

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

TEREZA LEITE BRITO

A PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE E A REDE DE APOIO SOCIAL

MOSSORÓ
2012

TEREZA LEITE BRITO

A PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE E A REDE DE APOIO SOCIAL.

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ
2012

TEREZA LEITE BRITO

A PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE E A REDE DE APOIO SOCIAL

Monografia apresentada pela aluna TEREZA LEITE BRITO, do curso Bacharelado de Enfermagem da FACENE/RN, tendo obtido conceito, _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em : ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga
Orientadora (FACENE-RN)

Prof. Ms. Wesley Adson Costa Coelho
Membro (FACENE-RN)

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira
Membro (FACENE-RN)

A minha avó Francisca Cordeiro e a minha Mãe
Eurides Leite por terem acreditado em mim e
tornado possível essa conquista.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me concebido sabedoria para superar cada barreira, por ter me dado força pra lutar a cada batalha imposta e me enchido de vontade de vencer.

A minha mãe **Eurides Leite de Oliveira**, por não ter desistido desse sonho um só segundo mesmo com todas as dificuldades, que não foram poucas, enfrentadas durante todos esses anos, sem sua ajuda NADA seria possível. Obrigada por me dedicar todo o seu amor e seu empenho.

A minha avó **Francisca Cordeiro de Oliveira** por acreditar todos os dias que eu conseguiria, por dispor de sua fé pra ajudar-me quando eu precisava e por ser essa mulher exemplar pra qualquer pessoa, forte, guerreira e com um amor incalculável.

Ao meu avô **Leomiro Leite Dantas**, que com toda a certeza foi meu anjo lá no céu e que ouviu meu choro e meu pedido de ajuda muitas e muitas vezes, me deu força mesmo sem estar presente fisicamente, pois ao lembrar-se do amor que me tinha surgia um motivo a mais pra querer ser melhor, é uma lástima não tê-lo nesse plano pra comemorar esta vitória, mas sei que onde estiver ele vai ficar com o sorriso estampado e cheio de orgulho da neta. TE AMO VÔ !

A minha tia **Maria do Socorro Leite Regalado**, por ser uma verdadeira mãe, dedicada, amorosa, defensora e por toda ajuda que me deu durante esses anos e toda minha vida.

As minhas primas **Glória Maria** e **Renata Leite** por serem sempre presentes mesmo distantes e por toda sintonia e amizade.

A toda minha **Família**, tios, primos e irmão por me darem força e me fazerem sentir amada. Pessoas que merecem o trecho de uma música que define o que quero expressar: ‘ Brindo a casa, brindo a vida, meus amores, minha família... ’ Amo cada um e agradeço de coração por serem sangue do meu sangue.

A minha orientadora **Jussara Vilar Formiga**, pela paciência, dedicação, atenção e principalmente pela exemplar orientação. Tenho a certeza que eu fiz a escolha mais que certa e serei eternamente grata por tudo que ela fez por mim.

A minha banca examinadora **Lúcidio Clebeson** e **Wesley Adson** por terem aceitado participar deste trabalho e enriquecido com suas opiniões sempre relevantes.

A todos os **idosos** que participaram da pesquisa e não só me ajudaram a realizar este trabalho, mas também me fizeram enriquecer-me como pessoa com suas experiências divididas.

As minhas amigas conquistadas na faculdade e que serão pra toda a vida **Ana Maria** e **Camilla Amorim**, presentes enviados por Deus pra que eu pudesse suportar certos fardos que me foram enviados, estarão pra sempre em minhas lembranças e em meus caminhos.

Ao meu último grupo de estágio em especial a **Érika Patricia**, **Karla Silderlânia** e **José Wagner** por terem sido tão companheiros durante esses três intensos meses, por todas as risadas e conhecimentos compartilhados.

As minhas sempre amigas **Maria Clara Gê** e **Geórgia Nóbrega** pela paciência, ajuda e principalmente por me ouvir sempre que eu preciso e sei que terei de vocês a sinceridade como resposta sempre.

A todos os **professores** que sempre exigiam o melhor que podíamos oferecer e por todo conhecimento dividido.

A todos os funcionários da Facene- Mossoró em especial a **Vanessa Camilo** por ser sempre tão disponível e dedicada a nos ajudar.

A **todos** que passaram pela minha vida e contribuíram, direta ou indiretamente, para realização deste sonho.

“Nunca deixe que te digam que não vale a pena acreditar em um sonho que se tem ou que seus planos nunca vão dar certo ou que você nunca vai ser alguém, quem acredita sempre alcança...”

Renato Russo

RESUMO

O envelhecimento é considerado um processo natural, que envolve um conjunto de alterações funcionais e morfológicas. As alterações advindas da idade, no entanto não são apenas físicas, sendo de suma importância também observar as mudanças de cunho social. Os grupos de convivência são de grande importância para a vida do idoso, principalmente no que se refere à aceitação de transformações ocorridas nesta fase da vida, permitindo-os a adaptar-se a mudança de hábitos impostos pela idade, fazendo com que eles compartilhem suas vivências e construam novos laços, tornando mais fácil a aceitação nesta nova fase. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo, método quantitativo com amostra composta por 100 idosos, participantes e não participantes de grupo de convivência, de forma paritária. O objetivo principal foi verificar comparativamente a percepção do idoso sobre o processo de envelhecimento entre os que participam de grupos de convivência e os que não participam e específicos caracterizar a situação socioeconômica dos idosos entrevistados, identificar as dificuldades encontradas pelos idosos no processo de envelhecimento quanto às suas transformações biológicas, psicológicas e sociais, identificar a autopercepção dos idosos quanto ao processo natural do envelhecimento, Identificar a autopercepção dos idosos quanto à sua saúde e verificar a contribuição positiva do grupo de idosos quanto a sua percepção a cerca do processo de envelhecimento. Os dados foram coletados na UBS do Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança no município de Mossoró/RN, nos dias de atendimento das consultas para idosos e no Centro de Convivência em quaisquer dias da semana usado como instrumento de pesquisa a utilização de formulário. O período de coleta de dados foi constituído entre os meses de setembro e novembro do corrente ano, considerando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007, apreciado pelo comitê de ética e pesquisa, CAAE: 05140312.9.0000.5179. Utilizando o software estatístico SPSS 17.0, os dados foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores máximos, mínimos e intervalo de confiança. A consistência interna do formulário foi avaliada de acordo com o índice de Alfa Cronbach, este coeficiente realizou uma correlação média entre as perguntas. Após avaliar a normalidade dos dados pelo teste de lilliofh e homogeneidade pelo teste de levene foi utilizado, para dados paramétricos teste t independente e correlação de Pearson e não paramétricos testes de Teste de Mann-Whitney e Spearman, na finalidade de identificar diferenças estatísticas entre as distintas populações e seus relacionamentos com as demais variáveis socioeconômicas. O valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. Os dados encontrados analisados estatisticamente apontam para contribuições positivas do grupo de convivência para idosos, especialmente nas questões referentes as questões que sobre a participação em atividades fora do lar, preferência entre sair ou ficar em casa e os problemas de memória onde foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. Podemos considerar que apesar das mudanças enfrentadas com o surgimento da velhice, os idosos pesquisados encontram-se satisfeitos com a vida.

Palavras-chave : Idoso. Envelhecimento. Percepção .

ABSTRACT

Aging is considered a natural process, which involves a set of functional and morphological changes. The changes resulting from age, however, they are not only physical, being of paramount importance also observe the social changes. The familiarity groups are of great importance for the life of the elderly, especially as regards the acceptance of transformations occurred at this stage of life, allowing them to adapt to changing habits imposed by age, getting them to share their experiences and build new ties, making it easier to accept this new phase. This is a field research of descriptive character, quantitative method with a sample of 100 elderly, participants and non-participants of living group, in equal numbers. The main objective was to verify compared the perception of the elderly about the aging process between those who participate in living groups and those non-participants; and specifics: characterize the socioeconomic situation of the elderly respondents, identify the difficulties encountered by the elderly in the aging process about their biological, psychological and social transformations, identify the perception of the elderly as a natural aging process, identify the perception of the elderly about their health and verify the positive contribution of the elderly group about their perception of the aging process. Data were collected at BHU of the Center for Integral Health Care for Children in Mossoró/RN, in the days of care consultations for elderly and in the Living Center on any day of the week, used as a research tool a form. The period of data collection was between September and November of the current year, considering the Resolution 196/96 of National Health Council that treats of research involving human and also what governs the Code of Ethics for Professional Nursing, in the Resolution 311/2007, appreciated by the committee of ethics and research, CAAE: 05140312.9.0000.5179. Using the SPSS 17.0 statistical software, data were expressed as mean and standard deviation, as well as maximum values, minimum and confidence interval. The internal consistency of the form was evaluated according to the Alpha Cronbach index, this coefficient realized an average correlation between the questions. After evaluating the normality of the data by lilliofh test and homogeneity by Levene test, it was used for parametric data, the independent t test and Pearson correlation and nonparametric, Mann-Whitney e Spearman test, in order to identify statistical differences between the different populations and their relationships with other socioeconomic variables. The value of $p < 0.05$ was considered significant. The data obtained and analyzed statistically point to the positive contributions of the familiarity group for elderly, especially in matters relating to participation in activities outside the home, preferably between leaving or staying home and memory problems where it was found statistically significant differences. We could consider that despite the changes faced with the onset of old age, the elderly surveyed were satisfied with life.

Key-words: Elderly. Aging. Perception.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra dos idosos participantes e não participantes em grupos de convivência segundo as transformações biológicas, em respectivos valores absolutos e relativos	30
Tabela 2 – Distribuição da amostra dos idosos participantes e não participantes em grupos de convivência segundo as transformações psicológicas, em respectivos números absolutos	32
Tabela 3 - Distribuição da amostra dos idosos participantes e não participantes em grupos de convivência segundo as transformações sociais, em respectivos números absolutos	33
Tabela 4 – Distribuição da amostra dos idosos participantes e não participantes em grupos de convivência segundo a autopercepção da velhice, em respectivos números absolutos.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	15
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À PESSOA IDOSA	17
3.3 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	20
3.3.1 Aspectos biopsicossociais do envelhecimento.....	21
3.4 AUTO PERCEPÇÃO DO IDOSO QUANTO AO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO.....	22
3.5 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS	23
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	27
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4.8 FINANCIAMENTO	28
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA AMOSTRA.....	29
5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERENCIAS	38
APÊNDICES	44
ANEXO.....	52

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária brasileira, gerada por movimentos de profissionais de saúde e membros da sociedade na busca por melhores condições de saúde no Brasil consolidou-se a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) vindo para concretizar Políticas Nacionais de Saúde e ampliar o conceito de saúde. Em meio a esta evolução ainda surgiram estudos sobre parcelas significativas da população, a exemplo de terem sido oferecidos aos cidadãos maiores de 60 anos direitos fundamentais firmando que a responsabilidade para com o idoso não se resume apenas ao Poder Público, mas também a família e toda a sociedade (COHN; ELIAS, 2005; BRASIL, 2003 apud AZEVEDO, 2010).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNI) foi assegurada a partir da criação da lei 8842, de 4 de janeiro de 1994, afirmando os direitos sociais que envolvessem condições para promover autonomia e a integração dos idosos na sociedade, reforçando a assistência integral aos maiores de 60 anos (BRASIL, 1994).

Visando a melhoria da PNI foi criado através da Lei nº 10. 741/2003 o Estatuto do Idoso (EI), sendo considerado um marco na história social do idoso, direcionando leis exclusivas para as pessoas da terceira idade e objetivando uma melhor assistência terapêutica da sociedade e da gestão pública com os idosos (JUSTO; ROZENDO, 2010).

Estas mudanças na forma de conduzir a assistência aos idosos, foram propostas tendo em vista que o Brasil vem sofrendo mudanças na expectativa de vida da sociedade, a população brasileira envelheceu nas últimas décadas, aumentando a esperança de vida ao nascer, tanto no sexo feminino quanto no masculino (RUMEL, 2004).

O envelhecimento é considerado um processo natural, envolvendo um conjunto de alterações funcionais orgânicas e morfológicas, estas mudanças de cunho normal são definidas como senescência, já o que envolve doenças crônicas, quadros degenerativos ou qualquer processo patológico é definido como senilidade (FIGUEIREDO, 2007).

As mudanças ocorrem em todos os ciclos de vida de um ser humano, todas elas podem desencadear limites e possibilidades. Considerando os aspectos fisiológicos, sabemos que o organismo envelhece junto com o todo, gerando assim modificações, dentre diversas podemos citar as que trazem maior impacto emocional ao idoso que são as de caráter físico e estético como, o enrugamento das bochechas, as manchas escuras

na pele, a perda do tônus, o alargamento do nariz e o aumento da quantidade de pelos nas orelhas e nariz (ZIMERMAN, 2000; CANCELA, 2007; SILVA, et al., 2005).

As alterações ocorridas na terceira idade, no entanto não são apenas físicas. É de suma importância também atentar para as mudanças que acontecem no âmbito social, sendo necessário citar que a perda da auto estima pode levar o idoso a uma crise de identidade, a mudança de papéis também é um ponto a ser levado em consideração, já que eles podem torna-se dependente dos seus filho ou outros familiares (ZIMERMAN, 2000).

Considerando as queixas impostas pelas limitações do processo de envelhecimento, pesquisas indicam que os idosos tem uma visão positiva sobre o processo de envelhecer, porem muitas vezes tentam fugir das características tradicionais recorrendo a procedimentos estéticos, tentando assim manterem-se mais novos e dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade (LIMA, 2005; GUERRA; CALDAS, 2010).

A necessidade do idoso em integrar-se a sociedade e ser aceito por esta, advém do fato que desde o nascimento há uma convivência com outras pessoas, gerando assim a convivência em grupos, que estes são constituídos por interesses em comum, tornando-se um espaço de possível apoio para discursões de situações rotineiras, ampliando o vínculo entre os idosos e toda a sociedade (ZIMERMAN, 2000 ; BRASIL, 2006).

Os grupos de convivência são de grande importância para a vida do idoso, principalmente no que se refere à aceitação de transformações ocorridas nesta fase da vida, permitindo-os a adaptar-se a mudança de hábitos e limitações impostas pela idade, fazendo com que eles compartilhem suas vivencias e construam novos laços, tornado mais fácil a aceitação nesta nova fase (BULSING, 2007).

Considerando todos os aspectos expostos, apontamos para o fato que o interesse pelo devido tema surgiu durante as aulas da disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, onde foram expostas as mudanças fisiológicas e sociais enfrentadas durante a terceira idade e a forma como estes idosos são tratados. As exposições dialogadas levaram a uma percepção de que existem muitos discursos quanto ao tema “idosos”, porém, os sentimentos, medos, anseios e dúvidas destes são minimamente levados em consideração frente ao seu tratamento.

De acordo com nosso embasamento teórico e nossa experiência acadêmica que estimulou a busca pelo tema acreditamos na seguinte hipótese: a participação em grupos

de convivência tem importante papel na integração e ressocialização dos idosos contribuindo positivamente para atenção aos seus aspectos psicossociais, que se sobressaem aos biológicos e melhoram a autopercepção do idoso quanto ao seu processo de envelhecimento.

Considerando as razões pelas quais buscamos realizar esta pesquisa, ainda acreditamos que esta venha a melhorar a relação terapêutica entre os profissionais de Enfermagem e os idosos por eles assistidos, tendo em vista que sendo sabedores da própria percepção dos idosos quanto ao seu envelhecimento poderemos vê-los cada vez mais com suas singularidades.

Inquietos neste sentido, chegamos ao seguinte problema de pesquisa: Qual a percepção que os idosos têm quanto ao seu próprio processo de envelhecimento comparando-se os que participam de grupos de convivência com os que não participam?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar comparativamente a percepção do idoso sobre o processo de envelhecimento entre os que participam de grupos de convivência e os que não participam.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica dos idosos entrevistados;
- Identificar as dificuldades encontradas pelos idosos no processo de envelhecimento quanto às suas transformações biológicas, psicológicas e sociais;
- Identificar a autopercepção dos idosos quanto ao processo natural do envelhecimento e quanto à sua saúde.
- Verificar a contribuição positiva do grupo de idosos quanto a sua percepção a cerca do processo de envelhecimento

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Para compreendermos o modelo atual de atenção à Saúde Pública no Brasil e as Políticas Nacionais de Atenção à Saúde do Idoso torna-se necessário compreender o processo de mudanças ocorridas nestes serviços até os dias atuais. Com a Reforma Sanitária Brasileira, as transformações tornaram-se significativas, proposta em um momento de intensas mudanças sociais, almejando servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. Na década de 80, estando os cidadãos em sua maior parte excluídos do direito a assistência médica, este movimento propunha tornar a saúde um direito de todo o cidadão, não podendo assim ser excluído do acesso à assistência pública de saúde (BRASIL, [2006?]).

Antecedendo o modelo atual de saúde, o Brasil vivia uma realidade onde o poder público atuava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) posteriormente mudando a denominação para Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O que existia era um sistema em que a assistência à saúde era associada a contribuintes previdenciários e seus dependentes não tendo caráter universal, sendo assistidos apenas as pessoas vinculadas ao mercado de trabalho e que possuíam carteira assinada. Ao restante da população estava restrito a atenção oferecida por instituições filantrópicas (BRASIL, 2002).

Com esse modelo de assistência o governo só aplicava o dinheiro proporcional a contribuição de cada estado e da população contribuinte, sendo mais beneficiados os estados da Região Sul e Sudeste, por serem mais populosos e terem mais empregadores, deixando uma lacuna na assistência das outras regiões e um déficit no atendimento a população, dividindo o Brasil em três categorias, os mais ricos que podiam pagar pelo atendimento privado, os trabalhadores contribuintes e seus dependentes que pagavam ao governo por seus direitos a atendimentos médicos e os que não podiam pagar privado e nem tinham direito de assistência por não serem contribuintes (SOUZA, 2002) .

Objetivando o fim desse modelo e uma melhor assistência de saúde a todos os brasileiros deu-se inicio na década de 70 a luta pelos direitos igualitários de assistência a saúde, por meio do Movimento Sanitário, que se inicia no Brasil a partir de uma pequena parcela da população, formada por intelectuais que ganharam força posteriormente com os populares, assim começando as primeiras manifestações sociais em busca da igualdade na atenção a saúde (ELIAS, 1993).

Esse movimento previa uma série de mudanças não aplicadas apenas ao setor de saúde, mas também em outros setores e órgãos do Estado, buscando também interligar diretamente os conceitos de saúde e doença e promover uma democratização na saúde, não apenas a saúde dos que contribuía, mas a saúde de forma igualitária a toda a população (FLEURY 1997, apud PAIM 1992).

O princípio norteador para este movimento era a equidade. A favor de mudanças do atual modelo de gestão e práticas de saúde, defendia a saúde coletiva e tinha como um de seus principais nortes a importância dos usuários de saúde não apenas no processo de atendimento, mas também na gestão e produção do cuidado (BRASIL, 2005).

Intensificando este movimento, a sociedade civil organizada – políticos e representantes do povo no Congresso Nacional – reivindicava novas políticas sociais que assegurassem plenos direitos de cidadania, inclusive o direito à saúde. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, como dimensão social da cidadania (SOUZA, 2004).

Com esse conjunto de lutas e buscas pelo direito a saúde, ampliou-se a discussão sobre a necessidade de uma mudança social e também da implementação de projetos políticos, buscando uma participação ativa do estado, tentando construir uma nova história para saúde brasileira e sendo apenas uma etapa da busca ao direito pelo atendimento público igualitário (MERRY; MALTA; SANTOS, [2002?]).

O Movimento Sanitário começou a firma-se a partir de então e dando margens a Reforma Sanitária Brasileira, que de acordo com Silva (2008), foi um movimento social desencadeado por intelectuais e trabalhadores também com o objetivo de buscar a melhoria no atendimento a saúde pública brasileira, apoiada até mesmo por alguns partidos políticos.

Culminou assim a Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, tendo como marco 1 a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e seu intuito em debates a cerca da situação da assistência pública a saúde brasileira, a fim de reorganizar o sistema e mudar o modelo vigente (BRASIL, 2007).

Nesta Conferência se lançaram os primeiros princípios da Reforma Sanitária. Também se evidenciaram as modificações que seriam necessárias para a mudança deste atual modelo de assistência, discutiram-se estas abordando que as mesmas, haviam de ser mais profundas do que apenas a mudança no atendimento e sim uma nova aplicação ao conceito de saúde (BRASIL, 2011).

Foi o relatório final desta Conferência que serviu de alicerce para a reorganização do sistema de saúde, que posteriormente viria a ser estabelecida na Constituição Federal Brasileira de 1988, por meio da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios (BRASIL, 2009) .

Em seu artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003, p. 24-25).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 veio para consolidar metas e as Políticas Nacionais de Saúde, ampliar o conceito de saúde e vincular as políticas públicas, trazendo consigo um enorme desafio, já que a sociedade estava marcada a tempos por grandes desigualdades sociais, determinando um sistema universal e integralizado e ajudando assim a implementar um novo modo de fazer saúde (COHN ; ELIAS,2005).

A implementação do SUS, regulamentado pela lei 8080 que afirma, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e a lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde podendo expressar e defender seus interesses (BARROSO, 2003). Tomando como referência todo este contexto histórico, podemos acreditar que o SUS foi resultado de uma luta popular que trouxe consigo uma mudança notória na qualidade de vida da população (VERAS; CALDAS, 2004).

Diante de toda esta evolução ainda surgiram estudos sobre parcelas significativas e individuais da população, como exemplo a ampliação dos direitos aos cidadãos maiores de 60 anos assegurando-lhe direitos fundamentais e firmando que a responsabilidade para com o idoso não se resume apenas ao Poder Público, mas também a família e toda a sociedade, sendo aprovado o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b, apud AZEVEDO, 2010).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À PESSOA IDOSA

As mudanças nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil também propuseram novas formas de amparar o idoso, reforçando assim a necessidade da reorientação dos serviços de saúde. Reconhecidos por meio da Constituição Federal de 1988 (Art. 30), os direitos dos idosos, determinaram que a família, a sociedade e o estado tinham obrigação não só de protegê-los, mas também de garantir que os mesmos tivessem participação ativa na comunidade (BRASIL, 1988).

A reformulação e investimento em estratégias preventivas e capacitação continuada para os profissionais de saúde também se tornou necessário, enfocando o ambiente familiar como principal fonte de apoio ao idoso, estimulando a partir de então o fortalecimento dessas relações familiares (CAMACHO; COELHO, 2010).

Com base na Constituição Federal Brasileira de 1988 e nos direitos adquiridos pela população, foi criada a lei 8.842/90, que dispões sobre Política Nacional do Idoso (PNSI) e cria seu Conselho Nacional, tendo como finalidade assegurar os direitos sociais destes usuários, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, caracterizando idoso aquele maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 2010).

A CF/88, assegura a atenção integral a saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial as doenças que os afetam preferencialmente. No âmbito social, a CF/88 também estabeleceu que aos filhos maiores coubesse o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, e ainda que a família, a sociedade e o Estado devem amparar as pessoas idosas, assegurando a participação destes na comunidade, assegurando a defesa da sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

A criação da Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e seu objetivo de assegurar os seus direitos sociais, a partir de condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva deste na sociedade veio reforçar as melhorias na assistência integral aos idosos (BRASIL, 1994)

A PNI não se deteve apenas a preocupar-se com a saúde do idoso, muito menos com o surgimento de doenças neste grupo, buscou intervir na sua defesa em área jurídica evitando abusos ou lesões, dando garantia que as instituições responsáveis pela assistência ao idoso sejam favoráveis a condição deste público. Também previstos na Lei 8.842/1994, aos Conselhos Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, passou a caber o dever de zelar pelo cumprimento dos direitos dos idosos

definidos no Estatuto do Idoso - EI, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003a;PESSINI; BARCHIFONTAIME, 2006).

Para aprimorar a PNI, o EI, criado pela Lei nº 10. 741/2003 consumou-se como marco fundamental na história social da velhice, sendo leis dirigidas exclusivamente para pessoas da terceira idade, registrando mudanças significativas no tratamento a estes idosos, assim fazendo com que práticas a estes, sejam questões da gestão pública (JUSTO; ROZENDO, 2010).

Em seu Título I, art. 2º descreve que o idoso deve gozar também de todos os direitos fundamentais inerentes a qualquer ser humano. No Art. 3ª reafirma as responsabilidades de cada instrumento do estado e da sociedade e no Art. 4ª dá o direito de proteção contra a violência (BRASIL, 2003).

Em 2006 o Ministério da Saúde, compreendendo a necessidade existente em propor metas e estas serem alcançadas e assim contribuírem para que a sociedade envolva-se na defesa do SUS, o qual denominou-se Pacto pela Saúde, que foi apresentado em três esferas, o Pacto em defesa do SUS, Pacto em defesa da Vida e Pacto Gestão, dando início uma busca pela qualificação da saúde e a melhoria nas respostas apresentadas pelo MS (SANTOS; et al., 2008) .

Este pacto envolve prioridades sobre a situação de saúde brasileira, designando metas nacionais, estaduais e municipais. No que refere a saúde do idoso a pretensão é que os profissionais atuem de maneira que se promova um envelhecimento saudável e ativo, o estímulo a ações intersetoriais, o fortalecimento do envolvimento social no cuidar e na atenção a pessoa da terceira idade, afim de consumir estas metas por meio da implementação da Caderneta de Saúde a Pessoa Idosa, o Manual de atenção básica e saúde a pessoa idosa, acolhimento, assistência diferenciada na internação, atenção domiciliar, dentre outros, todos estes visando a melhoria da qualidade de atenção a pessoa idosa (BRASIL, 2006a) .

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), Portaria GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a porta de entrada para a atenção a saúde do idoso será a Atenção Primária/Saúde da Família (RODRIGUES, 2007) .

Desta forma, os idosos devem ter o acesso ao SUS facilitado e devem ser avaliados por toda equipe básica de saúde no mínimo anualmente, todos os profissionais devem atentar para esse cuidado independentemente do idoso queixar-se ou não de

alguma patologia, é necessário também que haja um atendimento prioritário e se possível um ambiente acessível a estes usuários (ESPIRITO SANTO, 2008) .

3.3 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

É cada vez maior o número de idosos. Este fenômeno, de proporções consideráveis, vem recebendo a denominação de envelhecimento populacional. O processo do envelhecimento mundial implica em fortes transformações na estrutura etária da população e se deve em especial às modificações nos índices de mortalidade e natalidade mundiais, os quais receberam reduções nos últimos anos, gerando, conseqüentemente o aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo (BRASIL, 2006b).

O Brasil vem sofrendo mudanças em seu aspecto demográfico, decorrente do aumento da expectativa de vida da população idosa. Pode-se observar que a população brasileira envelheceu nas últimas duas décadas, com maior percentual de pessoas dentro das faixas etárias de 30 a 70 anos ou mais, a taxa de crescimento anual diminuiu e a esperança de vida ao nascer aumentou significativamente, passando de 62 para 69 anos nos homens e de 65 para 73 anos nas mulheres (RUMEL, 2004).

Os avanços tecnológicos relacionados à área de saúde como as vacinas, o uso de antibióticos e quimioterápicos vêm tornando assim possível a prevenção e cura de muitas patologias. Aliado a estes fatores estão a queda da fecundidade (MENDES, 2005) .

O envelhecimento vem sendo definido cronologicamente através da passagem dos anos, tornando-se um processo natural de alterações relacionadas ao tempo, envolvendo assim modificações normais do corpo humano, afetando a capacidade de respostas a estímulos, sendo estas modificações geneticamente programadas (SMLETZER ; BARE, 2009).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de uma maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006 p.06).

No entanto, nem toda alteração estrutural e funcional ocorrida durante a terceira idade é resultante de uma soma de patologias e danos, algumas destas mudanças ocorridas são dependentes da idade (FREITAS et al., 2006).

3.3.1 Aspectos biopsicossociais do envelhecimento

As mudanças físicas ocorrem durante todos os ciclos de vida de um ser humano e em todas elas são desencadeadas limites e possibilidades. Cada ciclo deste contribui no crescimento de cada indivíduo e a terceira idade precisa ser encarada com a mesma naturalidade que outras fases de vida (SILVA, et.al., 2005).

As alterações ocasionadas pelo envelhecimento afetam todo o organismo humano (muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico) e estas alterações podem ocasionar declínio dos tecidos e organismo (VANDERVOOT, 2000).

Considerando os aspectos fisiológicos, sabemos que o organismo envelhece junto com o todo e que suas alterações são perceptíveis em vários aspectos e órgãos. Independente da aparência física, modificações como a diminuição da capacidade renal em eliminar toxinas, a capacidade do fígado de metabolizar medicamentos, frequência cardíaca, débito cardíaco, capacidade pulmonar de mobilizar o ar e a queda na função celular para combater infecções constituem-se modificações que afetam o cotidiano dos idosos (CANCELA, 2007).

Dentre as mudanças que ocorrentes no físico podemos destacar as capazes de causarem maior impacto emocional ao idoso o enrugamento das bochechas, as manchas escuras na pele, a perda do tônus, o alargamento do nariz, o aumento da quantidade de pelos nas orelhas e nariz, o metabolismo fica mais lento, o aumento da insônia durante a noite, devido ao idoso dormir mais durante o dia, ocorre uma modificação na coluna vertebral e conseqüentemente o encurvamento postural e a visão para perto piora, sendo conseqüência da falta de flexibilidade do cristalino (ZIMERMAN, 2000).

As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças (MENDES, 2005).

Sabendo que as mudanças não são apenas de cunho físico, é importante considerarmos as mudanças sociais enfrentadas pelos idosos como a falta de papel

social que pode ser causador da diminuição ou perda total de sua autoestima, fazendo com que o idoso possa ter uma crise de identidade. Ocorre também como modificação social a mudança de papéis, já que o idoso agora passa a ser dependente de seus filhos, indivíduos aos quais dedicou cuidados por longos anos. Outro fator bastante relevante são as perdas enfrentadas por estes, sendo estas perdas econômicas, perdas do poder de decisão, de parentes e amigos e até da autonomia, enfrentando também a diminuição de contatos sociais, tornando necessário ao idoso adaptar-se a uma nova maneira de relacionar-se com toda a família e comunidade (ZIMERMAN, 2000).

A velhice geralmente é acompanhada de sentimentos destrutivos, esta situação agrava ainda mais a condição do idoso, evidenciando conflitos internos sobre sua insegurança, fazendo-o tentar provar para si mesmo e para a sociedade que ele é útil, desencadeando desejos e planos em relação ao seu futuro, dispondo assim uma ansiedade extrema e desencadeando a perda de ideais e falta de sintonia com o seu tempo, levando-o a ter um desinteresse por atividades cotidianas fazendo assim com que este se distancie não só de pessoas, mas de tarefas do dia a dia (VALENTINI ; RIBAS, 2003).

Consideramos assim que, em termos de consequências para a qualidade de vida dos idosos, as alterações biopsicossociais do envelhecimento, apresentarão uma grande variação entre os indivíduos, que afetam a definição do envelhecimento. A promoção da boa qualidade de vida extrapola os limites da responsabilidade pessoal, ou seja, uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudanças (CALOBRIZI, 2001)

3.4 AUTO PERCEPÇÃO DO IDOSO QUANTO AO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é considerado um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, podendo determinar a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente tornando-o mais vulnerável e com uma maior incidência de patologias (LIMA, 2005) .

Existe também, uma constatação clara de que o corpo e a mente mesmo com as limitações impostas pela idade ainda desenvolve funções rotineiras e com desenvoltura, fazendo assim com que haja uma maior aceitação ao processo de envelhecer, trazendo

mais expectativas e não vendo a idade apenas como um peso ou como uma barreira para a realização de atividades diárias (MOIMAZ, 2009).

A autopercepção dos idosos quanto ao processo do envelhecimento e a sua saúde, vem sendo estudada mundialmente e apresenta resultados que a caracterizam como um preditor de incapacidade funcional da população idosa. Em resposta a questão: “Como o senhor vê/ sente...?” podemos perceber as dimensões psicológicas, biológicas e sociais, de forma confiável, embora de caráter subjetivo das condições de vida e saúde dos idosos (HARTMANN, 2008).

O mesmo autor anteriormente citado, quanto a autopercepção do idoso sobre a sua saúde mostra que a autopercepção subjetiva de saúde como negativa aponta também para a mortalidade, especialmente em homens.

Segundo Lima (2005) ao discutir sobre a percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento, foi constatado que a maioria dos idosos tem uma visão positiva sobre o processo de envelhecer, mas queixam-se das limitações impostas pela idade, como perda de autonomia e o aumento do risco de quedas, porém mesmo com estas queixas eles encaram o envelhecimento como um processo natural da vida.

Em relação ao estereótipo físico, os idosos tentam muitas vezes fugir das características tradicionais recorrendo a procedimentos estéticos que vão desde a cirurgia plástica a pintura de cabelos, tentando manterem-se mais novos e dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade resultando assim na falta de aceitação tanto da sociedade que os insere quando do próprio velho (GUERRA; CALDAS, 2010).

Para Barreto [2000?] a forma com que o idoso encara o processo de envelhecer é consequência de como foram vividos os outros anos, tendo grande peso o sucesso e o alcance de objetivos e metas que foram traçados durante toda a vida, levando assim a crer que o bem-estar nessa fase de vida é influenciado não só por fatores externos, mas principalmente por fatores e internos e pela boa auto percepção de saúde e de vida.

Dessa forma, o modelo de assistência ao idoso como um ser humano e agente social vem tornando-se cada vez mais efetivo em nosso meio. Imperativos éticos como direito à autonomia e a dignidade vêm combatendo os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos com relação à velhice. Ao próprio idoso cabe a participação ativa, bem como a resolução do que é melhor e mais significativo para ele. Cabe aos profissionais que os assistem promover condições para isso (FREITAS, et al. 2006).

3.5 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

O indivíduo desde o nascimento passa a interagir com outras pessoas, sendo este um processo contínuo que permeia toda a sua vida. Passando a conviver em grupo, quer seja a família, os amigos, na escola ou no trabalho, com a chegada da velhice o idoso já tem passado várias experiências grupais, surgindo assim a necessidade de filiar-se a um grupo de pessoas com interesses e particularidades que assemelhem-se às dele (ZIMERMAN, 2000) .

Um grupo, constituído a partir de interesses e temas em comum, torna-se um espaço privilegiado e de possível apoio para discussões de situações rotineiras, ampliando o vínculo entre equipe e as pessoas idosas, significando um modo inovador de complementar consultas individualizadas e ainda permite troca informações (BRASIL, 2006).

Magnabosco e Nogueira (2011 , p. 111) quanto a importância destas atividades grupais denominam o grupo de convivência como aquele que:

privilegia práticas educativas desenvolvidas em grupo. Esta forma de atividade tem como instrumento a convivência para o desenvolvimento de interações entre os profissionais que compõem o grupo de trabalho e, desses com os demais participantes entre si. Dessa forma, estabelecem um vínculo em torno do qual poderá ser constituída a tarefa de promoção da saúde.

Os grupos são criados para amparar uma camada populacional, mas não resolvem todos os problemas. O preconceito, que não é emitido apenas pela população, mas também pela família torna a inserção no grupo uma tarefa difícil para o idoso. Muitas vezes os familiares os privam dos seus direitos de lazer, julgando desnecessária a participação em atividades grupais, por já terem “vivido o tempo deles” (OLIVEIRA, 2002).

Esse espaço de atividades conjuntas tem uma importância fundamental para as pessoas da terceira idade, pois permite que estes obtenham uma melhor qualidade de vida, buscando mudanças positivas em suas vidas e a construção de laços de amizade, conhecendo os problemas de saúde característicos e exclusivos do envelhecer (SALVADOR; MACEDO, 2009).

De soberana importância na vida do idoso, especialmente referindo-se a aceitação de transformações decorrentes desta fase da vida, a convivência grupal permite que o idoso adapte-se de uma forma realista a mudança dos hábitos antigos e às

limitações impostas pela idade. Ainda por meio deste convívio os idosos compartilham seu aprendizado e constroem novos laços (BULSING, 2007).

Nas atividades desenvolvidas, os profissionais que atendem os idosos nos grupos de convivência utilizam atividades lúdicas, culturais e religiosas, sendo estas muito proveitosas e usam a arte como terapia ocupacional, explorando as potencialidades de cada indivíduo, promovendo também por meio de exercícios físicos a prevenção e controles de doenças específicas (GARCIA et al. 2006) .

Os trabalhos preventivos são o desafio principal da educação em saúde. Discussões de forma aberta e espontâneas entre idosos-profissionais contribuem para um avanço na construção do saber e do conhecimento almejado para a melhoria da qualidade de vida destes idosos (BRASIL, 1998, apud OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Grande parte dos profissionais de saúde consideram que em grupos, os idosos têm seu tratamento e envelhecimento natural reforçados, dando destaque a ressocialização já que são abertos espaços de educação em saúde que promovem a facilitação do vínculo profissionais-usuários e contribuem positivamente para a percepção do idoso quanto ao seu processo de envelhecimento (ODONI, et al., 2006).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos deste trabalho, o desenvolvimento do presente estudo foi realizado por meio de uma pesquisa de campo a qual Marconi e Lakatos (2007) descrevem como objetivos a busca de informações e conhecimentos a cerca de um problema para o qual se esteja procurando resposta, e ainda pela existência de uma hipótese que queria comprovar-se ou descobrir novos fenômenos.

De natureza quantitativa, o estudo, segundo Richardson (2010) seguirá um método de pesquisa caracterizado pelo emprego da quantificação nas modalidades de coleta de informações pelo tratamento destas por meio de técnicas estatísticas, desde a forma mais simples como percentual as mais complexas, tendo o objetivo de garantir a precisão dos resultados e evitar distorção de resultados.

O presente trabalho também foi de caráter descritivo. Aqui, se trata de uma exposição detalhada de uma população, ou um fenômeno, estabelecendo para tais métodos sistemáticos de coleta de dados (GIL, 2002).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica Saúde da Família localizada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAIC-CARNAUBAL) no município de Mossoró/RN, situado à Rua: Souza Leão, S/N Bairro Belo Horizonte, CEP: 59605-310. Neste centro encontra-se em funcionamento duas Equipes Saúde da Família (ESF's), designadas por 111 e 155.

Tendo sido utilizado também o Centro de Convivência do Idoso Maria Dalva da Rocha Barreto, instituição vinculada à Secretaria do Desenvolvimento Humano e Social que tem como mantenedora a Prefeitura Municipal de Mossoró, localizado na Rua Sousa Leão, S/N, no Bairro Belo Horizonte, no município de Mossoró-RN. No seu quadro de profissionais estão incluídos membros de nível superior e técnico (em número de 06) que prestam serviços diariamente ao grupo, ou a uma parcela deste, de acordo com o cronograma estabelecido previamente.

O local da pesquisa foi escolhido por ser acessível aos pesquisadores e por contar com um número favorável de idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde também uma quantidade considerável dos que participam do grupo de convivência.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi realizado um estudo de corte transversal com amostra não probabilística por conveniência respeitando-se os critérios de exclusão. Utilizamos como critérios de inclusão o comparecimento dos idosos a Unidade de Saúde ou no Grupo de Convivência no período da pesquisa, estando estes devidamente cadastrados nos locais de estudo, terem idade acima de 60 (sessenta) anos e aceitaram participar da realização do estudo. Foram excluídos idosos que vieram a apresentar alguma dificuldade cognitiva que comprometiam a confiabilidade nas respostas do instrumento de pesquisa.

Para a realização deste estudo, contamos com a população dos idosos acompanhados pelos Programas ofertados pela Unidade Básica de Saúde da Família

(CAIC-CARNAUBAL) e ainda dos idosos participantes do Centro de Convivência do Idoso Maria Dalva da Rocha Barreto. A amostra composta por essa população contou com 50 (cinquenta) idosos de cada um dos campos de pesquisa, totalizando 100 (cem) idosos a serem submetidos aos questionamentos.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o formulário. Para Marconi e Lakatos (2007) o formulário deve ser utilizado numa abordagem de quase todos os membros de uma sociedade, já que o mesmo é independente do nível de escolaridade, pois seu preenchimento é função do entrevistador.

O formulário aplicado foi baseado em uma Escala Likert. As escalas de Likert, ou escalas somatórias apresentam várias assertivas sobre um assunto, no entanto o entrevistado escolhe um único item de acordo com a sua resposta à questão. O objetivo da diversidade de assertivas é a liberdade para que os seus respondentes coloquem seu verdadeiro sentimento em relação ao que lhe foi perguntado (OLIVEIRA, 2001).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na UBS (CAIC-CARNAUBAL) e no Centro de Convivência, com os dias que foram definidos de acordo com o cronograma de atividades da UBS e do Grupo de Convivência para Idosos, onde foram abordados nas salas de espera para o atendimento e após o término das atividades grupais, desde que estivessem dispostos à responderem aos questionamentos e contemplem os critérios de inclusão.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise estatística, os dados foram tabulados em planilha eletrônica tipo Excel 2010 e transferidos para software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), os quais foram expressos em frequência e porcentagem. Sempre que necessário foram transformadas para variável tipo dummy. Associações significativas entre o participar ou não dos grupos de idosos frente à qualidade de vida e demais variáveis do presente trabalho foram obtidos por qui-quadrado ou exato de

Fischer, este último usado quando a frequência esperada for inferior a 5. Sempre que possível diferenças de proporção foram obtidos por qui-quadrado para proporção. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, sendo embasado nas Resoluções CNS196/96 e COFEN 311/07. CAEE : 05140312.9.0000.5179.

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde aborda a pesquisa de forma individual e coletiva, tendo quatro referências principais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado” (BRASIL, 1996, p.1).

Também orientando nossa pesquisa, contaremos com a resolução COFEN 311/2007, que trata sobre o ensino, pesquisa e a população técnico-científica dos profissionais da enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 2007) .

A pesquisa possuiu riscos mínimos, como promover possível constrangimento dos idosos ao responderem os questionamentos, o que pode ser amenizado com a utilização de um ambiente que proporcione sigilo e confiança entre entrevistador e participante. Como benefícios podemos considerar que os dados obtidos se tornarão subsídios para o enfrentamento dos problemas descobertos apontando soluções que possam oferecer melhor assistência os idosos.

4.8 FINANCIAMENTO

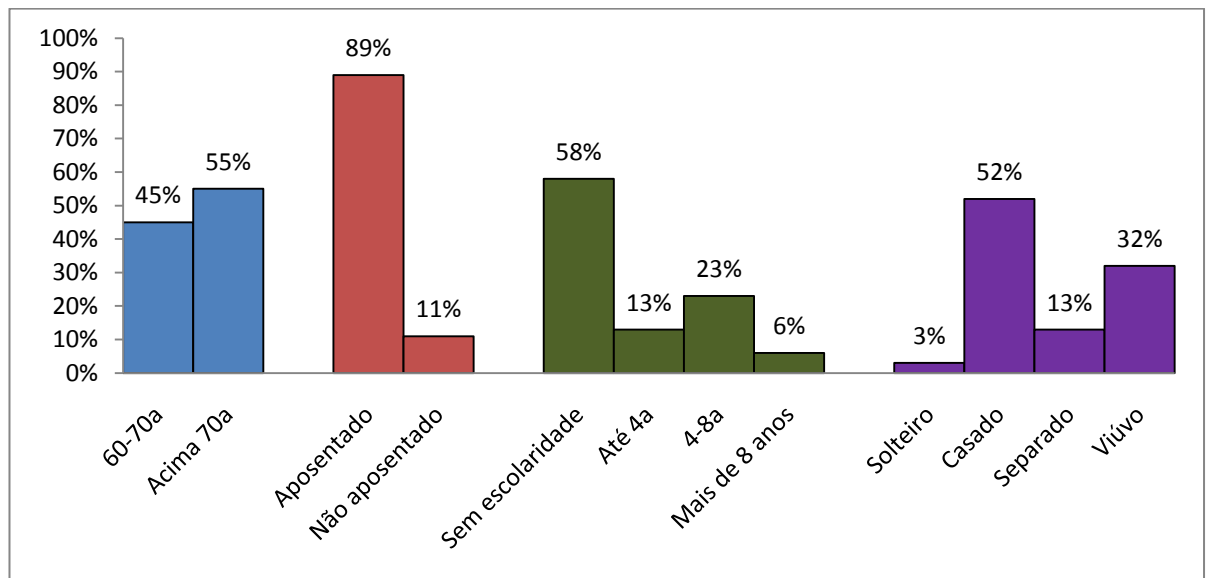
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foi de responsabilidade do pesquisador. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se disponibilizou referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante esta etapa, os dados analisados serão apresentados de forma pormenorizados, distribuídos em dados sociodemográficos e o dados referentes a percepção do envelhecimento relacionada a transformações biológicas, psicológicas, sociais. A auto percepção da velhice e da saúde dos idosos concluirão esta análise, cuja discussão segue-se sistematicamente embasada em literatura pertinente.

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA AMOSTRA

Gráfico 1- Distribuição (n=100) segundo idade, aposentadoria, nível de escolaridade e estado civil.



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

O gráfico 1, no primeiro agrupamento de colunas, segundo a idade, descreve que nossa amostra é composta por 45% de idosos com idade entre 60 e 70 anos e 55% de idosos com idade acima de 70 anos. Também aponta que obtivemos uma distribuição de idosos com uma maioria de 89% na situação de aposentados e 11% não aposentados. Mostra ainda que, quanto ao nível de escolaridade, 58% da amostra não possui escolaridade, 13% estudaram até 4 anos, 23% de 4 à 8 anos e 6% estudaram mais de 8 anos. O grupo de idosos, quando relacionado ao estado civil, apresentam um percentual de 52% de casados, 3% de solteiros, 13% separados e 32% viúvos.

O envelhecimento é um processo progressivo, no qual vários fatores sofrem alterações em todos os seguimentos do ser, sejam estas biológicas ou sociais. Nesse grupo estudado, onde 55% possuem mais de 70 anos, consideramos menor a capacidade funcional e adaptativa destes idosos com relação ao ambiente, sendo estes também possivelmente mais acometidos por patologias ou dificuldades de interação com o ambiente (LIMA, 2005).

A inatividade é um dos fatores que mais podem levar o idoso a ter dificuldades de aceitação de um novo modelo de vida, pois parar de trabalhar pode significar a perda de papel deste, percebemos que no estudo realizado 89% dos entrevistados são aposentados., proporcionando a pessoa idosa independência financeira e um auxílio emergencial (VALENTINI; RIBAS, 2003).

A classe financeira é um fator que influencia também o nível de escolaridade e estes estão ligados com a frequência que as pessoas adoecem e ao de satisfação com a velhice, em nossa pesquisa 58% dos entrevistados não são alfabetizados e a maioria das pessoas com baixo nível de escolaridade vem de uma classe financeira inferior e com menos condições para uma melhoria de vida (LIMA, 2005).

O estado civil também é um importante fator para uma boa qualidade de vida na terceira idade. Neste estudo 52% dos entrevistados são casados, pesquisas relatam que idosos que tem companheiros são mais engajados no meio familiar interferindo diretamente em uma menor probabilidade a doenças, não apenas biológicas, mas principalmente psicológicas (MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006).

5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO

Tabela 1 –Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações biológicas.

Questões	Participação do grupo				Valor de p	
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Aparecimento de rugas e o embraquecimento dos cabelos	Incomoda	04	7,8	03	6,1	0,736
	Não Incomoda	47	92,2	46	93,9	
Diminuição da audição ou visão	Incomoda	23	45,1	13	26,5	0,056
	Não Incomoda	28	54,9	36	73,5	

Diminuição da força nos braços ou pernas	Incomoda	18	35,3	16	32,7	0,780
	Não Incomoda	33	64,7	33	67,3	
Problemas na memória	Incomoda	19	37,3	07	14,3	0,009*
	Não Incomoda	32	62,7	42	85,7	
Diminuição das atividades sexuais	Incomoda	05	9,8	02	4,1	0,437
	Não Incomoda	46	90,2	47	95,9	

Fonte: Pesquisa de campo(2012)

*Significa diferença estatística ($p < 0.05$).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, os mais importantes quando expressos em frequências e porcentagens, foram as transformações relacionadas ao incomodo quanto ao aparecimento de rugas e cabelos brancos e diminuição da atividade sexual.

Com o passar do tempo as mudanças físicas são inevitáveis e o segredo consiste em aprender a conviver com estas novas características e conviver com certas limitações. Um dos principais fatores que influenciam na hora desta aceitação é a participação dos idosos em grupos de convivência, cujo efeito positivo das relações sociais vem sido constantemente evidenciado e associado a um melhor estado de saúde na velhice (LITVOC; BRITO, 2004)

A sexualidade é um importante componente da vida de todo ser humano, em qualquer que seja sua fase. Entretanto, em nossa cultura quando pessoas da terceira idade praticam ou falam em atividade sexual são criados muitos estereótipos negativos, fazendo assim com que manifestem grandes dificuldades em expor seus medos e duvidas, surgindo a ideia de que os idosos são seres assexuados e influenciando de forma negativa a vida destes (SILVA et al., 2009).

Verificou-se que existe importância significativa quando, dentre as modificações que acometem as pessoas na terceira idade, os problemas de memória estão entre os mais comuns. A diminuição da memória acontece de forma gradual e contínua, por isso essa característica pode não incomodar de forma tão intensa os idosos. Durante a velhice as funções intelectuais necessitam de maiores estímulos, para assim manter-se em condições favoráveis, é necessária uma maior dinâmica e execução de atividades simples de realização como a leitura, estudo, raciocínio e reflexão (Marchi Netto, 2004),.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos (participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações psicológicas.

Questões	Participação do grupo				Valor de p	
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
O Sr.(a) Está satisfeito com a vida?	Sim	45	88,2	46	93,9	0,488
	Não	06	11,8	03	6,1	
O Sr. (a) prefere ficar sair do que ficar em casa?	Sim	40	78,4	15	30,6	<0,001*
	Não	11	21,6	34	69,4	
Com o envelhecimento o Sr.(a) continuou suas atividades normais?	Sim	42	82,4	33	67,3	0,083
	Não	09	17,6	16	32,7	

Fonte: Pesquisa de campo(2012)

*Significa diferença estatística (p<0.05).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, os mais importantes quando expressos em frequências e porcentagens, foram a satisfação com a vida e se os idosos continuam com suas atividades normais (82,4%).

O centro de convivência é um lugar extremamente útil, nele existe um convívio extrafamiliar único e necessário para o idoso sentir-se mais próximo e ativo na sociedade, permitindo-lhe descobrir novas possibilidades e trocas de experiência, aumentando assim de forma notória a sua satisfação com a vida e a qualidade de saúde (LIMA, 2005).

A possível perda de autonomia e a necessidade do auxílio de outras pessoas para a realização de atividades rotineiras, estão entre os maiores medos na terceira idade, a capacidade de executar tarefas simples proporciona ao idoso um sentimento de satisfação e felicidade em ser útil, mesmo sem a mesma dinamicidade de quando mais novo, aumentando assim a capacidade de aceitar a velhice e a promoção a saúde (LITVOC; BRITO, 2004).

Verificou-se importância significativa quando, a preferência que alguns idosos apresentam em permanecer em casa a maior parte do tempo nos aponta para o desenvolvimento de laços afetivos e comodidade de um ambiente onde esses encontram-se familiarizado, proporcionando recordações de época que não volta mais, fazendo-o assim sentir parte integrante dele. Outros idosos preferem sair de casa, tentando fugir de todas estas recordações ou apenas sentem vontade de obter novos vínculos, e buscando assim uma melhor qualidade de vida na terceira idade (JACOB, 2007).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações sociais.

Questões		Participação do grupo				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
O Sr. (a) tem facilidade de convívio familiar?	Sim	45	88,2	47	95,9	0,269
	Não	06	11,8	02	4,1	
O Sr (a) possui amigos?	Sim	49	96,1	46	93,9	0,675
	Não	02	3,9	03	6,1	
O Sr. (a) participa de atividades que não sejam dentro do lar?	Sim	48	94,1	12	24,5	<0,001*
	Não	03	5,9	37	75,5	

Fonte: Pesquisa de campo(2012)

*Significa diferença estatística (p<0.05).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, os mais importantes quando expressos em frequências e porcentagens, foram facilidade no convívio familiar (95,5%) e se o idoso possui amigos (96,1%)

Grande parte dos problemas de saúde causados por patologias múltiplas na velhice são agravados por sentimentos de solidão, as transformações ocorrentes das famílias modernas são grandes causadoras da falta de companhia para o idoso, sabendo disto os laços familiares são de fundamental importância para o melhor enfrentamento desta fase da vida, pois com o passar do tempo e novos ciclos se formando, o velho sente a necessidade de viver um mundo que já não existe mais, e manter laços afetivos, para assim sentir-se mais amado e membro participante de uma família (LIMA, 2005).

A necessidade de conhecer novas pessoas, fugir da solidão, procurar novas atividades e inteirar-se com atividades fora do lar, trazem benefícios incalculáveis à saúde do idoso, a participação em grupos de convivência para a terceira idade dissemina um novo conceito de velhice e a troca de experiências entre os participantes, fazendo-os sentirem-se mais importantes e necessários para o convívio social, trazendo uma sensação de bem estar e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida (FENALTI; SCHWARTZ, 2003).

Verificou-se importância significativa quando, a participação ou não participação em atividades fora do lar contribuem na maneira com que o idoso encara a vida e esta nova fase que vem sendo enfrentada. Os que realizam alguma atividade que

não seja rotineira do lar apresentam uma maior tendência para encarar as modificações de uma forma mais natural, aceitando a chegada da terceira idade. Idosos que não realizam atividades fora do lar, tem uma maior probabilidade de encarar a velhice como o fim da vida, desenvolvendo assim um sentimento de inutilidade e tristeza (AEROSA, [2003]).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo a autopercepção da velhice.

Questões	Participação do grupo				Valor de p	
		Sim		Não		
		n	%	n		%
No geral, envelhecendo o Sr. (a) sente-se feliz?	Sim	46	90,2	38	77,6	0,085
	Não	05	9,8	11	22,4	
Autopercepção da saúde	Boa	21	41,2	16	32,7	0,377
	Ruim	30	58,8	33	67,3	

Fonte: Pesquisa de campo(2012)

*Significa diferença estatística ($p < 0.05$).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, os mais importantes quando expressos em frequências e porcentagens, foram as perguntas relacionadas a felicidade no envelhecimento(90,2%) e a autopercepção da saúde (67,3%).

A postura diante da vida, a forma de ser e a busca pela felicidade é uma necessidade para todos os seres. As ligações afetivas, a esperança e a confiança no futuro refletem positivamente bem estar e na saúde do ser, a aceitação das suas limitações transformam a velhice não em um momento de proximidade com a morte, mas sim em uma nova etapa da vida com direito a planos e expectativas, fazendo assim com que a felicidade seja uma companheira fiel de quem entra na terceira idade (ZIMENMAN,2000).

Embora grande parte dos idosos sejam portadores de, pelo menos, uma doença crônica, grande parte não ficam limitados por estas e levam a vida da forma mais normal possível. Chegar a terceira idade não significa ser incapacitado, muitos conseguem conciliar suas atividades com as limitações apresentadas e assim continuar com suas rotinas de forma que pouco importa a patologia que este carrega consigo e aliado a um tratamento bem sucedido, conseguem sentir-se saudáveis e felizes com essa fase da vida (RAMOS, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como foco pessoas idosas, com idade superior a 60 anos, sendo predominantes os com idade maior de 70, aposentados, com nível de escolaridade baixo e casados, em ambas as redes de atenção à pessoa idosa.

Consideramos a predominância de faixa etária alta, além do fato do Brasil estar passando por uma fase de envelhecimento, as pessoas mais velhas tenderem a procurar mais os serviços de saúde, devido aos maiores números de patologias que os acometem e uma busca de uma maneira de encarar as mudanças que vem sendo enfrentadas com o passar dos anos.

Embora nosso trabalho tenha sido de caráter quantitativo, percebeu-se que muitos idosos apresentavam uma carência de diálogo, sendo necessários estímulos para que a maioria respondesse aos questionamentos de forma direta, pois os mesmos tinham tendência a cada questionamento demonstrar com palavras e expressões seus sentimentos.

Relacionado aos fatores biológicos/ estéticos, compreende-se que a maioria dos idosos não se sentem incomodados com as modificações, aceitando-as como um processo natural da vida e encarando de maneira positiva a nova aparência e realidade, embora tenhamos percebido de forma subjetiva que muitos utilizam métodos para diminuir os sinais do tempo e sentirem-se melhor com a aparência.

As questões que envolveram a diminuição da visão, audição, força e memória também apresentaram respostas positivas em ambos os grupos, firmando que, mesmo com as limitações apresentadas pelo tempo e menor vigor estes idosos sente-se bem e encaram essas modificações biológicas de maneira natural.

Uma das maiores dificuldades para uma resposta fidedigna foi encontrada no momento em que os idosos eram questionados sobre sexualidade. Estes, em sua maioria apresentavam-se tímidos e receosos em falar da atividade sexual, dizendo-se ser velhos demais pra praticarem o ato, pudemos então perceber que este é um tema que ainda precisa ser bastante discutido por apresentar um nível de preconceito muito alto e ser um tabu na vida destes idosos.

Outras questões que apresentaram bons resultados ente os participantes e não participantes de grupos foram as questões de satisfação com a vida, continuação de atividades diárias normais, ter um bom convívio familiar e possuir amigos, deixando

claro que mesmo com o passar dos anos, estes idosos tentam manter seus vínculos sociais ativos.

Os idosos não se queixam das diminuições de alguns sentidos e da presença de alguns sinais da velhice separadamente, porém quando questionados sobre sentirem-se sadios como um todo, o resultado foi negativo em ambos os grupos, deixando perceber em seus relatos que o que mais os incomodam são as doenças crônicas e as limitações de atividades e alimentação que estas provocam.

Questionados se sentiam felicidade com o processo de envelhecimento a resposta foi satisfatória em todos os grupos pesquisados, deixando claro que mesmo com todas as mudanças, dificuldades, limitações, patologias e todos os outros eventos enfrentados com a chegada da terceira idade, estes idosos relatam ser felizes e embora subjetivamente apresentaram-se orgulhosos de tudo o que viveram e que ainda são cheios de expectativas para o futuro.

Embora em sua maioria, as frequências apontem para percentuais significativos de um bom estado de saúde e vida social na maioria dos questionamentos, para a confirmação da nossa hipótese quanto se a participação em grupos de convivência tem importante papel na integração, ressocialização e contribuição positiva nos aspectos psicossociais, por meio de análise estatística foi afirmado que, quanto as questões que falam da participação em atividades fora do lar, preferência entre sair ou ficar em casa e os problemas de memória, entre os grupos existem diferenças estatisticamente significantes.

Acreditamos que os resultados aqui obtidos podem colaborar de forma positiva para o cuidado que prestaremos como profissionais de saúde aos idosos, já que tomamos uma maior consciência de suas necessidades e anseios.

Esperamos que esta pesquisa venha a somar e embasar outros trabalhos que abordem esta ou alguma temática relacionada aos idosos, como também melhorar o entendimento sobre outras questões envolvendo a terceira idade.

REFERENCIAS

AZEVEDO, A.L.L. **Sexualidade Feminina na Terceira Idade: uma abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de idoso**. 70f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2010.

AREOSA, S.V.C. “**O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento**”? [2003]. Disponível em : <

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/978/758> > Acesso em : 22 nov. 2012.

BARRETO, J. **Envelhecimento e qualidade de vida: desafio atual**. [2000?]. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>> Acesso em : 13 abr. 2012.

BARROSO, A.F. **Aspectos Relacionados à Efetivação do Direito à Saúde no Brasil Através do Poder Judiciário**. 2003 . Disponível em : <<http://www.leps.ufrj.br/download/andre.pdf>> Acesso em : 27 mar.2012.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/64. Brasília. Senado Federal. Secretaria de Edições Técnicas, 2004. 436p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da União, 10 de Outubro de 1996. Disponível em : <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf> Acesso em : 04 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 10741, de 1ª de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e da outras providências. Brasília, 2003a. Disponível em : <http://portweb.com.br/especialisppw/terceira_idade/lei10741htm> Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília : CONASS, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf > Acesso em: 27 de Mar. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil** . Brasília, 2005. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 20 mar.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a. Disponível em : <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf> Acesso em : 03 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** . Brasília, 2006b . Disponível em:
<http://site.unitau.br/scripts/2009/arquivos_medicina/envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf> Acesso em : 20 mar.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito a saúde no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em :
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf> Acesso em: 27 mar.2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília : CONASS, 2009. Disponível em:
<<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>> Acesso em 27 mar. 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome **Política Nacional do Idoso**. 1ed. Brasília, 2010. Disponível em : <
http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/politica_nacional_do_idoso.pdf>
Acesso em: 20 mar.2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em :
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> Acesso em: 27 mar. 2012.

BULSING, F. L. et al. A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul – RS. **RBCEH** v. 4, n. 1, p. 11-17, 2007. Disponível em : < www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/download/112/87>
Acesso em : 17 abr. 2012.

CAMACHO, A.C.L.F. ; COELHO. M. J. Políticas Públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasilia 2010 mar-abr: v.63 e.2 , p. 279-84. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17.pdf>> Acesso em: 27 mar.2012

CANCELA, D.M.G. **O Processo de Envelhecimento**. 2007. Disponível em :
<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>> Acesso em : 10 abr. 2012.

COHN, A. ; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**.6.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 311/2007. Revoga a Resolução COFEN nº 240/2000 e aprova o novo código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007 . Disponível em : <
<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345> > Acesso em : 04 mai. 2012.

ELIAS, P. E.. Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde Soc.** , São Paulo,v.2, n.1, p.59-73, 1993. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n1/06.pdf>> Acesso em : 20 mar. 2012.

- ESPIRITO SANTO (Estado) . Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória , 2008 . Disponível em : < http://www.saude.es.gov.br/download/34700_SAUDE_IDOSO_MIOLO.pdf > Acesso em : 26 mar. 2012
- FENALTI, R.C.S ; SCHWARTZ, G.S. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo. V. 17, n. 2, p.131-41, 2003. Disponível em : < <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v17%20n2%20artigo5.pdf> > Acesso em: 19 nov. 2012.
- FIGUEIREDO, V. L. M. Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências & Cognição** .v. 12 p. 156-164 , 2007. Disponível em : < <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v12/m347137.pdf> > Acesso em : 17 abr. 2012.
- FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em : <<http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf>> Acesso em : 27 Mar.2012.
- FREITAS, E. V. et al Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 .
- GARCIA, M.A.A. et al Atenção a Saúde em Grupos sob a Perspectiva dos Idosos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 2 p. 175-82 , 2006. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf>> Acesso em : 17 abr. 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas S.A. 2002.
- GUERRA, A.C.L.C. ; CALDAS, C.P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.6 p. 931-2940, 2010. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a31v15n6.pdf>> Acesso em : 11 abr. 2012.
- HARTMNN. A.C.V.C. Fatores Associados a autopercepção se saúde em idosos de Porto Alegre. 73f. Dissertação (Tese de doutorado em Gerontologia Biomédica)- Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em < http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf> Acesso em : 10 mar. 2012.
- JACOB, L. Animação de idosos. **Cadernos Socialgest**, n. 4. 2007. Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/animacao-idosos/animacao-idosos.pdf>> Acesso em : 22 nov. 2012.
- JUSTO, J.S. ; ROZENDO. A.S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, N.2, P. 471-489 , 2010. Disponível em : <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a12.pdf>> Acesso em: 27 mar. 2012.

LIMA, C.K.G. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Rev Enferm.** v. 6 p. 15-22 , 2005. Disponível em <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-03.pdf>> Acesso em 10 abr. 2012.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento** : Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARCHI NETTO, F.L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a prática**, UFG. n. 7, 2004. Disponível em : < www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/download/67/66> Acesso em : 22 nov. 2012.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E.M. **Fundamentos Metodológicos Científicos.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2007 .

MATZO. G. Z. ; CARDOSO, F.L. ; AGUIAR, D.L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 8, n.2, p. 67-72, 2006. Disponível em : < <http://ciencialivre.pro.br/media/3c0567ef91560b95ffff80acfffd524.pdf>> Acesso em : 10 nov. 2012.

MENDES, M.R.S.S.B. et al A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v.18, n. 4, p.422-6, 2005. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>> Acesso em : 03 abr. 2012.

MAGNABOSCO, P. ; NOGUEIRA, M.S. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Rev. Eletr. Enf**, v. 13, n.1, p.110-7, 2011. Disponível em : < <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a12.pdf>> Acesso em: 17 abr.2012.

MERHY, E.E. , MALTA. D.C. , SANTOS.F.P **Desafios para os gestores do SUS, hoje: Compreender os Modelos de Assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** Campinas, [2002]. Disponível em : < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>> Acesso em : 20 mar. 2012.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol** , v. 1 2, n. 3, p. 3 6 1 – 375, 2009. Disponível em : <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/145.pdf> Acesso em: 10 abr. 2012.

NUNES, A.B.L. M. et al . A percepção do Idoso Sobre o processo de Envelhecimento um Estudo Realizado com o Grupo Renascer do Município de Icó - Ceará . 2011. Juazeiro do Norte. **Anais Eletrônicos...** Juazeiro do Norte : Universidade Federal do Ceará Campus Cariri , 2011. Disponível em : < <http://encontros.cariri.ufc.br/index.php/eu/eu2011/paper/viewFile/328/338>> Acesso em: 27 mar. 2012.

OLIVEIRA, M. G. O Lazer nos Grupos de Convivência par Idosos: Prática Renovada de Sociabilidade. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA 7., E ENCONTRO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO 4., [2002] Vale do Paraíba. **Anais Eletrônicos...** Vale do Paraíba : Universidade do Vale do Paraíba, [2002]. Disponível em : <

http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2004/trabalhos/epg/pdf/EPG7-7certo.pdf> Acesso em: 17 abr. 2012.

OLIVEIRA, H.M. ; GONÇALVES, M.J.F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 57, n.6, 2004. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf> > Acesso em : 17 abr. 2012.

OLIVEIRA, T.M.V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração On Line**. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. V. 2; N.2. abr/mai/junho, 2001 Disponível em:< http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm > Acesso em: 23 mai. 2012.

PESSINI, L. BARCHIFONTAINE. C. (Org.) **Bioética e longevidade humana**. São Paulo. Centro Universitário São Camilo; ed. Joyote, 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. n.19, p . 793-798, 2003. Disponível em : < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social** : Métodos e Técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas. 2010.

RODRIGUES, R.A.P. ; et al . Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 536-45, 2007. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>> Acesso em : 03 abr.2012.

RUMEL , D. et al. Condições de saúde da população brasileira. In. DUNCAN, B.B ;

SCHIMIDT, M.I. ; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial** : Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre , 2004.

SALVADOR, C. R. ; MACEDO, M.A.R. Grupo de Convivência e a Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais Eletrônicos...** Fortaleza: ABEN, 2009 . Disponível em : <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01341.pdf> Acesso em : 17 abr.2012.

SANTOS, S.S.C. ; et al . Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm** v.21, n.4, p.649-53, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>> Acesso em : 02 abr. 2012.

SILVA, A.A. et al. **Aids na terceira idade**: uma revisão da literatura. 47 f. Monografia (graduação em Bacharel em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio

Doce, Governador Valadares, 2009. Disponível em : <
<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aidsnaterceiraidadeumarevisaodaliteratura.pdf> > Acesso em 19 nov. 2012

SILVA, E.M.M. Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no Tratamento odontológico. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.1, p.63, 2005. Disponível em : <
http://www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf> Acesso em: 03 abr.2012.

SILVA, P.F. **O Movimento Sanitário Brasileiro.** Pernambuco, 2008. Disponível em: <
<http://www.webartigos.com/artigos/o-movimento-sanitario-brasileiro/7591/>> Acesso em: 20 mar.2012.

SMLETZER, S.C ; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2 , 2009.

SOUZA, A. C. **Em Tempos de PSF...Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?.** 167f. Dissertação(Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <
<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/souzaacm.pdf>> acesso em: 20 mar. 2012.

SOUZA, R.R. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** 101f. Dissertação(Mestrado em Administração de Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro , 2002. Disponível em <
http://bvssms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf> acesso em: 19 mar.2012.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília: MS, 2002. Disponível em : <
<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>> Acesso em : 20 de Março de 2012.

VANDERVOORT, A.A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES. et. al. **Fisioterapia na Terceira Idade.** São Paulo: Santos, 2000.

VALENTINE, M.T.P. ; RIBAS, K.M.F . Terceira Idade: Tempo para semear, cultivar e colher. **Analecta**, Paraná, v.4, n.1 , p. 133-145, 2003. Disponível em : <
<http://www.unicentro.br/editora/revistas/analecta/v4n1/artigo%2012%20terceira%20idade.pdf>> Acesso em : 10 abr. 2012

VERAS, A. L. ; CALDAS. C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2 . 2004. Disponível em : <
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>> Acesso em : 27 mar. 2012.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor(a):

Eu, Tereza Leite Brito, pesquisador(a) assistente, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, sob a orientação da pesquisador(a) responsável, Jussara Vilar Formiga, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título “A percepção do idoso sobre o processo de envelhecimento: Um estudo comparativo entre a rede de saúde e a rede de apoio social”. Tem-se como objetivo geral: Verificar comparativamente a percepção do idoso sobre o processo de envelhecimento entre os que participam de grupo de convivência e os que não participam, como objetivos específicos: Caracterizar a situação socioeconômica dos idosos entrevistados; Identificar as dificuldades encontradas pelos idosos no processo de envelhecimento quanto às suas transformações biológicas, psicológicas e sociais; Identificar a autopercepção dos idosos quanto ao processo natural do envelhecimento e quanto à sua saúde; Verificar a contribuição positiva do grupo de idosos quanto a sua percepção a cerca do processo de envelhecimento.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios em melhorar a relação terapêutica entre os profissionais de Enfermagem e os idosos por eles assistidos, tendo em vista que sendo sabedores da própria percepção dos idosos quanto ao seu envelhecimento poderemos vê-los cada vez mais com suas singularidades.

Convidamos o(a) senhor(a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados colocar questões relacionadas à sua temática Autopercepção da saúde dos idosos. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta riscos mínimos aos seus participantes, como possível constrangimento dos idosos ao responderem os questionamentos, o que pode ser amenizado com a utilização de um ambiente que proporcione sigilo e confiança entre entrevistador e participante.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelos(as) pesquisadores(as). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

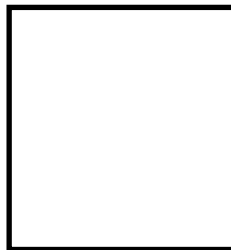
Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Mossoró, ____ de _____ de 2012.

Pesquisadora Responsável

Participante/Testemunha da Pesquisa



Impressão Digital

¹Endereço residencial da Pesquisadora Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br
²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Formulário de Pesquisa

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nº. _____

1) IDENTIFICAÇÃO

1. 1 idade: _____ anos

1. 2 Aposentado: () sim () não

1. 3 Nível de escolaridade () analfabeto () até 4 anos
() 4-8 anos () 8 anos ou +

1.4 Estado civil:

() casado (a) () solteiro (a) () viúvo (a) () separado (a)

2) PROCESSO DO ENVELHECIMENTO**2.1 Transformações biológicas****Para o Sr (a) as seguintes alterações normais do envelhecimento**

1. Incomodam muito

2. Incomodam

3. Incomodam regularmente

3. Incomodam pouco

4. Não incomodam

Aparecimento de rugas e o embaquecimento dos cabelos	
Diminuição da audição ou visão	
Diminuição da força nos braços ou pernas	
Problemas na memória	
Diminuição das atividades sexuais	

2.2 Transformações Psicológicas

1. Não 2. Pouco 3. Regular 4. Sim 5. Muito

O Sr.(a) Está satisfeito com a vida?	
O Sr. (a) prefere ficar sair do que ficar em casa?	
Com o envelhecimento o Sr.(a) continuou suas atividades normais?	

2.3 Transformações Sociais

1. Não 2. Pouco 3. Regular 4. Sim 5. Muito

O Sr. (a) tem facilidade de convívio familiar?	
O Sr (a) possui amigos?	
O Sr. (a) participa de atividades que não sejam dentro do lar?	

3) AUTOPERCEPÇÃO DA VELHICE

1. Não 2. Pouco 3. Regular 4. Sim 5. Muito

No geral, envelhecendo o Sr. (a) sente-se feliz?	
--	--

4) AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

1. Péssima

2. Ruim

3. Regular
4. Boa
5. Ótima

O Sr. (a) acha que sua saúde é:	
--	--

APÊNDICE C- Tabelas Completas.

Tabela 1 –Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações biológicas.

Transformações biológicas		Participam		Não Participam		Geral	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
Aparecimento de rugas e o embraquecimento dos cabelos	1 Incomodam muito	2	3,9	02	4,1	04	4,0
	2 Incomodam	0	0,0	00	00	00	00
	3 Incomodam regularmente	2	3,9	01	2,0	03	3,0
	4 Incomodam pouco	10	19,6	08	16,3	18	18
	5 Não incomodam	37	72,5	38	77,6	75	75
Diminuição da audição ou visão	1 Incomodam muito	15	29,4	07	14,3	22	22
	2 Incomodam	5	9,8	03	6,1	8	8
	3 Incomodam regularmente	3	5,9	03	6,1	6	6
	4 Incomodam pouco	7	13,7	19	38,8	26	26
	5 Não incomodam	21	41,2	17	34,7	38	38
Diminuição da força nos braços ou pernas	1 Incomodam muito	12	23,6	09	18,4	21	21
	2 Incomodam	0	00	03	6,1	03	03
	3 Incomodam regularmente	06	11,8	04	8,2	10	10
	4 Incomodam pouco	08	15,7	13	26,5	21	21
	5 Não incomodam	25	49,0	20	40,8	45	45
Problemas na memória	1 Incomodam muito	11	21,6	03	6,1	14	14
	2 Incomodam	2	3,9	02	4,1	04	04
	3 Incomodam regularmente	6	11,8	02	4,1	08	08
	4 Incomodam pouco	9	17,6	11	22,4	20	20
	5 Não incomodam	23	45,1	31	63,3	54	54
Diminuição das atividades sexuais	1 Incomodam muito	01	2,0	00	00	01	01
	2 Incomodam	01	2,0	00	00	01	01
	3 Incomodam regularmente	03	5,9	02	4,1	05	05
	4 Incomodam pouco	14	27,5	14	28,6	28	28
	5 Não incomodam	32	62,7	33	67,3	65	65

Tabela 2 – Distribuição dos idosos (participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações psicológicas.

		Freq	%	Freq	%	Freq	%
O Sr.(a) Está satisfeito com a vida?	1 não	02	3,9	00	00	02	02
	2 Pouco	0	00	00	00	00	00
	3 Regular	04	7,8	03	6,1	07	07
	4 Sim	32	62,7	39	79,6	71	71
	5 muito	13	25,7	07	14,3	20	20
O Sr. (a) prefere ficar sair do que ficar em casa?	1 não	11	21,6	32	65,3	43	43
	2 Pouco	0	00	02	4,1	02	02
	3 Regular	0	00	00	00	00	00
	4 Sim	39	76,5	15	30,6	54	54
	5 muito	01	2,0	00	00	01	01
Com o envelhecimento o Sr.(a) continuou suas atividades normais?	1 não	04	7,8	03	6,1	07	07
	2 Pouco	02	3,9	12	24,5	14	14
	3 Regular	03	5,9	01	2,0	04	04
	4 Sim	42	82,4	33	67,3	75	75
	5 muito	0	00	00	00	00	00

Tabela 3 - Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo as transformações sociais.

Transformações sociais		Participam		Não Participam		Geral	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
O Sr. (a) tem facilidade de convívio familiar?	1 não	01	2,0	01	2,0	02	02
	2 Pouco	00	00	00	00	00	00
	3 Regular	05	9,8	01	2,0	06	06
	4 Sim	44	86,3	45	91,8	89	89
	5 muito	01	2,0	02	4,1	03	03
O Sr (a) possui amigos?	1 não	02	3,9	02	4,1	04	04
	2 Pouco	0	00	01	2,0	01	01
	3 Regular	0	00	00	00	00	00
	4 Sim	49	96,1	45	91,8	94	94
	5 muito	0	00	01	2,0	01	01
O Sr. (a) participa de atividades que não sejam	1 não	02	3,9	37	75,5	39	39
	2 Pouco	00	00	00	00	00	00

dentro do lar?	3 Regular	01	2,0	00	00	01	01
	4 Sim	48	94,1	12	24,5	60	60
	5 muito	00	00	00	00	00	00

Tabela 4 – Distribuição dos idosos participantes (n=50) e não participantes (n=50) em grupos de convivência segundo a autopercepção da velhice

Autopercepção da velhice e saúde		Participam		Não Participam		Geral	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
No geral, envelhecendo o Sr. (a) sente-se feliz?	1 não	01	2,0	00	00	01	01
	2 Pouco	01	2,0	00	00	01	01
	3 Regular	03	5,9	11	22,4	14	14
	4 Sim	43	84,3	38	77,6	81	81
	5 muito	03	5,9	00	00	03	03
Autopercepção da saúde	1 péssima	00	00	00	00	00	00
	2 Ruim	05	9,8	04	8,2	09	09
	3 Regular	25	49,0	29	59,2	54	54
	4 Boa	21	41,2	14	28,6	35	35
	5 Ótima	00	00	4,1	4,1	02	02

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Extraordinária realizada em 26 de Julho 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE E A REDE DE APOIO SOCIAL", protocolo número: 69/12, CAAE: 05140312.9.0000.5179 e Parecer do CEP: 77392 da orientadora (pesquisadora responsável): **Jussara Vilar Formiga** e dos pesquisadores participantes: **Tereza Leite Brito, Wesley Adson Costa Coelho**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Agosto de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

 Maria do Socorro Gadelha Nobrega
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777