxas de fecundidade despencaram. O resultado gerou baixas taxas de natalidade e mortalidade, crescimento discreto da população total e aumento progressivo da população de idosos, com conseqüente envelhecimento populacional.

Além desses fatores, é importante destacar que a industrialização, a migração, as mudanças no estilo de vida, a introdução da mulher no mercado de trabalho pode ser também responsáveis pelo envelhecimento populacional.

Vale ressaltar que o envelhecimento é um fenômeno mundial, mas ocorre diferenciadamente para cada país ou região. Nos países desenvolvidos, houve uma transição demográfica gradual em um longo período de tempo. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as transformações foram rápidas, intensas e alarmantes (PAPELÉO NETO, 2011). Esse panorama explica o fato de o desenvolvimento socioeconômico e cultural, para os idosos que vivem em países desenvolvidos, ser uma realidade mais nítida, enquanto, no Brasil, em razão das condições em que ocorreu esse processo, as repercussões negativas ainda são muito grandes e nos mais diversos setores da sociedade.

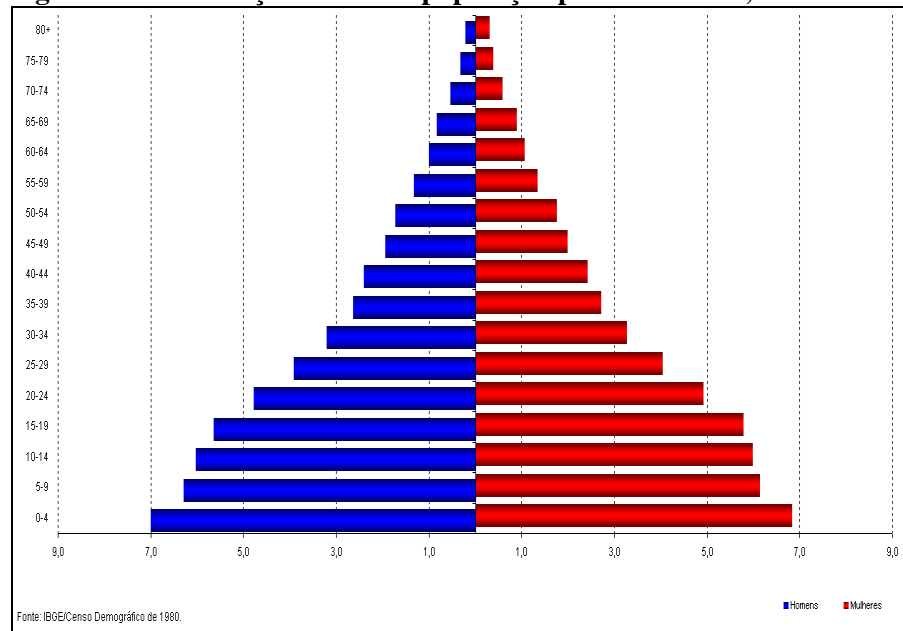
O Brasil tem contribuído muito para uma escala global de país envelhecido. Sua população total é de 190 755 799 habitantes, sendo que desses, 20.590.597 são idosos com 60 anos ou mais (IBGE, 2010a). Conforme a mesma fonte, pessoas de 20 a 59 anos são a maioria, totalizando 107.242.036 habitantes. Esse dado demonstra que esses adultos de hoje serão em poucos anos idosos. Dessa forma, os dados confirmam a constatação anterior de que o Brasil caminha para ser um país envelhecido. Nota-se que esses dados representam um quadro de envelhecimento muito relevante com projeções de que, em poucas décadas, a população idosa exceda a população jovem, portanto alterará ainda mais a estrutura etária da população.

As pirâmides etárias seguintes (Figuras 1, 2, 3), que compreendem os anos de 1980, 2010 e a projeção para 2040, demonstram as transformações pelas quais o Brasil tem passado

no que diz respeito ao perfil etário da população e à projeção futura.

Na Figura 1, apresenta-se a distribuição etária da população brasileira por sexo em 1980. Ao observá-la, é possível perceber que a maioria da população é de crianças e jovens, o que dá o formato triangular ao gráfico.

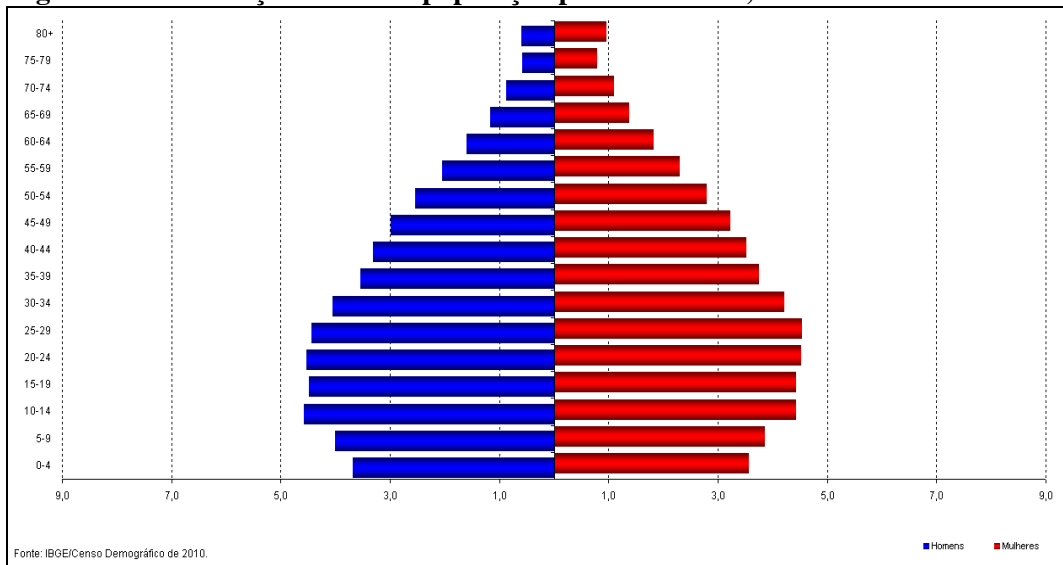
Figura 1 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 1980



Fonte: IBGE, 2013a.

A Figura 2, apresenta a distribuição etária da população brasileira, por sexo, em 2010. Observa-se que a base da pirâmide começa a ter um estreitamento, em especial na faixa etária que compreende as crianças, enquanto o topo da pirâmide está se alargando. Assim, a pirâmide vai deixando o formato triangular, apresentado na Figura 1, e vai se tornando levemente cilíndrica. Ainda é possível inferir, ao se observar a Figura 2, que a população brasileira é considerada ainda jovem, porém vai se tornando adulta, visto que esta é a faixa etária de maior crescimento populacional nesse período. Assim, a pirâmide etária que outrora (Figura 1) apresentava uma base larga, consequência de uma fecundidade elevada, passa a assumir um desenho diferente com o aumento da expectativa de vida da população brasileira.

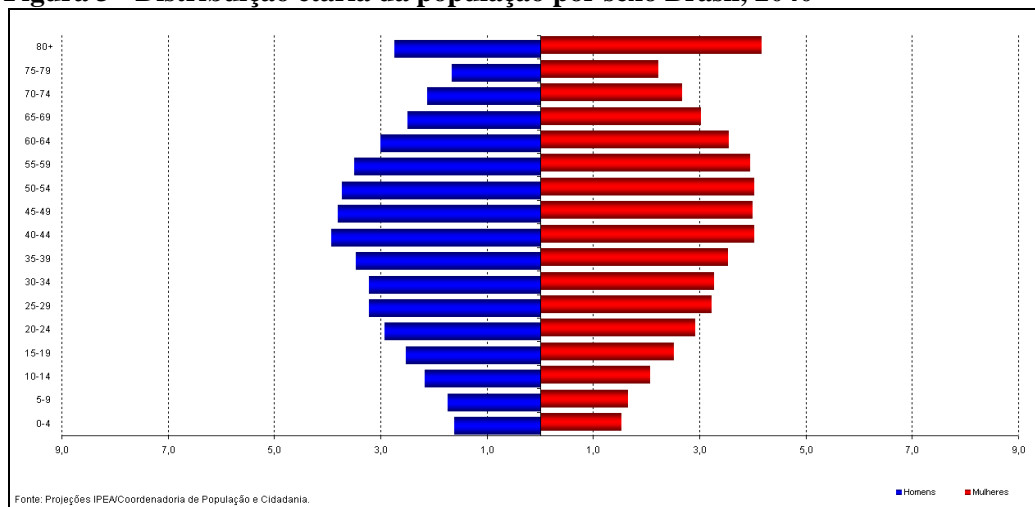
Figura 2 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 2010



Fonte: IBGE, 2013a.

Como se pode ver, a Figura 3 apresenta a projeção da distribuição etária da população brasileira, por sexo, em 2040. Ao observar a figura, percebe-se que a base da pirâmide se estreitou completamente enquanto o topo está se alargando. Essas mudanças significam que a população de crianças, de adolescentes e a de adultos também diminuiu, enquanto a de idosos aumentou – reflexo de uma realidade brasileira na qual a taxa de fecundidade vem diminuindo desde a década de 1970 e a expectativa de vida só tem aumentado (IBGE, 2010b). Portanto, é possível definir que a população do Brasil em 2040 será considerada uma população madura.

Figura 3 - Distribuição etária da população por sexo Brasil, 2040



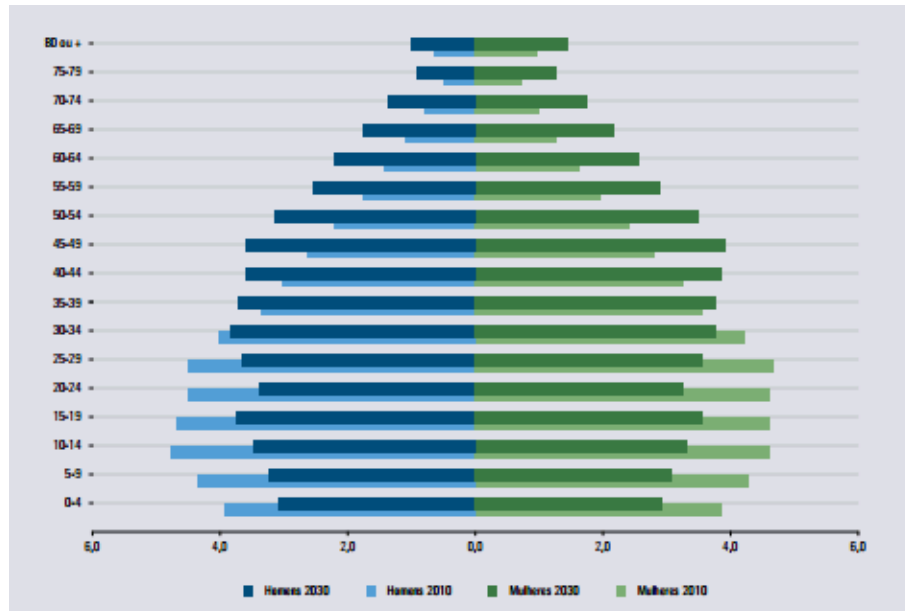
Fonte: IBGE, 2013a.

Fazendo uma análise da evolução etária no Brasil, representada nas três Figuras, é possível constatar que, comparando os períodos de tempo, existe uma diminuição acentuada da população jovem e, em contrapartida, um elevado aumento da população adulta e idosa. Essa constatação fica nítida na projeção para a década de 1940, com base na qual se estima que, em vinte anos, a população idosa triplique.

Deve-se salientar que o quantitativo de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 20 milhões em 2008 – um aumento bastante expressivo que chega a quase 700% em menos de 50 anos. A cada ano, 650 mil novos idosos são introduzidos na população brasileira (VERAS, 2009). Conforme projeções do IBGE, a população idosa do Brasil deve chegar a 58,4 milhões, ou seja, 26,7% do total da população em 2060 (BRASIL, 2012).

Em conformidade com o que vem acontecendo no Brasil, no que tange à estrutura etária, na Bahia (SEI, 2013), ocorrerá uma mudança no perfil da pirâmide etária entre 2010 e 2030 (Figura 4), em consequência do processo de declínio da fecundidade em conjunto com as mudanças na migração e mortalidade no decorrer do período considerado.

Figura 4 - Distribuição etária da população por sexo e grupos de idade, Bahia - 2010/2030

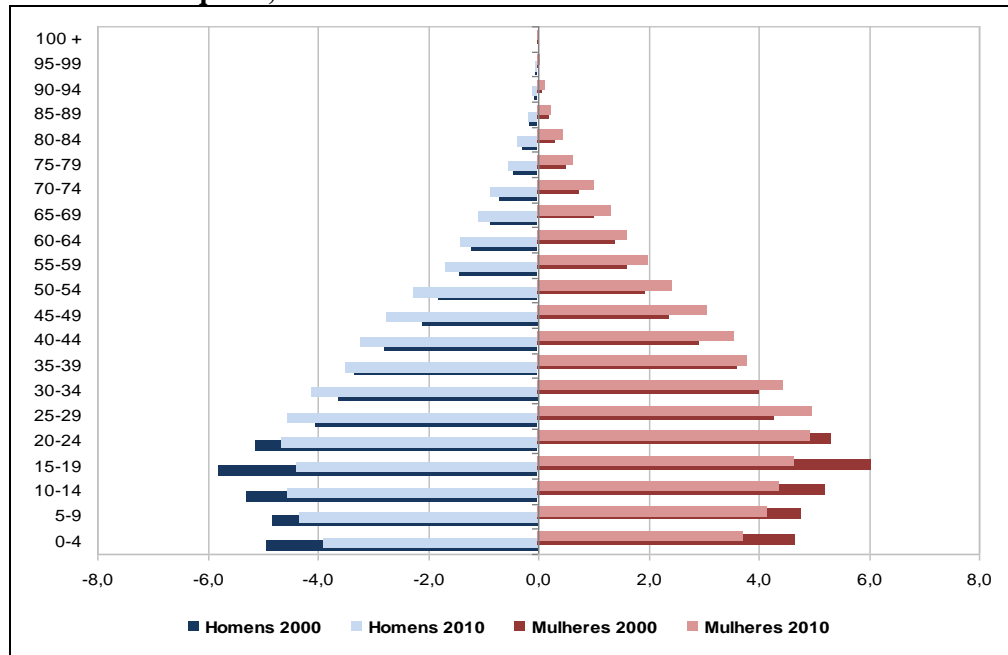


Fonte: SEI, 2013.

Quando se concentra a análise na cidade de Vitória da Conquista, percebe-se um cenário bastante parecido com a realidade brasileira e baiana. A Figura 5 apresenta uma nítida inversão do crescimento da população conquistense: enquanto em 2000, a base da pirâmide, que representa a população de crianças e jovens, estava mais alargada, ou seja, o crescimento

populacional foi maior nessas faixas etárias, no ano de 2010, a base começou a se estreitar e haver um discreto aumento da população adulta e idosa, o que caracteriza, para projeções futuras, uma população envelhecida, haja vista a realidade brasileira, baiana e também conquistense de redução da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida ao nascer.

Figura 5 - Distribuição etária da população por sexo, segundo o município Vitória da Conquista, Bahia - 2000/2010



Fonte: IBGE, 2013a.

Conforme o Censo Demográfico (IBGE, 2010a), o município de Vitória da Conquista em 2010 tinha uma população de, aproximadamente, 306.866 habitantes, sendo que, desses, 30.158 eram idosos e, entre os idosos, cerca de 4.192 eram longevos, logo tinham idade acima de 80 anos. Esses dados reafirmam o quanto há uma proximidade entre a realidade conquistense, baiana e brasileira, no que diz respeito ao envelhecimento da população.

Esse número alarmante de pessoas com 60 anos ou mais é um desafio para órgãos governamentais e também para toda a sociedade, especialmente no que diz respeito às questões socioeconômicas e, em especial, de saúde. Essa realidade deve, sem dúvida, ser encarada com preocupação e ser abordada de forma ampla.

Outro dado muito interessante é o crescimento do número dos muito idosos, já que não somente está aumentando o número de idosos, mas esses idosos estão envelhecendo, ou seja, passando dos 80 anos (CAMARANO; KANSO; MELO, 2004). Essa população de idoso longevo deve ser valorizada, uma vez que é o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil porque a mortalidade dos idosos jovens (de 60 a 74 anos) vem caindo de maneira progressiva.

Estimativas consideram que, em 2030, representarão 21% dos idosos, ou 2,7% dos brasileiros, passando a contar, assim, com 5,5 milhões de octogenários (CHAIMOWICZ, 2013).

Outro dado a ser visto com importância é a expectativa de vida. Os números de projeção do IBGE indicam que a esperança de vida ao nascer, que, em 2013, chegou a 71,3 anos para homens e 78,5 anos para mulheres, em 2060, deve atingir 78,0 e 84,4 anos, respectivamente (IBGE, 2014). Esse dado reforça, além do aumento da expectativa de vida, o processo de feminização da população idosa.

2.2 CONCEITOS QUE ENVOLVEM O ENVELHECIMENTO HUMANO

Não há uma marca exata para a transição da fase da vida que pode definir uma pessoa como idosa. Fala-se em “[...] processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros” (CAMARANO, 2008, p. 130). No entanto, de acordo com esse autor, a demarcação do início é complexa, pois envolve questões sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de gênero.

Conforme a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, 2010), é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. É uma classificação baseada na preconização da Organização Mundial de Saúde, a qual instituiu que, para os países desenvolvidos, uma pessoa é idosa com 65 anos e, para os países em desenvolvimento, como o Brasil, é acima de 60 anos. Esse conceito baseado na idade cronológica é um tanto limitante, pois coloca o idoso numa homogeneidade, sem considerar as trajetórias de vida de cada indivíduo, as condições econômicas, de gênero e raça, ou seja, não considera outras dimensões às quais o sujeito está exposto. Todavia, é a demarcação mais usual e necessária pelo fato de facilitar benefícios, políticas públicas e, também, pesquisas.

Apesar de o envelhecimento ser comum a todos os seres vivos animais, não ocorre de forma igual para todos. O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência –, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2003).

Neri (1999) vai além desse conceito quando sugere que a velhice e o envelhecimento são realidades heterogêneas, isto é, variam conforme os tempos históricos, as culturas e subculturas, as classes sociais, as histórias de vida pessoais, as condições educacionais, os

estilos de vida, os gêneros, as profissões e as etnias, entre outros aspectos que configuram as trajetórias de vida dos indivíduos e grupos. Portanto, o processo de envelhecimento ocorre de maneira singular e complexa, varia para cada pessoa e depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais (VIEIRA, 2012).

Vários termos vêm sendo utilizados para caracterizar a pessoa que já passou dos 60 anos de idade, entre eles se destacam: envelhecimento, velhice, terceira idade e idoso. Apesar de parecer de fácil explicação, esses termos são bastante complexos e requerem uma distinção entre si, pois podem apresentar conotações que suavizam ou agravam os efeitos na sociedade.

Envelhecimento, conforme Manzano (2013, p. 1), deve ser entendido como “um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. Nesse sentido envelhecemos desde o momento em que nascemos”.

A velhice é “a última fase do processo de envelhecer humano, pois não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano” (SANTOS, 2010, p. 1037). O termo velhice é carregado de preconceito e era muito usado para designar as pessoas mais pobres. Era entendida como a decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo.

Conforme Silva (2008, p. 161), com a introdução da expressão terceira idade, a velhice começou a ser vista de outra forma:

Passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, hobbies e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família.

Assim, a expressão terceira idade sugere a fase da aposentadoria e do envelhecimento com qualidade de vida. A expressão foi criada na França em 1962 com a introdução da política de integração social com o intuito de transformar a imagem da velhice, promovendo uma separação entre os jovens velhos e os mais velhos.

Idoso, termo mais adequado para o indivíduo que já passou dos 60 anos de idade, é um conceito que também foi criado na França, em 1962, com o intuito de substituir os termos velho e velhote. Nesse mesmo período, “o estilo de vida das camadas médias começa a se disseminar para todas as classes de aposentados, que passam a assimilar as imagens de uma velhice associada à arte do bem viver” (SILVA, 2008, p. 163). Logo depois, o vocábulo idoso foi tomado no Brasil em documentos oficiais. Assim, o idoso é o sujeito do envelhecimento, é

um termo menos estereotipado e mais apropriado para pessoas acima de 60 anos (PEIXOTO, 1998).

2.3 LONGEVIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

O grupo populacional de idosos compreende uma faixa etária tão extensa que é preciso dividi-la em segmentos. Os idosos jovens são os de idade igual ou superior a 60 anos até a faixa etária de 69 anos; e os que passaram de 80 anos são os mais idosos ou idosos longevos (CAMARANO; KANSO; MELO, 2004). Na pesquisa optou-se por usar o termo idoso longo.

Concorda-se com Veras (2004) quando ele diz que é difícil assinalar uma pessoa como idosa fazendo uso apenas da idade cronológica. Apesar disso, utilizou-se, na pesquisa, esse critério, por questões particulares, pois era preciso delimitar o corpus. Acredita-se que essa definição é um tanto generalista, pois, como já se mencionou, o processo de envelhecimento e a velhice dependem dos mais diversos fatores: “socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos” (ASSIS, 2004, p. 11). Assim, mesmo utilizando o critério idade, não são desconsiderados os demais; pelo contrário, é necessário assinalá-los neste capítulo e diluir nas discussões do capítulo seguinte.

Para Norberto Bobbio (2004), existem três tipos de velhice: a cronológica, a qual não leva em consideração as características do indivíduo; a burocrática, que corresponde ao acesso aos benefícios, como aposentadoria e passe livre; e a subjetiva, que depende do sentir de cada um, das características singulares de cada indivíduo.

Para Simone de Beauvoir (1990), a velhice acontece conforme o contexto social que o sujeito viveu ou vive; desse modo, não existe uma velhice, há, sim, velhices, ou seja, a velhice masculina e feminina, a dos ricos e dos pobres, a do intelectual, a do funcionário burocrático e a do trabalhador braçal. Corroborando a afirmação de Beauvoir, Zimmerman (2000, p. 19) afirma que “velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade”. Nesse sentido, os aspectos sociais vão interferir de forma contundente na maneira como cada indivíduo irá envelhecer.

É pensando nessa heterogeneidade que se salienta a complexidade de pensar o processo de envelhecer por outros prismas, como o social e o psicológico. Acredita-se que é

necessário haver essa discussão, pois é na esfera do social e do psicológico que as consequências do envelhecer serão sentidas com maior intensidade.

Em todos os ciclos da vida, o indivíduo constrói saberes e experiências que são acumulados e dão às trajetórias de suas vidas características próprias para a construção de sua identidade quando idoso, por isso afirma-se que os fatores sociais e psicológicos interferem no processo de envelhecer do indivíduo. Não se quer, assim, descartar o já provado envelhecimento biológico, claro e nítido, com deterioração dos órgãos, redução de funcionalidades corporais, diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência e alterações na aparência física. Deseja-se apenas salientar a importância do social e do psicológico, associados ao biológico, para o processo de envelhecer.

Concorda-se com Mendes et al. (2005), para quem os conflitos psicológicos e sociais apressam as deteriorações relacionadas ao processo de envelhecimento e para quem a habilidade pessoal de encontrar significado para viver pode ter influência nas alterações biológicas e de saúde que acometem o idoso. Verifica-se, portanto, que o papel social do idoso é de extrema importância para o processo de envelhecimento e para a consolidação do significado de seu envelhecer.

Conforme foi mencionado anteriormente o aumento da expectativa de vida é uma realidade no Brasil, assim como o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas. Essas doenças têm, na maioria das vezes, como grande consequência, a incapacidade, o que torna o envelhecimento humano um tanto contraditório, considerando que, ao mesmo tempo em que há o desejo de viver muito, existe a angústia de viver com doenças e dependência (MINOSSO et al., 2010). Ressalte-se que “Embora a velhice não seja sinônimo de doença, na idade mais avançada há maior risco de comprometimento da capacidade funcional, com consequente perda de autonomia e independência” (LEMOS; MEDEIROS, 2002, p. 892).

Segundo estudo, existe um expressivo aumento da dependência funcional quando o idoso passa dos 80 anos de idade. No que diz respeito ao Brasil, a dependência geralmente aumenta em torno de 5% na faixa etária de 60 anos e, para aproximadamente, 50% para aqueles com 90 anos ou mais (BRASIL, 2003). Esse dado demonstra que, com o avançar da idade, a suscetibilidade ao desenvolvimento de incapacidades é extremamente maior quando se compara com os idosos mais jovens.

A dependência está associada à fragilidade, ou seja, à vulnerabilidade em relação ao ambiente. Um idoso dependente precisa de ajuda constante para as atividades básicas da vida diária. Entretanto, a dependência não é um estado irreversível, pois tanto pode evoluir como, também, ser reduzido (PAPELÉO NETO, 2011).

Os idosos acima de 80 anos são o grupo da população que mais tem crescido no mundo (LEVY, 2001) e, também, um grupo singular e distinto dos idosos jovens, quando considerada a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional, fatores que interferem na capacidade funcional do indivíduo, tornando-o mais vulnerável a agravos de saúde e doenças (SOUZA; SKUBS; BRETÃS, 2007). Esses idosos apresentam características fisiológicas, psicológicas, sociais e econômicas particulares e com diferenças importantes dentro do próprio grupo.

As diferenças, porém, são particulares a cada pessoa e dependem do contexto social e cultural em que cada idoso está inserido, assim como do grau de autonomia e independência na realização das atividades cotidianas (FERRARI, 2002). Autonomia significa liberdade e capacidade de o indivíduo agir por conta própria, incluindo aspectos de comportamento, decisões e cursos de ação. Difere da independência, que é definida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária (ANSAI; SERA, 2013, p. 190).

Estudo realizado pela University of California, Los Angeles (UCLA), evidencia que o estado funcional tem impacto na expectativa de vida de idosos e comprova que um idoso de 75 anos independente tem uma expectativa de vida cinco anos maior do que o idoso da mesma idade com dependência para atividades básicas da vida diária. Essa mesma pesquisa sugere que a expectativa de vida de um idoso dependente de 75 anos é similar à de um idoso de 85 anos independente (IOSHIMOTO, 2010).

Convém mencionar que, para muitos idosos, em especial os longevos, as perdas sucessivas de autonomia e controle provocam sentimentos de ansiedade, tristeza, medo e a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida. Todavia, entende-se ainda que, com o envelhecimento, os sujeitos, por reações adversas e compensatórias diante das perdas decorrentes do processo, constroem mecanismos de compensação. Assim, a velhice depende da história de vida de cada indivíduo, por isso assume um caráter subjetivo (COSTA, 2000). Nesse mesmo sentido Neri (2001, p. 4) assim analisa:

A incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Além disso, os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas em funcionalidade, quer lançando mão de recursos tecnológicos e de apoios sociais e psicológicos quer valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas.

Portanto, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que venham ocorrer, elas possam redescobrir

possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade e autonomia possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considere o contexto familiar e social e consiga reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Logo, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2003).

Salienta-se que essa desvalorização está muito relacionada “a um modelo capitalista que fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social” (MENDES et al., 2005, p.24). Diante dessa dinâmica, Moreira (2012) afirma que os ambientes sociais instituem quais são as representações exercidas pelos indivíduos, assim a velhice está relacionada ao momento de distanciamento da vida ativa, ou seja, tempo de se aposentar. Nesse contexto Mendes et al. (2005), salienta que:

Na vida do homem, a aposentadoria muitas vezes acontece como uma descontinuidade. Há uma ruptura com o passado, o homem deve ajustar-se a uma nova condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como desvalorização e desqualificação (MENDES et al., 2005, p.424).

A desvalorização e desqualificação apontada por Mendes et al. (2005) está muito relacionada ao papel social do trabalho, pois este é visto com uma centralidade na vida das pessoas e a base de sustentação sócio-econômica do próprio sustento e o da família (MOREIRA, 2012). Assim, “aposentar-se em uma sociedade competitiva, que valoriza a produção e o consumo, significa a perda de um importante papel, e também de um espaço social reconhecido e valorizado. Esse fato pode levar a uma situação de desajustamento, isolamento e até marginalização” (FERNANDES; ZORDAN, 2012, p.7).

Além da visão como improdutivo o idoso perde, por vezes, a posição de comando e decisão. As relações entre pais e filhos modificam-se, o filho que antes era mandado passa a ter um papel social de comando diante dos seus pais. Essa inversão de papéis possibilita a dependência do idoso diante do seu ambiente social (MENDES et al., 2005).

Diante do brevemente exposto, fica claro que analisar o envelhecer demanda muito mais do que caracterizá-lo numa perspectiva puramente biofisiológica e cronológica como etapas estáticas da vida. Requer uma compreensão holística do idoso como ser social e também psicológico. Para isso, a atenção abrangente a pessoa idosa é uma viável conduta dos profissionais das mais diversas áreas do conhecimento que visam dar conta da complexidade do processo de envelhecimento, bem como a velhice como uma etapa desse processo.

A atenção abrangente à saúde da população idosa começou a ocorrer a partir da década de 1930 com a pesquisadora Marjory Warren, como ponto de partida para a avaliação multidimensional/interdisciplinar, com uma sobreposição dos limites biológicos e maior importância à avaliação do estado funcional. Essa avaliação abrangente inclui a história clínica, o exame físico, uma abordagem ampla do estado funcional e mental, dos fatores socioeconômicos, da colaboração do paciente e da família (COSTA; MONEGO, 2003).

A avaliação do idoso deve levar em conta fatores intrínsecos, como a genética, e extrínsecos, como o estilo de vida. Esses fatores, sem dúvida, levam a mudanças no processo de envelhecimento, com diminuição da manutenção do equilíbrio homeostático, da capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, tornando mais vulnerável a qualquer estímulo, seja ele traumático, infeccioso ou psicológico (BRASIL, 2003). Como consequência, o idoso passa a ter maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças e também alta possibilidade de mortalidade.

Por esse raciocínio, concorda-se com a afirmação de Papeléo Neto (2011) de que a maneira correta de avaliar um idoso é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que centraliza a atenção nos problemas, definindo o estado funcional e a qualidade de vida. Para que isso ocorra de forma coerente e produtiva, faz-se necessário uma equipe interdisciplinar que envolva profissionais das mais diversas áreas, com destaque para geriatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social, nutricionistas, entre outros. A avaliação multidimensional/interdisciplinar define deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo idoso, com o intuito de planejar o cuidado e o acompanhamento em longo prazo (RUBESTEIN; RUBESTEIN, 1998).

Os idosos longevos estão entre os grupos de idosos mais susceptíveis a se tornarem dependentes. Quando vivem sozinhos, são mulheres, solteiras ou viúvas, vivem isolados, ou moram com um cônjuge com incapacidade moderada, com limitação econômica, sem filhos, residem em abrigo ou casas de repouso, essa susceptibilidade aumenta ainda mais (BATISTA et al., 2008).

Conforme Levy (2001), a avaliação multidimensional do idoso se inicia com a revisão da saúde física, habilidade funcional, saúde mental, apoio social e adequação ambiental. Na avaliação multidimensional, são avaliados alguns parâmetros, tais como: equilíbrio e mobilidade; função cognitiva; deficiências sensoriais; condições emocionais (presença de sintomas depressivos); disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; condições ambientais; capacidade funcional (atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária), estado e risco nutricional (COSTA; MONEGO, 2003).

A avaliação do estado funcional esteve em destaque durante a pesquisa no momento de avaliação dos idosos quanto à dependência funcional. A avaliação da capacidade funcional consiste em avaliar a capacidade do idoso diante das atividades básicas e complexas da vida diária. A primeira se relaciona a banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se (MINOSSO et al., 2010), enquanto a segunda refere-se a usar o telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte (LAWTON; BRODY, 1969). Idosos que necessitam de ajuda de outro para realizar essas tarefas de forma parcial ou total são considerados dependentes totais ou dependentes parciais.

É importante ressaltar que, na avaliação da capacidade funcional, devem-se levar em conta os desvios, principalmente aqueles relacionados ao gênero e à condição socioeconômica, como um homem cozinhar ou um idoso usar o telefone, haja vista que essas duas situações diferem de um idoso para outro, conforme a sociedade ou a condição econômica em que se encontram.

Ante a heterogeneidade do processo de envelhecimento e as influências de diversos fatores que podem acometer os idosos e as famílias, a avaliação da capacidade funcional é um desafio profissional de saúde a ser enfrentado. É preciso suplantar a abordagem clínico-curativa, em benefício de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, com vistas a manter a autonomia e a independência dos idosos e a possibilitar o envelhecimento ativo com qualidade de vida e apoio das famílias e dos cuidadores (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para Gil (2008, p. 49), “A formulação do problema, a construção de hipóteses e a identificação das relações entre variáveis constituem passos do estabelecimento do marco teórico ou sistema conceitual da pesquisa”. Mas, para que o problema adquira o significado científico se faz necessário o confronto da visão teórica do problema com os dados da realidade. Então, é preciso definir o delineamento da pesquisa, ou seja, construir uma proposta de pesquisa que seja viável e adequada ao alcance dos objetivos já construídos.

Descobrir a melhor forma para a proposta de pesquisa é o primeiro ponto de partida de um pesquisador, o que torna instigante e, ao mesmo tempo, um desafio a ser cumprido. Pensar em uma metodologia que possa dar conta da problemática é então ponderar se no final vai dar certo, de modo que o objetivo proposto seja alcançado. Criar um roteiro, que una o conjunto de etapas e informações e, também, a base filosófica, que organiza a ação do pesquisador, é uma tarefa complexa que requer uma metodologia adequada.

Conforme Gerhardt e Slveira (2009), metodologia é o estudo da organização, dos passos a serem percorridos para concretização de uma pesquisa e se preocupa com a validade do caminho selecionado para consecução do objetivo da pesquisa. Não se deve confundir metodologia com teoria, muito menos com os procedimentos, que são os métodos e técnicas. A metodologia vai além da exposição dos procedimentos, ela sugere a escolha teórica realizada pelo pesquisador com o intuito de abordar o objeto de estudo.

Nos pontos que se seguem serão apresentados todos os procedimentos metodológicos utilizados para a construção da pesquisa: o tipo, os sujeitos, o local, a coleta das informações, a análise e interpretação dos resultados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa consistiu em um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios proporcionam maior familiaridade com o tema, no intuito de constituir hipóteses. E o estudo descritivo objetiva a descrição das características da população do estudo, com vistas a levantar opiniões, atitudes e crenças dos sujeitos (GIL, 2008).

O tipo de abordagem qualitativa foi escolhido pelo fato de priorizar o ponto de vista e os sentidos construídos pelos sujeitos, focalizando a realidade de maneira aberta, flexível e contextualizada, além de favorecer o acesso à riqueza dos dados descritivos. Trata-se de

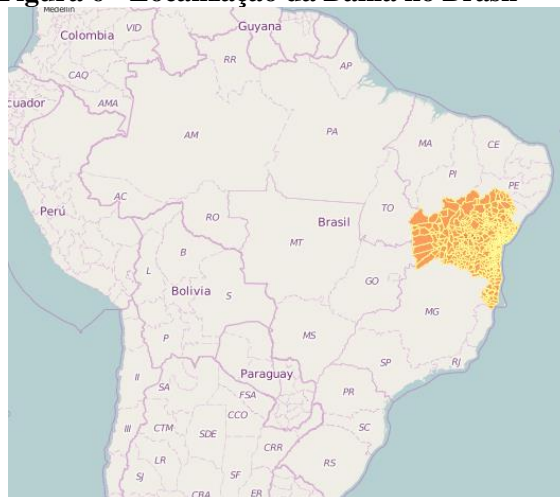
uma análise de casos concretos em suas peculiaridades, utilizando expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK, 2009). Assim, a pesquisa qualitativa “parte da noção da construção social das realidades, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano em relação ao estudo” (FLICK, 2009, p. 16).

3.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na zona urbana do município de Vitória da Conquista – Bahia. A escolha desse local para a realização da pesquisa se deu em virtude de ser um espaço em que é possível encontrar o sujeito de investigação. Além do mais, é um dos campos de estágio da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

O município de Vitória da conquista está localizado na mesorregião do Sudoeste da Bahia e dista de Salvador (capital do estado) cerca 517 km, sendo essa a distância de condução (DISTÂNCIAS DE CIDADES, 2015). A Figura 6 permite visualizar essa localização, pois destaca o estado da Bahia no Brasil; já a Figura 7 evidencia o município de Vitória da Conquista na Bahia.

Figura 6 - Localização da Bahia no Brasil



Fonte: IBGE¹, 2015.

Figura 7 - Localização de Vitória da Conquista na Bahia



Fonte: IBGE¹, 2015.

O município de Vitória da Conquista tem uma população total de 315.884 habitantes. Dispõe de 7 Unidades Básicas de Saúde; 33 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo 16 na zona urbana e 17 zona rural. Conta ainda com 27 equipes do Programa de Saúde da Família na zona urbana e 17 zona rural, totalizando 44 equipes (PMVC, 2015).

Vale ressaltar que “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” (BRASIL, 2012). A base desse programa está nas ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, ainda, à manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram cinco idosos com idade igual ou superior a 80 anos (idosos longevos), de ambos os sexos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família da zona urbana do município. A escolha dos idosos foi independente de cor, raça e grupo social, porém todos tinham dependência funcional e apresentavam condições mentais preservadas.

Achavam-se cadastrados na USF, aproximadamente (por ser um dado não oficial, mas informado pelos Agentes Comunitários de Saúde), 46 idosos acima de 80 anos. Foi possível visitar apenas 34 desses 46 idosos, em razão da dificuldade de acesso a eles, por motivos

¹ Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=293330&search=bahia|vitoria-da-conquista>>.

diversos. Entre os que foram visitados, 16 eram funcionalmente dependentes, assim definidos com base nos testes realizados (Índice Barthel e Escala de Lawton), e 18 apresentavam capacidade funcional preservada. Dos 16 idosos dependentes funcionalmente, 2 faleceram na semana em que foi dado início às entrevistas, e 1 idoso faleceu após a realização da entrevista (arquivada). Restaram 13 idosos; destes, apenas 9 apresentaram condições cognitivas preservadas para responder à entrevista com base na avaliação do Mini-exame do Estado Mental (pontuação ≤ 24 pontos).

Dos 9 idosos, 1 idosa, em um primeiro momento em que foi marcada a entrevista, adoeceu e foi internada. Após a alta, foi agendada nova entrevista, porém ela não apresentava condições para responder às perguntas, pois se encontrava extremamente debilitada. Duas semanas depois, foi agendada nova entrevista; porém, como o estado de saúde da idosa piorava, foi descartada a possibilidade de agendar outro momento em razão do tempo disponível para a coleta dos dados.

Foi dado início as entrevistas, sendo que em 5 entrevistas houve saturação dos dados, ou seja, apresentou-se redundância de informações. Segundo Thiry-Cherques (2009, p. 21), “A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado”. Desse modo, foi interrompida a coleta de dados quando se constatou que não estava havendo mais elementos novos para contribuir com a teorização esperada, ou seja, nada de novo estava sendo compreendido nas entrevistas (FONTANELLA et al., 2011).

Como critério de inclusão no estudo foram adotados: ter idade superior a 80 anos, possuir condições mentais, segundo a avaliação do MEEM (pontuação > 24 pontos); apresentar dependência funcional de acordo com a avaliação do Índice de Barthel e a Escala de Lawton. Já como critério de exclusão: não está presente no domicílio após duas visitas e dificuldade de acesso ao domicílio.

No Quadro 1, são apresentadas as principais características sociais, econômicas e epidemiológicas dos participantes. Salienta-se que esta caracterização não fora estabelecida como um dos objetivos da pesquisa, contudo, entendeu-se que, conhecendo os respondentes do estudo, tornava-se possível nortear as discussões posteriores.

Quadro 1 - Caracterização dos idosos longevos, participantes do estudo. Vitória da Conquista/BA, 2015

PERFIL		
IDOSO	SOCIOECONÔMICO	EPIDEMIOLÓGICO
IDL 1	Feminino – 87 anos Viúva Mora com a filha Analfabeta Aposentada com um salário mínimo Foi trabalhadora rural Católica	Patologias Hipertensão e Osteoporose
		Sequelas Deambulação prejudicada
IDL 2	Feminino – 80 anos Casada Mora com o cônjuge e com a filha Ensino Médio completo Aposentada com um salário mínimo Foi professora e vice-diretora Evangélica	Patologias Hipertensão, Osteoporose, Artrose, Problema de coluna e Cegueira
		Sequelas Deambulação prejudicada, dores constantes e dificuldade para enxergar
IDL 3	Masculino – 93 anos Casado Mora com a cônjuge e a neta Alfabetizado Aposentado com um salário mínimo Foi ferreiro Católico	Patologias Hipertensão, Cardiopatia, Doença Renal Crônica, Atrofia Muscular
		Sequelas Deambulação prejudicada e dores constantes.
IDL 4	Masculino – 83 anos Viúvo Mora com a neta Ensino Fundamental I completo Aposentado com 1 salário mínimo Foi mecânico Espírita Kardecista	Patologias Hipertensão, Trombose Pulmonar, Gastrite e Câncer de próstata
		Sequelas Deambulação prejudicada Dispositivo definitivo para eliminações vesicais (sonda) e dores constantes
IDL 5	Masculino – 93 anos Casado Mora com a cônjuge e a filha Ensino Fundamental 1 completo Aposentado com 1 salário mínimo Foi delegado e motorista Evangélico	Patologias Hipertensão Arterial Sistêmica Cardiopatia e Artrose Degenerativa (há 10 anos)
		Sequelas Deambulação prejudicada Uso de marca-passo Dificuldade de se expressar

Fonte: Dados da pesquisa

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os instrumentos para coleta de dados são apresentados em três etapas. Para a primeira etapa, foram escolhidos três instrumentos já validados para definir se os idosos se enquadravam no perfil do estudo (estado cognitivo preservado e classificado como dependente funcionalmente). Para tanto, foram utilizados o Mini-exame do Estado Mental

(FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), o Índice de Barthel (MINOSSO et al., 2010) e a Escala de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969).

Para avaliação do estado mental, foi aplicado o Mini-exame do Estado Mental de Pfeiffer (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), composto por dez perguntas, o qual avalia quatro parâmetros: memória a curto e longo prazo; orientação; informações do cotidiano; e capacidade de cálculo (ANEXO A). A pontuação seguiu o seguinte critério: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo). Esse Mini-exame do estado mental possibilitou a exclusão dos idosos que não apresentavam cognição para responder às perguntas da entrevista.

Para a avaliação da dependência funcional, foi aplicado o Índice de Barthel (ANEXO B) e aplicada a Escala de Lawton (ANEXO C). O Índice de Barthel é utilizado para avaliar a capacidade funcional e se compõe de dez atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama -, deambulação e subida de escadas (MINOSSO et al., 2010). Conforme o escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, é considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária (MINOSSO et al., 2010).

A Escala de Lawton é utilizada para avaliar a capacidade funcional, de modo que reúne atividades mais complexas imprescindíveis para uma vida social mais autônoma, como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar meios de transporte, usar medicação e controlar finanças particulares ou da casa. Nessa escala, a primeira resposta significa sempre independência; a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda; e a terceira dependência. Ressalta-se que a pontuação máxima é de 27 pontos (LAWTON; BRODY, 1969).

Na segunda etapa, construída pelo próprio pesquisador, foram constituídos os dados sociais, demográficos, econômicos e epidemiológicos. Para constituir a terceira etapa, com o intuito de buscar compreender a memória dos idosos sobre o envelhecer com dependência funcional, foi escolhida entrevista semidirigida como técnica, considerada de excelência na investigação social.

Pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção

dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008, p. 109).

A apreensão das experiências dos depoentes tem como pressuposto a dimensão da oralidade no âmbito de propiciar a aproximação do pesquisador com as memórias do envelhecer com dependência funcional. Para a evocação das recordações dos idosos, foi utilizada a linguagem, um instrumento extremamente coletivo e socializador da memória (HALBWACHS, 2006). Assim, o idoso, ao verbalizar essas recordações, transformou a sua memória em uma memória social. Isso ocorre porque as recordações dos idosos referem-se a acontecimentos vivenciados em contextos sociais, pois a memória, além de ser mediada pelos contextos sociais, é estruturada por eles Halbwachs (2006).

3.5 PROCEDIMENTOS

As entrevistas foram realizadas depois da confirmação da dependência funcional, com base nos testes citados anteriormente, e da aceitação dos idosos longevos em participar da pesquisa. As entrevistas ocorreram na casa do idoso, no período de janeiro a março de 2015, em horário agendado, com a manutenção do silêncio e total concentração do pesquisado e do pesquisador.

Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização prévia do pesquisado e ocorreram em um tempo máximo de uma hora, um tempo considerado adequado, que requer, do entrevistado, uma concentração bastante relevante e, do entrevistador, uma tensão constante.

Ademais vale destacar que, antes de realizar a entrevista, houve um primeiro encontro (informal) com o entrevistado, para que fosse construído um “esquema da entrevista”. Assim, baseado nos elementos colhidos, elaborou-se um roteiro de perguntas (APÊNDICE A), sobre as quais o entrevistado esteve o tempo todo ciente. No decorrer da entrevista, contudo, o roteiro sofreu algumas alterações, pela necessidade de avaliar se era procedente ou se seria preciso acrescentar ou, mesmo, eliminar algum questionamento, para que o objetivo da pesquisa fosse alcançado (TOURTIER-BONAZZI, 2006, p. 234).

Outra questão importante é deixar claro que, mesmo em interação, as interferências do pesquisador foram mínimas, pois era o momento de expressão do pesquisado, de modo que ele se sentisse à vontade para abordar as mais diversas situações (SILVA; BARROS, 2010).

Ressalte-se ainda que foi extremamente “indispensável criar uma relação de confiança entre informante e entrevistador” (TOURTIER-BONAZZI, 2006, p. 234). Essa relação conduziu a um bom resultado final da pesquisa.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os depoimentos foram transcritos, posteriormente à entrevista, pelo próprio entrevistador exatamente como foram narrados. Destaca-se que foi uma preocupação constante a fidelidade ao texto gravado, no sentido de dar atenção ao conteúdo e menos à forma, compreendida como estilo.

Foi aplicada a análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN, 2011), de modo que possibilitasse a interpretação dos dados e que se desenvolvesse de acordo com técnicas refinadas (FLICK, 2009). Existem diversos tipos de técnicas para o desenvolvimento da análise de conteúdo; optou-se pela temático-categorial, que funciona com o desmembramento do texto em categorias. Realizar uma análise temática é desvendar os núcleos de sentido. O critério de categorização nesse caso é semântico, ou seja, valoriza o significado das palavras, frases, parágrafos, manifestados por meio da linguagem dos sujeitos. Ela é rápida e eficaz e se aplica a significados manifestos e simples (BARDIN, 2011).

Para auxiliar no manejo dos dados e na organização da análise de conteúdo temática, foi usada a ferramenta computacional de suporte para análise dos dados qualitativos NVivo, QSR NVivo®9, versão 11.0. QSR é uma sigla para *Qualitative Solutions Research* – Soluções para Pesquisa Qualitativa (QRS INTERNATIONAL, 2013). Vale ressaltar que todo o procedimento de interpretação foi exclusivo da pesquisadora, já que o *software* não efetua a interpretação.

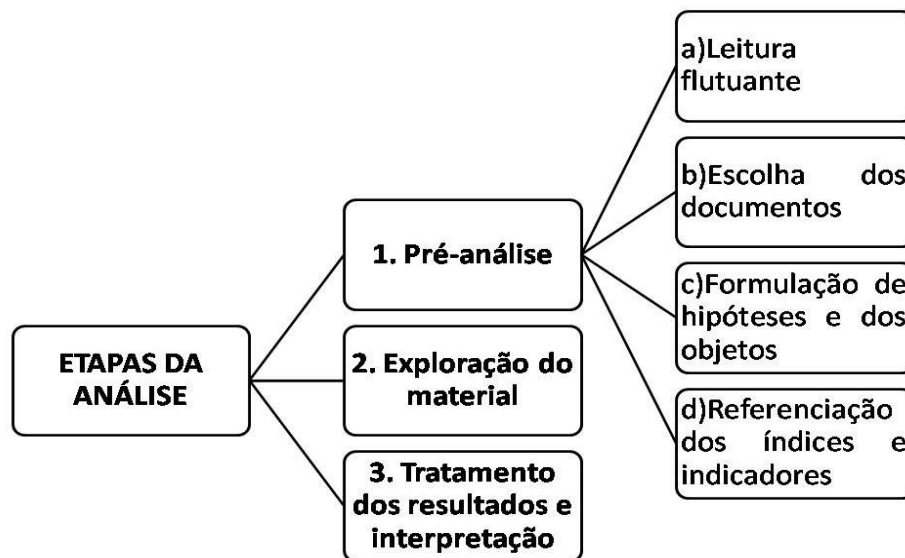
A organização da análise ocorre em torno de três polos, que, na verdade, são as etapas que definem o trabalho, as quais se apresentam descritas na Figura 8:

1. **Pré-análise** – é a fase de organização do material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional. Inicialmente realiza-se uma leitura flutuante, isto é, começa-se a conhecer o texto; em seguida, escolhe-se o documento; depois, são estabelecidas hipóteses e objetivos; e, por último, são construídas a referência dos índices e a elaboração de indicadores.
2. **Exploração do material** – consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos

documentos. Vale ressaltar que esta é a fase da descrição analítica, pois diz respeito ao corpus submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

3. **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação** – nesta etapa, sucedem o adensamento e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Portanto, é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Figura 8 - Organização da análise de conteúdo Bardin (2011)



Fonte: Bardin, 2011

O trabalho de organização e análise dos dados permitiu o delineamento de um quadro com base em categorias, com vistas a reunir elementos, ideias ou expressões (MINAYO, 2009). É importante enfatizar que os temas apresentados nas categorias não foram, em nenhum momento, impostos pelo roteiro de entrevista; eles foram extraídos dos relatos dos idosos. Assim, a categorização, no caso da pesquisa, teve como norteadores, de todo o processo de análise, o objetivo geral e os objetivos específicos, mencionados na introdução deste texto, mas, principalmente, os dados empíricos coletados na pesquisa.

Os resultados da análise se encontram organizados no Quadro 2, onde estão representadas as três categorias encontradas.

Quadro 2 - Resultados da análise de conteúdo temático-categorial, Vitória da Conquista - BA, 2015

CATEGORIZAÇÃO
CATEGORIAS
1. Memória do viver/envelhecer antes da dependência funcional
2. Memória do viver/envelhecer após a dependência funcional
3. Repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento

Fonte: Dados da pesquisa

3.7 MEMÓRIA COMO RECURSO ANALÍTICO

Três foram os campos de estudo teóricos que consideramos importantes nesta pesquisa: envelhecimento, dependência funcional e memória. As discussões sobre envelhecimento e dependência funcional serviram como aporte teórico para compreender o envelhecer com dependência funcional. Em contrapartida a abordagem da memória foi utilizada como recurso analítico, ancorada em Maurice Halbwachs (2006), com especial destaque aos conceitos de memória coletiva e memória individual, tornando-se, para tanto, um recurso hermenêutico, ou seja, se converteu em instrumento de interpretação (MONTESPERELLI, 2004). Através dos discursos produzidos pelos idosos longevos foi possível mobilizar as memórias e assim alcançar o objetivo desse estudo. Desse modo, as recordações dos idosos foi o fio condutor para compreender o envelhecer com dependência funcional

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Antes do início dos procedimentos, o projeto foi submetido à aprovação do Polo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, com parecer de aprovação nº 759.441. Todos os participantes tiveram pleno conhecimento do estudo e dos objetivos, assinando, para tanto, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/12 para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). Aos participantes da pesquisa foi garantido – em conformidade com as exigências éticas para a realização de uma pesquisa – o absoluto sigilo quanto a sua verdadeira identidade e a total fidedignidade ao conteúdo das informações concedidas. O nome dos participantes foi alterado para preservar o anonimato e garantir a confidencialidade. Os idosos foram identificados com as letras IL (idoso longevo), seguidas

da numeração de 1 a 5. Todo o processo de pesquisa foi descrito e todos os participantes foram informados do modo e local de acesso aos dados finais do estudo.

4 O DESVELAR DA MEMÓRIA DE IDOSOS LONGEVOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Cada palavra e cada frase emitidas pelos idosos estavam carregadas de recordações e memórias do tempo vivido e experienciado em uma coletividade. Ao relembrem o seu passado, reconstruíram a sua vida; porém, essa reconstrução não possibilitou reviver o passado da mesma maneira, pois o ponto de vista atual transformou as recordações com a experiência do presente. A memória é uma construção realizada no presente com base nas vivências e experiências ocorridas no passado. Origina-se dos testemunhos de grupos em uma determinada época (HALBWACHS, 2006).

O ato de escutar permitiu uma reflexão sobre a trajetória de vida do idoso, principalmente a partir da dependência funcional, reconstruída com a perspectiva atual, dando novos significados. Assim, os idosos expressaram o passado que marcou, que “está vivo e que é capaz de viver na consciência do grupo que mantém” (HALBWACHS, 2006, p. 102).

A partir dos relatos dos idosos longevos, foi construída uma abordagem holística da pessoa em sociedade, com o intuito de problematizar as questões que envolvem o envelhecimento e a velhice, pois se entende que o idoso tem um potencial transmissor de memórias; desse modo, coloca-se em posição privilegiada no compartilhamento de memórias, com uma função indispensável na compreensão de quem somos e de nossas materialidades e subjetividades.

Os relatos das memórias dos idosos longevos fazem tornar mais vivas as recordações daqueles que já viveram muitos anos e que, na imensidão das recordações, podem contribuir para melhor entendimento de um período que só eles viveram e vivem. Assim, ao analisar e interpretar as entrevistas dos idosos, as quais representam a memória do vivido e experienciado, observou-se uma memória coletiva a respeito do envelhecer com dependência funcional.

Por algumas vezes, deu-se ênfase a trechos de falas individuais, mas, conforme o próprio Halbwachs (2006), não há uma memória literalmente individual, pois, mesmo quando se está sozinho, volta-se ao grupo para lembrar. Além disso, “cada um é membro de diversos grupos, participa de diversos pensamentos sociais, seu olhar mergulha sucessivamente em vários pensamentos coletivos” (HALBWACHS, 2006, p. 153).

Com os dados obtidos e os desígnios teóricos considerados no estudo, procurou-se elaborar conceitos, análises e interpretações que permitissem desvelar a problemática do envelhecimento, da velhice e da dependência funcional segundo a memória de idosos

longevos. Conforme anteriormente mencionado e apresentado no Quadro 2, a análise do corpus total, obtido com as entrevistas, demonstrou a existência de três categorias, estas apoiadas na memória dos idosos longevos com dependência funcional. Os depoimentos dos idosos remeteram as recordações acerca de situações vivenciadas antes da dependência funcional e após a dependência funcional.

4.1 MEMÓRIAS DO VIVER/ENVELHECER ANTES DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A recordação é uma reconstrução do passado com a ajuda de dados emprestados do presente (HALBWACHS, 2006), assim exprimem uma condensação de fatos importantes que ocorreram em momentos de plenitude, mas que, com a velhice, a doença e a dependência, foram se alterando e dando lugar a outros sentimentos. As narrativas dos sujeitos representam, assim, uma recordação única, uma experiência de um sujeito único, mas que faz parte de uma comunidade afetiva, pois a memória está ligada a um contexto social mais vasto.

Foi no trabalho que os idosos construíram redes de socialização, vivências e experiências que contribuíram para as suas trajetórias de vida. Logo, nas falas dos idosos, emergiu a categoria trabalho, embora esta não fosse foco do estudo. A respeito dessa conjuntura, a Figura 9 demonstra como despontou essa categoria. Ela apresenta as palavras mais evidenciadas e justifica de forma simples o porquê da discussão sobre a temática “trabalho” e as relações familiares antes da dependência funcional.

Com o processo de envelhecimento populacional, ocorreu um aumento no número de casos de idosos com dependência funcional, o que representa, para o idoso, a necessidade de auxílio na realização de atividades de vida diária e a impossibilidade continuarem exercendo atividades laborais, gerando alterações no modo de viver desses indivíduos. Embora aposentados, os idosos costumam executar atividades laborais, como trabalhos domésticos, artesanais, voluntários ou renumerados, em alguns casos. Pelo fato, porém, de os idosos, sujeitos do estudo, estarem com a capacidade funcional comprometida, encontravam-se impossibilitados de realizar mesmo aqueles trabalhos que não são os renumerados.

O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja material, seja intelectual, seja artístico (IAMAMOTO, 2003). Pode ser caracterizado como uma atividade fundamental do homem, pois está relacionado à satisfação de algumas necessidades básicas, como o sustento, e à forma de se afirmar como ser social. Portanto, por meio do trabalho, o homem se afirma como ser criador não só como indivíduo pensante, mas como indivíduo que age consciente e racionalmente (ENGELS, 2004).

Os idosos longevos, ao acessarem a memória tiveram a possibilidade de revisitar o passado, todavia um passado que tem as impressões do presente. Ficou claro que o trabalho marcou a vida deles de uma forma tão significativa que até o momento atual, em que se encontram dependentes funcionalmente e afastados do trabalho, mantêm uma ligação intensa com as recordações de um passado em que eram ativos e que realizavam o trabalho particular (no interior de suas casas) ou o público (aquele trabalho exterior ao ambiente doméstico). Conhecer as memórias do idoso longevo com dependência funcional a respeito do trabalho foi uma forma de recuperar a memória coletiva do trabalho, através do olhar único de cada indivíduo.

As recordações narradas pelos idosos revelaram que o trabalho para eles era uma forma de sustentar a si e a família, o que os indica como provedor. Destaca-se que os sujeitos das falas são todos do sexo masculino.

Trabalhei muito, desde novo. Quando meu pai morreu, eu tinha só 6 anos. Logo depois comecei a trabalhar (IL4).

Foi com esse trabalho de mecânico e de vendedor de ouro que criei todos meus filhos e hoje tão todos bem criados, a maioria formado, meus netos formado (IL4).

Minha vida era muito trabalho. Trabalhei muito para sustentar minha família (IL5).

A minha infância quando eu peguei na idade dos oito anos em diante foi pegar no pesado mais meu pai, trabalhar na roça. Trabalhei de machado, de inchada, panhando madeira, pegando pra fazer cerca. Foi com esse trabalho digno que sustentei meus filhos (IL3).

Essa é uma característica extremamente marcante do sexo masculino, pois, para os homens, o trabalho é a forma de manter financeiramente toda a família. Quando se trata de idosos longevos, que já passaram dos 80 anos e tiveram suas infâncias em um período marcadamente valorizado pela figura do homem que não chora, que não pode demonstrar fraquezas e que cabe a ele tomar todas as decisões, ficam mais nítidas as falas enunciadas pelos sujeitos do estudo. O homem deveria crescer com honestidade, trabalhar, construir uma família e sustentá-la. Cria-se, nesse instante, a identidade de pai, a qual vem calcada na identidade masculina. A paternidade, dessa forma, é o encargo social que valida o homem como o provedor, caracterizado como o pai, chefe de família. Trata-se de uma ideia que é incorporada ainda na infância, de modo que o sujeito inscreve no filho a sua imagem,

perpetuando-a e construindo subjetivamente, na sua descendência, o bom pai (FREITAS et al., 2009).

O que nossos pais ensinou a nós era pegar no pesado na roça, tomando chuva, tomando sol e nós criamos a nossa família também assim, eu criei minha família pegando no pesado (IL3).

Para tanto, há de se destacar que a esses idosos não é mais possível a atividade laboral, não somente em razão da idade, mas, principalmente, pelo fato de terem a capacidade funcional comprometida e se encontrarem dependentes de outras pessoas para realizar atividades do dia a dia. Os cinco sujeitos do estudo encontram-se aposentados, e é essa aposentadoria que os mantêm financeiramente, não são mais os provedores da família. Apenas uma idosa que, além de usar o dinheiro para comprar medicamentos, contribui na renda da familiar.

Esse dinheirinho meu que eu pego é a conta de gastar aqui dentro de casa com minha filha, de comprar remédio, comprar despesa (IL1).

Na sociedade atual, é comum idosos serem responsáveis por uma parcela de contribuição importante na renda da família, contribuição que tem crescido ao longo do tempo. Tavares et al. (2011), em um estudo com idosos aposentados de uma zona rural, constatou que 80% dos idosos aposentados são responsáveis por, no mínimo, metade da renda das famílias. Desse modo, seja no contexto do passado, enquanto exercia a sua atividade laboral, seja no contexto do presente, com uma dependência funcional e com uma aposentadoria, o recurso advindo do idoso é muitas vezes imprescindível para o sustento não só individual, mas do grupo, o familiar. No entanto, os baixos valores dos benefícios previdenciários recebidos por essas pessoas, como a aposentadoria, pensão ou benefício de auxílio-doença, muitas vezes não são suficientes para arcar com todas as despesas. Além disso, como nem todos recebem esses benefícios, não conseguem manter o padrão de vida ou, sequer, ter condições mínimas de sobrevivência (CALDAS, 2003).

Dando continuidade, a IL1 relata que o reduzido valor recebido apenas permite manter as despesas mínimas. Esse é um problema recorrente enfrentado por muitos idosos que se aposentam, pois a aposentadoria ocorre no mesmo período em que chegam à velhice e que, fisiologicamente, estão sujeitos às mais diversas modificações físicas. No momento que o idoso perde sua condição de produtivo, tanto pela aposentadoria, como pelo desemprego, consequentemente o seu poder aquisitivo reduz, gerando cortes no consumo e queda do

padrão de vida (FARATH, 1989). Ademais, a partir dessa idade as doenças crônico-degenerativas são muito mais frequentes e, como consequência dos problemas de saúde, vem a necessidade de medicamentos. Assim, o idoso vê o dinheiro diminuir e as despesas aumentarem, o que faz a conta não fechar ao final do mês.

A situação financeira é um dos fatores que levam o idoso a continuar em atividade laboral. Conforme a Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 27% dos idosos estão trabalhando (IBGE, 2013), pois o salário que recebem da aposentadoria não é satisfatório para as suas necessidades básicas. Mas, vale ressaltar que esses idosos são aqueles que estão com a saúde adequada e com capacidade funcional preservada, diferente dos sujeitos do estudo. Desse modo, para os idosos a ação de trabalhar está atrelada, também, à questão financeira, ou seja, para os idosos o fato de parar de trabalhar significa reduzir a renda familiar e, conseqüentemente, ter dificuldades em manter as despesas.

A partir dos relatos de memória dos idosos, enunciada nas falas que se seguem, fica evidente que o trabalho também significa para eles uma forma de valorização pessoal e de respeito, pois, quando produtivos, eram valorizados e respeitados, e essa relação acabou se modificando com a situação de dependência.

A gente é respeitado até o dia que a gente bota o dinheiro dentro de casa, que trabalha, depois que a gente não serve para trabalhar as coisas mudam (IL3).

Lembro dos meus trabalhos, do lugar que eu trabalhei. Lembro o que eu fazia, durante a minha vida que eu era novo e aguentava ainda. Lembro tudo, eu lembro de tudo. Hoje não posso trabalhar mais e minha vida é assim, sentado nesse sofá, não tem sentido, não tomo conta de ninguém mais, as pessoas que tomam conta de mim (IL3).

Essas recordações vêm carregadas de saudosismo de uma época de plenitude, que, para os sujeitos da pesquisa, era o período em que trabalhavam e sustentavam a família. “Um tempo em que a pessoa, agora envelhecida, era ‘dona do seu mundo’, no qual podia orientar-se sozinha e possuía um certo poder em relação ao ambiente” (LEIBING, 2002, p. 1063).

O trabalho adquire uma característica de valorização pessoal, mas sobremaneira de autoafirmação. Conforme se pode perceber no segundo trecho, apesar de não usar uma expressão clara, o idoso ressalta com pesar que não é mais o chefe da família. Quando o idoso não pode mais utilizar de forma plena sua capacidade produtiva, ele começa a ser privado da posição que usufruía anteriormente na família. Se ele ocupava a posição de chefe, pouco a pouco é substituído do comando por outro integrante do grupo familiar (FARATH, 1989).

Os aposentados passam, em muitos casos, a ser tratados e considerados como incapazes de criar e de produzir qualquer ação; não são mais solicitados para a resolução de problema, e seus comentários são, geralmente, entendidos como ultrapassados. Passa, assim, a não poder fazer ou atuar em muitas coisas que antes eram gratificantes e estimulantes.

É no ambiente de trabalho que os sujeitos têm reconhecimento social, apesar de, muitas vezes, exercerem funções rotineiras (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010). Para Bertani e Barreto (2004, p. 204), “O trabalho é vivido por homens e mulheres desde a simples solução de sobrevivência até como condição de realização e reconhecimento pessoal. Há toda uma subjetividade implícita que leva os indivíduos a viverem seu trabalho também de forma emocional”. Talvez por esse fato que a não produtividade tenha para os idosos uma extrema importância. O que faz permanecer na memória o trabalho como época de plenitude, que marca, pois remete a uma valorização pessoal. São lembranças significativas no momento atual e que tiveram importância em suas vidas.

Para tanto, concorda-se com Pollak (1992), quando ele afirma que a memória é um elemento constituinte do sentimento de identidade; assim, o trabalho se constitui, nas sociedades, como um elemento que colabora para a construção da identidade social do sujeito. A identidade social de um indivíduo é formada pelo conjunto de suas vinculações em um sistema social, seja ele de uma classe sexual, seja de uma classe de idade, seja de uma classe social, seja de uma nação. Assim, a identidade possibilita que o indivíduo se localize em um sistema social e também seja socialmente localizado (CUCHE, 1999).

O idoso, ao aposentar, por vezes é considerado como incapaz, não participa de decisões ou mesmo de resolução de problemas. Deixa de fazer coisas que eram gratificantes e estimulantes (GUIMARÃES, 2007). Nesse sentido, a aposentadoria pode ser encarada e considerada um desencadeador de alterações psicológicas relacionadas com a inserção social, uma vez que ela traz consigo um estigma de desvalorização social e pode representar a perda da identidade profissional (ALVARENGA et al., 2009). Vale lembrar ainda que a posição que um sujeito ocupa no sistema de produção incide na sua posição no sistema social, ecoando, também, em sua identidade (GUIDI; MOREIRA, 1996). Desse modo, ao se afastar do sistema de produção, o idoso aposentado e, principalmente, dependente vê a sua identidade de trabalhador, mantenedor ou mesmo de um papel social se alterando ou simplesmente sendo suprimida.

O trabalho, além de ser um meio de garantir o sustento, é, culturalmente, uma forma de o indivíduo cultivar o sentimento de pertença na sociedade e de cultivar as relações sociais. Muitas pessoas mantêm seu ciclo de amizade com aquelas pessoas do núcleo de trabalho. Por

esse fato quando deixam de trabalhar acabam ficando isolados das relações sociais ou, pelo menos, há uma redução dessas relações. Vale lembrar que as relações sociais e o apoio dos familiares e amigos favorecem o aumento da longevidade. Assim, o idoso que mantém maior rede de relações sociais, possivelmente tem mais anos de vida do que aqueles que se abstêm desses relacionamentos (ARGIMON; VITOLA, 2009).

Foi possível observar também que o trabalho proporcionou aos idosos estarem em contato com outras pessoas, fazerem amizades que se mantêm vivas, se relacionarem, ou seja, manterem um ciclo de relações sociais. No entanto, essa rede social se apresenta diminuída por conta do afastamento de suas atividades profissionais.

Sinto falta dos meus amigos do trabalho, hoje não posso encontrar mais com eles, porque eu tô doente, não aguento viajar mais e nem eles também, tão doente também (IL5).

Eu sinto falta também do contato assim com o povo, no meu trabalho, eu sempre fui muito bem recebida, nunca tive problemas (IL2).

O trabalho propicia o engajamento do indivíduo no social, possibilita constituir e ampliar relações entre as pessoas (BERTANI; BARRETO, 2004), permanece como um referencial de integração social (NASCIMENTO; RABÊLO, 2008). Além disso, tem sido visto como uma atividade que proporciona realização pessoal, *status* social e possibilidade de estabelecer e manter contatos interpessoais (KUBO; GOUVEA, 2012). Desse modo, o trabalho parece ter um significado muito importante na vida do idoso, principalmente do ponto de vista social de integração e pertencimento, pois é uma das maneiras desse indivíduo interagir e participar da vida social, ou seja, sair da condição de isolamento que a dependência funcional lhe proporciona e ter a oportunidade de conviver com outras pessoas. O trabalho ocupa parte significativa da memória dos velhos, pois é uma função social exercida durante a vida (BOSI, 2010).

A lembrança do passado está sempre em evidência, em qualquer momento da vida, pois o homem é, antes de tudo, um ser social que interage e vive em sociedade. Nesse sentido, a memória é entendida como uma interação de grupos sociais, pois é, nessa interação grupal, seja no trabalho, seja na escola, seja na família, que se determina o que será inesquecível. É na contribuição do grupo social que uma lembrança será memorável e o lugar onde esta memória ficará preservada (HALBWACHS, 2006).

Para o idoso, o fato de deixar de trabalhar é, também, uma forma de afastar-se das relações sociais e de reduzir o contato com pessoas fora do núcleo familiar. Mas, foi possível

perceber, a partir dos relatos dos idosos, que mesmo não estando exercendo funções laborais, permanece as recordações do grupo de trabalho que foi e é importante para a construção de sua memória. As memórias que são construídas das recordações com amigos, no trabalho, na juventude, demonstram que são memórias relacionadas e construídas no grupo social. Assim, a memória individual se estabelece na medida em que são construídas as memórias coletivas, pois as pessoas não vivem sós, elas são um produto de um grupo (HALBWACHS, 2006).

Os idosos participantes do estudo também relataram que a dependência funcional significa a interrupção de atividades, principalmente aquelas relativas ao trabalho que antes eram exercidas satisfatoriamente por eles e que gostariam de continuar executando-as. Mencionaram ainda que a causa que os impede de exercer suas atividades de trabalho está relacionada à presença de doenças que os levaram à incapacidade e à dependência funcional.

Eu era sã, tinha saúde pra trabalhar, fazia as coisas (IL1).

Até outro tempo eu fazia tudo, tudo. Depois que começou o problema de coluna que piorou muito. Eu sempre fiz tudo sozinha (IL2).

Todo dia aparecia uma coisa. Era uma tontura, outra hora o escurecimento de vista, até que não podia trabalhar mais (IL3).

Trabalhei lá em Minas até eu adoecer, por causa do câncer. Tive que vir pra Conquista de novo, pra minhas filhas cuidar de mim. E depois só foi piorando, aparecendo mais doença e não pude trabalhar mais (IL4).

Eu trabalhei até quando não deu certo mais. Quando eu vi que não dava mais, que não tinha mais saúde, vendi o carro, parei de dirigir carro (IL5).

Portanto, é evidente, de acordo com as falas enunciadas, que todos os idosos caracterizam a situação de adoecimento como fonte da perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, da impossibilidade de realizar as atividades laborais. Talvez por esse fato o afastamento do mercado de trabalho e a aposentadoria sejam marcadores da velhice (MASCARO, 1997). É extremamente difícil se preparar para a aposentadoria, pois a “reconstrução do cotidiano é demorada e não se processa de uma hora para outra. A aposentadoria causa uma fratura na interação social” (GUIDI; MOREIRA, 1996, p. 146). Essa situação pode fazer com que o idoso se sinta indefeso, frustrado, impotente para tomar suas próprias decisões e para enfrentar os problemas do cotidiano (FREITAS et al., 2009). Nesse sentido, pode-se inferir que, com o passar do tempo, surgem doenças e incapacitações e a força de trabalho diminui, e é, a partir desse momento, que o indivíduo vê sua vida sem sentido, sem objetivo, chegando à velhice com apenas a aposentadoria, como recurso de

subsistência. Sobre isso, Bosi (2010, p. 80) afirma que “Durante a velhice deveríamos estar ainda engajados em causas que nos transcendem, que não envelhecem, e que dão significado a nossos gestos cotidianos. Talvez seja esse um remédio contra os danos do tempo”.

Outro destaque dado por um idoso foi a consequência do trabalho, especialmente o braçal e pesado, fazendo uma relação entre o momento atual, de doença, e o passado, em suas atividades laborais, como é possível observar em dois trechos da entrevista.

Sempre fiz essa extravagância no corpo. Tomando chuva, comendo fora de hora, alimentando mal, por causa de serviço, por causa de viagem. E aí quando eu parei tudo que eu estou contando pra senhora, hoje não posso sair daqui “prali” com medo de cair (IL3).

Eu estraguei a minha saúde do tempo de eu bem novo, que eu comecei a trabalhar. E o trabalho que era pra fazer em dois dias, eu fazia em um, pensando que aquilo era vantagem (IL3).

O fato de ter trabalhado muito, em um regime e condições inadequadas, é mencionado pelo idoso como a causa das doenças atuais, pois, como ele mesmo afirma: “estraguei a minha saúde do tempo de eu bem novo” (IL3). Essa afirmação denota os efeitos do trabalho à saúde, fato que não é isolado, apesar de ter sido apenas um idoso a fazer menção a essa problemática. Os desgastes e as limitações produzidas pelo envelhecimento e vividas atualmente pelos idosos condizem com o modo de vida e às condições de trabalho às quais estiveram sujeito durante toda a sua vida (FARATH, 1989).

Dois dos idosos também se reportaram ao trabalho infantil. IL4 fala do início da atividade laboral aos seis anos de idade, em razão da morte precoce do pai, enquanto IL3 fala do trabalho pesado junto com o pai. Assim, para os dois, por circunstâncias diferentes, porém com o mesmo objetivo (sobrevivência), o trabalho foi uma vivência desde a infância e que permaneceu em suas memórias.

Quando meu pai morreu eu tinha só seis anos, logo depois comecei a trabalhar para ajudar minha mãe (IL4).

A minha infância quando eu peguei na idade dos oito anos em diante foi pegar no pesado mais meu pai, trabalhar na roça. Trabalhei de machado, de inchada, panhando madeira, pegando pra fazer cerca (IL3).

Analisando a fala do IL3, percebe-se que ele retrata o trabalho pesado, com utensílios e tipo de serviços inadequados à idade. Esses tipos de trabalho desde a infância acarretam danos físicos irremediáveis à saúde da criança, comprometendo a sua longevidade, pois, com os anos, surgem doenças, especialmente aquelas relacionadas a lesões físicas, deformações

ósseas, atrofia musculoesqueléticas, fadiga excessiva, distúrbios do sono, irritabilidade, alergias, problemas respiratórios, lesões na coluna, entre tantas outras (CARVALHO; COSTA; MONTEIRO, 2005).

Kassouf, Mckee e Mossialos (2001), utilizando dados do Brasil, mostram que quanto mais cedo o indivíduo começa a trabalhar pior será o estado de saúde em uma fase adulta da vida, mesmo controlando a renda, escolaridade e outros fatores.

O idoso que falou acerca do trabalho pesado desde a infância encontra-se atualmente com atrofia musculoesquelética e com a deambulação prejudicada, possivelmente consequências da própria idade, pois, com o passar dos anos, há um desgaste natural, mas também pelo longo período de trabalho pesado e jornadas extensas durante muito tempo de sua vida. Além das alterações normais do processo de envelhecimento, o uso, o desuso e a intensidade de uso possibilitam o desenvolvimento de atrofia (PEREIRA; TEIXEIRA; ETCHEPARE, 2006).

Outra problemática que existe por trás do trabalho infantil é a educação, especialmente a formal, uma vez que as crianças, por vezes, são excluídas do ambiente escolar ou, quando têm acesso, não conseguem manter uma qualidade na aprendizagem. O IL3 lembra claramente do período em que foi à escola e a pouca oportunidade que teve em estudar, demonstrando gratidão ao que conquistou, mas, ao mesmo tempo, certo pesar por ter parado de estudar.

Estudei um ano e meio, saí assinando o nome e até hoje tô assinando meu nome. Foi um ano e meio que eu tive na escola. Agora quando eu tava me desenrolando mais um pouquinho, pegando as coisas, umas leituras mais importante, dá conhecimento, como é que se formava, fazer uma cartinha... meu pai me tirou da escola. Falou: não, você já estudou demais, cê agora vai trabalhar (IL3).

Kassouf (2005, p. 24) afirma que o trabalho infantil impossibilita a aquisição de educação e capital humano, pois “quanto mais jovem o indivíduo começa a trabalhar, menor é o seu salário na fase adulta da vida e esta redução é atribuída, em grande parte, a perda dos anos de escolaridade devido ao trabalho na infância”. Além disso, o estudo realizado por Bezerra (2006) chegou à conclusão de que crianças que trabalham e estudam têm uma nítida redução escolar.

A memória do grupo de idosos entrevistados sobre o seu passado revelaram uma sequência de acontecimentos a respeito do trabalho. Assim, o conjunto de lembranças retomado pelos idosos sobre as atividades laborais expuseram como o trabalho marcou suas

vidas e como consolidou as inter-relações sociais, os afetos, os ganhos, mas, também, as perdas. Portanto, pode-se dizer que o trabalho permanece como um referencial de integração social, mas, também, como estratégia de sobrevivência e criador de sentido para a vida desses idosos, que, atualmente, se encontram com a capacidade funcional comprometida e distante das atividades laborais.

Como pode ser visto até então a memória é dependente dos quadros sociais, pois, ao pertencer a um grupo social, os indivíduos adquirem e evocam as suas recordações. Destaca-se que são os vínculos sociais que possibilitam a durabilidade das recordações. As instituições sociais, em especial a família, têm um papel fundamental na construção, mas, também, na permanência das memórias (HALBWACHS, 2006). Os idosos, ao relembrem as atividades laborais, sempre traziam nas lembranças a família – uma instituição extremamente presente na memória de qualquer indivíduo.

O grupo familiar é uma referência fundamental para a reconstrução do passado, haja vista ser ela, ao mesmo tempo, o objeto das recordações dos indivíduos e o espaço em que essas recordações são vivificadas. Os quadros de referências dos idosos garantem a continuidade do que houve no passado para o presente. Talvez por esse fato as memórias de família tenham uma centralidade extremamente importante para os idosos. Em todos os momentos de suas falas, a palavra família estava presente. Quando falavam de infância, havia a figura da família; quando mencionavam o trabalho, a família se encontrava; quando falavam de todo o seu percurso de vida, sempre os quadros sociais de família estavam em destaque. Concorda-se, assim, com Halbwachs (2006) para quem, de todas as instituições sociais, a família é a principal na construção das memórias.

Os idosos, por meio da entrevista, reconstruíram suas vidas, relembaram acontecimentos familiares e trouxeram, pela recordação, o espaço familiar, a constituição da família, as relações construídas ao longo de suas vidas e os momentos mais marcantes que envolvem a família. Mas a visão retrospectiva da vida familiar ocorreu conforme a posição em que eles se encontram atualmente, pois as lembranças do passado, de acordo com Halbwachs (2006), são evocadas com as impressões do presente, conforme o contexto atual. É válido lembrar que esses idosos encontram-se dependentes funcionalmente de cuidados de outros e todos eles têm, como cuidadores, familiares, com destaque para netas e filha.

Dois idosos trouxeram, nos discursos, as lembranças da infância em família. Conforme Halbwachs (2006), são variáveis os limites até onde retornamos em nossa memória; assim, atinge-se uma lembrança mais remota do que outro, a depender do grau de atuação nos grupos de convívio. Todas as lembranças dos dois idosos estavam envoltas em negatividade. Falaram

do início precoce no trabalho, da impossibilidade de brincar e de estudar e da rigidez do pai. Daí surgiram as indagações: a infância desses idosos só foi permeada por acontecimentos negativos, ou o que lhes marcou foi apenas o lado negativo? Por que em suas falas sobressaiu somente a negatividade da infância? Será que estas lembranças são evocadas conforme o momento em que se encontram e a posição que ocupam?

Um destaque a fazer é que o idoso que mencionou por um número maior de vezes a infância com negatividade é o mesmo que, atualmente, tem praticamente uma aproximação afetiva familiar apenas com uma neta, que também é a sua cuidadora. Sendo assim, parte-se do princípio de que a construção do passado desses idosos é feita com a ajuda dos dados tomados do presente e que as lembranças evocadas marcaram sua vida, mas a memória se apoiou, também, no “vivido” (HALBWACHS, 2006).

De acordo com Bourdieu (1996), a família desempenha um papel basilar na transmissão dos valores e comportamentos nas diferentes classes sociais, pois possibilita a incorporação do hábito primário. Nos trechos que se seguem sobre a infância em família, estão claros os valores passados às crianças, atuais idosos longevos. O IL3, ao narrar suas memórias da infância, época em que deveria estar na escola, enuncia um julgamento com a visão de hoje. Já o IL4 fala de certa forma com orgulho do trabalho, mesmo conhecendo a importância de estudar.

Estudei pouco, minha professora sempre falava que eu tinha jeito pra estudar, que era inteligente, mas eu não podia continuar estudando, tinha que trabalhar para ajudar minha mãe com meus outros irmãos. Minha mãe me apoiava, porque eu tinha que ajudar ela (IL4).

Talvez este comportamento esteja ligado à valorização do homem, como o “homem da casa”, já que começou a trabalhar na infância após a morte do pai. Vale destacar que o período em que esses idosos eram crianças, primeira metade do século XX, era comum os pais com poucas condições financeiras não incentivarem os filhos a estudar, pois precisavam trabalhar para contribuir no sustento da família. O fato de o pai do IL3 tê-lo retirado da escola para trabalhar também está relacionado “a uma construção social, advinda do modo de produção capitalista, onde os sujeitos são “adestrados” para o exercício de sua força de trabalho de forma remunerada” (FERREIRA, 2012).

Mas é preciso ressaltar que essa era uma realidade para a classe pobre, pois os mais abastados não precisavam trabalhar; precisavam apenas estudar. Os filhos da classe trabalhadora, porém, necessitavam trabalhar para ajudar a família a garantir, entre outras coisas, a alimentação (CAMBI, 1999). Além disso, o número de escolas públicas era

insuficiente para abarcar a população infantil. Apesar disso, o Estado brasileiro propagava que tinha “obrigação e dever de se apropriar das bases que sustentavam uma sociedade moderna, com políticas democráticas inclusive no âmbito da educação” (DUARTE, 2008, p. 5), todavia o acesso das crianças às escolas ficava apenas no papel.

Ainda conforme os dois primeiros trechos mencionados, os idosos afirmaram que tiveram de parar de estudar para trabalhar. A estes idosos, além de ter sido impossibilitada a educação escolar, foi retirada deles a possibilidade de ter infância, pois, no momento em que uma criança começa a trabalhar, acaba por adentrar uma vida adulta precoce. Sobre isso, Farias (2005, p. 40) comenta que, “a partir dos nove ou dez anos, a criança se tornava um adulto em miniatura, caracterizado não só na aparência (roupas e costumes), como também nas atitudes que lhe eram impostas”.

Isso fica nítido no trecho seguinte quando o idoso fala da inexistência de brincadeiras, passeios e amigos durante a infância. Este idoso não teve a oportunidade de ser criança, de brincar, de viver como criança e de ter prazeres simples de criança.

Aqueles coisas assim da infância, aquele negócio assim... brincadeira, passeio. Olha, eu vou passear em tal canto assim hoje... Meus amigos me convidou pra participar duma festinha... não, eu não tive esse prazer na minha vida (IL3).

Conforme Rodrigues (2009), a criança se desenvolve, desde cedo, com a experiência social pelas interações e com a experiência sócio-histórica dos adultos e do mundo por eles criado. Como a família é o primeiro grupo que contribui na construção da memória, pode-se afirmar que lhe cabe a transmissão de valores tradicionais ligados ao trabalho. Biasoli-Alves (1997, p. 33) corrobora essa ideia quando afirma que a família:

[...] ao assumir a socialização ela levará a criança, como sujeito de aprendizagem social, a interiorizar um mundo mediado, filtrado pela sua forma de se colocar frente a ele. Assim, os padrões, valores e normas de conduta do grupo social em que ela está inserida serão transmitidos de modo singular à geração mais nova que por sua vez irá assimilá-los segundo suas idiosincrasias.

Mas também é preciso salientar que uma criança distingue-se de outra da mesma família, e que, ao mesmo tempo, em que ela assimila padrões, valores, normas do grupo social de que faz parte, igualmente o transforma, ocorrendo dessa maneira influências bilaterais que são constituídas dialeticamente (BIASOLI-ALVES, 1997). Além disso, a memória individual das crianças é formada pela vivência nos diversos grupos dos quais fazem parte e pelos diversos pensamentos que elas têm de um e de outro grupo (HALBWACHS, 2006). Assim

sendo, “é a soma não redutível destas várias memórias coletivas que se alocam no ser e representam a sua parcela individual de experiência” (CASA DEI, 2010, p. 155). Para reforçar essa assertiva, utilizam-se as palavras de Halbwachs (2006, p. 90) ao afirmar que “a vida da criança mergulha mais do que se imagina nos meios sociais pelos quais ela entra em contato com um passado mais ou menos distanciado, que é como o contexto em que são guardadas suas lembranças mais pessoais”.

Percebe-se que, para lembrar os momentos vivenciados antes da dependência funcional, os idosos longevos se reportaram a quadros sociais que serviram como ponto de referência, tanto espacial, quanto temporal. As noções de tempo e de espaço são fundamentais para a rememoração do passado. O tempo, para Halbwachs (2006), depende do lugar que o indivíduo ocupa temporal e espacialmente, pois a divisão temporal e espacial é efetuada pelos indivíduos em sociedade. Foram pequenos fragmentos do tempo trazidos pelos idosos, não um tempo cronológico, de datas, mas um tempo realmente vivido e marcado na memória.

4.2 MEMÓRIA DO VIVER/ENVELHECER APÓS A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Ao rememorarem suas trajetórias de vida após a dependência funcional, as narrativas produzidas colocam em evidência a doença e suas consequências, como pode ser visto, de forma clara, na nuvem de palavras da Figura 10, onde estão os vocábulos mais usados pelos idosos. Observa-se que “vida”, “doenças”, “saúde”, “trombose”, “deprimida”, “problema”, “hipertensão”, “sozinha”, “velhice” e “lembro”, são as dez palavras que se encontram em maior destaque. Elas ratificam a discussão que será apresentada posteriormente e denotam que as memórias dos idosos após a dependência são carregadas de lembranças relacionadas a implicações dos problemas de saúde e da dependência funcional.

No instante em que o homem nasce, ele começa a envelhecer; o envelhecimento é processual e contínuo (TREVISAN et al., 2013). Mas, a velhice quando começa? A velhice é uma etapa da existência humana, mas é comum uma pessoa com mais de 60 anos dizer que tem essa idade, porém a mente é de um jovem. Essa frase denota certa negação da velhice como uma etapa da vida pela qual todos que viverem até ela irão passar. Faz-se necessário mudar o paradigma de que velho não presta para nada, que é inútil, que a velhice é o fim da vida para entendê-la como um estágio de desenvolvimento humano. É preciso, conforme afirma Guimarães (2007, p. 15), “associar sua imagem à potencialidade humana de conquistar e traçar projetos. Não se trata de ignorar as limitações físicas e, em alguns casos, intelectuais,

próprias da velhice, mas de respeitar a experiência de vida desses indivíduos e aproveitar-se dela”.

Figura 10 - Nuvem de palavras elaborada com base no NVivo sobre o viver/envelhecer após dependência funcional. Vitória da Conquista – BA, 2015



Fonte: Dados da pesquisa

O início da velhice varia conforme a saúde do indivíduo, mas, também, conforme a classe social, profissional e econômica. Um trabalhador braçal provavelmente envelhecerá mais rápido do que alguém que trabalhou em escritório. Dessa forma, existem variações significativas entre os indivíduos (PELLISIER, 2013).

Durante a entrevista, seguindo o roteiro, perguntou-se aos idosos se eles se sentiam velhos e com qual idade essa velhice havia surgido, caso a resposta à primeira pergunta fosse positiva. As respostas foram muito parecidas, pois todos se sentiam velhos e relacionavam o início da velhice com o começo da instalação de doenças e com o comprometimento da capacidade funcional. Três dos idosos deixaram claro que só se sentiram velhos e chegaram à velhice, quando começaram a ter problemas de saúde e, conseqüentemente, dependência.

Até os 72 anos minha vida era maravilhosa, não parecia que eu era velho. Eu tinha cálculo de ter 40 a 45 anos. Eu adoeci já estava com 72 anos. Até 72 anos eu não tinha doença de nada. Começou a mudar a partir daí. Pra mim a

velhice só começou com 70 anos. E com 72 anos eu já não tava bom mais (IL4).

Pra mim a velhice começou há pouco tempo pra cá. Até outro tempo eu fazia tudo, tudo. Em relação à saúde mudou muito. Até outro tempo eu fazia tudo, tudo... Depois que começou o problema de coluna que piorou muito (IL2).

Todo dia aparecia uma coisa. Era uma tontura, outra hora o escurecimento de vista, outra hora a pessoa olhava assim, tinha medo de andar. Minha derrota foi começando assim (IL3).

Essas falas atestam o quanto o início da velhice é difícil de ser mensurada. Usa-se a idade cronológica como um facilitador, segundo já se aludiu no Capítulo I, porém é complexo definir, em uma prática real, a idade em que se inicia a velhice, pois cada um, a depender do meio em que vive e de fatores biológicos e sociais próprios, demarca um início para essa etapa da vida. As pessoas, individualmente, a definem de forma diferenciada; além disso, cada sociedade a caracteriza conforme padrões sociais, econômicos e culturais. Mas, sobretudo, em nossa sociedade, ainda predomina a associação da velhice com doença, morte, passividade física e mental (ZIMERMAN, 2007). Essas posições se identificam com o achado da pesquisa, onde ficou claro que os idosos fazem uma relação nítida entre velhice e doença, quando a saúde ficou no tempo passado da memória.

Pode-se dizer que essa característica de perceber a velhice quando há instalação da doença é também uma construção social, passada de geração a geração conforme valores distorcidos, e uma construção da vivência presente, de uma vida com doença e comprometimento da capacidade funcional. Ressalte-se que nem todos os velhos são doentes, entretanto, como as pessoas ficam doentes cada vez mais tarde, é comum relacionar velhice com doença. A perda de autonomia geralmente surge no final da vida, e as pessoas que morrem com 85 ou 90 anos, não se sentiram velhos desde os 60 anos; pelo menos, não na velhice biológica. Isso possibilita ainda mais a associação do início da velhice com a doença e a dependência funcional (PELLISSIER, 2013).

Com base nos relatos dos idosos longevos entrevistados, foi possível perceber o quanto as doenças impactam suas vidas, por provocarem alterações em seu corpo, gerando dor, sofrimento e dependência funcional.

A dor está entre os principais fatores limitadores da possibilidade do idoso de manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo idoso, prejudicando de algum modo a realização das atividades de vida diária (AZEVEDO et al., 2013, p. 152).

Os idosos descreveram as alterações biológicas, relacionadas com a presença de sintomas característicos, principalmente de doenças crônico- degenerativas, que são comuns nessa fase do ciclo vital, como se pode observar nestas falas:

Há muitos anos a minha perna começou a dar uma dor forte, um problema de doença na perna e a gente vai ficando velha aí vem as doenças (IL1).

Eu não faço mais nada, porque eu não enxergo mais (IL2).

Nessa idade eu não tenho mais a saúde que eu tinha antes. Eu não tenho apetite pra comer. Eu como uma comida hoje e amanhã se vier eu já não participo. Minha vida é assim desse jeito (IL3).

A primeira doença que apareceu foi a hipertensão, mas tava tudo normal ainda. Depois da hipertensão tive a trombose. A partir da trombose comecei a sentir dores que eu não sentia e também esquecimento, comecei esquecer das coisas e sentir câimbras. Mas, antes da trombose, tive câncer de próstata. Trabalhei lá em Minas até eu adoecer, por causa do câncer. Tive que vir pra Conquista de novo, pra minhas filhas cuidar de mim e depois só foi piorando, aparecendo mais doença (IL4).

Mesmo com esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, grande parte dos idosos experimenta alguma fragilidade pela presença de doenças crônico-degenerativas, que vão influenciar em seus aspectos físico, social, econômico, psicológico, diminuindo ou impedindo o indivíduo de suprir suas necessidades (SILVA et al., 2011). De acordo com dados demográficos e de saúde, além do processo de transição demográfica com o aumento expressivo da população idosa, o Brasil também está passando por um processo de transição epidemiológica, com o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis como *Diabetes melitus*, hipertensão arterial, artrose, osteoporose, doenças cardiovasculares, circulatórias, entre outras (BRASIL, 2010).

O idoso portador de uma doença crônico-degenerativa pode vivenciar esta fase de maneira muito difícil, pois começa a rever seu conceito de saúde, em virtude das limitações e incômodos físicos no seu dia a dia (VALENÇA; SILVA, 2011). Fica clara a correlação de saúde com autonomia física e capacidade de fazer atividades da vida diária, principalmente porque essas doenças evoluíram e provocaram um quadro de dependência funcional caracterizado pela dificuldade para realizar as atividades da vida diária.

Em um estudo qualitativo, realizado por Garcia et al. (2005) na cidade de Campinas-SP, os autores observaram que os idosos daquela cidade têm a concepção de velhice como perda ou incapacidade e que as enfermidades são consideradas distúrbios próprios da idade, e

não como doenças passíveis de tratamento. Essa relação diz respeito a uma construção social de que velhice é sinônimo de doença.

Em outro estudo realizado com idosos longevos na cidade de Recife-PE, ficou constatado que a presença de doenças crônicas interferia na rotina diária dos idosos, ou seja, que os problemas de saúde prejudicavam a realização das atividades que desejavam ou precisavam fazer (PORCIÚNCULA et al., 2014). Isso denota o quanto a doença pode ter uma significação na vida dos idosos e o quanto ela pode ser relacionada com a velhice, pois, ao se depararem com a limitação das atividades de vida diária e das laborais, seja pública (trabalho fora de casa), seja privada (trabalhos em casa), eles definem o início da velhice com o surgimento da doença e da dependência.

Vale lembrar, no entanto, que o processo de envelhecimento é influenciado por vários fatores, como a herança genética de familiares, o ambiente social e cultural e as histórias de vida pessoais. Assim também é o processo saúde-doença, que é percebido de acordo com aspectos que o indivíduo traz do seu viver. Assim, as experiências de saúde e doença têm profundas implicações na qualidade de vida do idoso e interferem drasticamente na maneira de pensar e agir do indivíduo e sobre a sua forma de enfrentar a velhice com a presença da doença e da dependência funcional (TEXEIRA et al., 2012).

Sabe-se que o idoso é passível de apresentar doenças crônico-degenerativas que podem provocar modificações com efeitos deletérios para o seu organismo (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011), levando à deterioração da sua capacidade funcional, independência e autonomia (VIEIRA, 2012). Entretanto, não se pode dizer que velhice seja sinônimo de doença, mas a sociedade ocidental repercute uma visão milenar da velhice atrelada a uma imagem negativa que é, muitas vezes, reforçada pela ciência biológica que define essa fase da vida como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, fadada ao declínio das funções e das reservas fisiológicas e à morte (MINAYO, 2002). Assim, ao se deparar com a realidade da doença e da dependência, o idoso acaba por fazer a relação, como se percebe em seus discursos e também na conclusão dos dois estudos citados.

Essa visão estigmatizada deve ser banida pelos profissionais da saúde, com o intuito de revelar para o idoso que, mesmo com implicações na saúde, é possível buscar formas de se adaptar às adversidades advindas com a doença e buscar viver a velhice com qualidade. Além disso, é preciso procurar prevenir e identificar de maneira precoce a instalação dessas doenças e adotar medidas terapêuticas adequadas para tratar os sintomas de maneira adequada,

evitando a dependência funcional e promovendo a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida desses indivíduos.

No contexto atual dos idosos do estudo, este período da vida é descrito como uma velhice patológica caracterizada por um estado de fragilidade em consequência do aparecimento ou agravamento de doenças crônicas incapacitantes. Ao se tornarem dependentes, os idosos fragilizados requerem cuidados de longa duração e a presença de um cuidador ou de alguém que o auxilie nas atividades do cotidiano (CAMARANO, 2010).

Diante dos discursos dos idosos, foi possível perceber que eles reconhecem o comprometimento da sua capacidade física e funcional e a dependência de outros, pois relatam que várias atividades que antes realizavam sozinhos, como as tarefas de casa, de higiene pessoal, o sair para passear, ir a uma padaria, não fazem mais ou dependem de outros para auxiliar, conforme pode ser visto em alguns trechos.

Não tem nada pra fazer mesmo. Na cozinha eu não faço nada, não aguento. Essa menina faz tudo, quem arruma tudo é ela (IL1).

Eu fazia tudo, mas agora que veio a doença não vou mais poder fazer nada. Eu não faço mais nada, porque eu não enxergo mais. Hoje eu que preciso de ajuda pra tudo (IL2).

Não aguento mais nada, não posso nem ir na padaria mais. Essa minha neta que faz tudo (IL3).

Um milhão de coisas eu não faço. Então o mínimo que eu faço eu não vou fazer porque eu quero, porque eu não tenho mais condições de fazer (IL4).

Dependo dos outros até pra andar, pra alimentar, pra tudo tem que ser levado, carregado por outras pessoas. Hoje dependo da minha filha pra tudo, até pra escovar os dentes, pra beber água, pra tomar banho (IL5).

De acordo com esses depoimentos, há um sentimento de pesar por não poder realizar as atividades básicas do dia a dia e pelas limitações em sair do ambiente doméstico. Este pesar é carregado de nostalgia pelas lembranças da época em que faziam tudo, ou seja, em que a capacidade funcional ainda era preservada; tinham independência em relação a outras pessoas e autonomia para vivenciar as atividades do cotidiano. Estudo realizado com idosos dependentes assistidos pela Pastoral da Pessoa Idosa do município de Cascavel-PR verificou que o fato de depender de outras pessoas para realizar as atividades básicas da vida diária gera sentimentos de impotência e inutilidade, que provoca descontrole emocional (TAVARES et al., 2012).

Assim como todos os ciclos vitais, a velhice é uma etapa que apresenta aspectos negativos e positivos; todavia, se sabe que ela, como última etapa da vida, vem associada a acúmulo de alterações e dificuldades, comumente relacionadas a um período existencial negativo. Este é o sentimento mais manifestado nas falas dos idosos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Na pesquisa, percebeu-se o surgimento dos dois sentimentos, porém o negativo sobressaiu e mostrou-se mais presente na vida dos idosos participantes do estudo.

Existem inúmeros fatores ligados ao processo de envelhecimento – moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais –, de modo que o envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Assim, pode-se dizer que a vivência e a experiência pessoal, associadas aos aspectos biológicos, psicossociais, históricos, políticos, econômicos, geográficos, culturais e às crenças, definem a forma como cada pessoa percebe a velhice (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Não se pode negar que os processos biológicos pesam no idoso, porém a vivência social do envelhecimento muda conforme o contexto; assim, pode-se dizer que o significado da velhice varia segundo o conceito sócio-histórico, classe social, gênero ou região em que esse idoso se encontra (MATOS, 2004).

Ressalte-se que os significados atribuídos à velhice pelos idosos do estudo, além de se relacionarem às questões da vivência e experiência como idosos dependentes, estão intrinsecamente relacionados a uma memória social da velhice, construída pelas sociedades em contextos sociais e históricos. Assim, a velhice tem sua imagem ligada a distintas fontes históricas, as quais alteram de cultura em cultura, de tempo em tempo e de lugar em lugar.

A visão que a sociedade tem das pessoas velhas vem desde os tempos dos babilônios, hebreus e gregos antigos. A Grécia Clássica relegava os velhos a um lugar subalterno. Platão, entretanto, introduziu uma nova visão, ao considerar que a velhice leva a sociedade à harmonia, prudência, sensatez, astúcia e juízo (LE MOS et al., 2010). Na sociedade romana, nas culturas incas e astecas e entre os antigos hebreus, os anciãos eram tratados com muita consideração e elevados a uma posição privilegiada. Já o cristianismo expôs uma visão negativa da velhice, mencionava a velhice com relação à moral e a associava com decrepitude, feiúra e pecado. O século VI identificou a velhice com a cessação da atividade, dando início à concepção moderna de isolamento dos velhos em retiros. O século XVI se caracterizou por violência e ataque contra a velhice (MINOIS, 1999).

Durante os séculos XVI a XIX, os idosos continuaram sendo marginalizados, principalmente com o advento da Revolução Industrial e do Capitalismo. Os idosos eram

considerados improdutivos e descartáveis, pois não tinham mais o poder de dar lucro (OLIVEIRA; SANTOS, 2009).

Assim, nas sociedades industrializadas a velhice é um problema social, principalmente pela improdutividade, o que leva o idoso, especialmente os longevos, a uma posição socialmente marginalizada (MATOS, 2004). Essas sociedades não aceitam a normalidade da velhice, a tratam como uma doença e relacionam a pessoa velha a alguém doente, impotente, dependente, sem a dignidade de um ser humano forte e livre (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013), principalmente porque o idoso não pode agir com a velocidade dos jovens e da mesma maneira com que eles agem (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

Conforme foi visto brevemente, ao longo da história das sociedades a imagem da velhice e o seu significado passaram por alterações, constituindo não apenas fatos históricos, mas, principalmente, uma construção da memória coletiva dos mais diversos grupos sociais, “já que afinal de contas a história de nossa vida faz parte da história em geral” (HALBWACHS, 2006, p. 73). As ideologias predominantes em cada época veem a velhice como categoria social, mas por vezes a colocam em posição de marginalização, e, em outros momentos, a percebem pelo viés da insuficiência de força física. Porém se faz necessário ressaltar que, em toda a história da velhice, ela nunca foi ignorada quanto a sua fragilidade (BLESSMANN, 2003). Há de se salientar ainda que, em todas as transformações que ocorreram e que possibilitaram uma imagem da velhice, prevaleceu e prevalece uma memória coletiva de que a velhice é uma etapa inevitável de decadência, declinação e antecessora da morte (LEMOS et al., 2010).

Portanto, os significados atribuídos à velhice é uma construção social, que deve revestir-se de valor; todavia, o valor atribuído, na maioria das vezes, é negativo, com ênfase em incapacidade, fragilidade ou inadequação do idoso ante a sociedade (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012). De tal modo, é associada a uma fase de vida com alterações e dificuldades, comumente relativas a um momento existencial negativo (ARAÚJO, 2011).

Consequentemente, no instante em que o idoso longo vive fala do processo de envelhecimento, da velhice e dos significados atribuídos a ela, traz consigo uma experiência do momento em que está vivendo, mas também uma carga do ser velho, conforme uma construção da memória social.

No século XX, surgiu uma verdadeira revolução na velhice, pois pensar a velhice é pensar na terceira idade, no idoso ativo, com qualidade de vida. Criou-se uma cultura da saúde, apoiada por desenvolvimentos tecnológicos, na medicina preventiva e curativa e nos hábitos de vida da população, tudo voltado ao bem-estar do idoso. Pensa-se em uma terceira

idade, em que a saúde é íntegra e que possui condições para vivenciar a velhice na sua plenitude. De fato, a longevidade foi uma grande conquista do século XX e vem sendo uma conquista do século XXI, porém há de se pensar que é exatamente a sociedade que vive no século XXI que recebeu o desafio de manter os idosos longevos com qualidade de vida (LEMOS et al., 2010)

A qualidade de vida é de suma importância para que um idoso tenha uma velhice saudável, tanto para ele, quanto para a família e cuidadores. Porém, é sabido que a longevidade tem decorrências para a qualidade de vida, pois pode trazer problemas com consequências física, psíquica e social, isso porque, conforme (PASCHOAL, 2006, p. 330):

É nessa fase da vida que ocorrem diversas situações sociais, como aposentadoria, viuvez, perda de papéis sociais, diminuição da rede social de apoio e do suporte social, isolamento, solidão, depressão, perda do senso de controle pessoal (autonomia) e do senso de significado pessoal e falta de um sentido para a própria vida, colocando obstáculo a uma vida de melhor qualidade.

Essas situações sociais mencionadas por Paschoal remetem o idoso, por vezes, à percepção de que envelhecer significa aproximar-se da morte (SANCHEZ, 2000). Isso ocorre, principalmente, com os idosos longevos que se encontram com a capacidade funcional comprometida, pois para eles viver mais significa sobrevida marcada por incapacidades e dependências (PASCHOAL, 2006).

Além da percepção da velhice como momento de fragilidade, de decrepitude, de limitações e fim da vida, a sociedade constrói uma memória coletiva de estigma do idoso com dependência funcional, sem autonomia, que não tem a capacidade de exercitar o raciocínio, de expressar-se com clareza e ter consciência dos atos. Nas palavras de Rodrigues e Soares (2006, p. 19-20): “Idosos dependentes da família ou do Estado, que não têm instrução nem poder de espécie alguma, passam a ser considerado um fardo e não são valorizados socialmente.”

Contudo, é preciso esclarecer que dependência não pode ser vista como sinônimo de perda de autonomia ou do poder de decisão. O fato de um idoso não poder realizar as tarefas básicas do dia a dia, não o limita de ser autônomo. Ter autonomia é ter o direito à autodeterminação, o que possibilita ao idoso manter a dignidade, a integridade e liberdade de escolha e, conseqüentemente, conservar a qualidade de vida, mesmo com a capacidade funcional comprometida (BRASIL, 2006).

De acordo com os relatos dos idosos, fica claro que eles significam a velhice segundo sua experiência e seu estado atual, apoiado na memória individual, mas também coletiva,

construídas ao longo da vida. A memória desses idosos é dependente de todos os grupos de referência, como família, classe social, igreja, escola, profissão, entre outros, mas, também, de todo um contexto histórico e social.

Os idosos participantes do estudo encontram-se dependentes funcionalmente de outras pessoas, portanto a percepção que têm da velhice, além de estar relacionada à sua experiência ao longo da vida e à sua memória do passado, também está envolta na vivência e experiência atual de dependência.

Envelhecer é uma experiência que, ao mesmo tempo, comporta diversos significados, podendo revelar percepções positivas ou negativas do processo (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008). Estudo realizado com 48 idosos da zona rural do estado do Ceará mostrou que os idosos percebem a velhice ora como algo positivo, ora como negativo, apontando principalmente a perda da saúde como dano do envelhecer já que a maior preocupação demonstrada por eles é se manterem ativos para continuar o exercício diário de seu trabalho (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Com o envelhecimento acompanhado da dependência funcional, o idoso fica limitado para realizar atividades diárias e laborativas, o que proporciona uma negatividade do envelhecimento.

Adverte-se que esta negatividade está também fortemente relacionada a uma memória social construída de que somente tem valor quem tem saúde e pode trabalhar e de que velho doente só serve para dar trabalho. Assim, há uma representação negativa da velhice, pois são atribuídas aos idosos as características ruins do pior estágio da velhice, como a doença crônica, a incompetência, a dependência, a incapacidade física e mental (RODRIGUES; SOARES, 2006). Vale lembrar que a maneira como um grupo lida com sua memória também define, em grande parte, o seu olhar sobre a velhice, esse tempo da vida em que as memórias se acumulam (LEIBING, 2002, p. 1063).

Rodrigues e Soares (2006) afirmam ainda que o nosso imaginário social constrói uma imagem negativa da velhice em que:

O ser velho representa um conjunto de atribuições e transformações negativas que estão ligadas ao conceito tradicional de velhice. No imaginário social o velho está diretamente associado à estagnação e perdas que levam à ruptura e ao isolamento; inflexibilidade decorrente de apego a valores ultrapassados e cristalizados que também levam ao isolamento social; imagem negativa do aposentado, significando um final de vida, falta de capacidade pessoal e a exclusão da rede produtiva; pessoa que necessita de cuidados, sem força, sem vontade, sem vida, doente, incapacitado e que por todos esses motivos fez opção pela passividade (RODRIGUES; SOARES, 2006, p. 8).

A velhice está frequentemente associada a saúde e qualidade de vida, que nessa fase, têm relação com autonomia e independência (SCHAFFER; BIASUS, 2012). Sendo assim, o significado que os idosos constroem do seu envelhecer está diretamente ligado à percepção que eles têm da sua saúde e estado atual. Além disso, vale ressaltar que “o envelhecimento é silencioso, não é percebido na sua plenitude; na maior parte das vezes apenas é identificado quando o indivíduo tem comprometida a sua capacidade funcional” (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010, p. 2842).

Pode-se afirmar também que a memória construída sobre o envelhecimento e a sua percepção se formam na interação social entre os indivíduos, pois nenhum sujeito vive isolado, distante de uma sociedade. Essas interações sociais em grupo permitem a construção da memória coletiva dos idosos (HALBWACHS, 2006). Dessa forma, as experiências que parecem, à primeira vista, individuais, estão envoltas em redes sociais, ou seja, o idoso constrói a sua percepção de velhice em conformidade com a sua experiência em sociedade e com a memória que a sociedade tem do envelhecer.

A memória individual existe sempre com base em uma memória coletiva, de modo que todas as recordações são fundadas no interior de um grupo. A memória individual não deixa de existir, porém está presa a distintas situações, com a presença de diferentes sujeitos. Portanto, as recordações de um sujeito são sempre coletivas, sociais. Nunca se está sozinho, pois o pensamento sempre está atrelado a algum grupo social (HALBWACHS, 2006). Portanto, o idoso percebe a velhice de acordo com a sua vivência e experiência construídas nas e pelas relações sociais.

Dois idosos demonstraram autopercepção em relação a seu processo de envelhecimento numa perspectiva positiva, conforme as falas que se seguem.

Eu me sinto feliz de ter chegado onde estou hoje (IL4).

Eu tenho orgulho de ter ficado velho e de alcançar a velhice (IL5).

É claramente evidenciado na fala dos dois idosos, que, com os anos, vêm gratidão e orgulho por poderem ter vivido tanto. A velhice toma, assim, uma característica positiva no sentido do duradouro, do vivido, mas não do experienciado atualmente.

Constata-se, nessas falas, que o significado positivo do envelhecimento está relacionado a aspectos religiosos, sociais e de satisfação, ou seja, a autopercepção da senescência é entendida em relação a aspectos de experiências individuais, mas, também, coletivas. Assim, o entendimento que uma pessoa tem sobre a sua idade será pautada por

inter-relações culturais e com os diversos sistemas que compõem a sociedade, pois a percepção do processo de envelhecimento é moldada num contexto individual, mas, também, na esfera social. Ademais a importância que se dá ao envelhecimento tem relação com as mudanças relacionadas ao processo de envelhecimento e de como este idoso envelheceu, pois a perspectiva positiva percebida no contexto individual está relacionada com a adaptação, a qual sugere ganhos e perdas, com elaboração de um equilíbrio entre sentimentos de controle e crenças pessoais (YASSINE, 2011).

Em um estudo sobre as vivências de felicidade de pessoas idosas, os depoimentos deixam claro que o envelhecimento pode ser vivenciado de forma positiva, construindo um equilíbrio entre as perdas e os ganhos (LUZ; AMATUZZI, 2008), o que pode tornar o período de envelhecimento prazeroso, com construção de projetos e realizações. Todavia, convém salientar que este estudo foi realizado com idosos mais jovens, entre 60 e 65 anos, e ativos, diferentemente dos pesquisados, pois todos estes são idosos que passaram dos 80 anos e são dependentes funcionalmente. Seguindo esse entendimento, pode-se dizer que a idade e a capacidade funcional podem interferir na percepção do idoso a respeito do envelhecimento, embora necessariamente não seja uma regra, conforme pôde ser visto nas falas.

A percepção negativa do envelhecer emergiu principalmente das seguintes falas:

A velhice é muito ruim, né? Não é muito boa, não. Mas envelhecer assim não é coisa boa, não (IL1).

Minha vida depois da velhice só mudou pra ruim (IL1).

Velhice pra mim é perda de força mesmo (IL2).

A minha vida enquanto idoso não é muito boa não, porque, em primeiro lugar, eu não durmo, desde quando caí numa idade e qualquer coisinha eu preocupo o dia todo, dois dias, três dias (IL 3).

Você vai perdendo o ânimo das coisas, o estímulo (IL3).

Daí pra cá eu adoeci e falo direto se eu tivesse morrido era bom demais (IL4).

Esta percepção negativa da velhice não é sentimento de um grupo isolado. Outros estudos vêm evidenciando a representação negativa da velhice para idosos, principalmente os que sofrem com algum tipo de dependência. Isso corrobora a concepção de que o estado de saúde tem papel determinante na maneira como esses sujeitos vêm o processo do envelhecer (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Neste sentido, à medida que as pessoas envelhecem, apresentando alguma limitação, a qualidade de vida poderá estar determinada, em boa parte dos casos, pela diminuição da própria autonomia, dificuldade de manter a independência, deixando de exercer as suas atividades na locomoção de rotina, o que acentuará cada vez mais a percepção negativa a respeito do envelhecer, resultando, por vezes, na não aceitação ou distorção desta etapa de vida.

A velhice é extremamente rotulada em nossa sociedade como um período de limitações e incapacidades, adoecimento, perdas, solidão e dependência, tanto quando é relacionada as capacidades funcionais, como quando relacionada ao financeiro. Sendo por muitas vezes a pessoa idosa vista como chata, triste e onerosa (BEZERRA, 2012). Nesse sentido, conforme Py e Trein (2002, p. 1016), “O envelhecimento, ao se traduzir no contexto sociocultural como negatividade, agrava o que é sentido como perda e vulnera os recursos internos do indivíduo, construídos ao longo de toda sua vida”.

Tais padrões de ideias compartilhadas a respeito do idoso, do envelhecer e, conseqüentemente, do envelhecimento são construídos por uma memória social. Portanto, salienta-se que essa memória de velho incapaz, chato, custoso, sem autonomia pode repercutir negativamente sobre essa fase da vida, comprometendo a qualidade de vida desta população, o que pode em muitos casos contribuir para a diminuição da autoestima e reduzir as habilidades de enfrentamento.

Como é possível perceber, a perda de controle e autonomia, diante das limitações e dificuldades que vão surgindo no dia a dia, são aspectos que vão ameaçando o bem-estar durante o envelhecimento, afetando a qualidade de vida durante o envelhecer e provocando concepções negativas.

A percepção negativa do envelhecer construída pelos idosos está intimamente relacionada à capacidade de desenvolver atividades diárias. A condição de dependência funcional enfrentada pelos sujeitos, salientada nas falas, demonstra sentimentos pessimistas, como saudosismo e tristeza, por não conseguirem realizar atividades que anteriormente lhes eram permitidas.

Para a maioria dos idosos em estudo, a velhice está associada a decadência, dependência e incapacidade para as atividades simples da vida diária, como andar, vestir-se, cuidar da casa e dos netos. Por esse fato, eles constroem uma associação entre doença e incapacidades.

Ficou evidenciado no corpus do estudo que apenas dois idosos entrevistados estão orgulhosos de ter chegado à idade em que está e que a velhice está ligada a pontos positivos.

Os outros dão mais ênfase a um sentimento negativo, que passa pela saúde enfraquecida e sono fragilizado. O significado que eles constroem do seu envelhecer, portanto, está diretamente ligado à percepção que têm da saúde e estado geral, pois, como se confirma nas falas, o mesmo entrevistado que tem orgulho de ser idoso se sente feliz com sua saúde geral, enquanto, nos outros, há uma associação negativa da velhice com o estado de saúde, relacionado à condição atual em que se encontram. É por essa realidade que os idosos tendem a apresentar imagens negativas da velhice, com uma percepção que possibilita a condição de negação total ao quadro vivido e redução de estratégias de enfrentamento.

Nas falas dos idosos apresentadas logo a seguir evidencia-se a inexistência de perspectiva para o futuro, afora apenas um idoso que não vê a velhice ligada à morte. Há tristeza e melancolia quando os idosos não fazem planos e não traçam metas. Fica clara a ideia de morte como uma perspectiva irremediável para um futuro próximo, como se, ao chegar à velhice e se encontrando no estado em que eles estão, não há outro futuro. Mas a morte é encarada por eles não como um pesar, mas como um processo natural da vida humana.

Não tenho perspectiva para o futuro não. Já me cansei, tô com a mente cansada, não tenho mais um pensamento certo, muda constante (IL 4).

Não espero mais nada da minha vida, às vezes tenho até esperança, graças a Deus que ainda tenho ela (IL2).

Eu não espero mais nada, minha filha. Só espero o dia que Deus me chamar. Futuro eu não vou fazer mais, né? Eu não faço mais futuro (IL1).

O que tem mais em mim é tristeza. Espero Deus me chamar. Muita coisa eu não espero. É melhor morrer logo (IL 3).

Amanhã, quem sabe, se eu num tô melhor de vida, ou quem sabe eu não estou melhor de saúde? Eu penso tudo isso. Eu peço a Deus. Mas, eu só penso a minha ida, pra ir embora (IL 3).

A inexistência de uma constante na vida, o cansaço (característica de quem já viveu e trabalhou muito), a tristeza, a falta de expectativa de vida e de melhora na saúde, assim como o sentimento de que está dando trabalho, são evidenciados nas falas dos idosos. É possível inferir, diante disso, que há uma falta de sentido na vida e que estes idosos constroem uma consciência de finitude e um luto antecipado.

O processo de envelhecimento, a morte e a finitude são características inerentes do desenvolvimento humano (SCHRAMM, 2002), porém cada sociedade tem seus próprios comportamentos, hábitos, crenças e atitudes em relação à morte e ao processo de morrer

(GUTIERRIZ; CIMPIONE, 2007). Assim, é certo afirmar que a percepção de finitude é estabelecida por uma construção social da memória (HALBWACHS, 2006), a qual definirá a forma como a morte será encarada.

O ser humano é o único que tem consciência da sua própria finitude (SANTOS, 2014). Na verdade, a percepção de finitude tem início ainda na infância; na adolescência se percebe realmente o sentido da morte; na idade adulta se confirma a morte como algo plausível de acontecer e, na velhice, é encarada como a última etapa do ciclo do desenvolvimento humano (PAPALIA; OLDS, 2000; KOVÁCS, 2005; HOHENDORFF; MELO, 2009). Na velhice, além da percepção do início da morte do corpo, o idoso precisa suportar a morte da sua profissão, a morte de suas funções corporais e intelectuais e a morte de parentes e amigos (KOVÁCS, 1992). Assim, a morte é uma categoria natural na vida desses idosos, que a constroem dia a dia conforme suas experiências em sociedade.

A morte não pode ser encarada como um simples fator biológico. É preciso vê-la como um processo que se constrói no meio social, pois se trata de um processo instituído no dia a dia de cada indivíduo (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007). Pode-se afirmar que o sentido da morte se constrói e se reconstrói numa memória coletiva, posto que todas as lembranças são formadas no interior de um grupo (HALBWACHS, 2006), de modo que a sua percepção vai além do individual, perpassa crenças, valores e ideologias construídas socialmente.

O estudo intitulado *Reflexões sobre envelhecimento e trabalho* (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010) também demonstrou, na visão dos idosos, sujeitos da pesquisa, que a terminalidade humana está atrelada ao processo de envelhecimento, que a finitude é tratada como algo inerente à vida e que se relaciona ao comprometimento da capacidade funcional. O estudo confirmou, ainda, que a percepção dos idosos sobre o envelhecimento está relacionada à decadência física, mental e proximidade com a morte. Percebe-se que idosos mais frágeis exprimem o luto na saúde física, no equilíbrio psicológico e em comportamentos de risco (HANUS, 2009).

Baseado neste estudo e na pesquisa *Reflexões sobre envelhecimento e trabalho*, pode-se ratificar que o envelhecer para o idoso longo tempo com dependência funcional é o fim da vida e que a morte é uma realidade irremediável. Portanto, é possível afirmar que há uma ligação direta entre velhice com capacidade funcional preservada e perspectiva de futuro e entre velhice com dependência funcional e finitude da vida.

Fica comprovada, com a fala seguinte, uma perda de ânimo, mas, também, de estímulo para realizar tarefas e pensar no futuro. Esse fato, sem dúvida, está relacionado à limitação

funcional, na qual o idoso se encontra. É como se a dependência de outras pessoas fosse a inexistência de possibilidade de ação e de tomada de atitudes e que é preciso apenas esperar o fim da vida.

Você vai perdendo o ânimo das coisas, o estímulo. Quando a gente fica pensando o que fazer e não tem mais condição de fazer. Eu acho que é perto do fim, viu? (IL 2).

Durante o período do envelhecimento humano, a velhice é considerada um processo difícil, permeado por agitações que vão alterando a trajetória de vida, revelando o significado da velhice para cada um (BEZERRA, 2012). A perspectiva de futuro atrelada à morte está relacionada à maneira como cada idoso viveu durante a trajetória do desenvolvimento, assim como as assimilações, as adaptações e as maneiras com que enfrentou as adversidades no decorrer da vida. Ao refletir sobre tais particularidades, ressalta-se que a perspectiva de futuro pode ser considerada uma experiência imprecisa, carregada de diversos significados, podendo revelar aspectos positivos ou negativos, proporcionando atitudes de aceitação, ou negação da própria condição neste processo.

Como foi possível observar em muitas falas apresentadas até o momento, a maioria dos idosos destaca aspectos negativos relacionados à chegada do envelhecimento. Estudos recentes assinalam que o processo de envelhecimento tem levado a aumento da frequência de doenças psiquiátricas, e a depressão é uma das doenças que mais afetam a população envelhecida, aumentando a possibilidade do desenvolvimento de incapacidade funcional (LEITE et al., 2006). Assim, a ausência de perspectiva positiva relacionada ao futuro e, até mesmo, as perspectivas de morte identificadas nas falas anteriormente citadas, podem estar relacionadas à ênfase em aspectos negativos, estado de humor deprimido e início de alguma psicopatologia.

A morte como fenômeno social e os ritos a ela ligados versam na realização do trabalho penoso de desagregar o morto de um domínio e introduzi-lo em outro. É um trabalho que exige um empenho de desestruturação e reorganização das categorias mentais e dos padrões de relacionamento social. O enterro, assim como as formas de lidar com o corpo do morto, é um meio de a sociedade assegurar a seus membros que o sujeito que faleceu caminha na direção de seu lugar determinado (SILVA; VAZ, 2012). Esse ritual da morte é uma tradição construída e reconstruída por meio de uma memória coletiva no contexto dos quadros sociais.

A morte conduz a uma discussão que envolve valores culturais, mas, também, religiosos, pois o ser humano, ao pensar na morte e no processo de morrer, baseia-se também nos seus princípios religiosos (GUTIERREZ; CIMPIONE, 2007). De acordo com Émile Durkheim (1983), a religião é o meio pelo qual todos de uma mesma comunidade, chamada igreja, exercem suas práticas e crenças relativas às coisas sagradas, e ela deve ser entendida como um processo social. Assim, a aceitação da condição de vida, somada ao entendimento do futuro, está diretamente ligada à religião e à espiritualidade, que se encontram mais desenvolvidas nesse período da vida humana, que é a velhice (POTTER; PERRY, 2009).

A morte, para consciência coletiva, é um afastamento do indivíduo da convivência humana. Para os cristãos, é uma esperança, a presença do eterno no tempo, a ressurreição, e o indivíduo precisa passar pelos sofrimentos da morte e crer em Jesus para salvar-se de seus pecados (SILVA; VAZ, 2002). Já para os espíritas, a morte é a destruição do corpo físico, é um instante em meio a um caminho infinito, é uma transição, e não um ponto final (OPERTI, 2000). Assim, pode-se dizer que o idoso vivencia a proximidade com a morte conforme as crenças religiosas construídas ao longo de sua vida a partir de sua memória.

Estudo intitulado *Religião e morte: qual a relação existente?* evidenciou que pacientes que têm uma crença religiosa ou alguma espiritualidade enfrentam a morte com maior tranquilidade e clareza diante da sua terminalidade (SILVA et al., 2012). Esse achado corrobora o da pesquisa, no sentido que todos os idosos declararam ter um tipo de religião e encaram a morte com certa naturalidade, com a certeza de que já viveram muito e que morrer é a última etapa da vida; porém, no mais íntimo deles há certo pesar e tristeza, pois o morrer é uma forma de proporcionar o descanso aos familiares, conforme esta fala:

Tem que morrer, porque aí desocupa. Sei que minha filha já tá cansada, mas não fala nada (IL 2).

Há de salientar que a finitude não deve ser desmerecida pelo ser humano, pois é um processo natural da vida: nascer, crescer e envelhecer. Ela deve ser vista como um acontecimento pelo qual todos um dia passarão e deve ser encarada com naturalidade, pois, à medida que os indivíduos tomam consciência de sua finitude, passam a entender a vida em sua complexidade e tendem a rever seus valores (FRUMI; CELICH, 2006). Todavia, o que se quer destacar é o fato de a morte ser a única certeza para os idosos, como se não houvesse mais uma necessidade de lutar pela vida ou, mesmo, de vivenciar esse momento da velhice. A finitude não pode ser carregada de tristeza, depressão, negatividade, deve, sim, ser encarada como uma realidade.

Nesse contexto, vale ressaltar a importância do estilo de vida adotado, uma vez que ele poderá estar relacionado a uma velhice saudável, visando alcançar um envelhecimento bem-sucedido e com mais qualidade, reduzindo a negatividade da velhice e, conseqüentemente, a perspectiva de morte para o futuro. Desse modo, preservar os aspectos psicossociais é uma estratégia que pode contribuir de modo substancial para a chegada ao envelhecimento com qualidade de vida, com intuito de reverter esse aspecto negativo relacionado ao envelhecimento como finitude da vida. Além disso, é importante salientar, utilizando as palavras de Quaresma (2006), que a dependência é intrínseca à existência humana, pois cruza todos os ciclos da vida, dessa forma, a necessidade de cuidados e de apoios na velhice não pode legitimar um conceito de dependência como característica apenas da velhice.

4.3 REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECER COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O uso do recurso do NVivo “Nuvem de palavras” Figura 11, permitiu, de maneira panorâmica, identificar as palavras mais evidenciadas nos discursos dos idosos nessa categoria. Esse recurso, aliado às interpretações do pesquisador durante o processo de análise, contribuiu para compreender que as falas dos idosos apresentam as principais repercussões que o envelhecer com dependência funcional provoca em suas vidas (“tristeza”, “solidão”, “deprimida”, “medo”, “sozinho”, “doente”, entre outras). Possibilitou ainda demonstrar as estratégias de enfrentamento que os idosos têm diante das adversidades, representadas pelas palavras “Deus”, “vida” e “família”. Uma interpretação mais aprofundada será realizada adiante.

Existem diversas maneiras de perceber e vivenciar o envelhecer. Essa fase da vida ora assume um significado positivo, enfatizado pela felicidade, união familiar, experiência de vida, ora representa-se de forma negativa, caracterizada como uma fase de doença, solidão, medo e tristeza, decorrentes das perdas e da presença de sintomas físicos ou emocionais (MENESES et al., 2013).

Figura 11 - Nuvem de palavras elaborada com base no NVivo sobre as repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional. Vitória da Conquista – BA, 2015



Fonte: Dados da pesquisa

Os idosos dependentes podem ser mais vulneráveis a tristezas e à instalação de um quadro de depressão em razão do isolamento social imposto pelas doenças crônicas e pelas limitações funcionais (MOTA, 2013). Pode-se observar, nos relatos de três idosos entrevistados, que a velhice, numa perspectiva negativa, está associada a sentimentos de tristeza e medo:

O que tem mais em mim é tristeza (IL1).

Eu sempre fiz tudo sozinha. Criei esses três filhos, tudo sozinha sem ajuda, hoje eu que preciso de ajuda pra tudo. Fico triste com isso (IL2).

Eu não saio. Ajunta o medo de eu cair na rua e me arrebentar todo e a tristeza é tanta que eu não acho mais coragem, aquela vontade, aquela coisa de, aquele prazer de sair. E a minha vida eu levo assim. E o mais de mim é tristeza (IL3).

Tais relatos corroboram estudo realizado no município de Cascavel-PR com idosos dependentes, no qual se constatou que a dependência funcional provoca sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação, medo e a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida (TAVARES et al., 2012). Outro estudo que evidenciou o sentimento de tristeza por parte de

idosos dependentes funcionalmente foi desenvolvido por Reis et al. (2015) em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no interior da Bahia, assim como a investigação realizada por esta pesquisadora. As dificuldades em realizar atividades da vida diária são aspectos que ameaçam o bem-estar individual e podem gerar angústia, sentimentos de solidão, problemas de saúde mental e quadro sintomático depressivo.

Esses sentimentos negativos podem agravar-se e determinar sintomas de um quadro depressivo, podendo ser potencializado pela dependência funcional, haja vista que o idoso longo dependente está numa situação de perdas continuadas, as quais despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar síndromes depressivas (TEIXEIRA, 2010). Nas falas a seguir é possível perceber que os idosos sentem-se desanimados, desestimulados, deprimidos, cansados em face às dificuldades em lidar com a impossibilidade de realizar ações que desempenhavam normalmente.

Não tem nada pra fazer, mesmo. Na cozinha, eu não faço nada, não aguento, aí fico aqui, nessa salinha sentada (IL1).

Você vai perdendo o ânimo das coisas, o estímulo, quando a gente fica pensando o que fazer e não tem mais condição de fazer (IL2).

Deprimida, deprimida, porque a gente percebe que a pessoa que cuida da gente também já está cansada (IL2).

Nessa idade eu não tenho mais a saúde que eu tinha antes. Eu não tenho apetite pra comer, não tenho mais forças (IL3).

Já me cansei, estou com a mente cansada (IL4).

Um estudo realizado com 63 participantes, divididos em dois grupos, um com idosos dependentes e outro com idosos independentes, verificou que o grupo com idosos dependentes apresentou maiores níveis de depressão do que o grupo de idosos ativos, concluindo que a percentagem de idosos com sintomatologia depressiva é significativamente superior (72.4%) no conjunto dos idosos dependentes do que no conjunto de idosos ativos (41.2%) (MOTA, 2013). As perdas com que o idoso dependente se depara, tais como aumento da solidão, corte com o mundo e isolamento social, contribuem certamente para o aumento de sintomas depressivos.

Portanto, tais sentimentos ampliam o risco de idosos necessitarem de suporte técnico assistencial nesta fase de suas vidas. Daí a importância da inserção dos idosos em grupos de apoio, em ações socioeducacionais e recreativas, em espaços, tais como os centros de

convivência, que favorecem a minimização do adoecimento decorrente de solidão, tristeza, depressão (MENESES et al., 2013).

Segundo pesquisa do psicólogo John Cacioppo, diretor do Centro de Neurociência Cognitiva e Social da Universidade de Chicago (EUA), a extrema solidão aumenta em 14% o risco de morte prematura de quem chegou à terceira idade. Para ele, idosos que se encontram afastados das relações sociais apresentam mais problemas de pressão, insônia, memória e complicações cardiovasculares (OLIVEIRA, 2014).

A solidão é um fenômeno complexo de significado amplo e subjetivo, depende da maneira como cada pessoa perante determinada situação avalia o seu estado de solidão e de que forma a suporta. A maioria das pessoas idosas, especialmente as dependentes funcionalmente, reduz a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos no âmbito da integração social e familiar e da saúde física e psíquica (TEIXEIRA, 2010).

Ficou nítida essa realidade no *corpus* do estudo, pois todos os idosos mencionaram a inexistência de participação na comunidade e o afastamento das relações sociais em razão da limitação funcional.

Agora só fico em casa. Não saio mais, a não ser pra ir pro médico e vou de táxi, porque ônibus não pego mais. Não consigo (IL1).

Minha vida é esse paradeiro. Nunca mais eu vi nada. Nunca mais eu saí. Só saio mesmo pra ir pra médico e pronto (IL2).

É daqui pra dentro do quarto e de dentro do quarto pra qui, ou no portão. Daí pra cá. Tenho uns amigos aí que fala fulano você não vai em minha casa, e eu falo, num vou não é porque eu não tenho condição de ir (IL3).

Eu frequentava muito os encontros que tinha aí no posto de saúde, no prédio da igreja, era da terceira idade, mas hoje eu não frequento mais, porque está lá no centro da cidade. Para ir preciso de alguém pra me levar, não posso mais pegar ônibus sozinho (IL4).

Sinto falta dos meus amigos do trabalho. Hoje não posso encontrar mais com eles, porque eu tô doente, não aguento viajar mais e nem eles também, tão doente também (IL5).

Os idosos, além de relatarem a situação atual de não poderem sair de casa, recordaram a época em que podiam ir e vir sem necessidade de auxílio de outro, demonstrando o quanto é doloroso ter dependência funcional. A realidade mencionada por esses idosos condiz com o estado atual de limitação funcional, pois não têm condição de sair, visitar amigos, ir aos encontros de grupos de terceira idade, ir à igreja, a não ser com ajuda de outros. Deixando de

exercer atividades antes vivenciadas com prazer e privado de convívio social, o idoso sofre, torna-se triste e limitado.

As relações sociais entre mais velhos estimulam a mente e o pensamento, tendo múltiplos efeitos benéficos sobre a saúde e bem-estar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, é importante mencionar que o suporte social contribui para o melhoramento nos níveis de saúde (RODRIGUES; SILVA, 2013) e da mesma forma a suscetibilidade às doenças fica aumentada com a ruptura dos laços sociais (ALVARENGA et al., 2011). Cobb (1976) e Cassel (1976) foram os primeiros estudiosos a identificar que a suscetibilidade às doenças aumenta com a ruptura dos laços sociais.

Além do mais, as redes de apoio social colaboram para que eles se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo (RODRIGUES; SILVA, 2013). Daí se pode concluir que o suporte social tem importância fundamental para os idosos. Portanto, faz-se necessário possibilitar-lhes algumas formas de incremento nas redes de apoio social, pois a necessidade do outro é mais fortemente desejada na velhice.

A objetividade orgânica da velhice, aliada a condição pessoal de ser velho, remete os indivíduos às vivências primevas de necessidade do Outro para manter-se vivo. Entra em cena a experiência do desamparo, que, não sendo exclusividade das agruras sofridas na velhice, é agora retomada no risco de alcançar a radicalidade (PY; TREIN, 2002, p. 1016).

A velhice associada ao comprometimento da capacidade funcional faz com que o idoso tenha muitas perdas, profissionais, financeiras, familiares, de saúde, entre tantas outras (TEIXEIRA, 2010). O apoio social tem função importante no enfrentamento das perdas e limitações da velhice, pois pode contribuir para manutenção ou promoção da saúde física e mental dos idosos (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Um estudo com idosos atendidos por equipes de Saúde da Família concluiu que a rede de suporte social dos idosos é pequena na maioria das dimensões avaliadas e que o sistema provedor mais presente é o familiar (ALVARENGA et al., 2011). Esse achado está de acordo com o nosso estudo, pois a maior parte do apoio social dos idosos vem do apoio da família.

O apoio maior é da família. Eles sempre estão de acordo comigo em tudo que eu quero. É só coisa para o bem, então eles estão sempre comigo (IL4).

Quando se fala em família, está-se referindo à família nuclear ou os mais próximos, como netos. Vale ressaltar que apenas dois idosos têm como cuidadora a filha, os demais são as netas que são as cuidadoras e que dão o suporte mais de perto.

No estudo intitulado *Solidão em idosos: percepção em função da rede social*, os resultados obtidos apontaram o papel importante que a rede social pode desempenhar como estratégia para lidar com a experiência da solidão e evidenciou que quanto maior a rede social, menor a escala de solidão e quanto menor é a rede, maior a probabilidade de o indivíduo apresentar solidão (FREITAS, 2011).

Desse modo, a incapacidade física e outras comorbidades podem contribuir para o isolamento social e a depressão, especialmente nos idosos longevos, o que pode provocar a solidão. Conseqüentemente, a solidão compromete as atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso e provoca um sentimento de vazio interior (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Percebeu-se, especialmente em um idoso da pesquisa, sentimento de solidão. Este demonstrou, durante toda a entrevista, ser vítima de um isolamento social, pois, além de não poder sair para visitar amigos, eles também não o visitam, a família que mora longe o vê esporadicamente e os que estão próximos, como diz o próprio idoso, esqueceram que ele existe, como se pode observar nesta fala:

Me sinto muito mal, fico triste, choro por causa da solidão (IL3).

Ajunta a solidão. Tenho meu povo aqui, mas assim...não tenho ninguém pra conversar com uns aos outros. Eu sou só. Eu fico aqui aguardando aqui dentro de casa (IL3).

Meus filhos não pode me visitar, porque eles têm os trabalho deles, não pode abandonar... eles demoram um monte de ano sem vim aqui, só liga e quando eu guento atender, eu atendo...assim é nossa comunicação (IL3).

O IL3 demonstra visivelmente o quanto se sente só e o quanto a falta de contato com as pessoas, especialmente da família, o deixa triste. Assim, foi possível inferir que a solidão, os sentimentos de tristeza e medo referidos pelos idosos possibilitam o desenvolvimento patológico da depressão. Diante do exposto, é importante inferir que o olhar aos idosos deve partir não apenas das queixas físicas, mas também das psicológicas e sociais, com avaliações abrangentes, capazes de perceber alterações que se encontram por trás de queixas de doenças aparentes.

Mesmo com a presença de doenças e com o comprometimento da capacidade funcional, observou-se que alguns idosos apresentaram estratégias de enfrentamento, a saber: a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família, como forma de superação dos problemas vivenciados por eles. Estratégias de enfrentamento é o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas (ANTONIAZZI;

DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), sendo mais precisamente o enfrentamento um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, assim como em traços de personalidade (FOLKMAN; LAZARUS, 1984). Nesse sentido, enfrentamentos são as mudanças cognitivas e os esforços comportamentais para administrar demandas específicas, seja internas, seja externas (FOLKMAN; LAZARUS, 1984).

Dois idosos demonstram uma postura de resiliência. Afirma-se que esses idosos estão resilientes e não que são resilientes, pois eles podem apresentar uma característica resiliente para a situação investigada, porém podem não ser resilientes em outras situações (ANGST, 2009). A resiliência se caracteriza pela capacidade do indivíduo de responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital. A resiliência pode ser influenciada pelos atributos do indivíduo, do contexto familiar e sociocultural (ALMEIDA, 2011). É um termo recente, tomado de empréstimo da física, utilizado pelo movimento intitulado “Psicologia Positiva”, que busca romper com viés negativo e reducionista de algumas tradições epistemológicas e focalizar as potencialidades e qualidades humanas (YUNES, 2003).

Conforme pode ser visto nos trechos transcritos a seguir, dois idosos demonstraram capacidade de se manterem positivos, mesmo diante das adversidades que têm enfrentado. Mostrando, assim, que o fato de estarem idosos dependentes, acometidos com doenças crônico-degenerativas não os impede de tirar proveito e aprendizado da situação. Eles mostram que é possível resistir às adversidades primeiramente e superá-las depois, para, assim, seguirem vivendo o melhor possível.

Eu me sinto feliz de ter chegado onde estou hoje. A gente tem que se conformar com a vida. É assim mesmo dependendo dos outros, mas não reclamo, não. A vida é assim mesmo. A gente tem que se conformar com a vida com o que é feito por Deus. Não acho ruim, não (IL 5).

Só faço dormir o dia todo. Durmo, acordo, levanto. Ando aqui mesmo na praça, volto, torno deitar e durmo. Não fico contrariado, não acho ruim. Acho normal (IL4).

A pessoa resiliente enfrenta o estresse, sabe que está sendo atingida por adversidades, mas conserva, nas lembranças, as possíveis marcas da situação estressante que vivenciou, recupera porque tem o sustentáculo para prosseguir e criar novas trajetórias de vida (SILVA et al., 2005).

Ferreira, Santos e Maia (2012) realizaram estudo sobre resiliência com idosos usuários da rede pública de saúde do município de Natal-RN e identificaram que eles apresentam

características resilientes, autoestima positiva e apoio social percebido como satisfatório, mesmo diante das perdas e declínios vivenciados na velhice. Diante das falas apresentadas anteriormente e do estudo desses autores mencionados, é possível inferir que, mesmo na presença de situações adversas, algumas pessoas idosas conseguem responder bem diante de problema e sofrimento causado pela doença, superando e encontrando estratégias para lidar com a situação de forma positiva. As experiências vividas ficam na sua lembrança, mas o sujeito é capaz de extrair algo de bom nisso tudo, ressignificando o mal sofrido (PESCE; ASSIS; OLIVEIRA, 2004).

Segundo Silva (2003), a resiliência é uma competência individual que se constrói nas interações entre o sujeito, a família e o ambiente; todavia, pode não ser apenas uma competência do sujeito, mas, também, de alguns grupos sociais, como a família. No desenvolvimento psicossocial, a interação do sujeito com seus círculos familiares e de amizades influenciará nas respostas aos estressores (REIS, 2013).

Também pode ser observada a presença da fé na hora de superar as dificuldades impostas pela presença da doença. De tal modo, questões relacionadas ao poder divino, à fé de que Deus vai ajudar e o pensamento positivo frente à situação negativa são formas de tentar encontrar forças e esperança em dias melhores. Isso é evidenciado na fala dos idosos longevos 5 e 4:

Espero viver até o dia que Deus quiser. Tenho fé que Deus vai me ajudar. Deus me deu muitos anos de vida, e eu só tenho que agradecer (IL 5).

Velhice pra mim significa o poder de Deus na nossa vida. Eu entendo assim. Eu me apego com Ele nos momentos de mais dificuldades e sempre me saio bem (IL4).

De acordo com Vietta (2012), a fé, a espiritualidade ou a pertença a um grupo, comunidade ou instituição religiosa influenciam na superação das dificuldades e sofrimentos pessoais e sociais. Os teóricos da resiliência têm demonstrado certa resistência em relacionar fé, religiosidade e espiritualidade com atitudes resilientes. Entre poucos teóricos que tratam dessa relação, é possível destacar Vanistendael, pois, para ele, a resiliência pode estar atrelada a uma filosofia de vida e por vezes a vida espiritual e a fé religiosa (VANISTENDAEL, 2007). “Com frequência uma pessoa resiliente descobre por meio da fé a possibilidade de ser aceita incondicionalmente” (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2004, p. 95).

Desse modo, a resiliência se apresenta como um fator importante de proteção, podendo favorecer o desenvolvimento da adaptação, segurança, autonomia e criatividade para

superar a situação adversa, nesse caso a doença e a incapacidade funcional (AMPARO et al., 2008).

O que se percebe é que, além estarem no processo da resiliência, conforme foi mencionado anteriormente, a fé e a espiritualidade se caracterizam como estratégias de enfrentamento por si sós. Diversos estudos com idosos vêm apresentando em seus resultados a espiritualidade como estratégia de enfrentamento (TRENTINI et al., 2005; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008; HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

A espiritualidade apresenta uma centralidade na vida de muitos idosos, que se torna um suporte emocional muito utilizado com o avançar da idade e a fé toma uma dimensão de um pensar construtivo. Independente do credo ou convicção religiosa, é preciso que os profissionais de saúde valorizem a espiritualidade dos sujeitos, pois a fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010), serve como um amortecedor dos eventos negativos (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008), é um sentimento de pertença a uma sociedade e faz parte de uma memória coletiva de grupos.

Além da atitude de resiliência, fé e espiritualidade, três dos cinco idosos salientaram em suas falas o apoio da família, como é possível observar em alguns trechos selecionados. A família é um apoio fundamental para idosos, especialmente os que se encontram em estado de dependência funcional como é o caso dos idosos sujeitos do estudo.

Minha alegria é quando chega todo mundo, que reúne família. Aqui tem essa mania de quando qualquer neto, filho meu que faz aniversário, eles vêm tudo pra cá (IL2).

Aqui a união continua a mesma. É sempre um pelo outro. Não existe egoísmo, não. É um tentando ajudar o outro (IL4).

O apoio maior é da família. É só coisa para o bem, então eles estão sempre comigo (IL4).

Eu sou bem tratado. Minha filha se formou e num foi trabalhar, só pra ficar colada comigo direto, dia e noite. É médico, é tudo (IL5).

Observa-se, nessas falas, que a família favorece o desenvolvimento de respostas adaptativas a eventos adversos e a manutenção da alegria e de agradecimento por tê-la próximo. Percebe-se que o fato de familiares estarem por perto ou, mesmo, de serem cuidadores, já que foi uma unanimidade o fato de os cuidadores serem da família (netas e filhas), favorece a manutenção da integridade psicológica e possibilita reduzir os danos causados pelo afastamento social exterior à família, pois, como se percebeu, as relações sociais para todos os sujeitos do estudo foram reduzidas ou extintas.

Identificou-se ainda que os idosos que dispõem do apoio da família têm uma estrutura de enfrentamento superior aos que não gozam desse apoio. Para Pimentel e Albuquerque (2010), os laços familiares são importantes para o bem-estar e para a estabilidade emocional dos indivíduos, além de possibilitarem às pessoas mais velhas permanecerem integradas nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais. Ficou claro, nas falas dos idosos, que a demonstração de afetividade, cuidados e vínculos com a família são essenciais para a manutenção da saúde psíquica e que a instituição família, ainda que com as constantes transformações, é de suma importância para os idosos.

Diante disso, é possível afirmar que é fundamental o relacionamento do idoso com a família em qualquer fase da vida, notadamente quando eles se tornam dependentes física e psicologicamente. Todavia, há de se considerar que não só a família é a responsável pelo comprometimento do vínculo com o idoso, pois, além das dificuldades financeiras e da aceleração do ritmo de vida na atualidade, algumas características comportamentais ou de personalidade do idoso podem tornar difícil o estabelecimento ou mesmo o fortalecimento dos vínculos afetivos com os familiares (RODRIGUES; SILVA, 2013). Por vezes uma história familiar construída com base em conflitos e relação interpessoal problemática possibilita a inexistência ou redução de apoio ao idoso.

Além disso, conforme Teixeira (2000), é preciso compreender, para o enfrentamento do processo de envelhecimento, as transformações sociais e culturais que vêm ocorrendo nas últimas décadas nos novos contornos de organização familiar. Entretanto, qualquer que seja a estrutura na qual se organizará a família do futuro, há necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos. Nesta fase da vida, o que o idoso necessita é sentir-se valorizado, viver com dignidade, tranquilidade e receber atenção e carinho da família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou analisar o envelhecer com dependência funcional a partir dos relatos de memória de idosos longevos de uma Unidade de Saúde da Família de Vitória da Conquista/BA. Permitiu, também, trazer à baila a memória do viver/envelhecer dos idosos longevos antes e após a dependência funcional e examinar as repercussões psicossociais do envelhecer com dependência funcional.

A partir do cotejamento e análise das informações, verificamos que os relatos dos idosos longevos dependentes funcionalmente, foram construídos baseados em uma memória coletiva do tempo vivido e experienciado. Essa memória foi reconstruída e fundamentada na experiência do presente, pois mesmo sendo percebidas as singularidades, de cada idoso, foi possível inferir que eles não são indivíduos isolados da realidade maior que fazem parte, visto que, seus posicionamentos, observados a partir dos relatos foram vinculados aos acontecimentos e aos grupos nos quais estão inseridos.

Diante dos resultados foi possível inferir que a memória dos idosos antes da dependência se concentram em um período de plenitude. Em contrapartida a memória dos idosos após a dependência se agrupam em momentos de limite relacionados ao binômio envelhecimento-dependência funcional, evidenciando, para tanto, que suas vidas está representada por dois períodos extremamente distintos. De tal modo, ao dialogar com os referenciais do campo da memória foi possível compreender os significados que os idosos têm do envelhecer nesses dois momentos.

Frente a isso, poderíamos dizer que a memória do viver/envelhecer dos idosos antes da dependência funcional concentraram-se predominantemente nas relações que envolvem o trabalho, tanto remunerado, como o não remunerado, pois as atividades laborais marcaram a vida dos idosos de tal forma que, até o presente, frente à dependência funcional e afastado do trabalho, conserva as recordações do passado em que eram ativos.

Isto posto, amparado nas recordações dos idosos foi possível perceber que o trabalho para eles esteve presente desde a infância e que era uma forma de sustentar a si e a sua família, de ter uma valorização pessoal e de respeito, além de ser uma forma de cultivar o sentimento de pertença na sociedade e manter as relações sociais. Por outro lado, o trabalho, especialmente o braçal, causou consequências drásticas à saúde dos participantes, gerando uma situação de adoecimento e perda da capacidade funcional, com a impossibilidade de realizar as atividades laborais.

Constatou-se também que o grupo familiar é uma referência importante para a reconstrução do passado, pois é, no espaço da família, que as recordações são vivificadas.

Por meio dos relatos foi possível concluir que a memória dos idosos sobre o envelhecer com dependência funcional está associada ao aparecimento das patologias e suas consequências negativas em sua capacidade funcional.

Foi visto ainda que todos os idosos se sentem velhos e relacionam o início da velhice ao momento da instalação destas patologias e ao comprometimento da capacidade funcional. Para eles, estas doenças têm inúmeros impactos em suas vidas, visto que provocam alterações em seu corpo gerando dor, sofrimento e dependência funcional.

Portanto, os idosos longevos, a partir de um processo de recordar, reconstituíram o vivido no passado, quando eram ativos e desenvolviam atividades laborais, período para eles extremamente importante, pois era um meio de composição de relações, de possibilitar a renda familiar, mas especialmente de existência, enquanto um sujeito autônomo. Por outro lado, viver o presente, foi externado como um período marcado pelo fim do trabalho e início a uma vida dependente de outras pessoas.

Depreendeu-se diante dos discursos dos idosos que o significado de velhice para eles foi construído a partir de suas experiências e seu estado atual com influência da memória individual, mas também coletiva, construídas ao longo de suas trajetórias de vida. Amparada a essas memórias, foi visto o surgimento nos relatos dos depoentes os sentimentos positivos e negativos relacionados ao envelhecer, entretanto, os sentimentos negativos sobrepuseram aos positivos, especialmente pelo fato de o envelhecer ter sido acompanhado de doenças e comprometimento da capacidade funcional. Esse sentimento justifica o fato de os idosos não apresentarem perspectivas para o futuro, pois a morte foi declarada como a única certeza mais próxima, embora não seja vista como um pesar, mas como um processo natural da vida humana.

Outro aspecto a acrescentar nesse dinamismo são as repercussões psicossociais vivenciadas pelos idosos e relatadas por eles ao recordar o desenvolvimento das doenças e da dependência funcional. Foi visto que às repercussões psicológicas, como as sensações de medo, tristeza, redução de estímulo e depressão foram as mais evidenciadas; enquanto que a principal repercussão social foi a redução das relações sociais e do apoio dos familiares e amigos. A associação dessas repercussões se mostrou fundamental para o desenrolar da solidão desses indivíduos, o que contribuiu ainda para o aumento da incapacidade funcional, dependência e declínio da qualidade de vida.

Em contrapartida, mesmo com a presença de doenças e com o comprometimento da capacidade funcional, observou-se que a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família são recursos salutareos para superação dos problemas vivenciados, bem como, para a manutenção da integridade física, psicológica e social.

A pesquisa encontrou algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito à amostra, pois foram inúmeros os problemas para constituir o corpus do estudo, tais como reduzido número de idosos acima de 80 anos cadastrados na unidade de saúde com comprometimento da capacidade funcional; dificuldade de acesso a esses idosos; falecimento de alguns no decorrer do estudo; número reduzido de idosos com o cognitivo preservado; entre outras. Apesar das limitações identificadas a construção metodológica e os resultados podem ser aplicados a sujeitos que vivenciam situações semelhantes à dos idosos da pesquisa.

Sugere-se que futuras investigações sejam realizadas e utilizem amostras mais amplas, quer incidindo nas mesmas faixas etárias pesquisadas, quer alargando o âmbito a outras faixas etárias, como idosos a partir dos 60 anos. Recomenda-se ainda estender a outras áreas demográficas ou realizar estudos comparativos entre unidades de saúde em áreas geográficas diferentes.

Este estudo possibilitou compreender como é o envelhecer com dependência funcional e as repercussões desta situação na vida dos idosos e de sua família. Ações de prevenção, cuidado, educação devem ser estabelecidas para que estes idosos possam ter uma melhor qualidade de vida e perspectivas futuras mais positivas.

Para isso, é necessário investir em esforços na prevenção de doenças crônico-degenerativas e outras que provocam limitações e que tenham como consequência a dependência funcional. Vale destacar a importância em atuar nos primeiros sinais de doença e de incapacidade, pois é a forma mais eficaz de possibilitar uma velhice bem-sucedida e com qualidade de vida.

Ressalte-se que intervenções de apoio social aos idosos adaptadas aos contextos das áreas onde os participantes residem devem ser consideradas para fortalecer as estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados pelos idosos. As ações podem centrar-se nas dimensões de apoio social, como orientação, informação, mas, também, em atividades sociais de lazer e interação.

É extremamente pertinente salientar que as recordações do viver/envelhecer desses idosos denotaram a forma como eles veem o seu próprio envelhecer, mas ainda como percebem as relações sociais do seu entorno, pois as recordações que foram mobilizadas pela memória dos idosos expressaram uma carga de negatividade diante do quadro atual em que

vivem, mas, sobretudo, demonstraram a realidade que é envelhecer dependente de outras pessoas.

Sendo assim, é preciso trazer a discussão das mais diversas áreas de estudo o envelhecimento e as problemáticas a ele relacionadas com o intuito de contribuir para o avanço do saber e ainda possibilitar subsídios para o enfrentamento das inúmeras questões sociais que afetam direta e indiretamente um número cada vez mais significativo de pessoas idosas. Para isso, é necessário desenvolver ações que deem conta desses problemas que não são apenas dos idosos, mas de toda a sociedade.

Analogamente, é preciso promover a manutenção da integridade psicossocial dos idosos, para que possam vivenciar o envelhecer, mesmo com as alterações e problemas que venham a ocorrer, com vistas a reverter os aspectos negativos relacionados ao envelhecimento, pois se as memórias dos idosos se ligam a aspectos positivos, podem contribuir para a construção de estratégias de enfrentamento quando as dificuldades surgirem.

Certamente não se esgotaram os debates acerca das temáticas que emergiram no estudo realizado. De tal forma, espera-se que as lacunas possam servir de ponto de partida para pesquisas posteriores. O que se procurou reforçar durante a trajetória de pesquisa é que o envelhecer representa um período de transformações biopsicossociais e que é preciso favorecer a compreensão da memória de idosos em torno dessas mudanças baseada na preservação das capacidades de manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p.1-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Alínea, 2009.
- ALMEIDA, M. F. de. **Resiliência em idosos**: sobreviver as adversidades sem perder a integridade. 2011. s.p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de León, Fundação Universitária Iberoamericana. Florianópolis, Brasil, 2011. Disponível em: <<http://mariaferry.com.br/artigo/52/resiliencia-em-idosos---sobreviver-as-diversidades-sem-perder-a-integridade>>. Acesso em: 11 out. 2015.
- ALVARENGA, L. N.; KIYAN, L.; BITENCOURT, B.; WANDERLEY, K.S. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009. ISSN 1980-220X. doi: 10.1590/S0080-62342009000400009.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-11, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2015.
- AMPARO, D. M.; GALVÃO, A. C. T.; ALVES, P. B.; BRASIL, K. T.; KOLLER, S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 165-74, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/09.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.
- ANGST, R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia e Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253-260, jul./set. 2009.
- ANSAI, J. H.; SERA, C. T. N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, SP, Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, v. 16, n. 5, p.189-200, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18643/13831>>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, UFRGS, 1998.
- ARAÚJO, E. N. P. de. Idosos dependentes: velhice com dignidade. **Revista Portal de Divulgação**, n. 9, p.33-37, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- ARGIMON, I. L.; VITOLA, J. C. E a família, como vai? In: BULLA, L. C. V.; ARGIMON, I. I. L. (Orgs.). **Convivendo com o familiar idoso**. Porto alegre: Edipucrs, 2009. p. 25-31.

ASSIS, M. de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.11-21.

AZEVEDO, A. J. M. de et al. Dor e envelhecimento: uma relação negativa com a longevidade humana. In: REIS, L. A. dos R. et al. **Ensaio sobre o Envelhecimento**. Vitória da Conquista: Ed. UESB, 2013. p. 139-152.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2011.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. de B.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. D. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160 p. (Coleção Previdência Social; v. 28). Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTANI, I. F.; BARRETO, S. A. P. As transformações no Mundo do Trabalho e as consequências na subjetividade dos indivíduos. **Katálisis**, Florianópolis, SC, v. 7, n. 2, p. 203-207, jul./dez. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6850/6331>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BEZERRA, A. C. **Concepções sobre o processo de envelhecimento**. 2012. 34 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/picos/arquivos/files/AndreiaBezerra.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

BEZERRA, M. E. G. **“O trabalho infantil afeta o desempenho escolar no Brasil?”** 2006. 163p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Economia da ESALQ, USP, Piracicaba, 2006. Disponível em: <<http://www.cepea.esalq.usp.br/pdf/MarcioBezerra.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2015.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de educação da criança. **Temas Psicol.**, v. 5, n. 3, p. 33-49, 1997. ISSN 1413-389X. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v5n3/v5n3a05.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

BLESSMANN, E. J. **Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice**. 2003. 39p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3105/000382152.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 out. 2015.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOSI, E. **Memória & sociedade: lembrança de velhos**. São Paulo: T. A. (Ed.), 1979.

_____. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 16. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do idoso. **Lei 10.741/2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.528**, de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudededaPessoaIdosa.pdf> >. Acesso em: 12 set. 2015.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei nº 8.842**, de janeiro de 1994, Política Nacional do Idoso. 1. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Apresenta informações sobre a atenção básica**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 13 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2014.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.
- CAMARANO, A. A. A demografia e o envelhecimento populacional. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2008. p.111-134. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_577264946.pdf >. Acesso em: 25 fev. 2015.
- _____. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão Além dos 60 Poderão Viver os Idosos Brasileiros? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.77-105. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoaidosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2014.
- CAMBI, F. **Historia da pedagogia**. Tradução Álvaro Lorencini. São Paulo: UNESP, 1999.
- CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.6, p. 2919-2925, 2011. ISSN 1413-8123. Doi: 10.1590/S1413-81232011000600029.
- CARVALHO, A. de; COSTA, I. T. de; MONTEIRO, A. M. L. **Efeitos perversos do trabalho Infantil**. 2005. Disponível em:

<https://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2005.2/efeitos%20perversos%20do%20trabalho%20infantil.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

CARVALHO, J. A. M. de; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CASADEI, E. B. Maurice Halbwachs e Marc Bloch em torno do conceito de memória coletiva. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 108, p.153-161, maio 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/%20EspacoAcademico/article/viewFile/9678/5607>>. Acesso em: 24 set. 2015.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. **Am J Epidemiol**, v. 104, n. 2, p. 107-23, 1976. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.454.1555&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Colaboração Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira, Marco Túlio de Freitas Ribeiro. 2. ed. Belo Horizonte: NESCOM UFMG, 2013. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

COBB, S. Presidential address 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-14. 13, 1976. Disponível em: <https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015.

COSTA, G. A. **Atividade física, qualidade de vida e currículo** - por uma velhice bem-sucedida. 2000. 249p. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.afrid.faefi.ufu.br/sites/afrid.faefi.ufu.br/files/Doc/completo_8.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2014.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, s.p., dez. 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html>. Acesso em: 29 dez. 2014.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas Ciências Sociais**. Bauru: EDUSC, 1999. p. 177.

DISTÂNCIAS DE CIDADES. **Distância da cidade de Vitória da Conquista para Salvador**. 2015. Disponível em: <<http://br.distanciacidades.com/distancia-de-vitoria-da-conquista-a-salvador>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

DUARTE, A. V. M. Memórias da infância: narrativas de velhos sobre a educação em Belém do Pará (1900 - 1950). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO: "O ENSINO E A PESQUISA EM HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO", 5., 2008. **Anais...** São Cristóvão, Sergipe: Universidade Federal de Sergipe; Aracaju : Universidade Tiradentes,

2008. Disponível em: <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe5/pdf/516.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

DURKHEIM, E. **Formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Abril, 1983.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 2004. (Escrito em: 1876. 1ª Edição: Neue Zeit, 1896. Origem da presente transcrição: edição soviética de 1952, de acordo com o manuscrito, em alemão. Traduzido do espanhol). Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>>. Acesso em: 11 set. 2015.

EVANS, J. G. Prevention of age-associated loss of autonomy. **Epidemiological Approaches**, J Chron. Dis., v. 37, n. 5, p. 353-63, 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6371038>>. Acesso em: abr. 2015.

FARATH, L. M. O trabalho na terceira idade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 3, n. 3, p. 91-93, jul./set. 1989. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v03n03/v03n03_18.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015.

FARIAS, M. Infância e educação no Brasil nascente. In: VASCONCELLOS, V. M. R. de (Org.). **Educação da infância: história e política**. Rio de Janeiro: DPeA, 2005. p.1-12.

FERNANDES, N. G.; ZORDAN, M. S. Relações entre trabalho, saúde e aposentadoria da pessoa idosa: uma abordagem teórica. **Revista Científica da Faculdade de Balsas**, Ano III, n.3, p.1-10, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/43-163-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/43-163-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FERRARI, M. A. C. Idosos mais idosos: reflexões e tendências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 457-471, 2002.

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm., USP**, v. 46, n. 2, p. 328-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a09v46n2.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

FERREIRA, G. C. G. História e memória da educação: a educação do século xx pela ótica de um filho da época. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL”, 9., 2012. **Anais...** João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/7.24.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, p. 150-170, 1984.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mentalstate: a practical method for grading the cognitiv estate of patients for the clinician. **JPsychiatric Res.**, n.12, p.189-98,

1975. Disponível em: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(75\)90026-6/abstract](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(75)90026-6/abstract)>. Acesso em: 13 set. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf> >. Acesso em: jun. 2015.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a10v21n1.pdf> >. Acesso em: 14 out. 2015.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 609-623.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Escola de Enfermagem**, USP, v. 44, n. 2, p. 407-12, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf> >. Acesso em: 27 jul. 2015.

FREITAS, P. C. B. **Solidão em idosos**: percepção em função da rede social. 2011. 92p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2011.

FREITAS, W. M. F.; SILVA, A. T. M. C.; COELHO, E. A. C.; GUEDES, R. N.; LUCENA, K. D. T.; COSTA, A. P. T. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6868.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, RS, p. 92-100, jul./dez. 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/78-349-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/78-349-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2015.

GARCIA, M. A. A.; ODONI, A. P. C.; SOUZA, C. S.; FRIGERIO, R. M.; MERLIN, S. S. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 537-52, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J. dos; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2487-2496, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a02.pdf> >. Acesso em: 02 out. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GUIDI, M. L. M.; MOREIRA, M. R. L. P. **Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida**. 2. ed. Brasília: UnB, 1996.

GUIMARÃES, E. C. Reflexão sobre a velhice. **CES Revista**, Juiz de Fora, v. 21, p.11-23, 2007. Disponível em: <http://www.cesjf.br/revistas/cesrevista/edicoes/2007/reflexao_sobre_a_velhice.pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem em UTIs. **Rev. Esc. Enferm**; v. 41, n. 4, p. 660-7, 2007.

HALBWACHS, M. A **memória coletiva**. Tradução Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

HANUS, M. Les deuils au grand âge. **Études sur la mort.**, v. 1, n. 135, p. 89-97, 2009.

HOGSTEL, M. O.; GAUL, A. L. Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J. Gerontol.Nurs.**, v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2005368>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Estud Pesqui Psicol**, v. 9, n. 2, p. 480- 492, 2009.

HORTA, A. L. M.; FERREIRA, D. C. O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 523-28, 2010. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/169/823>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Vamos conhecer o Brasil, o nosso povo, característica da população. 2010a. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

_____. **Censo 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/2010>>. Acesso em 7 out. 2015.

_____. **Atlas do Censo Demográfico**. 2010b. Atlas. 2. Mapas estatísticos - Brasil. 3. Brasil - População - Mapas I. IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. 160 p. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060/Projeção da população das Unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030.** 2013b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

IOSHIMOTO, T. Dependência funcional, mortalidade e qualidade de vida nos Idosos. **Rev Neurocienc.**, v. 18, n. 4, p. 423-424, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1804/editorial%20thais.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

KASSOUF, A. L. Trabalho infantil: causas e conseqüências. **Administração e Sociologia da ESALQ/USP**, 9 nov. 2005. Disponível em: <<http://www.cepea.esalq.usp.br/pdf/texto.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

KASSOUF, A. L.; MCKEE, M.; MOSSIALOS, E. Early entrance to the job market and its effect on adult health: evidence from Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford University Press, v. 16, n. 1, p. 21-28, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11238426>>. Acesso em: 05 out. 2015.

KOVÁCS. M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 243p.

_____. Educação para a morte. Education for death. **Psicol. cienc. prof.**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2015.

KUBO, S. H.; GOUVEA, M. A. Análise de fatores associados ao significado do trabalho. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 540-554, 2012. ISSN 0080-2107. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v47n4/a03v47n4.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

LAWTON, M. P.; BRODY, M. H. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3_Part_1/179.extract>. Acesso em: 28 set. 2014.

LEIBING, A. Memória, velhice e sociedade. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1061-1064.

LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; FALCÃO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jun. 2015.

LEMOS, D. de; PALHARES, F.; PINHEIRO, J. P.; LANDENBERGER, T. **Velhice**. E-Psico, Subjetivação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>>. Acesso em: 30 set. 2015.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.892-897.

LEVY, S. M. Avaliação Multidimensional do paciente Idoso. In: **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 527-38.

LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 303-07, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a14v25n2.pdf> >. Acesso em: 26 jul. 2015.

MANZARO, S. de C. F. **Envelhecimento: idoso, velhice ou terceira idade?**. 2013. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/comportamentos/item/3427-envelhecimento-idoso-velhice-ou-terceira-idade>>. Acesso em: 12 set. 2015.

MASCARO, S. A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MATOS, P. R. M. A. de. Ser-se mais do que velho: tempo, memória e velhice no contexto de um lar. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2004. **Anais...** Coimbra, 2004. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel64/PatriciaMatos.pdf> >. Acesso em: 13 set. 2015.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L. de, FARO, A. C. M.; LEITE, R. de C. B. de O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf> >. Acesso em: 08 dez. 2015.

MENESES, D. L. P.; SILVA JÚNIOR, F. J. G. da; MELO, H. de S. F.; SILVA, J. C. e; LUZ, V. L. E. de S.; FIGUEIREDO, M. do L. F. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/495-1281-1-SM.pdf> >. Acesso em: 28 set. 2015.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 212p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINOIS, G. **História da velhice no Ocidente**. Lisboa: Teorama, 1999.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

MONTESPERELLI, P. **Sociología de La memória**. 1. ed. Buenos Aires: Nueva Vision, 2004. 192 p.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

MOREIRA, A. H. A identidade social do idoso e as relações de trabalho: a realidade por trás das salvaguardas legais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, SP, Brasil, v. 15, n. 2, p. 91-107, mar.2012. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/13108-31481-1-SM.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia**, USP, v. 19, n. 1, p. 59- 79, Jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

MOTA, T. B. **Depressão e religiosidade: estudo exploratório na população idosa dependente**. Lisboa. 2013. 60p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Lisboa, 2013.

NASCIMENTO, A. J. R. do; RABÊLO, F. C. E. Memória e envelhecimento: narrativas sobre questões de gênero e do mundo do trabalho. **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 2, p. 333-342, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/viewFile/5291/4330>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

NERI, A. L. **Velhice e sociedade**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1999.

_____. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2., 2001. **Anais... GERP**, 2001. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.com/old/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

OLIVEIRA, S. C. F. de; SANTOS; G. L. G. dos. Construção sócio-histórica e midiática da velhice. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 422-428, set./dez. 2009.

OLIVEIRA, B. de. **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. 4. ed. Livpsic, 2014. 144 p. ISBN 9789728082673.

OPERTI, M. **Visão espírita da morte**. Palestra Virtual IRC-Espiritismo. Rio de Janeiro: Portal do Espírita, 2000. Disponível em: <<http://www.espirito.org.br/portal/palestras/irc-espirtismo/palestrasvirtuais/pv201000.html>>. Acesso em: 04 set. 2015.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-12.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 147-153.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. de (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV; 1998. p. 69-84.

PELLISSIER J. **Com que idade nos tornamos velhos?** Dossiê envelhecimento. 2013. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1441>>. Acesso em: 13 set. 2015.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; ETCHEPARE. O envelhecimento e o sistema músculo esquelético. **Revista Digital: 101**. Buenos Aires, Argentina, ano 11, p. 1, out. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd101/envelh.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-43, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

PIMENTEL, L. G.; ALBUQUERQUE, C. P. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 251-263, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA (PMVC). **Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/v2/categoria/secretaria/saude/>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p.678-83, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a005_-_estrategias_que_contribuem_na_independencia_fisica_e_autonomia_do_idoso_hospitalizado_-_rene_2011.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

POLLAK, M. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, 1992, p. 200-212. Disponível em: <http://www.pgedf.ufpr.br/downloads/Artigos%20PS%20Mest%202014/Andre%20Capraro/memoria_e_identidade_social.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

PORCIÚNCULA, R. C. R.; CARVALHO, E. F.; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev.**

Bras. Geriatr. Gerontol., v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000200315&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 out. 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PY, L.; TREIN, F. Finitude e Infinitude: Dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

QRS INTERNATIONAL. **NVivo 11 for Windows - Getting Started Guide**. Doncaster, AUS: QSR International Pty Ltd, 2013. 43 p. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/learning/Getting-Started/win11>>. Acesso em: 30 set. 2015.
 QUARESMA, M. L. Gerontologia e gerontologia social - contributos para análise de um percurso. **Revista Kairós, Gerontologia**, São Paulo: Educ, v. 9, n. 1, p.19-42, 2006.

REIS, L. A. dos; GOMES, N. P.; REIS, L. A. dos; MENEZES, T. M. de O.; COUTO, T. M.; AGUIAR, A. C. de S. A.; ABREU, M. da S. N. de. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. **Chía**, Colômbia, año 15, v. 15, n. 3, p. 393-402, Sep. 2015 Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/5359-27319-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/5359-27319-1-PB%20(3).pdf) >. Acesso em: 24 out. 2015.

REIS, W. C. F. Duras memórias: resiliência e resistência feminina à repressão militar no Brasil. **Cordis**. Revoluções, cultura e política na América Latina, São Paulo, n. 11, p. 127-154, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/viewFile/19801/14709> >. Acesso em: 10 dez. 2015.

RODRIGUES, L. M. **A criança e o brincar**. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Decanato de Pesquisa e Pós-graduação (DPPG), 2009. 46p.

RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. da. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a16v16n1.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2015.

RODRIGUES, L. de S.; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n. 4, p. 1-29, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/1901-3041-1-PB.pdf> >. Acesso em 21 de outubro de 2015.

RUBESTEIN, L. Z.; RUBESTEIN, L. V. Multidimensional Geriatric Assessment in Tallis, R C; Fillit, HM; Brocklehurst, JC (ed). **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5. ed. Estados Unidos da América: Churchill Livingstone, 1998. p. 207-216.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev. 2000. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2015.

SANTOS, F. H. dos; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol. estud.**, v.14, n.1, p. 3-10, 2009. ISSN 1807-0329. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

SANTOS, J.; GICO, V. de V. Análise de depoimentos de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama. In: SANTOS, J. **Narrativas de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama**: ouvindo a palavra, entendendo o corpo e o envelhecimento. 2007. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2007. Disponível em: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/JoselitoS.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

SANTOS, R. A. dos. **A velhice e a presença da finitude**: a percepção da terceira idade sobre o caminho do envelhecimento e a morte. Psicólogo, 2014. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-clinica/a-velhice-e-a-presenca-da-finitude-a-percepcao-da-terceira-idade-sobre-o-caminho-entre-o-envelhecimento-e-a-morte>>. Acesso em: 25 set. 2015.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontológica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 36, n. 6, p.1035-1039, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf> >. Acesso em: 18 mar. 2015.

SCHAFFER, K. C.; BIASUS, F. Representações sociais do envelhecimento, cuidado e saúde do idoso para estudantes e profissionais de enfermagem. **RBCEH**, v. 9, n. 3, p. 356-70, Set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/2262/pdf> >. Acesso em: 27 jul. 2015.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf> >. Acesso em 12 de novembro de 2015.

SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002.

SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, R. de C. da S.. Idoso: um novo ator social. In: ANPED Sul, 9., SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO NA REGIÃO SUL, **Anais...** 2012. Disponível em: <<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, v. 14, n. 4, set. 2011. Disponível em: <revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/10048/7478>. Acesso em: 12 dez. 2014. SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA (SEI). Secretaria de Planejamento. **Projeções Populacionais para a Bahia 2010-2030**, Salvador,

2013. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/projecoes_populacionais/projecoes_populacionais.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SILVA, L. W. S.; ARAÚJO, T. C.; SANTOS, F. F.; LIMA, A. A.; SANTOS, G. B.; LIMA, L. V. A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 75-87, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6488/4704>>. Acesso em: 7 out. 2015.

SILVA, C. dos R.; PORTELLA, S. D. C.; REIS, L. R.; BISPO, T. C. F. Religião e morte: qual a relação existente? **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 130-141, dez. 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/49-86-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/49-86-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 set. 2015.

SILVA, C. P. B. da; VAZ, T. B. C. **A morte segundo a visão de diferentes religiões**. 2002. 29p. Monografia (Graduação) - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2002. Disponível em: <www.geocities.ws/historia_uff2/Sociologia_I.doc>. Acesso em: 26 set. 2015.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SILVA, M. R. S. da. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança**: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. 2003. 166p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.. Florianópolis, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84768/191778.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SILVA, M. R. S. da; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; TAVARES, K. O. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto – enferm.**, v.14, n. spe, p. 95-102, 2005. ISSN 1980-265X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a11v14nspe.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodo_historia_oral_de_vida_contribuicoes_para_a_pesquisa_qualitativa_em_terapia_ocupacional.pdf>. Acesso em: 06 out. 2014.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRETAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciências saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2835-43, jan./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SOUZA, R. F. de; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

TAVARES, V. O.; TEIXEIRA, K. M. D.; WAJNMAN, S.; LORETO, M. D. S. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos e Contextos**, v. 10, n. 1, p. 94-108, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/8725>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

TAVARES, K. O.; SCALCO, J. C.; VIEIRA, L.; SILVA JR., B. C. C. B. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: A visão do idoso. **Rev Kairós Gerontologia.**, São Paulo, SP, Brasil, v. 15, n. 3, p. 105-18, 2012. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/8979-33219-1-PB%20\(15\).pdf](file:///D:/Downloads/8979-33219-1-PB%20(15).pdf)>. Acesso em: 9 out. 2015.

TEIXEIRA, F. O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda. **P@rtes**, ano I, n. 8, nov. 2000. Disponível em: <http://www.partes.com.br/terceira_idade08.html>. Acesso em: 13 set. 2015.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos**: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. 2010. 92p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf >. Acesso em: 25 jul. 2015.

TEXEIRA, J. S.; CORRÊA, J. C.; RAFAEL, C. B. S.; MIRANDA, V. P. N.; FERREIRA M. E. C. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 1, p. 613-624, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 out. 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, v. 3, n. 2, p.20-27, set. 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

TOURTIER-BONAZZI, C. de. Arquivos: propostas metodológicas. In: FERREIRA, M. de M.; AMADO, J. **Usos & abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H. da; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a07.pdf> >. Acesso em: 27 nov. 2015.

TREVISAN, D. D.; MINZON, D. T.; TESTI, C. V.; RAMOS, N. A.; CARMONA, E. V.; SILVA, E. M. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 331-337, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19643/pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

VALENÇA, T. D. C.; SILVA, L. W. S. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 31-46, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/8204/61048>>. Acesso em: 7 out. 2015.

VANISTENDAEL, S. “La resiliencia en lo cotidiano”. In: MANCIAUX, M. (Org.). **La Resiliencia: resistir y rehacerse**. Buenos Aires: Gedisa, 2007. p.227-228.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. Resiliencia y sentido de vida. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; RODRÍGUEZ D. (Orgs.). **Resiliencia y subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 2004. p. 91-101.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência, 2004. p.3-10.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 2012. 234p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/ppgps/pdf/teses/2013/Kay%20Fracis%20Leal%20Vieira%202013.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VIETTA, E. P. **Resiliência e religião**. 2012. Disponível em: <<https://psicologaribeiraopreto.wordpress.com/2012/04/29/resiliencia-e-religiao-2/>>. Acesso em: 12 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

WIKIPEDIA. **Vitória da Conquista**. 2015. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_da_Conquista>. Acesso em: 12 set. 2015.

_____. **Bahia**. 2015. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Bahia>>. Acesso em: 12 set. 2015.

YASSINE, I. M. C. **A auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos**. 2011. 60p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4335/1/ulfpie039522_tm.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2015.

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e Resiliência: foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N.; SOARES, D. H. P. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho**. Construção de projetos para o pós-carreira. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, p.1-10, dez. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2101.pdf> >. Acesso em: 12 set. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

O senhor (a) se acha velho (a)? A partir de qual idade se considerou uma pessoa velha?

O que o senhor (a) acha que mudou na sua vida após o envelhecimento?

Quais as lembranças que o (a) senhor (a) tem da sua vida antes da dependência funcional de outras pessoas?

Quais as lembranças que o (a) senhor (a) tem da sua vida após a dependência funcional de outras pessoas?

Como é viver dependente funcionalmente de outras pessoas?

O senhor (a) teve algum apoio para lhe ajudar a conviver com a dependência?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a), sou Pollyanna Viana Lima e estou realizando juntamente com a Professora Doutora Luciana Araújo dos Reis o estudo **“Memórias do Envelhecer com Dependência Funcional”**. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o envelhecer com dependência funcional a partir da memória de idosos longevos do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro Urbis V de Vitória da Conquista e como objetivos específicos caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos longevos, identificar o perfil social, demográfico e econômico, entender a representação de idosos longevos sobre o envelhecer com dependência funcional e refletir na perspectiva do idoso longevo o processo de envelhecimento. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista livre e questionário social, demográfico e econômico.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os mínimos possíveis. Se o senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para qualificação de pessoal que atua diretamente com os idosos, para as instituições de saúde, órgãos públicos e também possibilitará o resgate da sua própria memória e conseqüentemente para sua dignidade e a auto-estima.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Estrada do Bem Querer, km 4, Vitória da Conquista - BA CEP: 45083-900 ou pelo telefone (077) 3424-8600, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FAINOR, na Av. Luis Eduardo Magalhães, 1035 - Candeias - Vitória da Conquista – BA, telefone (077) 3161-1003.

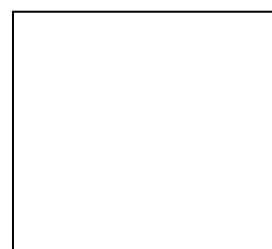
Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

APÊNDICE C - Instrumentos de coleta de dados

Nº de registro: _____

Perfil social, demográfico e econômico

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Quantidade de filhos: _____ Mora com: _____

Escolaridade: _____ Renda: _____

Profissão atual: _____ Profissão anterior: _____

Religião: _____

Condições de moradia: _____

Perfil Epidemiológico

Possui problemas de saúde: () não () sim

Quais _____

Há quanto tempo? _____

Possui seqüelas? () não () sim

Quais _____

APÊNDICE D - Caracterização dos idosos (participantes do estudo)

IL1 - Sexo feminino, nasceu em 1928, 87 anos, analfabeta, católica, viúva e aposentada com um salário mínimo. Mora com uma das filhas, o genro e dois netos. Nasceu na zona rural de Vitória da Conquista, morou até a velhice na zona rural de Vitória da Conquista, casou-se aos 20 anos de idade. Foi trabalhadora rural desde criança até se casar, depois tornou-se dona de casa e dedicou-se a criação dos seu...filhos. Após a morte do seu esposo foi morar em São Paulo com um dos filhos, mas ficou a penas dois anos. Voltou para zona rural e poucos meses depois veio morar em Vitória da Conquista com uma de suas filhas, com quem mora até hoje. Atualmente encontra-se com a capacidade funcional comprometida parcialmente, contando com o cuidado direto de uma neta. É portadora de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos e alimentação hipossódica – baixo teor de sal) e osteoporose. Como consequência da osteoporose apresenta deambulação prejudicada. Conforme a IL1, a osteoporose que prejudicou a sua saúde e a deixou dependente de outras pessoas.

IL2 - Sexo feminino, nasceu em 1935, 80 anos, ensino médio completo, evangélica, casada e aposentada com um salário mínimo. Mora com cônjuge e filha. Nasceu em São Paulo, morou até a vida adulta em São Paulo, veio para a cidade de Iguai e depois para Vitória da Conquista. Casou-se bem nova, foi dona de casa e dedicou-se a criação dos seus três filhos, mas também dividia o tempo de dona de casa com o trabalho de um turno em secretaria de escola. Após os quarenta anos resolveu voltar a estudar e fez o ensino médio (magistério). Ensinou até os 75 anos no ensino fundamental I e só parou de trabalhar quando começou os primeiros problemas de saúde. Atualmente encontra-se com a capacidade funcional comprometida parcialmente, contando com o cuidado direto de uma filha. É portadora de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos e alimentação hipossódica), osteoporose, artrose, problema de coluna e tem baixa visão em um olho e cegueira em outro. Como consequência das patologias, apresenta deambulação prejudicada, dores constantes e dificuldade para enxergar.

IL3 - Sexo masculino, nasceu em 1922, 93 anos, alfabetizado, católico, casado e aposentado com um salário mínimo. Mora com o cônjuge. Nasceu na zona rural do município de Vitória da Conquista, onde morou até a vida adulta. Trabalhou desde criança para ajudar seu pai nas despesas de casa, estudou apenas um ano e meio. Casou-se jovem, teve 6 filhos e depois de

alguns anos de casado mudou-se para a zona urbana de Vitória da Conquista. Trabalhou na roça, depois aprendeu a profissão de ferreiro, profissão essa que trabalhou até o desenvolvimento da dependência funcional. Atualmente encontra-se com a capacidade funcional comprometida parcialmente, contando com o cuidado direto de uma neta. É portador de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos e alimentação hipossódica), cardiopatia, doença renal crônica e atrofia muscular. Como consequência das patologias, apresenta deambulação prejudicada e dores constantes.

IL4 - Sexo masculino, nasceu em 1932, 83 anos, viúvo, ensino fundamental I completo, espírita Kardecista, viúvo e aposentado com um salário mínimo. Mora com uma neta e alguns bisnetos. Nasceu Itambé/BA, mas ainda criança mudou-se com a família para Vitória da Conquista, onde morou até onze anos de idade. Seu pai faleceu quando tinha seis anos de idade, quando começou a trabalhar para ajudar a mãe no sustento de casa. Trabalhou como engraxate, pegando carregos na feira, fazendo sapato. Foi embora para o estado de Minas Gerais ainda pré-adolescente. Lá trabalhou de mecânico e vendedor de ouro. Casou-se jovem, teve quatro filhos. Quando sua esposa faleceu continuou morando em Minas Gerais, porém com as doenças teve que voltar para Vitória da Conquista para que seus filhos e netos pudessem cuidar dele. Atualmente encontra-se com a capacidade funcional comprometida parcialmente, contando com o cuidado direto de uma neta. É portador de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos e alimentação hipossódica), é portador de trombose pulmonar, apresenta problemas gástricos e já teve câncer de próstata, que ficou como seqüela o uso de dispositivo definitivo para urinar (sonda vesical). Como consequência das patologias, apresenta deambulação prejudicada e dores constantes.

IL5 - Sexo masculino, nasceu em 1922, 93 anos, casado, mora com a cômjuge e a filha, possui ensino Fundamental I completo, é evangélico, aposentado com 1 salário mínimo. Foi delegado e motorista de caminhão. Nasceu na zona rural de Vitória da Conquista. Ainda adolescente foi para São Paulo com parentes, onde morou até em média os 65 anos. Trabalhou em construção civil, como delegado de polícia, como motorista. Casou-se jovem, teve 3 filhos. Atualmente encontra-se com a capacidade funcional comprometida totalmente, contando com o cuidado direto de uma neta. É portador de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos e alimentação hipossódica), cardiopatia e artrose degenerativa (há 10 anos). Como consequência das patologias, apresenta deambulação prejudicada, uso de marca-passo e dificuldade em se expressar.

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação cognitiva (mini exame-estado mental/MEEM) questionário resumido do estado mental (PFEIFFER, 1974)

	Certo	Errado
1. Que dia é hoje? (dia/mês/ano)	()	()
2. Qual é o dia da semana?	()	()
3. Qual é o nome deste lugar?	()	()
4. Qual é o número do seu telefone? (ou endereço)	()	()
5. Quantos anos você tem?	()	()
6. Qual é a sua data de nascimento?	()	()
7. Quem é o atual presidente do seu país?	()	()
8. Quem foi o presidente antes dele?	()	()
9. Como é o nome de solteira de sua mãe?	()	()
10. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o nº final	()	()

ANEXO B - Avaliação funcional (Índice de Barthel)

Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente. Capaz de usar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se em tempo razoável. 5 = Precisa de ajuda (por ex., para cortar a unha)	
BANHO 5 = Independente	
HIGIENE PESSOAL 5 = Lava o rosto independentemente, penteia o cabelo, escova os dentes, barbeia-se (lida com a tomada no caso de usar aparelhos eletrônicos)	
VESTIR-SE 10 = Independente. Amarra o calçado, fecha zíperes, coloca cintos. 5 = Precisa de ajuda, mas faz pelo menos metade do trabalho em tempo razoável.	
INTESTINOS 10 = Sem acidentes. Capaz de usar enemas ou supositórios, se necessário. 5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos.	
BEXIGA 10 = Sem acidentes. Capaz de carregar a bolsa coletora, se necessário. 5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos.	
TRANSFERÊNCIA PARA HIGIENE INTIMA 10 = Independente no vaso sanitário ou no uso de comadres. Manuseia as roupas, limpa-se, dá descarga ou limpa a comadre. 5 = Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico.	
TRANSFERÊNCIA-CADEIRA E CAMA 15 = Independente, incluindo travamento da cadeira de rodas, levantamento dos apoios dos pés. 10 = Mínima assistência ou supervisão. 5 = Capaz de sentar-se, mas necessita de máxima assistência para as transferências. Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico.	
DEAMBULAÇÃO 15 = Independente por 45 m. Pode usar dispositivos de assistência. 10 = Com ajuda, 45 m. 5 = Independente com cadeira de rodas por 45 m se for incapaz de andar.	
SUBIR ESCADAS 10 = Independente. Pode usar dispositivos de assistência. 5 = Precisa de ajuda ou supervisão.	
TOTAL:	

ANEXO C - Avaliação funcional – Escala de Lawton

1. O (a) Sr. (a) Consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
2. O (a) Sr. (a) Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
3. O (a) Sr. (a) Consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
4. O (a) Sr. (a) Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
5. O (a) Sr. (a) Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
6. O (a) Sr. (a) Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
7. O (a) Sr. (a) Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
8. O (a) Sr. (a) Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
9. O (a) Sr. (a) Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1

ANEXO A - Avaliação funcional – Escala de Lawton

1. O (a) Sr. (a) Consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
2. O (a) Sr. (a) Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
3. O (a) Sr. (a) Consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
4. O (a) Sr. (a) Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
5. O (a) Sr. (a) Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
6. O (a) Sr. (a) Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
7. O (a) Sr. (a) Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
8. O (a) Sr. (a) Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1
9. O (a) Sr. (a) Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda Parcial Não consegue	3 2 1