



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Ludimila Alves de Souza

O ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO: compreendendo as variáveis  
presentes no contexto dos idosos

Palmas – TO

2016

Ludimila Alves de Souza  
O ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO: compreendendo as variáveis  
presentes no contexto dos idosos

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II  
elaborado e apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em Psicologia  
pelo Centro Universitário Luterano de Palmas  
(CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva

Palmas – TO  
2016

Dados internacionais da catalogação na publicação.

S729e

Souza , Ludimila Alves de  
O envelhecimento bem sucedido: compreendendo as  
variáveis presente no contexto dos idosos / Ludimila Alves de  
Souza – Palmas, 2016  
66 fls.

Orientação: Profa. Dr<sup>a</sup> Ana Beatriz Dupré Silva  
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia - Centro  
Universitário Luterano de Palmas. 2016

1. Envelhecimento bem sucedido. 2. Análise do  
Comportamento . 3. Velhice. 4. Idoso. I. Silva , Ana  
Beatriz Dupré. II. Título. III. Psicologia.

CDU: 159.9.072.42

Ludimila Alves de Souza  
O ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO: compreendendo as variáveis  
presentes no contexto dos idosos

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II  
elaborado e apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em Psicologia  
pelo Centro Universitário Luterano de Palmas  
(CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva

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

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva  
Orientadora  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. M.e Mayra Dias Tavares  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO  
2016

*Aos meus velinhos, às minhas moças e mocinhas.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e sabedoria que me concedeu diariamente na execução deste trabalho e, pela escolha da minha família, pois sem a minha experiência com eles, provavelmente este estudo não estaria sendo realizado. Foi por meio do convívio com meus avós Silverio (In memoriam), Alvina (In memoriam), Manoel, Onilza e meu pai José que surgiu o interesse pelo tema. Agradeço a vocês que me proporcionaram as mais bonitas experiências e aprendizados. Vocês foram essenciais na construção deste trabalho!

À minha orientadora professora Ana Beatriz que aceitou desenvolver esta pesquisa comigo, e foi imprescindível em cada momento. Os meus sinceros agradecimentos, professora! Saiba que minha admiração pela senhora é gigantesca!

Agradeço às professoras Cristina e Rosângela, que diante do meu interesse pelo desenvolvimento humano, ampliaram o meu olhar e me proporcionaram novas perspectivas sobre o tema, meu muito obrigada. Agradeço às professoras Rosângela e Mayra pela participação na minha banca. Cada elogio de vocês me deu forças para continuar e buscar fazer o melhor! Obrigada por todas as orientações!

Agradeço, de forma muito especial, a minha mãe Vanilda, que dividiu comigo cada angústia ao longo deste caminho e me incentivou a continuar diante das dificuldades. Mãe, muito obrigada por tudo! O empenho e dedicação que eu depus neste trabalho são frutos da educação que a senhora me deu. Sou grata ao meu pai que colaborou para que eu conseguisse cumprir cada etapa desta pesquisa, que dedicou o seu tempo para se preocupar comigo e com minhas incontáveis noites mal dormidas. Papai, obrigada pelo cuidado e pelo exemplo!

Ao meu companheiro de vida, Wellington que fez o que pode para me ajudar na realização deste sonho, muito obrigada! Você ouviu incansavelmente minhas queixas e sempre buscou apontar novos caminhos. O seu otimismo e confiança em mim, me fizeram ir além!

Às minhas amigas Sâmya e Jackelayne, que leram incansavelmente as diversas versões deste trabalho e, passando pelo mesmo que eu, me incentivaram e me proporcionaram alegrias em meio ao desespero. Às queridas amigas, Hosttácia e Ana Carolina que me aguentaram nos momentos de angústia, me apoiaram e incentivaram, meus sinceros agradecimentos. Aos demais colegas de curso, amigos e familiares, que direta ou indiretamente me apoiaram, minha gratidão.

## RESUMO

O presente trabalho teve por intuito caracterizar o contexto de pacientes do Serviço de Fisioterapia levantando as variáveis que contribuem ou não para o envelhecimento bem sucedido. Propôs uma pesquisa aplicada em campo com natureza qualitativa, objetivo metodológico exploratório, descritivo e explicativo, sendo levantamento o procedimento adotado. Para coleta de dados foram realizadas duas entrevistas individuais com as participantes, com roteiro semiestruturado. Em seguida, foram utilizados o Mini - Exame do Estado Mental (MMSE), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), a Escala de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Atividade de Vida Diária (AVD). Os resultados obtidos foram analisados com base nos pressupostos da Análise do Comportamento, tendo como ferramenta conceitual a análise de contingências ou análise funcional. A amostra foi composta por quatro participantes, que foram divididas em dois grupos, o primeiro é constituído por uma mulher de 49 anos e o segundo por três mulheres com mais de 60 anos. Por meio dos dados coletados foi possível verificar que as participantes não têm se preparado para velhice. Além disso, questões financeiras, cuidados com a saúde e aparência, relacionamentos interpessoais, conjugais e familiares, história pregressa, trabalho, gênero, nível de escolaridade, lazer, bem como percepção e atuação sobre o envelhecimento são variáveis que interferem na forma como essa fase é vivenciada. Dessa forma, constatou-se que o contexto em que o indivíduo está inserido influencia diretamente no envelhecimento. Diante disso, nota-se a necessidade de reflexões e diálogos sobre a velhice no decorrer da vida, a fim de desmitificar as concepções sociais construídas ao longo da história e aumentar as chances de o indivíduo vivenciá-lo de modo bem sucedido.

Palavras-chave: Envelhecimento bem sucedido. Análise do Comportamento. Velhice. Idoso.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to characterize the context of Physiotherapy Service patients by raising the variables that contribute or not to successful aging. An applied research was proposed in the field with a qualitative nature, exploratory methodological, descriptive and explanatory objective, being surveyed the procedure adopted. For data collection, two individual interviews were conducted with participants, with a semi-structured script. Then Mini - Mental State Examination (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS), the Beck Depression Scale (BDI) and the Daily Living Activity Scale (ADL) were applied. The results obtained were analyzed based on the assumptions of the Behavior Analysis, which have as conceptual tool the analysis of contingencies or functional analysis. The sample comprised four participants, who were divided into two groups, the first consisting of a 49-year-old woman and the second by three women over 60 years old. Through the data collected it was possible to verify that the participants are not preparing themselves to get old. In addition, financial issues, health care and appearance, interpersonal relationships, marital and family relationships, past history, work, gender, educational level, leisure, as well as perception and performance on aging are variables that interfere in the way this periode is experienced. In this way, it was verified that the context in which the individual is inserted has a direct influence in the aging process. In this context, it's important reflections and dialogues on getting old before this periode, in order to demystify the social conceptions constructed throughout history and increase the chances experiencing it in a successful way.

**Keywords:** Successful aging. Behavior Analysis. Old age. Old man.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Vinculação ao Serviço de Fisioterapia

Quadro 2 – Cuidados com a saúde segundo as participantes

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Caracterização das participantes

Tabela 2 – Histórico de atividades laborais.

Tabela 3 – Resultados do Mini - Exame do Estado Mental (MMSE)

Tabela 4 – Resultados da Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Tabela 5 – Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI)

Tabela 6 – Resultados Escala de Atividade de Vida Diária (AVD)

Tabela 7 – Satisfação e cuidados das participantes com a aparência

Tabela 8 – Compreensão e preparo para o envelhecimento bem sucedido

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividade de Vida Diária
CCI	Centro de Convivência de Idosos
CEPCEULP/UIbra	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas
GC	Grupos de Convivência
MMSE	Mini – Exame do Estado Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
2.1 O processo de envelhecimento .....	13
2.1.2 O envelhecimento a partir de uma perspectiva biopsicossocial.....	15
2.1.3 Preparo para uma velhice bem sucedida .....	18
2.2 Breve histórico da análise do comportamento.....	21
2.3 Gerontologia comportamental .....	23
2.4 Relações sociais na velhice .....	24
2.4.1 Grupos de convivência para idosos .....	25
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>31</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado, uma vez que o número de idosos está aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária. Nos dias atuais, 1 em cada 9 pessoas no mundo possui 60 anos ou mais, e estima-se que esse número passe para 1 em cada 5 em 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Em 1940 a expectativa de vida no Brasil era de 45,5 anos, já em 2014 este número subiu para 75,2 anos e no Estado do Tocantins para 72,8 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Diante dessa realidade e da presença de idosos hoje em diferentes espaços públicos e privados em cidades de todo o território brasileiro, passa-se a olhar a velhice com outros olhos, minimizando o preconceito existente (LIMA; DELGADO, 2010).

Diante desse aumento da população idosa, em 1994 foi sancionada a LEI Nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cuja finalidade é “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, p.1). Isto, visando garantir a atenção integral à quem envelhece no Brasil.

Tendo em vista que o idoso está cada vez mais ativo na sociedade, é possível que esteja havendo um envelhecimento mais saudável, considerando que para isso é fundamental aceitar as mudanças fisiológicas decorrentes da idade, admitindo que as doenças e limitações não impossibilitam a experiência singular de uma velhice bem sucedida (WICHMANN *et al.*, 2009). Além disso, muitos problemas que eram considerados inerentes à velhice, agora têm sido percebidos como resultados do estilo de vida ou doenças (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Frente a essa realidade e nova concepção de envelhecimento como uma fase permeada de possibilidades, aprendizagem e conhecimento, faz-se necessário buscar estratégias a fim de facilitar o enfrentamento desse processo, bem como a ruptura com essa noção de envelhecer passivo (MORAIS, 2009). Neste caso surge a demanda emergente de se estudar o envelhecimento e maneiras de promover o sucesso desse processo. Por isso, muitas áreas da ciência têm se engajado em estudos e estratégias que auxiliem para um envelhecimento bem sucedido.

A gerontologia comportamental é uma delas, e tem produzido intervenções e estudos inovadores e bem executados (ADKINS; MATHEWS, 1999, *apud* GOYOS *et*

*al.*, 2009). Outra ciência que tem contribuído para avanços na área do envelhecimento é a Psicologia, pois sendo um campo do saber que atua com o fortalecimento dos sujeitos diante as dificuldades no decorrer da vida, pode buscar caminhos que auxiliem no processo de envelhecimento.

Esse viés de intervenção só é possível considerando o organismo em sua totalidade, pois no envelhecer estão envolvidos, também, aspectos psicológicos, que através de influências de diversos fatores contribuem para a percepção de aspectos subjetivos, os quais são fundamentais para a manutenção funcional ou disfuncional do idoso na realização de suas atividades diárias (MORAIS, 2009).

Perante o rápido aumento de idosos, da nova perspectiva da velhice e da possibilidade de delinear estratégias para potencializar o envelhecimento bem sucedido, surge o interesse por este trabalho. Visando discutir e fortalecer o novo olhar da sociedade e do próprio idoso acerca desta fase do ciclo vital, desconstruindo a ideia de passividade e perdas irreversíveis.

Nesse sentido, o presente estudo buscou caracterizar o contexto de pacientes do Serviço de Fisioterapia, levantando as variáveis que contribuem ou não para o envelhecimento bem sucedido. Para tanto, foram apresentados dados da história pregressa e atual das participantes, a fim de evidenciar itens deste histórico que contribuem ou não para o sucesso do envelhecimento. A partir dos dados coletados serão realizadas análises funcionais das variáveis presentes no contexto das participantes, em busca de delinear aspectos que conduzem as participantes para a consolidação de uma velhice fragilizada ou bem sucedida.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O Processo de envelhecimento**

A concepção de envelhecimento não é universal, sendo, portanto culturalmente definida. Na China e no Japão, por exemplo, o idoso é tratado com respeito e atenção, além de ter sua experiência e sabedoria admiradas pelos mais jovens. A família é vista como porto seguro pelo indivíduo velho (MASC, 2013). Em contrapartida, Santos (2001, p.91-92) conta que “no Ocidente, no ano 2.500 a.C., quando a beleza e o vigor físicos eram cantados e exaltados, o primeiro texto referindo-se à velhice foi elaborado no Egito, por Ptah-Hotep filósofo e poeta”. Neste texto, o autor apresentou uma concepção de envelhecimento como estágio marcado pela deterioração, tristeza e apenas dificuldades.

Quão penoso é o fim do ancião! Vai dia a dia enfraquecendo: a visão baixa, seus ouvidos se tornam surdos, o nariz se obstrui e nada mais pode cheirar, a boca se torna silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais se reduzem e torna-se impossível recordar o que foi ontem. Doem-lhe todos os ossos. A ocupação a que outrora se entregara com prazer, só a realiza agora com dificuldade e desaparece o sentido do gosto. A velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem (Beauvoir, 1990, p.114, *apud* Santos, 2001, p. 91-92).

Dessa forma, no Ocidente, a velhice tem sido associada a quadros de sofrimento, doença e pobreza. Muitas pessoas querem viver muito, mas não desejam ser velhas ou pensar sobre o envelhecimento. Comumente jovens incorporam a concepção de que na velhice se paga os pecados cometidos na juventude, transformando a velhice numa espécie de depósito de lixo originado por excessos. Entretanto, é possível reconstruir a visão sobre a velhice e torná-la colorida e atraente. Os jovens, somente poderão estar aptos a fazerem planos para a velhice, se tiverem conhecimento do que pode ser feito. Deste modo, existem planos para a melhoria de diversos aspectos que influenciam o viver bem a velhice (SKINNER; VAUGHAN, 1985).

Com relação a faixa etária desta fase do ciclo vital, Neugarten (1974, 1975, *apud* Bee, 1997) sugere um sistema de categorização de idosos adotado por vários gerontologistas, em que pessoas entre 55 e 75 anos são consideradas jovens idosos e pessoas acima de 75 anos idosos velhos. Já Bee (1997), apresenta outra versão, na qual adultos com idades entre 50 e 60 anos são considerados de meia-idade, e a concepção de jovens idosos é aplicada a pessoas entre 65 e 75 anos.

Muitos são os termos para se referir às pessoas idosas e a fase do envelhecimento. Entre eles, é possível citar: velho, idoso, terceira idade, melhor idade, adulto maduro, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura (NERI; FREIRE, 2000, *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Isso pode se dar devido a muitas pessoas se sentirem incomodadas ao serem chamadas de velhas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Isto, pois a palavra possui muitas conotações negativas, referentes a algo já descartado, conforme Dicionário do Aurélio (2008, online) “avançado em idade; antigo; muito usado; antiquado”.

Diante desses sentidos relacionados ao termo velho “a preferência por nomenclaturas como terceira idade ou idade madura pode parecer um eufemismo” (NERI; FREIRE, 2000, p.14, *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, s/p). As autoras acrescentam que tantos termos e expressões tem o intuito de “soar bem, mascarando o preconceito e negando a realidade, se não houvesse preconceito,

não seria necessário disfarçar nada por meio de palavras” (NERI; FREIRE, 2000, p.18, *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, s/p).

Diante dessa gama de terminologias e critérios para caracterizar o indivíduo velho, se faz necessário esclarecer que, no presente trabalho, considera-se como idosa a pessoa com idade superior ou igual a sessenta anos, conforme o Art. 1º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013).

Essa diversidade de nomenclaturas segundo Schneider e Irigaray (2008) evidencia o quanto esse estágio do envelhecimento é complexo e, por vezes, negado, evitado e até mesmo temido. Os autores ressaltam também, a presença de preconceitos, tanto por parte do idoso, quanto da sociedade. Diante disso, ambos precisam se reeducar, no sentido de ultrapassar essas concepções preconceituosas com relação à velhice, já que se tornar idoso é aceitar a velhice e se orgulhar dos anos vividos, que representam sabedoria, experiência e liberdade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

### **2.1.2 O envelhecimento a partir de uma perspectiva biopsicossocial**

No que tange ao desenvolvimento e envelhecimento humano, Cancela (2007) expõe que todo organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e ao longo desta sofre alterações. A autora afirma que a vida desses organismos costuma dividir-se em três fases, sendo a primeira marcada pelo desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, na qual adquirem capacidades funcionais e tonam-se aptos para reproduzirem-se. Já a segunda, é caracterizada pela reprodução, por meio da qual se garante sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. Por fim, tem-se a terceira fase, chamada senescência, a qual é marcada pelo declínio da capacidade funcional do organismo.

Lima e Delgado (2010) apontam que o processo de envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, no qual ocorre a diminuição funcional dos indivíduos, e que tal fato quando ocorre de forma natural não costuma provocar problemas. Porém, em condições adversas como doenças, acidentes e estresse emocional, podem gerar uma condição patológica que exige assistência. Entende-se por capacidade funcional “a condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio” (NOGUEIRA *et al.*, 2010, p.323).

Com relação aos aspectos cognitivos, Rabelo (2009) aponta que algumas mudanças no desempenho cognitivo são esperadas ao longo do envelhecimento,



mas que estes prejuízos não afetam o cotidiano do idoso e seus familiares. Conforme descrito pela autora, a cognição engloba todo o funcionamento mental como as habilidades de perceber, de pensar, de sentir, de lembrar, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Entre as habilidades que podem declinar ao longo dos anos, Papalia e Feldeman (2013) destacam a velocidade de processamento mental e o raciocínio abstrato.

As mudanças nas habilidades de processamento podem refletir uma degeneração neurológica. Entretanto, existe uma variação individual que sugere que o declínio das funções cognitivas pode ser prevenido e evitado. A alteração dessas funções é influenciada pelas habilidades cognitivas anteriores, nível educacional e socioeconômico (PAPALIA; FELDEMAN, 2013). Diante disso, é possível destacar como o contexto pode causar impactos no desenvolvimento cognitivo do idoso, tendo em vista que o ambiente e as experiências do indivíduo nele influenciam nas mudanças que ocorrerão ao longo dos anos.

Este conjunto de alterações que ocorre progressivamente e é denominado envelhecimento é caracterizado por Carvalhaes Neto (2011) como sendo bem sucedido quando tem baixa suscetibilidade a doenças e capacidade funcional elevada, associada a uma postura ativa frente a vida e sociedade. Por sua vez, o envelhecimento com fragilidade é caracterizado pela vulnerabilidade e baixa capacidade em lidar com fatores de estresse, maior suscetibilidade a doenças e a instalação de síndromes geradoras de dependência.

Essas concepções auxiliam na compreensão de que o envelhecimento vai além da perspectiva cronológica. Schneider e Irigaray (2008) apontam que o envelhecer é constituído por experiências passadas, pela forma em que se vive e se administra a vida atual e expectativas futuras. Caracteriza-se então, através de uma integração entre vivências pessoais e contexto histórico cultural em que o indivíduo está inserido envolvendo aspectos biopsicossociais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Vono (2007, *apud* LIMA; DELGADO, 2010) aponta que ao longo desse processo as diversas células que compõem o organismo vão envelhecendo, umas se renovam, outras reduzem em número, algumas se tornam menos efetivas e umas não se renovam, como ocorre com os neurônios. Dessa maneira observa-se o envelhecimento sendo avaliado para além da perspectiva cronológica, mas também biológica, social, psicológica e funcional.

Para além de alterações estruturais e funcionais, ocorre o desenvolvimento psicológico, pois ao longo do envelhecimento o indivíduo precisa se ajustar as mudanças que estão ocorrendo (FONSECA, 2010). Nesse período ocorrem “mudanças corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência levando, por vezes, à institucionalização” (FONSECA, 2010, s/p).

Diante disso, essa possibilidade de desenvolver-se em meio a uma etapa estigmatizada como declínio, sustenta a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como "pessoas a desenvolver" e não como "problemas a resolver" (FONSECA, 2010).

É sabido que todo indivíduo, independentemente do gênero, envelhece e passa por mudanças biopsicossociais. Porém, segundo Silveira e Nader (2014) é preciso destacar que existem diferenças em como esse processo é vivenciado por homens e mulheres, principalmente no que se refere aos constructos históricos acerca dos papéis de cada um.

Nesse sentido, Lima e Bueno (2009) apontam que as transformações sociais estão influenciando o envelhecer feminino, considerando que o envelhecer é multideterminado e não comandado pela cronologia e fatores físicos, mas inclui também a condição social e individual de cada um.

No passado, sabe-se que as mulheres tinham seu destino voltado para o casamento, cuidados com a casa e filhos. Dessa forma, na velhice, era possível que passassem por um processo de perda de seus papéis, devido a viuvez, abandono dos filhos adultos e interrupção da função reprodutiva, o que pode ocasionar sentimentos de desprezo e solidão (SILVEIRA; NADER, 2014).

Em contrapartida, cabe considerar que a permanência da mulher no ambiente doméstico já não é tão intensa, é cada vez mais frequente o exercício de atividades remuneradas fora do lar, ainda que a mulher permaneça como cuidadora da família. Madureira *et al.* (2008) confirmam que a mulher tem realizado uma jornada dupla devido a inserção feminina no mercado de trabalho.

Assim, diante de todas as faces do processo de envelhecer, tornam-se fundamentais políticas, estudos e intervenções que garantam um envelhecimento bem sucedido. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso representa um avanço, à medida que estabelece prioridade às demandas de indivíduos nessa faixa etária, como

normas protetivas, inserção de novos direitos, mecanismos para a proteção e fiscalização da execução dessas prioridades. Destaca-se desde a precedência no atendimento, ao aprimoramento de suas condições de vida, à inviolabilidade física, psíquica e moral (SILVA, s/d).

O Estatuto objetiva estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações acerca do envelhecimento da população, a fim de construir uma consciência sobre a velhice, para a partir dessa consciência, os idosos exigirem seus direitos e envolver toda a sociedade nesse processo a fim de sensibilizar a todos no amparo a essas pessoas (SILVA, s/d, s/p).

No entanto, embora a elaboração do estatuto do idoso caracterize um grande passo no que tange aos cuidados a esse público, ainda se tem muito a avançar na prática, considerando que nem sempre esses sujeitos têm devida atenção e suporte conforme pressupõe tal documento (SILVA, s/d).

### **2.1.3 Preparo para uma velhice bem sucedida**

Diante do exposto, entende-se que o processo de envelhecimento embora seja marcado por mudanças estruturais e funcionais do organismo, não pode ser desvendado somente a partir de uma perspectiva biológica. Assim, frente a possibilidade da velhice bem sucedida é importante se atentar a todas as dimensões envolvidas nesse estágio do desenvolvimento e lançar mão de estratégias para aproveitar as oportunidades dessa fase.

Para Skinner e Vaughan (1985), as pessoas podem tentar traçar planos para o envelhecimento bem sucedido. Os autores revelam que tornar-se idoso é como ir morar em outro país. Entretanto, antes de se mudar é importante conhecer sobre a nova região, a língua falada, novos hábitos, entre outros. Tudo isso, para facilitar a adaptação ao novo contexto. O mesmo vale para a velhice, é importante considerar esta fase como um estágio de desenvolvimento como todos os outros, que envolve perdas e ganhos, por isso é relevante procurar conhecer as especificidades deste estágio.

Fonseca (2010) afirma que não é possível negar que o olhar social predominante com relação á velhice é baseado em um modelo de déficit, fazendo com que a atenção política para essa fase seja voltada para a prevenção e/ou redução de danos causados pelo envelhecimento. O objetivo desta análise não é excluir os possíveis problemas decorrentes do envelhecimento, nem desmerecer a importância dos esforços para prevenção. Mas como aponta Fonseca (2010) é

reforçar uma perspectiva positiva em torno dessa fase, salientando que a melhor maneira de prevenir “problemas do envelhecimento” é destinar as atenções à valorização das forças dos idosos, buscando favorecer uma adaptação bem sucedida entre as competências individuais e as exigências ambientais.

Em contrapartida à essa concepção de envelhecimento passivo e diante dessa possibilidade de se viver bem a velhice, hoje o idoso saudável tem sido uma realidade mais presente na sociedade, pois esses indivíduos tem cada vez mais buscado estimulação com a finalidade de manterem suas habilidades e o interesse para novos aprendizados (MORAIS, 2009).

Ao longo da vida os sujeitos possuem metas e projeto de vida os quais tentam alcançar com êxito e na velhice não pode ser diferente. Contudo, tais projetos podem ser revistos e adaptados constantemente para que sejam executados com sucesso. Ao indivíduo idoso, dá-se a responsabilidade de continuar planejando e desejando, tudo isso, dentro das condições que lhe são possíveis (MORAIS, 2009). Assim, é importante que o idoso não abandone seus planos e o desejo de prosseguir, é necessário desenvolver resiliência para lidar com as adversidades e limitações, sendo necessário se reinventar constantemente.

É importante perceber que o envelhecimento é uma fase do ciclo vital, ou seja, faz parte do desenvolvimento humano e é um momento propício para novas conquistas e para dar seguimento a produção cultural, cognitiva e social. Tudo isso, pois as experiências adquiridas ao longo da vida representariam ganhos passíveis de otimização e utilização em prol da sociedade e do próprio idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Frente a essa nova concepção dos ganhos da velhice, esta etapa seria considerada uma fase boa da vida, deixando de ser rotulada por perdas. Para tanto cabe “ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, s/p).

Os aspectos ambientais, saúde mental e física são fatores que interagem e interferem no processo de envelhecimento humano, influenciam na qualidade de vida do idoso, caracterizando pontos fundamentais para índices de morbimortalidade (LIMA; DELGADO, 2010).

Entre as possibilidades de preparo para do envelhecimento bem sucedido, Rabelo (2009) destaca que a Psicologia pode auxiliar em processos de mudança comportamental, alteração de hábitos, adesão a tratamento e engajamento em

atividades educacionais, sociais e de lazer. Além de, avaliar e planejar estratégias de prevenção ao declínio cognitivo. Ou seja, executar exercícios para estimular as funções cognitivas, que abrange todo o funcionamento mental, o pensar, perceber, sentir, lembrar, raciocinar e responder aos estímulos externos (RABELO, 2009).

Além disso, torna-se interessante para uma maior expectativa de vida um envelhecimento ativo, no qual os efeitos deletérios do envelhecimento são alterados com os devidos cuidados, o que inclui atividades físicas como ponto crucial na prevenção das alterações fisiológicas advindas da passagem de tempo (LIMA; DELGADO, 2010).

Os cuidados com a alimentação e com o sono também são importantes para a saúde física e mental. Papalia e Feldeman (2013) apontam que o que as pessoas comem afeta a aparência, as emoções a probabilidade de adoecer e até mesmo de morrer. Além disso, a privação do sono interfere no funcionamento cognitivo, emocional e social.

Ainda concernente as práticas que podem colaborar para a velhice ativa e saudável, Skinner e Vaughan (1985, p. 104) apontam que para vivenciar o envelhecimento bem sucedido é importante “estar bem com o mundo, sofrer menos por causa do esquecimento e da confusão do pensamento, trabalhar e usar o seu tempo de maneiras mais interessantes, viver em áreas mais agradáveis e estar bem consigo mesmo, mais do que com os amigos”.

A compreensão de saúde que aqui será abordada não se refere a ausência de doença e sim como um estado no qual existe uma situação adequada de bem-estar físico, psicológico e social. Tudo isso, devido a relevância da avaliação das circunstâncias sociais, pessoais e culturais em consonância com as eventuais alterações físicas e mentais (WICHMANN *et al.*, 2009).

Muitas são as possibilidades para o indivíduo atuar no processo de envelhecimento e suas contingências. No entanto, é preciso adquirir novos repertórios pessoais para se comportar de modo efetivo, aumentando a probabilidade de sucesso nessa etapa do desenvolvimento. Tudo isso, pois é o padrão de comportamento tido pelo indivíduo que irá facilitar ou dificultar sua adaptação à velhice (BATTINE; MACIEL; FINATO, 2006). Assim, fica evidente o quanto a velhice bem sucedida depende do comportamento tido pelo indivíduo, por isso é de suma importância conhecer o que diz a Análise do Comportamento, ciência que busca compreendê-lo.

## 2.2 Breve histórico da Análise do Comportamento

Para compreender melhor a Análise do Comportamento se faz necessário tecer um levantamento acerca de sua história e evolução. Ainda hoje, é possível notar uma confusão sobre tal teoria, seus métodos e objetivos, tendo em vista a história da abordagem. Watson precursor do pensamento rejeitava a introspecção como meio para se obterem informações e conhecimento. Adotava como objeto de estudo apenas o comportamento observável e mensurável, porém, não negava a existência da mente ou processos cognitivos, apenas afastava-se deles já que não havia como estudá-los, por serem inacessíveis ao observador. Algum tempo depois Skinner surgiu com a formulação do Behaviorismo Radical, considerando eventos públicos e privados plausíveis de estudo (GUIMARÃES, 2003).

Desse modo, a Análise do Comportamento visa compreender o ser humano a partir de suas interações com o ambiente, acreditando que seu comportamento é fruto do contexto. Contudo, o conceito de ambiente ultrapassa seu significado usual, referindo-se ao mundo físico, ou seja, as coisas materiais, mas também ao mundo social, que remete às interações com outras pessoas, além da história de vida dos sujeitos e a interação desses com sua própria subjetividade (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Porém, isso não significa dizer que o ser humano consiste em um organismo passivo, mas, sim, um organismo interativo, uma vez que

para a Análise do Comportamento, o mundo que tem função para o comportamento é principalmente o mundo que é produto da ação humana, e as funções das ações humanas realizam-se apenas no contexto das relações com o ambiente. Essa perspectiva é incompatível com visões do homem como um ser passivo, que simplesmente responde ao ambiente, às vezes erroneamente atribuídas à análise do comportamento (TOURINHO, 2006, p. 4).

De acordo com essas noções, a interação entre homem e ambiente, é descrita por Skinner, como comportamento operante, ou seja, aquele que produz consequências e é afetado por elas (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Assim, essa interação pode ser representada, de forma molecular, através do paradigma S – R – > S, sendo o S antecedente a condição sob a qual o comportamento ocorre; R (resposta) o próprio comportamento; o S consequente, a consequência deste comportamento (LAMPREIA, 1992).

De acordo com Aldinucci e Calheiros (2012), a frequência de um comportamento, descrita em termos de aumento e diminuição, está diretamente

ligada às consequências por ele produzidas. Portanto, pode-se afirmar que o conceito de comportamento operante é de fundamental importância para compreendermos como aprendemos nossas habilidades e nossos conhecimentos, sendo esse tipo de aprendizagem chamado de condicionamento operante (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

A principal ferramenta conceitual para levantar informações sobre a quais influências o comportamento está submetido é denominada análise funcional ou análise de contingências e, por meio dela, é possível descrever o comportamento e o seu contexto. “O termo contingência é empregado para se referir a regras que especificam relações entre eventos ambientais ou entre comportamento e eventos ambientais” (Schwartz; Gamzu, 1977; Skinner, 1967; Weingarten; Mechner, 1966, *apud* TODOROV, 2007, p. 60). Porém, a Análise do Comportamento utiliza o termo técnico com o intuito de “ressaltar como a probabilidade de um evento pode ser afetada ou causada por outros eventos” (CATANIA, 1999, p. 81).

Skinner, segundo Moreira e Medeiros (2007), descreveu o comportamento em três níveis de influência, filogênese, ontogênese individual e ontogênese sociocultural. O primeiro remete a evolução da espécie, ou seja, características fisiológicas e alguns comportamentos reflexos. Já a ontogênese individual, refere-se à interação do indivíduo com o meio, resultando em mudanças de acordo com suas experiências individuais. Por fim, a ontogênese sociocultural, corresponde à influências no comportamento por variáveis grupais, ou seja, linguagem, preconceito, moda entre outros. Nesse sentido, é preciso analisar essas interações para compreender de que forma o indivíduo se adapta ao seu meio, inclusive, na velhice.

O primeiro passo para se realizar a Análise Funcional, é a identificação do comportamento a ser analisado e, em seguida, identificar as consequências desse comportamento. Atuando munido dos conceitos dessa teoria, o profissional deve realizar essa reflexão, considerando o comportamento que necessita de mudanças e, depois, as suas consequências, caracterizando-as como reforçadoras ou punidoras para aquele indivíduo específico, o que equivale a dizer se essas consequências aumentam ou diminuem a probabilidade desse mesmo comportamento ocorrer novamente (MELO; TEIXEIRA, s/d; MOREIRA; MEDEIROS, 2007; CARDOSO, 2011).

### 2.3 Gerontologia Comportamental

Com o aumento da expectativa de vida, a consolidação do campo que estuda o envelhecimento (gerontologia) se torna um dos principais eventos científicos do século XX e XXI (CARNEIRO; FALCONE, 2004). Tal campo busca descrever e explicar as mudanças típicas desse processo e de seus determinantes genéticos-biológicos, psicológicos e socioculturais. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico, além da identificação dos níveis de desenvolvimento atual e de potencial para o desenvolvimento (GOYOS *et al.*, 2009).

A fim de estudar os comportamentos oriundos da interação entre eventos ambientais com o organismo envelhecido surge a gerontologia comportamental (BURGIO; BURGIO, 1986, *apud* GOYOS *et al.*, 2009). No intuito de aumentar a independência, reduzir comportamentos inadequados e diminuir a necessidade de supervisão integral desses indivíduos, a literatura na área da gerontologia comportamental produziu diversas metodologias para avaliar esses processos e delinear tecnologias efetivas para tentar devolver ou restaurar habilidades e competências que foram perdidas no decorrer de suas vidas, como a memória, a comunicação, a interação social, a autonomia, independência nas atividades do cotidiano e a valorização da vida (GOYOS *et al.*, 2009).

Goyos *et al.* (2009) apontam que o uso de procedimentos comportamentais têm demonstrado resultados significantes no cuidado de idosos dependentes, mantendo e/ou aumentando habilidades funcionais e evitando a institucionalização. Para tanto, é necessário compreender que o idoso tem potencial para executar diversas atividades e também para continuar aprendendo, no entanto, é imprescindível que os procedimentos interventivos sejam delineados cuidadosamente para aquele indivíduo (BURGIO; BURGIO, 1986, *apud* GOYOS *et al.*, 2009). Nesse sentido, todas essas intervenções resultam em benefícios como autonomia, aumento da autoestima e melhor domínio de seu ambiente físico e social (GOYOS *et al.*, 2009).

A gerontologia comportamental propõe a manipulação entre o organismo envelhecido e o ambiente em que ele se insere com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a efetividade dos comportamentos emitidos por esses indivíduos (BURGIO; BURGIO, 1986; BIRREN; SCHAIE, 1996, *apud* GOYOS *et al.*, 2009). Desse modo, devido ao ambiente desempenhar papel fundamental não apenas no desenvolvimento e manutenção de comportamentos, mas também na prevenção do



declínio comportamental do idoso, que não deve ser interpretado como produto inevitável da idade (WILLIAMSON; ASCIONE, 1983, *apud* GOYOS *et al.*, 2009).

#### **2.4 Relações sociais na velhice**

Nos países do Ocidente a desvalorização das pessoas idosas está diretamente vinculada com o modo como os jovens percebem a velhice. Dessa forma, este problema está relacionado a valores culturais desses locais (RAMOS, 2002). Nesse sentido, Dalmolin *et al.* (s/d) acrescentam que historicamente os idosos vivenciam a segregação social e vivem à margem dos ambientes relacionais, principalmente após a aposentadoria, momento em que perdem ou diminuem vínculos de amizades. Destaca-se a responsabilidade das diversas esferas do governo de proporcionar condições para que o idoso permaneça em seu espaço familiar e social.

Diversos autores apontam a relação direta entre os relacionamentos sociais, capacidade funcional e qualidade de vida e, também, uma relação inversa desses fatores com a depressão (por exemplo, XAVIER; FERRAZ; BERTOLLUCCI; POYARES; MORIGUCHI, 2001; FLECK *et al.*, 2002; ALBUQUERQUE, 2003, *apud* CARNEIRO *et al.*, 2007). Cohen (2004) acrescenta ainda que essas relações e apoio podem minimizar chances de angustias, ansiedades e até mesmo de morte.

A pobreza de relações sociais é considerada por Broadhead *et al.* (1983, *apud* Andrade e Vaitsman, 2002) como um fator de risco à saúde tão danosa quanto a pressão arterial elevada, o fumo, a ausência de atividade física e a obesidade. Diante disso, Ramos (2002) pondera que essa deterioração da saúde, que ocorre no envelhecimento, pode se dar não apenas pelo desgaste natural do organismo, tabaco ou sedentarismo, mas, também, por essa redução da qualidade ou quantidade de relações sociais.

Supõe-se que o idoso que tem suporte de uma rede de apoio social tende a ser mais competente socialmente, junto a elevados níveis de qualidade de vida, diferentemente do indivíduo que tem um grupo restrito de relações interpessoais. Em contrapartida, idosos que vivem em asilos, devido a carência de apoio social, podem vir a apresentar déficits em suas habilidades sociais, como também baixa qualidade de vida e em consequência níveis mais elevados de depressão (CARNEIRO *et al.*, 2007). “Uma das alternativas atuais é a participação em grupos de terceira idade,

uma vez que estes oportunizam novas possibilidades e perspectivas de vida” (MORAIS, 2009, s/p).

O processo de envelhecimento acarreta mudanças naturais no organismo dos idosos, sejam essas de ordem física, cognitiva ou emocional, resultam na diminuição da capacidade do indivíduo de interagir com o ambiente em que está inserido. Desse modo, ao longo dos anos, o recinto familiar, que antes era seguro e confortável começa a apresentar riscos e desconfortos para o idoso. Desse modo, o ambiente físico deve ser um espaço pensado para as necessidades desse indivíduo, de modo que estimule sua independência e autonomia (CARNEIRO *et al.*, 2007).

Apoio e suporte familiar são considerados de fundamental importância para que o idoso possa preservar sentimentos de reconhecimento e pertencimento junto às pessoas que ama, sendo que o despertar de tais sentimentos tem grande probabilidade de motivá-lo na busca de novas relações (MORAIS, 2009, s/p).

No entanto, embora a legislação brasileira defenda os direitos de idosos ativos e participantes na comunidade, e o Estatuto do Idoso (2013) preze pelos direitos e exercício da cidadania, a situação dos idosos no Brasil é desalentadora, tendo em vista que nem a família nem a sociedade proporcionam aos idosos uma vivência digna e de qualidade (GOYOS *et al.*, 2009).

#### **2.4.1 Grupos de convivência para idosos**

Diante da privação dos laços sociais e da verificação da importância da convivência surgiu na década de 1970, em São Paulo, por meio do Serviço Social do Comércio (SESC) os grupos de idosos, configurando-se como alternativa para participação social, difundindo-se por todo o país. Diante disso, os municípios devem proporcionar a esse público uma assistência de maior qualidade, o que por vezes é difícil, pois demanda novas formas de pensar e operar o trato com idosos, articulação entre os distintos níveis do governo, profissionais da saúde, assistência social e da sociedade como um todo. Desse modo, a atividade grupal assume papel relevante nesse contexto, de forma a propiciar um espaço de escuta e o exercício da socialização entre este contingente populacional (Dalmolin *et al.* s/d).

Os Grupos de Convivência (GC) são grupos que viabilizam a sociabilidade de sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos (MOURA; SOUZA, 2015), proporcionando um espaço de convívio, que tem o intuito de fortalecer a participação de idosos em programas, assegurando o exercício da cidadania e melhoria da

qualidade de vida. Para tanto, são desenvolvidas nesses espaços atividades que tem por objetivo provocar reflexões sobre o processo de envelhecimento, qualidade de vida e a valorização da própria vida (KURZ; MORGAN, 2012).

Kurz e Morgan (2012, s/p) apontam que os Grupos de Convivência para Idosos têm por objetivos

oferecer garantia de convívio ao idoso com oportunidades e ações para o enfrentamento das condições de vida; promover o fortalecimento de laços de pertencimento e construção de projetos pessoais e sociais; proporcionar a socialização ou ressocialização através de atividades sociais, físicas, culturais, recreativas e intelectuais aos idosos e incentivar a inclusão social do idoso evitando o isolamento social.

Diante de tantas potencialidades, os grupos de idosos devem ser utilizados dentro do leque de recursos da psicogerontologia, visto que oportunizam novas perspectivas de vida, ampliação das fronteiras de seu valor pessoal, preservação de atividades prazerosas, além do planejando de projetos de vida e crenças no futuro, o que viabiliza a aquisição e/ou manutenção de estratégias de enfrentamento das adversidades do processo de envelhecimento (MORAIS, 2009).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)**

A presente pesquisa propôs uma pesquisa aplicada, pois os conhecimentos adquiridos serão utilizados na prática. É de campo, pelo fato de observar os fatos tal como ocorrem e no local em que acontecem (RODRIGUES, 2007). De natureza qualitativa, à medida que não é voltada para representatividade numérica, tendo por objeto a compreensão de um grupo social. Preocupando-se com aspectos da realidade, sua compreensão e explicação das relações sociais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

No que se refere ao objetivo metodológico, realizou uma investigação exploratória, descritiva e explicativa. Sendo a primeira caracterizada por pesquisas que objetivam propiciar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou configurar hipóteses. Já as descritivas visam descrever as características de uma população ou fenômeno, identificando as relações entre as variáveis. Por fim, as explicativas preocupam-se em levantar fatores que atuam direta ou indiretamente para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2002).

O procedimento metodológico foi de levantamento, ou seja, teve por objetivo descrever “a distribuição das características ou de fenômenos que ocorrem

naturalmente em grupos da população” (BANDEIRA, s/d, s/p). A análise dos resultados obtidos foi com base nos pressupostos da Análise do Comportamento. Matos e Tomanari (2002, p.10) destacam que “a abordagem do analista do comportamento a seu objeto de estudo implica em uma sofisticada metodologia de sujeito único, isto é, do sujeito como seu próprio controle”. Concernente à ferramenta conceitual para a interpretação dos dados coletados, foi a análise de contingências, ou análise funcional, que constitui um modelo de interpretação e investigação dos fenômenos, no intuito de “promover a identificação de relações de dependência entre eventos” (NENO, 2003, p.152).

### 3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Serviço de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA, na cidade de Palmas - TO, no qual são ofertados serviços relacionados à promoção e prevenção em saúde. A coleta de dados teve início do mês de setembro e foi concluída em novembro de 2016.

### 3.3 OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA

O objeto de estudo foram usuários do Serviço de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA que participam dos grupos de hidroterapia para adultos e idosos. Para a presente pesquisa a amostra pretendida consistia em três idosos e três indivíduos na vida adulta que estivessem adentrando a velhice. No entanto, a maioria dos participantes do grupo de hidroterapia são mulheres, por isso a amostra passou a abranger apenas participantes do sexo feminino.

Apesar da amostra pretendida ser constituída por seis participantes, uma das participantes do segundo grupo teve que se afastar do Serviço de Fisioterapia devido a problemas de saúde. Outra participante do segundo grupo teve que ser desligada da pesquisa após não comparecer à três encontros marcados para coleta de dados. Dessa forma, a amostra é composta por quatro mulheres, sendo três com idade acima de 60 anos e uma com idade inferior a 50 anos.

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa em um dia em que estavam realizando atividades no Serviço de Fisioterapia, para tanto foram especificadas as características necessárias para participação.

### 3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

#### 3.4.1 Critérios de Inclusão

Foram estipulados como critérios de inclusão na pesquisa:

- Estar cadastrada no Serviço de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA.
- Ter entre 40 e 50 anos ou mais de 60 anos.
- Consentir em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3.4.2 Critérios de Exclusão**

Como critérios de exclusão:

- Estar passando por tratamentos que possam vir a afastá-las da pesquisa.
- Não morar na zona urbana de Palmas- TO.
- Não estar disponível nos dias programados para coletas de dados ou faltar no dia agendado.

### **3.5 Variáveis**

Foram consideradas variáveis para a análise dos resultados da pesquisa, o gênero, tempo de vinculação ao serviço, nível de instrução, lazer, cuidados com a saúde, habitação, convívio com pessoas que compõe uma rede de apoio, atividades laborais e elementos da história de vida pregressa que possam de alguma forma ter contribuído para o tipo de envelhecimento que a participante tem hoje.

### **3.6 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, processamento, análise e apresentação dos dados**

Foi realizada uma visita ao Serviço de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA, com o objetivo de verificar o interesse do serviço na realização da pesquisa, bem como, apresentar para a coordenadora a proposta do presente projeto de pesquisa. Além disso, foi clarificado que a coleta de dados só teria início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

A partir disso, foi solicitado que a coordenadora indicasse usuárias para participarem da pesquisa. Em seguida, as usuárias pré-selecionadas foram convidadas a participar do estudo. Após estar cientes dos objetivos e procedimentos da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). É importante dizer que, considerando que algumas participantes são idosas, com o intuito de garantir a acessibilidade aos instrumentos utilizados, o TCLE entregue teve letra e espaçamento maiores.

Após consentirem em participar da pesquisa, deu-se início a coleta de dados. Foi utilizado O Mini Mental, Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) (ANEXO A) no

intuito de rastrear possíveis perdas cognitivas das participantes. A *Geriatric Depression Scale*, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (ANEXO B) também foi realizada, a qual caracteriza um instrumento validado para verificar níveis de depressão em idosos. A Escala das Atividades de Vida Diária (ANEXO C) foi aplicada para mensurar o nível de independência ou dependência das participantes em sua rotina. Ambos exames estão aptos para uso, ou seja, estão válidos.

Em seguida foi realizada uma entrevista individual com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) construído pela acadêmica pesquisadora, essa atividade ocorreu nas dependências do Serviço de Fisioterapia em uma sala reservada, a fim de garantir sigilo e privacidade, com duração de aproximadamente 30 minutos. Teve como foco levantar as variáveis pregressas que contribuíram para o tipo de envelhecimento tido hoje, além de caracterizar o contexto no qual a participante está inserida nos dias atuais.

Foi realizada ainda, uma segunda entrevista (APÊNDICE C), com foco para aspectos biopsicossociais do envelhecimento, para verificar de que forma as participantes compreendem e interpretam o envelhecimento bem sucedido e como têm, ou não, se preparado para vivê-lo. Por fim, foi aplicada a Escala de Depressão de Beck para verificar níveis de depressão apontados pela GDS e possibilitar uma melhor noção desse fenômeno.

A partir da coleta de dados, os dados obtidos foram analisados por meio de Análises das Contingências. Os resultados serão expostos às participantes por meio de uma roda de conversa, e de forma individual, se necessário. Neste dia, como forma de agradecimento as participantes aprenderão exercícios para preservação de seus aspectos cognitivos e funcionais. A identidade dos participantes foi preservada, para tanto foram utilizados nomes fictícios ao longo do trabalho.

### 3.7 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise, conforme a Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012) que analisa pesquisas com seres humanos. Somente após parecer favorável a coleta de dados teve início.

Após uma pré- seleção das possíveis participantes realizada em conjunto com a coordenadora do serviço, a abordagem para convite se deu de forma direta, no Serviço de Fisioterapia, durante um dia de atividade do grupo de hidroterapia. Primeiramente, o assunto da pesquisa foi exposto e em seguida foi realizado o

convite para que as usuárias que se encaixassem na amostra e tivessem interesse em participar procurassem a acadêmica pesquisadora.

A partir da manifestação de interesse, foram expostos os passos para a realização da pesquisa, objetivo do presente estudo, metodologia da pesquisa, importância do trabalho, benefícios, riscos, forma de participação, não remuneração quanto à participação na pesquisa em nenhuma espécie, entre outros aspectos relevantes por meio de um bate-papo entre acadêmica pesquisadora e usuárias do serviço.

Após os esclarecimentos, as voluntárias que se disponibilizaram e se encaixaram nos critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE em duas vias. Foi realizada a leitura do documento e esclarecimento de possíveis dúvidas, principalmente que trata-se de uma atividade voluntária, sem quaisquer tipos de remuneração ou gratificação, bem como a possibilidade de o indivíduo desistir a qualquer momento sem ônus para o mesmo. Entretanto, deveriam comunicar à acadêmica pesquisadora da desistência. Ao final da pesquisa, os resultados obtidos serão repassados às participantes por meio de uma roda de conversa. Contudo, caso haja necessidades, serão informadas individualmente sobre os dados analisados.

### **3.7.1 Riscos**

Como risco, pode-se destacar a possibilidade de, a partir da reflexão acerca das contingências envolvidas no envelhecimento bem sucedido, as participantes vivenciarem uma espécie de sofrimento originada pelo arrependimento de não terem se preparado para a velhice.

Além do mais, é possível que as voluntárias que se prontificaram a participar da pesquisa e por algum dos critérios de inclusão e exclusão não foram selecionadas acreditem que não têm um envelhecimento saudável e isso gere danos às mesmas. Assim, coube a acadêmica pesquisadora oferecer suporte profissional por meio de encaminhamentos para o Serviço de Psicologia- SEPSI ou para outro serviço. Isto, tanto às voluntárias que não foram selecionadas, quanto para as participantes.

Além disso, existe a chance de que os dados coletados e a identidade dos participantes da pesquisa se tornem públicos. Contudo, é de responsabilidade da acadêmica pesquisadora garantir o sigilo e privacidade das informações pessoais

dos indivíduos, conforme preconizado na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12.

### **3.7.2 Benefícios**

Em consequência aos resultados apontados pela pesquisa, é possível que as participantes se conscientizem sobre a importância de buscar um preparo para passar por um envelhecimento saudável e sem grandes prejuízos. Além disso, a equipe do Serviço de Fisioterapia poderá desenvolver um olhar mais sensível acerca das necessidades biopsicossociais do processo de envelhecer.

### **3.7.3 Desfechos**

#### **3.7.3.1 Primário**

Compreender de que forma o contexto em que os indivíduos estão inseridos se relaciona com o envelhecimento bem sucedido.

#### **3.7.3.2 Secundário**

A pesquisa abre espaço para mudanças no olhar social sobre o envelhecer, despertando a população para uma compreensão das variáveis biopsicossociais envolvidas nesse processo. Dessa forma, o Serviço de Fisioterapia poderá atuar na promoção e prevenção de saúde de forma mais completa, se atentando para as necessidades do indivíduo de forma integral e, encaminhando-o para demais serviços quando perceberem demandas que vão além de suas possibilidades de intervenção. Além disso, as participantes poderão modificar a forma como agem diante da velhice.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os encontros com as participantes ocorreram no dia do grupo de hidroterapia, oferecido a idosos e adultos pelo Serviço de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA, que ocorre semanalmente e, o grupo para adultos, duas vezes por semana.

É válido ressaltar que ao serem convidadas a participar de uma pesquisa acerca do envelhecimento, algumas pacientes do Serviço de Fisioterapia demonstraram através de frases em tom de bom humor, desconforto com o convite, devido ao tema e a não se notarem como “velhas”, no sentido passivo que a maior parte da sociedade dá ao termo.

Dessa forma, elas se autodenominaram moças e mocinhas, e assim, também, são chamadas pelos demais, não no intuito de “soar bem” ou de desconsiderar que



elas estão envelhecendo, mas com o objetivo de deixá-las mais confortáveis de acordo com o sentido que elas mesmas dão a esses termos. Assim, os nomes fictícios escolhidos para identificá-las foram os de “mocinhas” do cinema, no intuito de preservar o sigilo da pesquisa.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa quatro mulheres, com idades entre 49 e 65 anos. Metade da amostra possui ensino médio completo, a outra metade não concluiu o ensino fundamental. Apenas uma está trabalhando atualmente, as demais são aposentadas. Com relação ao estado civil, duas das participantes são casadas, uma solteira e outra separada; três possuem filhos. Entre as participantes, duas moram sozinhas e outras duas com familiares (TABELA 1).

Tabela 1 – Caracterização das participantes

Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação Atual	Estado Civil	Quantos Filhos	Reside
Tess	65	Fundamental Incompleto	Aposentada há 19 anos	Separada	4	Sozinha
Cosete	63	Fundamental Incompleto	Aposentada há 3 anos	Casada	5	Esposo e cunhado
Catarina	62	Médio Completo	Aposentada há 3 anos	Casada	2	Esposo e filha
Gilda	49	Médio Completo	Auxiliar de Farmácia Hospitalar	Solteira	0	Sozinha

Em virtude da amostra ser composta apenas por mulheres, o processo de envelhecimento abordado terá ênfase nos impactos vivenciados por esse gênero. Nesse sentido, vale evidenciar que a sociedade está se transformando constantemente e com isso o papel social das mulheres também está sendo alterado. Uma das principais mudanças foi a inserção feminina no mercado de trabalho (MADUREIRA *et al.* 2008).

Tabela 2 - Histórico de atividades laborais

Participante	Atividades laborais exercidas ao longo da vida
Tess	Professora desde os 16 anos
Cosete	Lavadora e merendeira

Catarina

Doméstica, lavadeira e merendeira

Gilda

Babá, doméstica, auxiliar administrativo, vendedora externa e interna, pastora e assistente de farmácia hospitalar

Verificou-se que todas as participantes ao longo de sua vida trabalharam fora de casa e a inserção no mercado se deu ainda muito cedo, conforme relatos (TABELA 2). Atualmente três estão aposentadas, mas foram recorrentes discursos alegando como foi prazeroso trabalhar fora. *“Trabalhei mais tempo, pois não queria ficar em casa”* (Tess). A participante conta que contribuiu mais anos do que o necessário para aposentar, demonstrando a valorização em torno de sua produção por meio da atividade laboral, ressaltando a modificação do papel e o espaço da mulher na sociedade.

Devido ao nível de escolaridade e profissões que exerceram, as participantes não possuem uma renda elevada. Dessa forma, relataram que a limitação financeira atrapalha o envelhecimento saudável, na medida em que interfere no acesso a saúde, lazer, cuidados com a aparência, alimentação saudável, entre outros.

Com relação ao vínculo das participantes com o Serviço de Fisioterapia, é importante destacar que para tornar-se paciente do serviço é necessário que o indivíduo tenha sido encaminhado devido a diagnóstico de patologia que necessite de acompanhamento (QUADRO 1). Todas as participantes do estudo estão cadastradas no Serviço de Fisioterapia, conforme critério de inclusão. Por isso, todas apresentam doenças que geram dores, desconfortos e algumas limitações.

Quadro 1- Vinculação ao Serviço de Fisioterapia

Participante	Vinculação com o Serviço de Fisioterapia
Tess	Frequenta o serviço há aproximadamente <b>seis anos</b> . Conheceu o serviço através de um <b>médico</b> que lhe indicou hidroterapia para tratamento de <b>Hérnia de Disco</b> . Participa do grupo de <b>hidroterapia</b> que ocorre <b>uma vez por semana</b> . É levada de <b>carro por um de seus genros</b> , no entanto, retorna para casa <b>sozinha, de ônibus</b> .
Cosete	Frequenta o serviço há aproximadamente <b>sete anos</b> . Conheceu o serviço através de uma <b>fisioterapeuta</b> que lhe indicou hidroterapia para tratamento de uma <b>fratura no braço</b> . Participa do grupo de <b>hidroterapia</b> que ocorre <b>uma vez por semana</b> . Vai e volta <b>sozinha de ônibus</b> .
Catarina	Frequenta o serviço há <b>três meses</b> . Conheceu o serviço através de uma <b>médica</b> que lhe indicou fisioterapia para tratamento de uma <b>fratura na bacia</b> . Participa do grupo de <b>hidroterapia</b> e faz <b>fisioterapia, uma vez por semana</b> , cada atividade. É levada de <b>carro por seu esposo</b> , no entanto, retorna para casa <b>sozinha, a pé ou de ônibus</b> .
Gilda	Frequenta o serviço há <b>cinco anos</b> . Conheceu o serviço através de uma <b>fisioterapeuta</b> que lhe indicou hidroterapia para tratamento de <b>problemas na coluna</b> . Participa do grupo de <b>hidroterapia duas vezes por semana</b> . Vai e volta <b>sozinha de ônibus</b> .

A partir do Quadro 1, foi possível destacar que 75% da amostra frequenta o Serviço de Fisioterapia há mais de 5 anos. Foi possível inferir, também, que todas as participantes são independentes em sua locomoção, apesar de algumas vezes serem levadas ao serviço por familiares. Isto mostra o apoio social que algumas delas recebem, mas permite verificar sinais de autonomia no desempenho de suas atividades, o que pode facilitar o acesso ao serviço e outros espaços do meio em que estão inseridas.

#### 4.2 AVALIANDO AS FUNÇÕES COGNITIVAS, NÍVEIS DE DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE

No Mini - Exame do Estado Mental (MMSE) a pontuação máxima é 30 e corresponde ao número de acertos. Dessa forma, diante dos resultados foi possível dizer que, de acordo com MMSE, nenhuma das participantes possui déficit nas funções cognitivas (TABELA 3). Ou seja, 100% da amostra apresenta cognição normal. Vale ressaltar que para apuração deste teste são considerados idade e nível de escolaridade.

Tabela 3- Resultados do Mini - Exame do Estado Mental (MMSE)

Participante	Orientação	Memória imediata	Atenção e cálculo	Evocação	Linguagem	Total
Tess	9	3	3	3	9	27
Cosete	10	3	3	2	8	26
Catarina	10	3	3	3	7	26
Gilda	10	3	3	3	9	28

Diante da pontuação final, observa-se que não houve diferenças significativas entre a pontuação das participantes. Entretanto, a pontuação mais elevada foi a de Gilda que é a mais nova da amostra, seguida por Tess que embora seja a mais velha trabalhou como professora desde os 16 anos, o que pode ter influenciado na ausência de déficits cognitivos na velhice, partindo do princípio de que esta atividade envolve questões intelectuais. Isto, tendo em vista que atividades que estimulem as funções cognitivas são fundamentais para a prevenção do declínio da capacidade de

pensar, perceber, sentir, lembrar, raciocinar e responder aos estímulos externos (RABELO, 2009).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) aponta indícios de depressão e a pontuação máxima corresponde a 15 pontos. Os níveis de suspeita de depressão são diretamente proporcionais ao número de pontos obtidos, ou seja, quanto maior a pontuação final, maior o nível de suspeita de depressão. De acordo com os resultados (>5), metade da amostra apresenta suspeita de depressão (TABELA 4).

Tabela 4- Resultados da Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

<b>Participante</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
Tess	2	Não há suspeita de depressão
Cosete	8	Suspeita de depressão
Catarina	3	Não há suspeita de depressão
Gilda	6	Suspeita de depressão

A Escala de Depressão de Beck (BDI) é uma medida da intensidade de depressão e a pontuação máxima corresponde a 63 pontos. Os níveis de suspeita de depressão são diretamente proporcionais ao número de pontos obtidos, ou seja, quanto maior a pontuação total, maior o nível de suspeita de depressão (TABELA 5).

Tabela 5- A Escala de Depressão de Beck (BDI)

<b>Participante</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Nível</b>
Tess	0	Mínimo
Cosete	15	Leve
Catarina	12	Leve
Gilda	14	Leve

A partir dos resultados apresentados na Tabela 5 é possível inferir que Cosete e Gilda continuam apresentando indícios de depressão. Em contrapartida, Catarina que não havia apontado indícios na GDS, apresentou-se com nível de depressão leve.

É válido destacar que a BDI busca descrever a maneira como o indivíduo tem se sentido nos últimos sete dias e Catarina caiu acerca de 15 dias, machucando-se bastante. Por isso está impossibilitada de realizar diversas atividades do seu cotidiano, o que tem lhe gerado angústia e preocupação com seu estado de saúde. Assim, tal ocorrência pode ter influenciado nos resultados.

As limitações da participante ocasionaram novas contingências e é provável que ela esteja encontrando dificuldades para se comportar na nova situação. Para compreender essa forma de enfrentamento é relevante considerar quais são as concepções acerca do adoecer, que Catarina construiu ao longo de sua vida. Destaca-se que ela possui atribuições que lhe são muito reforçadoras, como a participação na comunidade, cuidados com a família, autonomia e independência. De modo que considera importante para seu bem estar ser útil e produtiva, e o contrário se caracteriza como aversivo. Assim, diante da privação de desempenhar alguns papéis, nota-se que Catarina apresentou dificuldades para utilizar estratégias adaptativas para lidar com esse evento estressor.

Diante desses resultados, é válido clarificar que a análise do comportamento compreende a depressão a partir do repertório único e personalizado de cada indivíduo. Em termos comportamentais, está relacionada à redução na frequência de certas atividades tidas como prazerosas e aumento, simultâneo, de comportamentos de fuga e esquiva de situações aversivas. Além da dificuldade do indivíduo em acessar reforçadores disponíveis em seu ambiente. Dessa forma, o terapeuta comportamental busca na interação entre o indivíduo e seu ambiente as possíveis causas deste “quadro depressivo”. Para isso, são realizadas análises funcionais a fim de identificar comportamentos públicos e privados que se relacionam com a instalação e manutenção do comportamento-problema (MELO; TEIXEIRA, s/d; MOREIRA; MEDEIROS, 2007; CARDOSO, 2011).

Com relação à capacidade funcional, todas as participantes apresentaram AVD plena, ou seja, independência funcional (TABELA 6). Dessa forma, não necessitam de assistência para realização de tarefas diárias. A partir da pontuação notou-se também que não houve diferenças relacionadas à faixa etária.

Tabela 6- Resultados Escala de Atividade de Vida Diária (AVD)

Participante	Pontuação	Classificação
Tess	0	AVD plena
Cosete	0	AVD plena
Catarina	0	AVD plena
Gilda	0	AVD plena

Os dados expostos na Tabela 6 confirmam os sinais de independência aferidos no Quadro 1 no que concerne à mobilidade para irem ao Serviço de Fisioterapia, uma vez que as participantes conseguem desempenhar suas atividades sozinhas, inclusive, locomover-se. Assim, diante dessa autonomia e capacidade de lidar com o meio em que estão inseridas é possível dizer que a diminuição funcional está ocorrendo por meio do processo natural do envelhecimento e não tem ocasionado problemas para a amostra estudada (LIMA; DELGADO, 2010).

Diante do conceito de envelhecimento bem sucedido trazido por Carvalhaes Neto (2011), um dos fatores que caracterizam o sucesso da velhice é a capacidade funcional elevada. Nesse sentido, entende-se que a amostra tem sucesso nesse viés do envelhecimento. No entanto, existem outras esferas que interferem nesse resultado, como a baixa suscetibilidade a doenças, postura ativa frente a vida e a sociedade.

A capacidade funcional é apontada como inversamente proporcional a depressão, no entanto, os dados obtidos não confirmaram este apontamento da literatura, tendo em vista que todas as participantes possuem AVD plena, mas algumas apresentam indícios de depressão (TABELA 4, TABELA 5 e TABELA 6). Porém, é preciso destacar que não é apenas a ausência de déficits isolada, existem outros aspectos que colaboram para essa relação, como a qualidade de vida e os relacionamentos sociais (XAVIER; FERRAZ; BERTOLLUCCI; POYARES; MORIGUCHI, 2001; FLECK *et al.*, 2002; ALBUQUERQUE, 2003, *apud* CARNEIRO *et al.*, 2007). No contexto da amostra estudada estas esferas estão fragilizadas, o que pode interferir nos indícios de depressão verificados. Ao longo da pesquisa serão discutidas outras variáveis que podem estar contribuindo para esse resultado.

### 4.3 SEGMENTOS DA ENTREVISTA

Foi realizada uma entrevista individual com as participantes. O roteiro semiestruturado foi dividido nas seguintes categorias: cuidados com a saúde; aparência; lazer e relacionamento interpessoal; relacionamento familiar e conjugal; envelhecimento. As respostas coletadas foram anotadas e neste tópico serão expostos trechos relevantes da fala das entrevistadas e em seguida serão analisados.

#### 4.3.1 Cuidados com a saúde: exercício físico, alimentação e acompanhamento médico

Sabe-se que cuidar da saúde é um dos principais passos para o envelhecimento ativo e, conseqüentemente alcançar uma maior expectativa de vida. Uma das estratégias para prevenção dos declínios fisiológicos advindos da passagem de tempo é a realização de atividades físicas, cuidados com a alimentação e realizar acompanhamento médico periódico (LIMA; DELGADO, 2010).

Quadro 2 – Cuidados com a saúde segundo as participantes

Participantes	Cuidados com a saúde
<b>Tess</b>	<b>Atividade física:</b> Nenhuma. <b>Alimentação:</b> Não tem uma alimentação saudável e balanceada. <b>Acompanhamento médico:</b> Não costuma ir ao médico. <b>Prevenção de doenças:</b> Evitando fazer algo que prejudique sua coluna.
<b>Cosete</b>	<b>Atividade física:</b> Nenhuma. <b>Alimentação:</b> Busca ingerir alimentos saudáveis. <b>Acompanhamento médico:</b> Vai ao médico periodicamente. <b>Prevenção de doenças:</b> Através da alimentação.
<b>Catarina</b>	<b>Atividade física:</b> Caminhada, diariamente. <b>Alimentação:</b> Busca ingerir alimentos saudáveis. <b>Acompanhamento médico:</b> Vai ao médico periodicamente. <b>Prevenção de doenças:</b> Alimentação e exercício físico.
<b>Gilda</b>	<b>Atividade física:</b> Nenhuma. <b>Alimentação:</b> Não tem uma alimentação saudável e balanceada. <b>Acompanhamento médico:</b> Vai ao médico periodicamente . <b>Prevenção de doenças:</b> Estilo de vida que evita stress, não ingerir bebidas alcoólicas, não fumar e dormir bem.

Conforme o Quadro 2, percebe-se que apenas uma das participantes realiza exercícios físicos além da hidroterapia. Verificou-se que 50% da amostra têm limitações decorrentes de patologias, que as impossibilitam de realizar algumas atividades físicas. *“Tava fazendo caminhada, mas parei por dor na perna”* (Tess). *“Fazia caminhada, mas parei por causa da artrose e joanete, aí o médico pediu pra eu parar por causa das dores no dedo”* (Cosete). A partir destes discursos, é

possível constatar que quando questionadas sobre exercícios físicos sempre se remetem à caminhada, provavelmente por ser uma atividade de fácil acesso e gratuita, pois, conforme destacado anteriormente, as participantes possuem limitações financeiras.

No que concerne a alimentação saudável, apenas uma das participantes segue uma dieta específica com pouco sal, devido a ser hipertensa. Metade da amostra alega buscar ingerir alimentos saudáveis, *“mais salada, carne, legumes, pães integrais”* (Cosete). *“Verduras, carnes magras, pouco sal e gordura”* (Catarina). Em contrapartida, as outras duas participantes afirmam não ter e nem estarem buscando uma alimentação mais equilibrada. *“Eu não tenho muita preocupação com isso não”* (Tess).

Referente ao acompanhamento médico, apenas uma participante relata não fazer acompanhamento periódico. *“Não sei nem quando foi que fui ao médico [...] vou quando sinto algo estranho”* (Tess). As demais valorizam estar bem fisicamente, por isso vão ao médico regularmente, como estratégia de prevenção. *“Eu vou até demais, porque lá no hospital tenho acesso. Eu não espero sentir alguma coisa”* (Gilda). Esse trecho chama atenção pelo fato de Gilda ter acesso facilitado a tratamentos médicos devido a seu local de trabalho. Em contrapartida, as demais contam que são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e pagam consultas apenas para casos extremos ou para acompanhamento de patologias graves, o que dificulta a realização de visitas periódicas, no intuito de monitorar e prevenir agravos.

Diante dessa divergência é possível assegurar que embora muitos avanços tenham sido obtidos ao longo dos anos para cuidar e garantir os direitos dos idosos, ainda há muito que avançar. É preciso asseverar que eles tenham acesso a cuidados integrais, que forneçam condições para que vivenciem essa fase da melhor forma possível (SILVA, s/d).

Com relação a prevenção de doenças, a maioria refere-se aos cuidados com a alimentação, seguido por exercícios físicos. Uma participante narra outros aspectos, não relacionando saúde apenas ao bem estar biológico. *“Evitando um estilo de vida estressante”* (Gilda). Nota-se que existe uma preocupação com a qualidade das relações sociais para si, do ambiente em que está inserida, das atividades que realiza e as consequências de todos esses fatores em seu processo de envelhecimento.



Notou-se que cada uma das participantes tem um modo de atuar nos cuidados com a saúde, isso se dá devido as singularidades individuais, como por exemplo, a presença de patologias que geram limitações e exigem condutas específicas e questões financeiras. Assim, para entender a forma como cada uma delas se comporta é relevante considerar esses aspectos e o meio no qual elas estão inseridas (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

#### 4.3.2 Aparência: satisfação e cuidados

No período do envelhecimento, assim como em todas as fases da vida, o indivíduo passa por modificações e essas podem se referir também ao corpo, relacionando-se à uma nova identidade (FONSECA, 2010, s/p). Assim, é possível que o idoso se adapte com facilidade ou tenha dificuldades para lidar com as transformações da aparência.

Tabela 7 – Satisfação e cuidados das participantes com a aparência

Participante	Está satisfeita com sua aparência?	Quais cuidados mantêm?
Tess	Sim	Cremes e protetor solar
Cosete	Sim	Nenhum
Catarina	Sim	Alimentação e cremes
Gilda	Não	Nenhum

Diante da Tabela 7 percebe-se que apenas uma das participantes não está satisfeita com sua aparência e duas consideram que não têm mantido nenhum cuidado. “*O meu cabelo está branco, eu emagreci, não estou satisfeita*” (Gilda). “*Era mais vaidosa, de uns tempos pra cá desanimei*” (Cosete). Para além da dificuldade financeira já mencionada, foi possível verificar um desânimo em se cuidar.

As participantes Cosete e Gilda apresentaram indícios de depressão (TABELA 4 e TABELA 5). A forma como elas se comportam diante das modificações são advindas da interação entre as experiências individuais e as influências culturais sobre suas ações. Assim, é preciso considerar a educação que elas tiveram a respeito de cuidados com aparência e vaidade. Verificou-se também, que elas começaram a trabalhar ainda muito jovens, passaram e continuam passando por

eventos estressores com os quais tem dificuldades para lidar, o que pode influenciar nesse desânimo e ausência de desejo de se cuidar (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Além disso, Cosete e Gilda possuem poucos laços afetivos o que pode significar a ausência de elogios à aparência das participantes, assim diante da carência de reforçadores elas podem ter deixado esses cuidados de lado, uma vez que as consequências interferem na probabilidade do comportamento voltar, ou não, a ocorrer (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

### **4.3.3 Lazer e relacionamento interpessoal**

A possível deterioração da saúde durante o envelhecimento pode se dar pelo desgaste natural do organismo, tabaco e sedentarismo, mas, também, por uma redução da qualidade ou quantidade das relações sociais (RAMOS, 2002). A pobreza de relações sociais é considerada como um fator de risco tão danoso quanto a pressão arterial elevada, o fumo, a ausência de atividade física e a obesidade (BROADHEAD *et al.* 1983, *apud* ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Dessa forma, ao estudar o envelhecimento bem sucedido é imprescindível verificar também o lazer e as relações sociais presentes na vida dos idosos.

A maioria das participantes é aposentada e para muitas pessoas este é um dos fatores que contribui para a perda de papéis sociais (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006). A partir da constatação de que o trabalho é de grande relevância para a amostra estudada (TABELA 2), nota-se que houve uma necessidade de adaptação e reformulação da identidade, tendo em vista o caráter reforçador da atividade laboral na vida delas. Entretanto, nem todas as participantes conseguiram buscar novas funções que fossem tão reforçadoras quanto a ocupação anterior, o que pode implicar à velhice um tom negativo.

Concernente aos momentos de lazer, embora Cosete e Gilda aleguem não terem lazer algum, o que mais aparece no discurso das participantes são grupos religiosos, dos quais fazem parte. Tess e Catarina frequentam congressos e encontros de suas igrejas, e os descrevem como suas atividades de lazer. Nota-se que elas buscaram desempenhar novas atividades que lhe fossem tão reforçadoras quanto o trabalho. É preciso destacar que essa forma de comportar-se é influenciada pelos significados atribuídos ao trabalho e a aposentadoria, que se difere para cada uma.

Percebeu-se que essas participantes (Cosete e Gilda) que relatam não ter nenhum lazer, também afirmam ter poucas amizades e pouco convívio com as pessoas que consideram amigas. “*Tenho alguns amigos, mas estão longe. Eu tenho alguns colegas que são mais chegados*” (Gilda). Sabe-se que as relações sociais são muito importantes; conviver e participar de grupos é fundamental para um envelhecimento saudável.

Alguns autores já verificaram que os relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional são diretamente proporcionais, e que são inversamente proporcionais à depressão (XAVIER; FERRAZ; BERTOLLUCCI; POYARES; MORIGUCHI, 2001; FLECK *et al.*, 2002; ALBUQUERQUE, 2003, *apud* CARNEIRO *et al.*, 2007). É possível verificar essa relação quando a participante afirma “*estou me sentindo muito só [...] sozinha no trabalho e em casa*” (Gilda).

Nesse sentido, vale ressaltar que as participantes que relataram não terem lazer e pouco convívio social apresentaram de acordo com a GDS e BDI (TABELA 4 e TABELA 5), suspeita de depressão, sendo possível verificar essa relação de dependência entre os fatores. Essa pobreza de relações sociais pode se dar também pela ausência de familiares próximos, pois ambas relatam não ter familiares no Estado do Tocantins. Uma alternativa nesses casos são os grupos de convivência apresentados anteriormente, a fim de auxiliar na preservação dessas relações (MORAIS, 2009; KURZ; MORGAN, 2012). O grupo de hidroterapia não se enquadra nessa categoria, tendo em vista que o tempo de interação delas é restrito, devido às atividades terem foco individualizado e com outros objetivos.

#### **4.3.4 Relacionamento Familiar e Conjugal**

Apoio e suporte familiar são considerados fundamentais para sensações de pertencimento e reconhecimento junto aos seus familiares, e tais sentimentos podem possibilitar a busca por novas relações, ou seja, o indivíduo tende a ser mais competente socialmente (CARNEIRO *et al.*, 2007; MORAIS, 2009).

No que se refere ao relacionamento familiar, notou-se que algumas participantes se sentem um peso para os filhos e temem ter que depender deles. “*Peço a Deus para nunca precisar morar com filho e nora, tenho medo de incomodar*” (Cosete). Essa participante tem poucas relações interpessoais, isso pode se dar devido as sensações de exclusão até mesmo no seio familiar.

Por outro lado, as participantes que relataram ter muitos amigos, verbalizaram sentimento de pertença e acolhimento no núcleo familiar. *“Meus genros e noras são como filhos pra mim”* (Tess). Essa participante relata como é próxima de seus familiares e que eles buscam lhe auxiliar em sua rotina. Ela se refere a sua família com muita alegria, *“minha família me trouxe muita felicidade”* (Tess) e diz ainda que *“graças a Deus minha família é muito unida, você nem imagina”* (Tess).

Considerando as relações familiares como ponto crucial para o envelhecimento saudável conforme discutido anteriormente, confirmou-se que existe uma relação diretamente proporcional, à medida que as participantes com relacionamentos mais positivos apresentam melhores índices com relação à sintomas depressivos, ou seja, tendem mais para o envelhecimento bem sucedido.

No que concerne às relações conjugais, é possível destacar que a participante que se separou busca sua liberdade e alegria, sobre o casamento relata *“eu não era feliz e alegre [...] vivi 32 anos humilhada; por causa dos filhos eu vivi, mas quando ele traiu eu separei”* (Tess). Com relação às expectativas sociais em torno da vida da mulher abordados anteriormente, pode-se refletir que Tess possivelmente permaneceu nessa relação buscando oferecer o melhor para seus filhos (cumprir o papel materno que era esperado dela e por ela) (SILVEIRA; NADER, 2014). No entanto, após o crescimento desses filhos a participante optou por sair desse relacionamento negativo para ela. Diante disso, é importante elucidar que nem toda relação conjugal é positiva e oferece apoio.

Mesmo já estando na velhice, fase estigmatizada como passiva, Tess procurou sair desse relacionamento abusivo, a fim de experimentar essa fase da melhor forma possível, assumindo uma postura ativa frente a vida e sociedade com o objetivo de alcançar metas e objetivos de vida, o que remete à busca pelo envelhecimento bem sucedido (MORAES, 2009; CARVALHAES NETO, 2011).

Outra participante é casada e alega *“homem não tem consciência com a gente”* (Cosete). A participante queixa-se constantemente do marido e de quantas obrigações tem em seu lar. Cosete é cuidadora de um cunhado e, foi antes, da sogra; relata não ter tempo para si. Percebe-se que ela não conseguiu estabelecer novos papéis sociais que lhe fossem satisfatórios, embora ela afirme que é válido cuidar deles, isso não é suficiente, já que ela não realiza nenhuma outra atividade que seja voltada diretamente para a sua individualidade.

Já Gilda, a participante que ainda está na fase adulta, relata que não tem familiares no estado e tem pais já falecidos. Conta que “gostaria de namorar”. Verbaliza que não frequenta espaços oportunos para um novo relacionamento devido a questões financeiras. Nota-se que a participante, assim como Cosete, não assume uma postura ativa em sua própria vida e não tem habilidades para utilizar de estratégias criativas para adaptação ao seu meio.

#### 4.3.5 O processo de envelhecimento

É preciso destacar a existência de velhos de todos os tipos, e o modo como experimentam a velhice é influenciado pela educação, religião, identidade étnica ou nacional e de sua família, das ocupações passadas ou presentes, das áreas de interesse e de vários outros fatores (SKINNER; VAUGHAN, 1985).

Foi possível notar que as participantes aprenderam ao longo da vida que devem ter um envelhecimento saudável, no entanto, a ênfase é para aspectos biológicos. Relatam que *“a velhice é boa por causa das experiências, mas tem o lado ruim que são as doenças”* (Gilda). Afirmam que *“tem que ter saúde”* (Cosete). Nestes relatos fica evidente a prevalência de concepções de que a velhice é marcada por doenças e declínios. Essa compreensão reafirma a pobreza de repertório na prevenção de doenças apontados no Quadro 2. No entanto, sabe-se que estes aspectos negativos podem ser evitados desde já, considerando que não são inerentes à velhice e já foram verificadas relações com o estilo de vida (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Em contrapartida, no discurso de Tess aparece a valorização da experiência, *“eu acho que quando a gente está envelhecendo está vivendo mais”*. Diante disso, é possível perceber que já está havendo uma reeducação, por parte dessa participante, no sentido de ultrapassar essas concepções preconceituosas com relação à velhice, já que se tornar idoso é aceitar a velhice e se orgulhar dos anos vividos, que representam sabedoria, experiência e liberdade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Ainda sobre as concepções acerca do envelhecimento, retoma-se a ideia de velho no sentido descartável e desgastado *“velho só é a pele, mas o espírito é novo”* (Catarina). *“Não me sinto com 65 anos, não me sinto acabada, não me sinto velha”* (Tess). *“É melhor a gente cuidar do que os outros cuidarem da gente. Peço a Deus pra nunca precisar morar com filho e nora [...] tenho medo de incomodar”* (Cosete).

As falas de Catarina e Tess apresentam novas perspectivas sobre a velhice, nota-se que a forma delas de atuarem sobre as contingências foi diferente das demais participantes. É notório o propósito de continuarem sendo ativas, oposto ao tom passivo dado historicamente à esse fase, para a vivência do envelhecimento bem sucedido.

Destaca-se que Catarina e Tess são independentes e possuem apoio social, o que sem dúvida interfere na forma de perceber o envelhecimento, já que para elas, essa fase veio acompanhada de conquistas e desenvolvimento. Em compensação, Cosete expõe sobre o medo de ser dependente de seus familiares. É válido destacar que essa participante foi cuidadora da sogra e é do cunhado, o que tem gerado muitas limitações no seu cotidiano e na realização de algumas atividades. O receio de ser dependente de terceiros, pode ser impacto dessas experiências.

Com relação ao tipo de envelhecimento das participantes, diante dos resultados é possível dizer que Cosete e Gilda caminham para o envelhecimento fragilizado, isso é reforçado quando afirmam *“já passei por muita dificuldade [...] vida a dois, casei com quatro (refere-se ao esposo e seus três filhos) depois veio a mãe dele, depois o meu cunhado”* (Cosete). *“Foi que eu trabalhei muito cedo, responsabilidade, peso, isso envelhece mais cedo”* (Gilda).

Em contrapartida, tem-se outro olhar sobre o envelhecer e como enfrentar as dificuldades nesse processo. *“Minha família me trouxe muita felicidade, neto, filho, nora, genro [...] minha vida se transformou através da minha família”* (Tess). *“Fé, força de vontade, bons exemplos, buscar coisas novas, alimentação saudável”* (Catarina). Essas verbalizações ressaltam a possibilidade de vivenciar essa fase com sucesso, a partir de ser ativo nesse processo e contar com apoio social.

Concernentemente em como se preparam para a velhice, notou-se que não existe um preparo de fato, embora exista uma percepção de que se está envelhecendo e que existem meios para viver essa fase da melhor forma possível, não existe, agora, um empenho para isso. *“Eu não me preparo, deixo a vida me levar. Sou feliz, deixa ver o que vai acontecer lá adiante”* (Tess). *“Deus que vai preparar pra mim”* (Cosete). *“Ultimamente não ando me preparando”* (Gilda). Apenas Catarina relata que está tentando buscar envelhecer com sucesso, e inclusive, inclui em suas estratégias variáveis biopsicossociais. *“Tomar remédios, exercícios, comida balanceada, tomar chá, evitar tumulto, ter uma vida mais tranquila”* (Catarina).

Skinner e Vaughan (1985) ao afirmarem que poucas pessoas desejam ser um peso na vida do outro ou viver sofrendo, ressaltam que se o indivíduo não conseguir se cuidar, ou desfrutar de uma boa saúde, pouco poderá fazer. Assim, é importante planejar e se preparar, conhecendo as possíveis contingências dessa fase para atuar de modo a obter consequências que deseja, neste caso, o envelhecimento bem sucedido (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

#### 4.4 PREPARO PARA A VELHICE BEM SUCEDIDA: variáveis biopsicossociais

Diante da compreensão do envelhecimento para além dos aspectos biológicos e da descoberta de que muitos problemas não são inerentes à velhice, mas sim consequências de estilos de vida e doenças, surge a necessidade de buscar estratégias para vivenciar essa fase do desenvolvimento de maneira bem sucedida (LIMA; DELGADO, 2010; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Em vista dessa nova perspectiva e da possibilidade de se viver bem a velhice, foi interessante compreender de que forma a amostra pesquisada tem se preparado para essa fase. Por isso, neste tópico serão expostos aspectos biopsicossociais que as participantes consideram importantes para viver a velhice de forma bem sucedida, além das estratégias que elas estão utilizando para atingir esse objetivo.

Tabela 8 – Compreensão e preparo para o envelhecimento bem sucedido

Participantes	Tess	Cosete	Catarina	Gilda
<b>Aspectos biológicos importantes para a velhice bem sucedida</b>	Ser ativa; trabalhar; praticar atividades físicas;	Alimentação saudável; praticar exercícios físicos; estar em paz;	Ser alegre; alimentação saudável; praticar exercícios físicos;	Alimentação saudável; exercício físico; dormir bem; não ingerir álcool e outras drogas;
<b>Como tem se preparado biologicamente</b>	Faz hidroterapia; é ativa; trabalha em casa;	Dorme bem; se alimenta bem; evita preocupações;	É ativa; busca Jesus; se alimenta bem; é feliz;	Não bebe; não fuma; dorme bem;
<b>Aspectos sociais importantes para a velhice bem sucedida</b>	Ter amigos; se relacionar bem com as pessoas;	Conviver com filhos e familiares; ajudar quem precisa; fazer visitas;	Conviver em comunidade; ter bons relacionamentos com amigos e familiares; procurar atividades para estar junto de quem gosta; não reclamar demais;	Trabalhar; participar da igreja; realizar trabalho voluntário; se sociabilizar; namorar;
<b>Como tem se</b>	Procura boas	Vai para a igreja;	Vive em	Trabalha;

<b>preparado socialmente</b>	amizades; vive em comunidade;	reza por ela e pelos outros; Busca estar em contato;	comunidade; tem muitos relacionamentos positivos; faz trabalhos voluntários; procura não ser “antipática”;	participa da igreja;
<b>Aspectos psicológicos importantes para a velhice bem sucedida</b>	Exercitar a mente; conviver com a família;	Não ficar apenas em casa; buscar conviver socialmente;	Buscar Jesus; evitar recordar lembranças ruins;	Ter saúde física e mental; se relacionar com as pessoas; ter bom humor; estar sentimentalmente bem;
<b>Como tem se preparado psicologicamente</b>	Convive com a família;	Cuida do esposo e cunhado; estar bem consigo mesma; é produtiva e dá o seu melhor no que faz;	Tenta ser mais calma; busca ajuda médica e espiritual; Não é amargurada;	Não tem se preparado

No que se refere aos aspectos biológicos considerados fundamentais para o envelhecimento bem sucedido, houve predominância da importância da alimentação adequada e da realização de exercícios físicos. Além disso, as participantes mencionaram aspectos relacionados ao bem-estar emocional, como possíveis influenciadores da saúde física (TABELA 8). Sabe-se que o envelhecimento é multifacetado, tendo em vista que diversos aspectos interagem e influenciam esse estágio do desenvolvimento, assim uma esfera interfere na outra (COHEN, 2004; LIMA; DELGADO, 2010).

Tendo em vista a importância da atividade física e da alimentação adequada (LIMA; DELGADO, 2010), nota-se que as participantes conhecem de que forma essas práticas podem favorecer a saúde. É preciso considerar que estes aspectos são disseminados constantemente, principalmente, pela mídia e profissionais da saúde.

O preparo para envelhecer fisicamente bem adotado pela amostra, aponta que apenas Cosete e Catarina buscaram manter uma alimentação adequada e que nenhuma delas realiza atividade física no momento, mesmo estando cientes da importância dessa prática. O que ressalta discrepâncias entre o que elas consideram importante e o que têm feito para atingir a velhice bem sucedida (TABELA 8).

Catarina havia dito que realizava caminhada, mas devido a sua lesão não está mais se exercitando. É válido dizer que a hidroterapia não será considerada como uma estratégia de preparo para o envelhecimento bem sucedido, pois é



realizada mediante encaminhamento para tratamento de patologias, não sendo então uma medida preventiva.

Conforme a Tabela 8, o convívio social, a participação em grupos na família e na igreja são importantes para o envelhecimento saudável socialmente. Notou-se também a valorização à busca por novas atividades, como a realização do trabalho voluntário, que remete à nova compreensão do envelhecimento, por meio da adaptação do tempo livre para novas atividades, potencializando a produção social do idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Catarina apontou a importância do indivíduo não ser passivo e buscar construir novos meios para estar inserido socialmente.

Com relação ao preparo para envelhecer bem com relação aos aspectos sociais, é preciso ressaltar que a maioria das participantes não se comporta conforme julga adequado. No que diz respeito ao convívio e relacionamento interpessoal, Tess e Catarina relataram atividades que desempenham e que proporcionam papéis sociais e apoio social. Segundo Papalia e Feldman (2013) a integração social refere-se ao amplo envolvimento ativo em relacionamentos, atividades e papéis sociais. O apoio social diz respeito aos recursos informativos, materiais ou psicológicos que o indivíduo pode acionar em busca de auxílio para lidar com situações estressoras.

Essas relações e o apoio interferem na saúde do indivíduo, pois reduzem a probabilidade dessas pessoas serem angustiadas, ansiosas, deprimidas e até mesmo de morrer, além de aumentar a probabilidade da realização de exercícios físicos, alimentação saudável e evitar o abuso de substâncias (COHEN, 2004). Tais fatos podem ter contribuído para que Tess e Catarina levem suas vidas com menos angústias, sinais depressão e ansiedades.

Cosete conta que frequenta a igreja, no entanto, isso não significa que ela tenha estabelecido vínculos e se relacione, de fato, nesse ambiente. Além disso, relata que busca estar em contato com os outros, mas não detalhou este contato e, conforme dados obtidos anteriormente, percebeu-se que ela tem poucos laços afetivos e sua rotina é baseada em cuidados ao esposo e cunhado. A participante aponta que é fundamental conviver com familiares, no entanto, apenas um cunhado e seu esposo residem em Palmas - TO. A distância dificulta que ela esteja próxima de seus filhos e parentes, entretanto, ela não abordou nenhuma outra forma de contato que viabilizasse a relação, tendo em vista que ela considera importante.

Gilda afirma não ter muito convívio social, e não apontou estratégias para consegui-lo. Também apresentou relatos com distinções entre o que considera importante e o que tem feito. A participante dá ênfase ao seu trabalho, embora não tenha estabelecido muitos vínculos, o fato de estar inserida no ambiente laboral é considerado, por ela, como preparo para o envelhecimento. Ao final, ela afirmou *“eu saio pouco, mas eu acho que é importante”*.

Os aspectos psicológicos apontados como importantes para o envelhecimento saudável foram distintos e abarcaram também comportamentos de socialização. Isto pode se dar devido a influência destes aspectos na esfera emocional do indivíduo, por isso essa associação feita pelas participantes (CARNEIRO *et al.*, 2007). Os cuidados com a mente, evitar recordar notícias ruins e bom humor, foram mencionados como relevantes.

De acordo com as participantes elas estão se preparando psicologicamente através do convívio com familiares, desempenhando bem suas funções, além de estarem tentando organizar melhor suas emoções, além de buscar ajuda médica e espiritual quando necessário.

Quando Gilda foi questionada acerca do que tem feito para envelhecer psicologicamente bem, narrou não ter feito nada: *“eu acho que eu não tô doente, acho que estou meio depressiva. Emocionalmente eu não tô bem”*. A participante revela que sabe da importância de *“estar com saúde física e mental, se relacionar bem com as pessoas, de bom humor e vida sentimental bem”*.

Diante dessa dificuldade da participante em ampliar seu repertório de habilidades e interagir criativamente no meio em que está inserida, Gilda foi encaminhada para atendimento psicológico. Pois a Psicologia pode auxiliá-la nessa mudança comportamental, a fim de que ela atinja as consequências que espera e caminhe para o desenvolvimento bem sucedido de todas as fases de sua vida (RABELO, 2009).

A partir dos obtidos na Tabela 8 foi possível inferir que as participantes demonstraram não se preparar, de fato, para terem uma velhice bem sucedida, tendo em vista que apontam como fundamentais aspectos que não condizem com a forma como se comportam. O despreparo pode se dar devido a ausência de declínios severos, o que não lhes gera necessidade, agora, de realizar adaptações para melhor interação com o ambiente.

Apesar disso, as participantes estão cientes de que a velhice pode acarretar mudanças corporais e cognitivas (FONSECA, 2010), pois em outros relatos afirmaram temerem não ter saúde e ficarem dependentes dos cuidados de outras pessoas. O que leva a crer que elas sabem das possibilidades futuras, mas não se organizam para obter as consequências desejadas. Pois embora se comportem, muitas vezes, de maneira bem sucedida atualmente, não são preparados para a vida futura, e sim para desfrutar os dias atuais, o que pode interferir no futuro, mas não é um preparo para vivê-lo melhor.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados obtidos, verificou-se que o adulto e o idoso podem caminhar em direção ao envelhecimento bem sucedido em um determinado aspecto e em outros avançarem para um envelhecimento fragilizado. Isto confirma o cunho complexo dado à essa fase, pois, se tratando de seres humanos biopsicossociais, não é possível que o desenvolvimento ocorra de modo simplificado e objetivo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O objetivo do trabalho foi alcançado, à medida que foi possível evidenciar as influências do contexto no modo em que os indivíduos estão operando durante o envelhecimento e a velhice. As participantes que conseguiram agir de modo efetivo no ambiente, seja ele positivo ou negativo, caminharam em direção ao envelhecimento bem sucedido. Já as participantes que demonstraram a predominância de passividade no meio que estão inseridas, aparentaram estar indo em direção ao envelhecimento fragilizado.

Diante da verificação da influência do contexto nas vivências desse estágio do desenvolvimento, por meio dos dados obtidos foi possível verificar a relação entre algumas variáveis e o envelhecimento bem sucedido. Pode-se, assim, considerar que a independência funcional, ausência de déficits cognitivos, cuidados com a saúde e aparência, atividades de lazer, convívio social, apoio social, relações saudáveis com a família e cônjuge, autonomia e aceitação da velhice como estágio de perdas e ganhos estão fortemente atreladas ao envelhecimento bem sucedido.

Em contrapartida, também foi possível constatar que algumas variáveis podem dificultar o processo de adaptação a velhice, tornando o idoso mais suscetível ao envelhecimento fragilizado. Entre elas, a depressão, ausência de

cuidados com a saúde e aparência, isolamento social ou relações negativas que não favoreçam o desenvolvimento, passividade, ausência de preparo para o envelhecimento e crenças preconceituosas sobre o processo, são aspectos que dificultam a vivência positiva e ativa dessa fase.

Com relação ao preparo para a velhice, cabe ressaltar, também, que devido a essa variedade de influências no processo e a história de vida das participantes, elas desconhecem muitas condutas que podem potencializar o sucesso desse estágio. Entretanto, existem aspectos que são amplamente disseminados, aos quais elas têm acesso e reconhecem a importância, mas não os fazem, por exemplo, seguirem uma alimentação adequada e realizar exercícios físicos.

Constatou-se que existe uma dificuldade em programar essa fase, o que remete a certa passividade com relação ao futuro. Essa ausência de preparo pode aumentar a probabilidade de experimentarem as mudanças como eventos estressores, a medida que por ausência de vivências e planejamento o indivíduo não tenha um amplo repertório de comportamentos adaptativos.

Notou-se também, que existe um cuidado voltado à saúde em termos de bem-estar físico. Durante a pesquisa as participantes mencionaram, de forma superficial, cuidados para a velhice bem sucedida socialmente, mas no que se refere aos aspectos psicológicos, a amostra apresentou dificuldade até mesmo para citar o que pode favorecer o sucesso nesse sentido.

Além disso, constatou-se a premissa apontada por diversos autores, de que esta etapa do ciclo vital é estigmatizada, associada à deterioração da beleza e da saúde, o que demonstra a necessidade de se desenvolverem novas estratégias de educação e intervenção para essa fase, tanto para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Embora, tenha sido possível perceber sutis alterações nesse sentido, é necessário que haja uma mudança de percepção e compreensão da real importância e potencialidade que permeia o envelhecimento (SKINNER; VAUGHAN, 1985; NERI; FREIRE, 2000; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; MORAIS, 2009).

Devido a importância da forma como o indivíduo se comporta na modificação do seu contexto, é relevante que grupo vivenciais sejam propostos, a fim de desenvolver nos indivíduos habilidades para serem ativos nesse processo, e assim, agirem de modo bem sucedido no ambiente. Dessa forma, sugere-se que em estudos futuros os pesquisadores se dediquem a métodos que envolvam o Treino de Habilidades Sociais para idosos.

## REFERÊNCIAS

ALDINUCCI, Bruna Amorim Sanches; CALHEIROS, Taís da Costa. Conceitos básicos em análise do comportamento: o que é mesmo comportamento, contingência? in: BERGER, Andrea Simone Schaack; TINOCO, Denise Dernandes; Chahine, Marien Abou (org.). **A psicologia e o novo paradigma da ciência**. Londrina: EdUnifi, 2012. p. 105-117. Disponível em: <<http://www.unifil.br/portal/images/pdf/documentos/livros/v-congresso-de-psicologia.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

ANDRADE, Gabriela R. B. de; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva vol.7 no.4 Rio de Janeiro 2002**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023)>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BANDEIRA, Marina. **Tipos de pesquisa**. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/texto 1b - TIPOS DE PESQUISA.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/texto%201b%20-%20TIPOS%20DE%20PESQUISA.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BARBOSA, João Ilo Coelho. A criatividade sob o enfoque da análise do comportamento. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** vol.5 no.2 São Paulo dez. 2003. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000200008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000200008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

**BATTINI, Elissa; MACIEL, Evelise Martinelli; FINATO, Mariza da Silva Santos**. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estudos de Psicologia I Campinas I 23(4) I 455-462 I outubro -.dezembro 20062006**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a13>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BEE, Helen. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRASIL, LEI Nº 8842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>. Acesso em: 07 out.2016.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

BRASIL. **Resolução CFP N.º 002/2003**. 2003. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003\\_02\\_Anexo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O processo de envelhecimento**. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011.

Disponível em:

<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4gq2GvMnQAhVFg5AKHfjuAecQFggdMAA&url=http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=5793&usg=AFQjCNFnKjKNSMXvZkeLwqixXK9JApHecQ>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

CARNEIRO, Rachel Shimba *et al.* Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20 (2), 229-237, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a15>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

CARVALHAES NETO, Nelson. Envelhecimento bem sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra (Comp.). **Guia de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2011. Cap. 2. p. 9-26.

CATANIA, Anthony Charles. **Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição**. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

COELHO, Andréia Moreira. **A Funcionalidade de Recursos Terapêuticos na Prática Clínica do Analista do Comportamento**. Disponível em:

<[http://www.ibac.com.br/arquivos/pdf/Monografia - Andréia Moreira Coelho.pdf](http://www.ibac.com.br/arquivos/pdf/Monografia%20-%20Andr%C3%A9ia%20Coelho.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2016.

COHEN, Sheldon. Social Relationships and Health. **American Psychologist**, 2004, 59, 676–684. Disponível em:

<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsycholpaper.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

DALMOLIN, Indiara Sartori *et al.* **A importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de**

**idosos**. <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Web/978-85-397-0173-5/Sumario/6.1.14.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO. **Dicionário de Português**. 2008. Disponível em: <http://dicionariodoaurelio.com/velho>. Acesso em: 05 out. 2016

FONSECA, António M. Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. **Contextos Clínic vol.3 no.2 São Leopoldo dez. 2010**

Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822010000200006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822010000200006&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 05 out. 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio**. 2012. Disponível em:

<[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.a., 2002. 175 p. 41-58. Disponível em: <[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2016.

GOYOS, Celso *et al.* Análise do comportamento e o estudo do envelhecimento humano: revisão dos estudos de aplicação. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, 2009, Vol. 5, Nº 2, 1-20. Disponível em: <<http://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/viewFile/927/1311>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

GUIMARÃES, Rodrigo Pinto. Deixando o preconceito de lado e entendendo o Behaviorismo Radical. **Psicol. cienc. prof.** 2003, vol.23, n.3, pp.60-67. ISSN 1414-9893. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000300009&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000300009&lang=pt). Acesso em: 01 abril. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Expectativa de vida**. 2014. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=3045>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

KANFER, Frederick H.; SASLOW, George. **Um roteiro para o diagnóstico comportamental**. Disponível em: <[http://www.itrcampinas.com.br/pdf/outros/roteiro\\_diagnostico\\_comportamental.pdf](http://www.itrcampinas.com.br/pdf/outros/roteiro_diagnostico_comportamental.pdf)>. Acesso em: 02 abril. 2016.

KURZ, Marcia Liliane Barboza; MORGAN, Marisa Ignez Orsolin. **Proteção social básica e grupos de convivência: garantia de inclusão social da pessoa idosa**. 2012. Disponível em: <http://www.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccsa/protecao%20social%20basica%20e%20grupos%20de%20convivencia%20garantia%20de%20inclusao%20social%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

LAMPREIA, C. **As propostas anti-mentalistas no desenvolvimento cognitivo: uma discussão e seus limites**. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/8526601\\_92\\_cap\\_04.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/8526601_92_cap_04.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2015.

LIMA, Alisson Padilha de; DELGADO, Evaldo Inácio. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Ji-Paraná, v.1 n.2 p76-91, set./out. 2010. Disponível em: <<http://revista.ulbrajp.edu.br/ojs/index.php/actabrasileira/article/viewFile/630/142>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

LIMA, Lara Carvalho Vilela de; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009 Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/1173/792>>. Acesso em: 05 out. 2016.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello et al. Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2008. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/233>>. Acesso em: 05 out. 2016.

MASC, Sílvia. **O olhar ao idoso no Japão e na China**. 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ladem/2013/06/28/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-por-silvia-masc/>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

MATOS, Maria Amélia; TOMANARI, Gerson Yukio. **Análise do Comportamento no laboratório didático**. São Paulo: Manole, 2002.

MELO, Luiz Felipe Silva; TEIXEIRA, Gustavo. **Depressão: uma perspectiva analítico comportamental**. Disponível em: <<http://blog.newtonpaiva.br/psicologia/wp-content/uploads/2012/06/pdf-e3-37.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MORAIS, Olga Nazaré Pantoja de. Grupos de Idosos: Atuação da Psicogerontologia no Enfoque Preventivo. **Psicol. cienc.prof.** vol.29 no.4 Brasília 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400014). Acesso em: 04 abr. 2016.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOURA, Aline Oliveira Dias; SOUZA, Luciana Karine de. Atividades e motivação para a adesão em grupos de convivência para idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 755-769, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/47740/36817>. Acesso em: 04 abr. 2016.

NENO, Simone. Análise Funcional: Definição e Aplicação na Terapia Analítico-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. V, nº 2, 151-165 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/78/67>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

NOGUEIRA, Silvana L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter.** 2010;14(4):322-9. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN Ruth D. **Desenvolvimento humano** – 12. ed.800 p. Porto Alegre : AMGH, 2013.

PONTES, L. M. M.; HÜBNER, M. M. C. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. **Rev. Psiq. Clín** 35 (1); 6-12, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a02.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

RABELO, Doris Firmino. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12 (2), novembro 2009: 65-79 Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414>>. Acesso em: 05 out. 2016.



RAMOS, Marília P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: <[http://unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodologia\\_cientifica.pdf](http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade oriental e ocidental. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 88-94, jul./dez./2001. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1051/pdf> . Acesso em: 16 abr. 2016.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia** | Campinas | 25(4) | 585-593 | outubro – dezembro 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

SILVA, Ferlice Dantas e. **POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS IDOSOS**. Disponível em: <http://revista.ufrb.br/examapaku/article/viewFile/1464/1058>. Acesso em: 04 abr. 2016.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A PESQUISA CIENTÍFICA. In: **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. Cap. 2. p. 31-42. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

SILVEIRA, Luciana; NADER, Maria Beatriz. **Envelhecimento e gênero: construções sociais que orientam práticas violentas**. 2014. Disponível em: <[http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399996597\\_ARQUIVO\\_TextoAnpuhRJ2014LucianaSilveira\\_1\\_.pdf](http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399996597_ARQUIVO_TextoAnpuhRJ2014LucianaSilveira_1_.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2016.

SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E.. **Viva bem a velhice: Aprendendo a programar a sua vida**. 4. ed. São Paulo: Summus, 1985.

SOUZA, Deisy das Graças de. **O que é contingência?** Disponível em: [http://www.itcrcampinas.com.br/txt/texto\\_deisy.pdf](http://www.itcrcampinas.com.br/txt/texto_deisy.pdf). Acesso em: 04 abr. 2016.

TODOROV, João Claudio. A Psicologia como o Estudo de Interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2007, Vol. 23 n. especial, pp. 057-061 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/10.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

TOURINHO, Emmanuel Zagury. Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. **Interação em Psicologia**, Curitiba, jan./jun. 2006, (10)1, p. 1-8. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/5792/4227>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

WICHMANN, Francisca Maria Assmann et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):821-832. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da Pesquisa **“O envelhecimento bem sucedido: compreendendo as variáveis presentes no contexto dos idosos”**. Eu, **Ludimila Alves de Souza**, sou estudante de Psicologia e responsável pela pesquisa, orientada pela professora Doutora Ana Beatriz Dupré Silva. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (63) 99204-0006. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida como, também, de pedir qualquer esclarecimento sobre questões éticas no decorrer da pesquisa, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP, telefone: (63) 3219-8076.

Essa pesquisa tem por objetivo caracterizar o contexto de vida de um grupo de idosos da Clínica Escola de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA, levantando as variáveis que contribuem ou não para o envelhecimento bem sucedido. Acreditamos que a mesma seja importante pois, considerando o aumento da expectativa de vida, e das dificuldades por vezes encontradas pelos idosos em adentrar o processo de envelhecimento da maneira mais bem sucedida possível, o presente projeto pode possibilitar modificações nos seus comportamentos no processo de envelhecimento, bem como nas atividades desenvolvidas pelos Grupos de Idosos, com a intenção de tornar ainda melhor o resultado de suas ações na prevenção de um envelhecimento fragilizado.

Para coleta de dados serão realizados os testes Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Avaliação das Atividades de Vida Diária nas dependências do Núcleo de Atendimento à Comunidade. Além de observações das atividades desenvolvidas no grupo de idosos. Realização de entrevista individual com você, com duração de aproximadamente uma hora. Todos esses procedimentos serão realizados na Clínica Escola de Fisioterapia do Ceulp/ULBRA, em horários acordados entre nós. Sua participação constará em: participar voluntariamente dos encontros marcados por mim respondendo todos os referidos instrumentos.

É possível que surja algum desconforto, pois você pode vivenciar uma espécie de desconforto devido a não ter se preparado para a velhice bem sucedida. Caso isso ocorra, a acadêmica pesquisadora irá proceder encaminhamentos para serviços nos quais você receberá suporte profissional. Você pode, a qualquer momento, se recusar a participar da pesquisa e solicitar a retirada de suas informações do material produzido. É minha responsabilidade manter sigilo absoluto de seus dados pessoais, garantir sua privacidade e anonimato, tal qual está descrito na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12.

As suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo, quando utilizados os dados para fins acadêmicos, estes serão divulgados de forma coletiva, sem expor suas características individuais. Não haverá identificação dos voluntários, pois serão usados nomes fictícios.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos por mim. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Não há nenhum tipo de gratificação remunerada pela sua participação nesta pesquisa, pois se trata de uma ação voluntária.

**CONTATOS:**

Ludimila Alves de Souza	Ana Beatriz Dupre Silva
Endereço: Rua Sete de Setembro Nº 695, Centro, Paraíso do Tocantins	Endereço: 401 sul, Conj 1, lote 5, apto 541, Palmas - TO
Telefone: (63) 99204-0006	Telefone: (63) 99911-5995
E-mail: ludimilapsi@hotmail.com.br	E-mail: beatriz.dupre@gmail.com

---

Participante

---

Acadêmica Pesquisadora

---

Pesquisadora Responsável

## CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a acadêmica pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, concordo em participar da pesquisa “O envelhecimento bem sucedido: compreendendo as variáveis presentes no contexto dos idosos” como voluntário. Fui devidamente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido (a), assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Acadêmica Pesquisadora  
Ludimila Alves de Souza

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável  
Profa. Doutora Ana Beatriz Dupré Silva

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nome fictício do participante: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( )

Com quem você mora?

Ao longo de sua vida, onde você trabalhou?

Há quanto tempo frequenta a Clínica Escola de Fisioterapia?

Como conheceu este serviço?

Quantas vezes por semana você vem à clínica e de quais atividades participa?

Vem só ou é trazido por alguém? Se sim, quem? Qual meio de transporte?

Quais atividades de lazer você realiza?

Quais modelos de envelhecimento você teve ao longo da vida?

Ao longo de sua vida o que você acredita que contribuiu para o tipo de envelhecimento que você tem hoje?

Como tem se preparado para os próximos anos?

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista II

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nome fictício do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Quais aspectos biológicos você considera importante para viver a velhice de forma bem sucedida?

Como você se prepara para um envelhecimento biológico bem sucedido?

Quais aspectos sociais você considera importante para viver a velhice de forma bem sucedida?

Como você se prepara para um envelhecimento socialmente bem sucedido?

Quais aspectos psicológicos você considera importante para viver a velhice de forma bem sucedida?

Como você se prepara para um envelhecimento psicológico bem sucedido?

## **ANEXOS**



## ANEXO A – Mini – Exame do Estado Mental (MMSE)

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

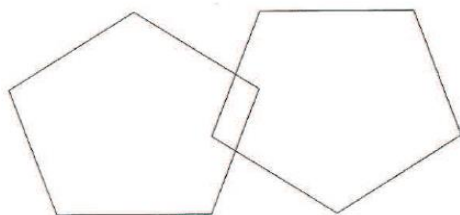
**EVOCAÇÃO**

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

**LINGUAGEM**

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão ( 3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

ESCORE: (\_\_\_\_/30)



## ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

**Avaliação:**

<b>0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.</b>
<b>1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.</b>
<b>Total &gt; 5 = suspeita de depressão</b>

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

## ANEXO C – Avaliação das atividades de vida diária

Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeiffer		0	1	2	3	0	1
0. Normal 1. Faz com dificuldade 2. Necessita de ajuda 3. Não é capaz	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo 1. Nunca o fez e agora teria dificuldade						
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?							
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?							
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?							
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?							
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?							
Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?							
Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?							
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?							
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?							
Ele (Ela) é capaz de ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura? 0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia	0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade						
<b>PONTUAÇÃO</b>							