

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**Ilza Maria Trabachin de Almeida Ferraz**

**VIVÊNCIAS DE IDOSOS INSERIDOS NO PROGRAMA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO**

**2010**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC - SP**

**Ilza Maria Trabachin de Almeida Ferraz**

**VIVÊNCIAS DE IDOSOS INSERIDOS NO PROGRAMA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia sob a orientação da Profa. Dra. Nadia Dumara Ruiz Silveira..

**SÃO PAULO**  
2010

Banca Examinadora

---

---

---

**Dedico esse trabalho as minhas filhas Sara e Milla, os presentes preciosos que Deus me deu, pelo apoio, carinho, compreensão e força em todos os momentos da minha vida.**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida, pela provisão, pelo cuidado em todos os momentos da minha existência.

Aos meus pais Euclides e Amália, por estarem ao meu lado sempre, minha sobrinha Malu e minhas irmãs, Marli, Sueli e principalmente à Sonia, pelo carinho, companheirismo nos momentos de alegria e tristeza, pela compreensão e colaboração durante toda minha vida

À minha orientadora professora doutora Nadia Dumara Ruiz Silveira, pela confiança, pelas inúmeras contribuições, pelo seu apoio e incentivo que colaboraram para meu crescimento e realização desse trabalho.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP pela troca de conhecimento e pelas contribuições preciosas durante todo o período do mestrado.

Ao amigo/irmão Zé Alves por ter compartilhado comigo alegrias, tristezas, dúvidas e incertezas durante tantos anos de lutas e durante o mestrado, e as amigas Geny, Eloá e Tânia, pela amizade, pelo acolhimento e pela presença constante na minha vida.

Às mais novas e surpreendentes amigas Sonia e Ligia, por tantos momentos de insegurança e descontração passados juntas e pelo apoio incondicional.

Aos meus colegas, amigos e professores do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, e da Secretaria Estadual de Saúde pela troca de conhecimentos, incentivo e força durante todos esses anos e pelas grandes contribuições durante o período do mestrado.

Às companheiras, mulheres valorosas da Igreja Sara Nossa Terra pelas orações constantes e para D. Regina, funcionária e amiga dedicada que tanto me apoiou.

À Margaridinha pela sua alegria e vontade de viver, que sempre me inspirou e me mostrou um jeito diferente de envelhecer.

E não poderia deixar de fazer um agradecimento especial para os idosos que fizeram parte dessa pesquisa e fazem parte da minha vida há tantos anos, me incentivando, me alegrando e me fazendo crescer como ser humano.

## **A VELHICE ( Olavo Bilac)**

**Olha estas velhas árvores, mais belas  
Do que as árvores moças, mais amigas,  
Tanto mais belas quanto mais antigas,  
Vencedoras da idade e das procelas...**

**O homem, a fera e o inseto, à sombra delas  
Vivem, livres da fome e de fadigas:  
E em seus galhos abrigam-se as cantigas  
E os amores das aves tagarelas.**

**Não choremos, amigo, a mocidade!  
Envelheçamos rindo. Envelheçamos  
Como as árvores fortes envelhecem,**

**Na glória de alegria e da bondade,  
Agasalhando os pássaros nos ramos,  
Dando sombra e consolo aos que padecem!**

## RESUMO

FERRAZ, Ilza Maria Trabachin Almeida. *Vivências de Idosos Inseridos no Programa de Saúde da Família.*

Esta dissertação apresenta os resultados do estudo realizado sobre as vivências do cotidiano dos velhos que estão inseridos no Programa de Saúde da Família analisando o que pensam acerca de suas experiências na velhice, no âmbito pessoal e social. Utilizou-se da abordagem da pesquisa qualitativa, sendo entrevistados dezesseis idosos, que participam de um grupo de saúde integral e que estão inseridos no Programa de Saúde da Família do município de Várzea Grande- MT. Os instrumentos para a coleta de dados constituíram-se de um roteiro semi-estruturado, contendo questões temáticas relativas aos objetivos da pesquisa, a fim de entender como o idoso vivencia a velhice em seu cotidiano. A análise dos dados se pautou na categorização dos depoimentos, contemplando: significados da velhice; a relação com a família a comunidade; saúde e serviços oferecidos na comunidade. Os resultados obtidos indicam que as vivências dos idosos se caracterizam como processos de rupturas e reconstruções, sendo estes desenvolvidos de acordo com suas capacidades individuais e coletivas. Ao conhecer o universo desses idosos, foi possível identificar alguns aspectos da prática cotidiana, e suas idéias sobre o sentido da vida. A investigação sobre o tema velhice e suas vivências mostrou que é necessário ampliar os serviços de saúde, sobretudo os da Unidade Básica de Saúde, e as redes de serviços formal e informal para atender com qualidade as demandas deste segmento da população.

**Palavras-Chave:** Vivências de idosos, Saúde na velhice, Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

FERRAZ, Maria Ilza Trabachin Almeida. *Experience of the elderly Inserted in the Family Health Program.*

This research presents the results of the research about the experiences of the elderly who are included in the Family Health Program by analyzing what they think about their experiences in old age, in the personal and social aspects. It was used the qualitative approach, through interviews with sixteen elderly, participating in a group of integral health and which are inserted in the Family Health Program of Várzea Grande. The instruments for data collection consisted of a semi-structured interview, containing thematic issues related to the aims of the research, in order to understand how the elderly experience the old in their daily lives. Data analysis was thus based on the categorization of statements, comprising: the meaning of the old age, the relationship with the family and the community, the health and services offered in the community. The results indicate that the experiences of the elderly are characterized as processes of rupture and reconstruction, which are developed according to their individual and collective capacities. By knowing the universe of the elderly, it was possible to identify some aspects of daily practice, and their ideas about the meaning of life. Research on the topic aging and their experience showed that it is necessary to expand the health services, especially those in the Health Care Unity, and the networks of formal and informal services to meet the demands of this population segment with quality.

**Keywords:** The elderly` experiences, Health in old aged, Family Health Program

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	13
1.1. Velhice e seus significados.....	13
1.2. Envelhecimento e realidade brasileira .....	17
1.3. Aspectos sócio culturais e condições familiares do ser idoso .....	20
CAPÍTULO II - DIREITOS E POLÍTICAS PARA IDOSOS .....	26
2.1. Direitos na velhice: lutas e conquistas.....	26
2.2. Iniciativas na área da saúde .....	29
CAPÍTULO III. PESQUISA DE CAMPO .....	34
3.1. Procedimentos metodológicos.....	34
3.2. Contexto e local da pesquisa.....	37
3.3. Análise dos dados .....	39
3.3.1. Significados de velhice.....	47
3.3.2. Relação com a família e a comunidade.....	61
3.3.3. Saúde e serviços oferecidos na comunidade .....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXO A – ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS .....	83
ANEXO B - ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA COM AS PESSOAS IDOSAS ....	84
ANEXO C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	85

## INTRODUÇÃO

A velhice caracteriza-se por uma etapa da vida onde as experiências acumuladas influenciarão diretamente no modo de envelhecer de cada pessoa. Cada um, buscará seu jeito próprio de viver, dentro das condições particulares que a sua realidade oferece, mesmo não sendo a ideal, nem, muitas vezes, a sonhada.

As experiências de vida, apesar de influenciarem nossa visão da realidade, muitas vezes ficam esquecidas, ou permanecem no inconsciente. Nossa vida depende do modo como vivemos a realidade que nos cerca, na perspectiva espacial, temporal e afetiva, como observa Goldfarb (1997).

Às vivências passadas, juntam-se aquelas que adquirimos ao viver o presente compondo referências que nos permitem lidar com tudo o que está ao nosso redor, nos colocando em situações de aceitação ou negação diante da realidade.

Nossas experiências constituem a referência de todo acontecimento, sendo este vivenciado no mundo ao nosso redor e que só passa a existir efetivamente para nós quando lhe atribuímos um sentido. Goldfarb (1997) compartilha da idéia de que à medida que envelhecemos, traçamos de modo individual um curso de vida que será amoldado e manipulado compondo nossa trajetória.

A velhice é um fenômeno composto de muitas faces, em que, ao lado dos fatores biológicos, temos diversas situações socioculturais e históricas que formaram e constituem cada indivíduo. A diversidade sociocultural indica que, para os velhos, existem várias formas de viver a vida, Mercadante (2005).

A velhice, para Veras (2003), é um fato impreciso, uma vez que é difícil de perceber quando uma pessoa fica velha: se é aos 50, 60, 65 ou 70 anos. Nada é mais variável do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é velha com base na condição das suas artérias, de seu cérebro, de seu coração? Ou, é a maneira pela qual as pessoas passam a encarar certas situações que as levam a classificar os outros como velhos?

O envelhecimento da população deixou de ser uma preocupação somente dos países desenvolvidos, onde esse fenômeno teve início, e passou a ser também uma realidade nos países em desenvolvimento. A previsão dos demógrafos é de que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo, entre os quais, 32 milhões serão brasileiros. Esse fato

levará o Brasil a ocupar o 6º lugar entre os demais países do mundo com população acima de 60 anos, Minayo (2006-a).

O crescente número de idosos em todo mundo tem acarretado uma alteração significativa na pirâmide populacional, levando à busca de novas propostas de mudanças na sociedade contemporânea nos planos individual, familiar, social e governamental. O envelhecimento da população deixa de ser uma questão individual e torna-se uma discussão coletiva, tendo como ponto alto a inclusão do idoso na comunidade, junto à família, desenvolvendo papel social ativo, vivendo com independência e autonomia o maior tempo possível, Minayo (2006-a).

Apesar de o idoso apresentar as mesmas necessidades do restante da população, os nossos serviços de saúde definem suas ações por meio de estratégias de controle de risco, para doenças crônicas degenerativas, não valorizando os determinantes relacionados aos contextos sociais como família e comunidade principalmente, como aponta Herédia (2007).

Uma das estratégias criada pelo governo, na busca da mudança do modelo de saúde, foi a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, Essa política visa essencialmente fazer uma inversão do modelo de saúde existente até então no Brasil centrado na cura de doenças para um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças que estabeleça uma nova dinâmica entre os serviços e a população, para uma assistência mais adequada.

Conhecer, de maneira ampla, a realidade dos idosos, implicará na busca de conhecimentos dos elementos inerentes ao processo de envelhecimento, assim como às características próprias de cada indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes, buscando garantir uma sobrevivência digna a todos que tiveram suas vidas prolongadas, Minayo (2006-a).

Diante do cenário atual, em que a população de velhos aumenta significativamente, justifica-se a importância desta pesquisa que tem como objetivo analisar as vivências no cotidiano dos idosos inseridos no Programa de Saúde da Família da região sudoeste de Várzea Grande – MT, identificando suas experiências na velhice no âmbito pessoal e social. Busca-se, em especial: compreender os significados da velhice para os idosos; identificar o impacto da velhice no cotidiano familiar/doméstico e na saúde; analisar a inserção e a participação do idoso na comunidade; caracterizar o comportamento do idoso com sua saúde em relação a cuidados pessoais e atendimento recebido; e verificar as expectativas de futuro dos idosos entrevistados .

Esta dissertação, além dos resultados da pesquisa de campo mencionada acima, apresenta três capítulos relativos ao embasamento teórico-conceitual. Os dois capítulos iniciais expõem os principais fundamentos relativos à realidade da velhice e do envelhecimento, abordando seus significados, contemplando os aspectos socioculturais, condições familiares além de tratar dos direitos conquistados através de lutas. Explicações sobre políticas pública e iniciativas na área da saúde do idoso finalizam esta parte teórica.

A proposta deste estudo decorreu de experiências vividas durante cinco anos de trabalho realizado junto população idosa e de observações que nos motivaram a investigar para conhecer, com mais profundidade, este seguimento. A complexidade deste tema estimula a busca de novas abordagens, perspectivas de gestão e assistência aos idosos do município de Várzea Grande-MT, além da possibilidade de subsidiar novos estudos e programas nesta ótica.

Enfim, conhecer o que os velhos pensam acerca dos aspectos singulares de suas experiências no enfrentamento da velhice, poderá contribuir, de modo geral, para um melhor planejamento das ações sociais e de saúde destinadas a esta parcela da população, sobretudo considerando a insuficiência de estudos qualitativos sobre o tema na literatura nacional e local. Acredita-se que é de crucial importância aprender com o idoso o significado e o sentido da velhice.

# CAPÍTULO I – VELHICE E ENVELHECIMENTO

## 1.1. Velhice e seus significados

A velhice, como categoria universal, não existe isoladamente, mas compõe uma realidade em que cada indivíduo é único, constituído por um organismo biológico, inserido numa determinada cultura e momento histórico, o que lhe atribui um lugar social com significados específicos. A velhice é uma das etapas do processo de desenvolvimento que se inicia com o nascimento e que não cessa, e isto se verifica nas alterações do corpo biológico, apresentando fraqueza, declínio, enrugamento, mas também impregnado de sensações, afetos e emoções, levando consigo todas as experiências vividas, Lopes (2000).

Os médicos do século XVIII e do início do século XIX, não viam os velhos como uma categoria separada de pacientes a requerer tratamento clínico específico. Ao longo do século XIX, Bichat<sup>1</sup> e Charcot<sup>2</sup>, modificam essa visão tradicional sobre a velhice, propondo uma nova maneira de entender e tratar os pacientes idosos. Passaram a caracterizar a velhice de acordo com suas condições fisiológicas e anatômicas singulares, Groisman (2002). A história do conhecimento sobre a velhice, neste momento, confunde-se com a própria história da medicina. A medicina passa a buscar sinais da doença na superfície do corpo envelhecido, reconhecendo características que o diferenciariam do corpo jovem, tornando, então, o corpo, um sistema de significados.

Quando nos deparamos com o discurso impregnado no meio médico de que o velho deve ser visto de modo diferenciado, verificamos que este não consegue sistematizar tal conceito, já que não se pode verificar a idade das artérias, do coração, etc. Para Mosoro (1999) existe um quebra-cabeça-biológico, acontecendo no organismo humano, tornando o corpo uma manifestação dessas alterações, uma vez que, cada organismo envelhece de maneiras diferentes em seus ossos, órgãos, nervos e células.

O corpo humano tem uma interpretação, segundo Concone (2005), focada em dois extremos: da natureza (biológica) e da cultura. O primeiro coloca o idoso em um rol ditado pelo discurso médico que busca o micro nível dos tecidos e das células para explicar o processo de degeneração do corpo, se identificando com um corpo em decomposição.

---

<sup>1</sup> Anatomista e fisiologista francês que fez avançar significativamente a compreensão do corpo humano quando não existia microscópio. [pt.wikipedia.org](http://pt.wikipedia.org). 29/09/2009

<sup>2</sup> Médico e cientista, um dos maiores professores de medicina da França. [pt.wikipedia.org](http://pt.wikipedia.org). 29/09/2009

É impossível ignorar as dificuldades em estabelecer uma rígida e clara separação entre o que se deve à natureza biológica e aquilo que depende da influência da cultura no que se refere ao corpo no processo de envelhecimento, como expõe Queiroz (2000). É bastante intenso o uso do corpo como forma de expressão e este é de fato alterado segundo crenças e idéias estabelecidas pelo coletivo, fazendo com que cada cultura defina a beleza corporal à sua própria maneira, sofrendo variações conforme os diferentes contextos culturais.

Beauvoir (1990) afirma que o homem não vive em estado natural: na sua velhice ou em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. Vivemos em uma sociedade que valoriza o corpo jovem, embora nem todas as culturas compartilhem desse mesmo modo de pensar.

Na velhice, os fatores biológicos, mesmo não sendo os únicos, exercem forte influência sobre o idoso, principalmente sobre seu corpo, que externaliza uma condição de declínio, enfraquecimento e enrugamento que muitas vezes leva à não aceitação, como expõe Beauvoir.

“A velhice contradiz o ideal viril ou feminino adotado pelos jovens e pelos adultos. A atitude espontânea é a de recusá-la, uma vez que se define pela impotência, pela feiúra, pela doença”. (BEAUVOIR, 1990, p. 51)

Uma série de representações negativas acompanha a população que envelhece, relacionadas com os aspectos físicos e aparência do corpo. A nossa sociedade valoriza a beleza, embora haja uma grande diversidade quanto a seu conceito nas variadas culturas. Acredita-se que existam alguns padrões universais, relacionados principalmente com a juventude e a saúde que são quase inseparáveis nas representações sociais. O crescimento das ofertas no setor de cuidados com o corpo vão da cosmética à cirurgia plástica, da suplementação alimentar às dietas e aos exercícios, que prometem retardar o envelhecimento, com o intuito de apagar as marcas mais notórias, Concone (2005).

O fato de sermos jovens ou velhos, aparentemente tão simples para a consciência individual, passa a tornar-se incerto quando percebemos que as noções de juventude e velhice sofrem sérias transformações ao longo da nossa existência, Goldfarb (1997). A dificuldade para categorizar a velhice consiste em que ela não é unicamente um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim, não existe um ser “velho” e sim um ser “envelhecendo”.

Quando se fala em velhice, aquilo que supomos saber não é suficiente segundo Goldfarb (1997). Verificamos que esse saber precário é produto de uma visão parcial gerada na prática de cada profissional e de preconceitos fortemente enraizados no contexto cultural. Cada sujeito tem sua velhice individual, tornando assim as velhices incontáveis.

Nesse sentido a velhice, não deveria ser analisada somente como um fenômeno biológico, pois ser velho envolve singularidades, socialmente situadas como aponta Mercadante .

“A velhice, se analisada somente como sendo uma questão biológica, não revela o seu lado social. Ela, além da sua especificidade biológica, localiza-se em uma história e insere-se num sistema de relações sociais. Assim, as variáveis históricas e socioculturais, particulares de cada sociedade, são as que fundamentam e entram para a composição e explicação da variável velhice biológica” (MERCADANTE, 2005, p. 27)

Muitos elementos, que estiveram presentes no cotidiano do adulto, passam a ter uma importância maior na velhice. São eles: as perdas e os ganhos. Segundo Messy (1999) as perdas no ser humano se iniciam após o nascimento e vão se acumulando com a idade, tais como: o desgaste, e o enfraquecimento físico sendo coexistente com os ganhos entendidos como a bonificação e a maturação . O importante é manter esses dois elementos em equilíbrio durante toda a vida, definindo assim ao indivíduo idoso o tipo de velhice que pretende viver.

Enquanto categoria social, a idade não diz nada a respeito da condição de cada sujeito como ser velho. Quando nos deparamos com uma pessoa de 60, 70, 80 anos ou mais, mesmo que isto nos dê alguma indicação do aspecto corporal, fisiológico ou mesmo de integração social, não indica como cada sujeito vivencia sua velhice, uma vez que seus traços pessoais e sua história são indissociáveis, Messy (1999).

É por intermédio dos padrões culturais acumulados, ordenadores de símbolos significativos que o homem encontra sentido nos acontecimentos que vive, definindo o tipo de velhice que terá. Assim, todos os povos desenvolveram estruturas simbólicas segundo as quais as pessoas são reconhecidas como membros da raça humana, e também como representantes de certas categorias distintas, tipos específicos de indivíduos, Geertz (1989).

As experiências dos seres humanos, segundo Schultz (1979), são individuais. Duas pessoas jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma uma vez que cada indivíduo tem sua história singular de vida, mesmo tendo a mesma idade cronológica.

A idade cronológica é muito escorregadia para determinar e definir a velhice, podemos ser velhos, nos vemos velhos, sem nos sentirmos jamais como velhos. Esse sentimento sobre a velhice na maioria das vezes está relacionado com projetos de vida, com desejos. Se anulamos os desejos que nos relacionam com o mundo externo, a velhice se resume a um sentimento insuportável de dor e perdas e não a uma fase natural da vida .

Uma vez que na idade cronológica, as marcas corporais, as doenças, são imprecisas para definir a velhice, não podemos, por outro lado, desconhecer que o tempo impõe seus efeitos, suas limitações, assim como seus ganhos, havendo então, a necessidade de conceituar a velhice a partir de um entrelaçamento do real, do imaginário e do simbólico, Messy (1999).

Para Mercadante (2005) o conhecimento da existência de um modelo social amplo e geral do velho, presente no imaginário social, se constrói pela contraposição à identidade do jovem, nos remetendo a pensar sobre questões relativas à construção da identidade do idoso e de como esta identidade é sentida e vivida por aqueles indivíduos classificados como velhos. Estes conhecem e também partilham da ideologia imposta pela sociedade, mas não se sentem incluídos no grande modelo ideológico. Assim, se o velho não sou eu, o velho é o outro.

Beauvoir chama a atenção, sobre a relação “eu e outro”, definindo-a como: profundamente chocante, estigmatizadora, criadora da identidade do velho:

É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez.  
(BEAUVOIR, 1990, p. 353 )

O homem contemporâneo busca modelos estereotipados de velhice pelo fato de considerar apenas o tempo cronológico da vida, um tempo com escala numérica, com delimitações criadas pela sociedade, deixando de lado o tempo vivido, sentido, aproveitado, onde se constrói uma história individual, que nos referencia como seres humanos, em processo de envelhecimento, Martins (1998).

## **1.2. Envelhecimento e realidade brasileira**

O envelhecimento da população deixou de ser uma preocupação somente dos países desenvolvidos, onde esse fenômeno teve início e passou a ser também uma realidade nos países em desenvolvimento. Nestes países pode-se constatar os maiores índices de mudanças, a ponto de a Organização das Nações Unidas considerar o período de 1975 a 2025 a “era do envelhecimento”, Minayo (2006-a).

A previsão dos demógrafos é de que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo entre os quais, 32 milhões serão brasileiros. Este fato levará o Brasil a ocupar o 6º lugar entre os demais países do mundo com população acima de 60 anos.

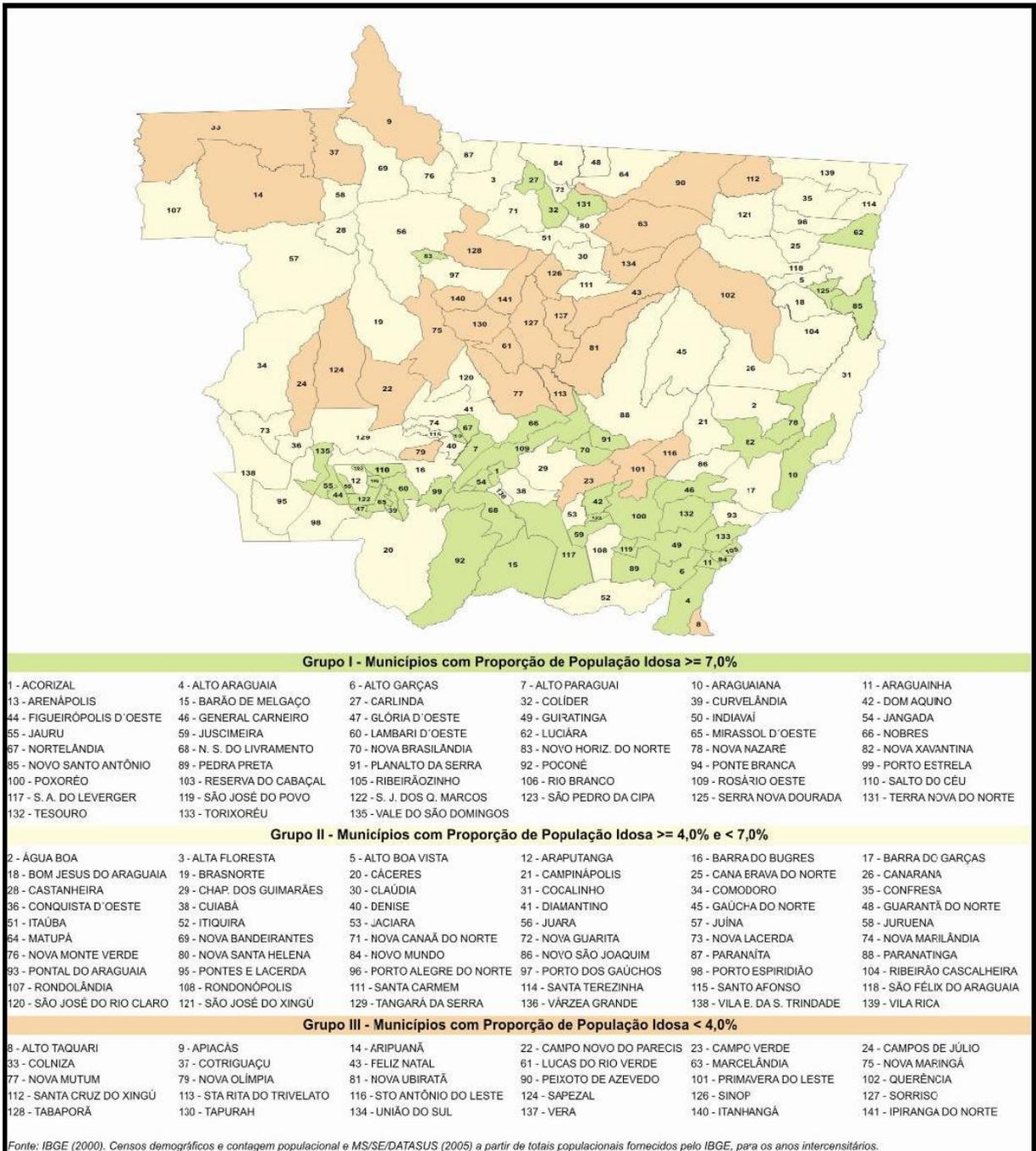
Entre os anos 40 e 60, a população brasileira experimentou um declínio significativo na mortalidade, com fecundidade relativamente constante. A partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças na distribuição etária em nossa sociedade, Veras (1994).

A queda da mortalidade se processa de maneira desigual nas diferentes regiões e classes sociais no Brasil. Se na Região Sudeste a esperança de vida ao nascer aumentou 27 anos entre 1940 e 1984 (de 43,4 para 70,5) no Nordeste o aumento não superou 17 anos no mesmo período (de 38,7 para 55,7), Chaimowicz (1997).

Nas próximas décadas, o declínio da mortalidade no Brasil se concentrará, provavelmente, nas idades avançadas, tendo como efeito uma aceleração no processo de envelhecimento da população, o que resultará numa grande mudança na pirâmide etária.

A expectativa de vida ao nascer tem apresentado, também, um aumento considerável. Em 1990 era de 66,57 anos e, em 2004, passou para 71,59 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007).

O aumento acelerado do envelhecimento demográfico como realidade brasileira, repercute no Estado de Mato Grosso que possui 6,9% de idosos, sendo que a esperança de vida ao nascer é de 73,12 (anos). Já na cidade de Várzea Grande, a população idosa representa 5% da população e a expectativa de vida é um pouco menor que do Estado, ficando em torno de 71,40 (anos), IBGE (2007). Mesmo sendo um estado novo, Mato Grosso está caminhando para o envelhecimento populacional, como verificamos no mapa a seguir, cujas proporções entre os municípios variam de 1,2% a 11,3%. Para facilitar a aplicação de políticas públicas para o idoso, os municípios do estado foram divididos em 3 grupos, conforme o número de idosos, (Sant’Ana, 2005).



**Figura 1 - Mapa de distribuição dos municípios de Mato Grosso, por percentual de população de 60 anos e mais (fonte: Diretrizes para elaboração de Protocolo de Atenção à Pessoa Idosa- SES-MT, 2007).**

A expectativa de vida, tanto em Mato Grosso quanto no restante do Brasil, melhorou, mas diferentemente dos países desenvolvidos em que o aumento da expectativa de vida proporcionou uma melhoria considerável das condições da população, no Brasil muitos indivíduos estão vivendo por mais tempo sem necessariamente dispor de melhores condições socioeconômicas. Na sociedade brasileira, as marcas da desigualdade, resultam num processo do envelhecimento que reforça as diferenças em termos de qualidade de vida e de bem-estar entre diferentes estratos da população, aumentando a condição de exclusão dos idosos, Minayo (2006-a).

Para a autora, os idosos mais pobres costumam ser os que têm mais problemas de saúde e dependência física, muitas vezes necessitando de um cuidador,<sup>3</sup> o que pode gerar sofrimento, pois muitas vezes verifica-se nesta relação situações de maus-tratos, negligências, além da condição de abandono que resulta para alguns a necessidade de internação em asilos públicos.

O prolongamento dos anos de vida das pessoas tem sido acompanhado por pesquisas que visam entender os fatores que contribuem para o “envelhecimento bem-sucedido”, Neri (1995). Assim, a velhice bem sucedida se dá pelas condições tanto individuais quanto grupais, de bem estar físico e social, ligadas ao contexto social mais amplo, às crenças e valores pessoais e do grupo. Isso confirma que o envelhecimento é algo heterogêneo e depende da maneira como cada pessoa tem organizado o curso de vida.

A busca de soluções compatíveis para as demandas advindas do envelhecimento da população brasileira levou o poder público a elaborar novas políticas e cabe à sociedade incluir ainda, na agenda de investigações científicas deste milênio, a questão do envelhecimento.

Estudar o processo de envelhecimento entre homens e mulheres é importante por construir conhecimento de referência para se propor políticas apropriadas que contemplem as diferenças de gênero, suas necessidades específicas e a identificação de propostas condizentes com esta diversidade.

Em relação à expectativa de vida, as mulheres apresentam uma realidade específica. No Brasil, o censo de 2000 demonstra que a expectativa ao nascer é de 72,6 anos para as mulheres e 64,8 anos para os homens; para cada 99,6 homens existem no Brasil 100 mulheres. A mulher vive mais por vários motivos, entre eles: proteção hormonal; menor consumo de

---

<sup>3</sup>. É a pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados. Ministério da Saúde. Guia Prático do Cuidador. Brasília-DF; 2008, pág. 09.

álcool e tabaco; postura diferente em relação à saúde, já que a mulher procura mais o serviço de saúde que o homem, Paschoal (2006).

A realidade da velhice para o homem é diferente em decorrência de sua condição sócio-cultural de provedor ao desempenhar papéis que o diferencia das mulheres, no trabalho, na família, nas relações amorosas o que acarreta características peculiares ao seu processo de envelhecimento.

“A representação social masculina diz que o homem é da esfera pública, com atividades externa, é o líder familiar, o provedor econômico, tem o domínio e o poder impõe o ritmo ao trabalho”(PASCHOAL, 2006, p. 86).

O envelhecimento da população brasileira exige preparação adequada da sociedade para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos, uma vez que o Censo 2007 nos afirma que já temos no Brasil, 11 mil pessoas com mais de 100 anos, e essa é uma tendência constante, IBGE (2007). Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito a toda sociedade, extrapolando a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não governamentais e demais segmentos sociais, Brasil (1999).

### **1.3. Aspectos sócio culturais e condições familiares do ser idoso**

No mundo moderno observa-se uma provisoriedade das coisas. Bauman (2005) problematiza as relações sociais no período da pós modernidade como um fluxo rápido de sucessivas e transitórias pertencas grupais, levando as pessoas a assumirem um descompromisso nas amizades, relações amorosas e nos laços que envolvem o ser humano.

Para Lins de Barros (2006), a percepção das transformações sociais pelos próprios idosos é uma das questões básicas para se entender o lugar dos velhos na sociedade moderna, que já assumem posições e papéis como: homens ou mulheres, avós, moradores de uma cidade, indivíduos de origem sócio-econômica e diferentes profissões, entre outros. Assim podemos verificar que o contexto histórico e cultural de um indivíduo em sociedade é marcado por uma diversidade de condições sociais.

Nesse sentido, Minayo relata a contribuição da antropologia que nos dá elementos para entendermos o envelhecimento como um fenômeno complexo e não homogêneo, atribuindo ao idoso a co-responsabilidade pela qualidade do seu envelhecimento.

“Os modos de envelhecimento são dados pela singularidade e pela subjetividade. Cada pessoa retoma permanentemente os dados de sua história e os reconstrói com os fios do presente” (MINAYO, 2006-a, p.49).

Golffman (1988) explica que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas pelos atributos considerados como comuns e naturais, gerando conflitos entre a identidade social, que na nossa sociedade está muito relacionada com o mundo do trabalho, e a identidade real. Essas duas identidades entram em conflito no idoso, uma vez que ele perde a identidade social, quando se aposenta, e não mais faz parte do mundo do trabalho, passando a conviver somente com sua identidade real.

Os valores culturais e as tradições influenciam no modo como a sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, a probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado a essa população são diminuídos, OPAS-OMS (2005).

A enorme diversidade e complexidade cultural no mundo contemporâneo impõe uma variedade imensa de valores e tradições que caracterizam a cultura dominante de um país. Esses aspectos precisam ser respeitados na formulação de políticas e programas destinados à pessoa idosa.

No imaginário da sociedade, a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica, tanto para a família quanto para a sociedade, fazendo com que seja tirado dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino. As grandes dificuldades socioeconômicas que os idosos – particularmente os pobres – sofrem, levam a assumirem a velhice como um “problema”, uma vez que, nessa fase da vida, os problemas de saúde são maiores, necessitando de mais cuidados, e demandando maiores gastos, Minayo (2004).

A forma mais comum de discriminação cultural tem sido a de considerar o idoso alguém “descartável”, do “passado” ou “peso social”, Guimarães (1997). Na sociedade moderna, a velhice é tida como fase de decadência, decrepitude e perda da dignidade.

A pessoa idosa apresenta individualidades, sua própria maneira de ver, sentir, reagir às variáveis históricas e socioculturais de cada sociedade, e estas são modificadas em relação ao tempo, devido a seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história, levando o homem a viver em todas as idades, inclusive na velhice, dentro de regras impostas pela sociedade, como expõe Beauvoir.

“finalmente, a sociedade determina o lugar e o papel do velho levando em conta suas idiossincrasias individuais: sua importância, sua experiência, reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica na sociedade a seu respeito”(BEAUVOIR, 1990, p. 156)

A visão depreciativa dos mais velhos tem sido, através dos tempos modernos, alimentada pela ideologia “produtiva”, que sustentou a sociedade capitalista industrial, para a qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda, de pouco ou nada serve para sua comunidade ou seu país.

A compreensão do “envelhecimento como problema” é reforçada constantemente ao serem divulgados os déficits nos cálculos da previdência social, uma vez que o direito à aposentadoria se universalizou. Para os formuladores de políticas, o envelhecimento está relacionado, sobretudo, aos aspectos econômicos de apropriação de bens e serviços, por um número cada vez maior de pessoas mais velhas. Se, por um lado, as leis brasileiras que beneficiam os idosos avançaram, por outro, o governo divulga a imagem dos velhos como responsáveis pelos desequilíbrios da previdência social e os que mais gastam as verbas destinadas às políticas sociais, Minayo (2004).

Cresce o número de pessoas idosas o que exige da sociedade reorganização nas formas de exercer o poder e as políticas pertinentes as áreas relativas ao trabalho, economia e cultura. Portanto, pensar a velhice como questão pública é bem diferente de tratá-la como problema social, Minayo (2004).

A crescente longevidade evidencia também polêmicas como a respeito de: quem vai cuidar dos velhos? Qual é o limite entre o que é pertencente ao domínio público e o que cabe ao privado? Estas e outras questões necessitam de estudos e definições rápidas para acompanhar o ritmo de crescimento contínuo da população idosa.

A realidade do envelhecimento da população é sentida principalmente dentro do âmbito familiar, tornando uma realidade cada vez mais complexa, por isto deve ser entendida

nas suas especificidades. Em cada família encontramos crenças, valores, conhecimentos e experiências historicamente adquiridos e acumulados através das gerações. De acordo com seu modo de vida, a família organiza-se, adapta-se e constrói sua identidade. Segundo Ullmann (1991), na sua vivência, o homem adapta o mundo à sua existência, transforma o que lhe é dado pela natureza, confere-lhe sentido, cria a cultura, condicionando sua forma de viver em sociedade e em especial na família.

O envelhecimento dos pais afeta a estrutura psicológica de cada um dos elementos da família que, mesmo sem ter total consciência, se depara com medos e inseguranças, pois na maioria das vezes a família não está preparada para perceber e lidar com tantas transformações que ocorrem com a pessoa que envelhece. Assim, não consegue ver o seu idoso como uma pessoa que tem desejos próprios e planos para o futuro. Às vezes, na ânsia de protegê-lo, acaba restringindo sua autonomia e, em consequência seus sonhos, Lopes (2006).

Patrício destaca que a família no Brasil é predominantemente nuclear, embora reconheça sua diversidade, e a base comum a todas, que delinea o contexto deste importante grupo social, assim definida pelo autor:

“Um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar no mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas” (PATRÍCIO, 1994, p. 3).

As famílias atualmente estão constituídas basicamente de marido, mulher e um número cada vez mais reduzido de filhos, e não dispõem de recursos próprios para assumir os cuidados e a proteção que são necessários para seus membros idosos. As famílias não são todas iguais, foram diminuindo de tamanho. Os divórcios e recasamentos permitiram a formação legal de novos núcleos familiares em que há maior vulnerabilidade das uniões e maior fragilidade dos relacionamentos, Medeiros (2006).

É certo que a família tem um papel fundamental em assegurar o bem-estar dos idosos, e que o ideal seria que todos pudessem permanecer no convívio familiar. No entanto, deve-se

considerar que a família, com todos os seus problemas de ordem social e econômica, dificilmente terá condições de assumir, sozinha, o seu idoso dependente de cuidados.

A família mudou e os velhos também, mas a família continua no imaginário de grande número de pessoas como sendo “o nosso grupo”, Medeiros (2006), e a casa da família como o espaço de felicidade, de paz, harmonia, proteção e cuidado, influenciando muitos velhos a, mesmo estando sozinhos, resistirem à idéia de morar em uma instituição, porque estão apegados a esse modelo consensual de que o lugar do velho é junto com a família.

Para a autora, o velho precisa pensar em novas formas de morar e se abrir para novas experiências:

“A longevidade vai exigir que se abra o debate sobre as relações familiares e que os próprios velhos aceitem viver novas experiências e novas formas de morar” (MEDEIROS, 2006, p. 167).

Tudo isso contrasta com as novas pesquisas sobre a família, relatadas por Debert (2006), que constatou que a família está se tornando um espaço de relações de opressão em que o abuso físico e emocional, o crime e a ausência de direitos individuais competem com as estatísticas sobre a violência entre desconhecidos nos grandes centros urbanos.

A família contemporânea é uma instituição que não reúne condições para cuidar adequadamente das pessoas idosas, pois está carregada de afazeres e obrigações, restando-lhe pouco tempo para cuidar de seus velhos e isso não significa má vontade, ingratidão, insensibilidade ou comodismo de seus membros. Jordão Neto (1997).

A família, embora com muitas dificuldades, é o espaço em que moram 90% dos idosos brasileiros, Minayo (2006-a). A elevada expectativa de vida acaba unindo no mesmo espaço várias gerações, acumulando problemas que deverão ser enfrentados.

Segundo Jardim (2006), não há dúvida de que as pessoas idosas preferem ficar em suas casas sendo elas confortáveis ou não, pois é neste ambiente que junto a seus objetos e suas recordações se sentem seguras e confiantes. Porém, é necessário salientar que em certos casos, a institucionalização do idoso é a alternativa de proteção quando da impossibilidade da permanência do idoso com sua família.

Diante do quadro atual, nos reportamos ao artigo 229 da Constituição Brasileira de 1988, que relata o dever e a necessidade de assistência entre pais e filhos:

“os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 1988).

Já no artigo 230 encontramos a responsabilidade de amparar a pessoa idosa compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado:

“a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas” (BRASIL, 1988).

No entanto, é um erro considerar que a família, com todos os seus problemas de ordem social e econômica, tenha condições de assumir sozinha, o seu idoso dependente de cuidados, cabendo então à sociedade e ao Estado cumprirem os seus papéis de acordo com o que preconizam as leis.

Apesar da existência e clareza das leis, que na maioria das vezes não são cumpridas, a sociedade atual não trata o idoso com dignidade e respeito. Neste aspecto Beauvoir (1990) destaca:

“Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa, abrigada por trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como parias” (p. 37).

Lopes (2006), destaca como recomendação da Assembléia Geral das Nações Unidas a necessidade de que os velhos continuem a levar uma vida independente, no seio de suas família, e na sua comunidade, ao invés de serem excluídos e isolados de todas as atividades da sociedade e reconhece a família como sendo a célula base da sociedade, e que esta deveria ser encorajada, protegida, revigorada de acordo com os sistemas de valores culturais próprios.

Com a diminuição da quantidade de membros das famílias, a participação comunitária, os amigos e vizinhos também são co-adjuvantes e de suma importância no suporte ao idoso; cabendo ao poder público elaborar, juntamente com a sociedade, políticas e programas de atenção ao idoso e assumir definitivamente a sua parcela de responsabilidade com essa população idosa emergente, Domingues (2006).

## **CAPÍTULO II - DIREITOS E POLÍTICAS PARA IDOSOS**

### **2.1. Direitos na velhice: lutas e conquistas**

Com o envelhecimento da população, foi necessária a implantação de novas políticas públicas e a adequação das já existentes. Durante as décadas de 80 e 90, os aposentados brasileiros iniciaram uma luta de reivindicação e reconhecimento de seus direitos previdenciários, aumento das aposentadorias e participação na gestão de seus interesses, inaugurando um espaço próprio de ação, de cidadania, e de inclusão que culminou com uma nova geração de velhos que elegem, destituem, dialogam, denunciam, recorrem à Justiça, incomodam e se fazem ouvir, transformando-se em atores sociais e políticos, Simões (2000).

A primeira iniciativa, no Brasil, no sentido de uma rede de proteção idoso no âmbito governamental, surgiu na década de 70, com a Lei Federal nº 6179, de 11 de setembro de 1974 (instituindo a renda mensal vitalícia), que contemplava com 50% do salário mínimo vigente as pessoas com 70 anos ou mais, que não tivessem nenhuma fonte de renda. O marco significativo foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, desencadeadora de um processo de construção democrático das políticas, por inserir no texto constitucional a questão da velhice, assegurando direitos aos idosos e proibindo a discriminação por idade.

Sob a perspectiva histórica é possível afirmar que a Constituição Federal trouxe avanços quanto à participação da sociedade civil, proporcionando a ampliação da esfera pública, Barroso (2006).

Vieira (1996) relata que há necessidade da presença de mecanismos socioeconômicos dirigidos e planejados, com a finalidade de atingir a concretização dos direitos já garantidos juridicamente. É imprescindível a criação de políticas sociais que transformem em ações diretas, os direitos já assegurados legalmente.

Em 1994, através da lei nº. 8842/94 foi criada a Política Nacional do Idoso que, em seu escopo, prevê a criação dos Conselhos dos Idosos nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Os conselhos que são considerados espaços políticos, democráticos e deliberativos, buscam a participação e articulação entre governo e sociedade, visando beneficiar a coletividade.

Em dezembro de 1999, é promulgada a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), portaria nº. 1.395 do Ministério da Saúde, que visa a promoção do envelhecimento saudável, a

prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação, corroborando para a permanência do idoso no meio em que vive e está inserido:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Após anos de luta, em 2003, entra em vigor o Estatuto do Idoso através da Lei 10.741/2003, que prevê importantes diretrizes quanto ao direito dos idosos, tornando-se uma ferramenta influente de reivindicação. Verificamos alguns desses direitos contemplados no art. 2º que coloca o idoso nas mesmas condições de direitos de todo cidadão brasileiro:

“O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental, e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003).

No referido estatuto, o art. 3º define que a responsabilidade pelo idoso deve ser compartilhada entre a família, comunidade, sociedade e poder público. A família divide a responsabilidade do cuidado da pessoa idosa, não sobrecarregando nenhuma das partes:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, a dignidade, ao respeito, e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso, fornece usufruto e conseqüentemente, uma vida melhor, para a população idosa, como afirma Gomes:

“De qualquer angulo que o examinemos, o estatuto do idoso passa a ter uma função disciplinar, que opera pela sedução, pelo apelo aos benefícios. Com isso, faz rasura das oposições, faz laço e realiza aquilo para o qual a palavra sozinha seria impotente: cria identidade social (GOMES, 2006, p. 181).

Recentemente a portaria 399/2006/MS, que divulga, consolida e aprova o Pacto pela Saúde 2006 que é dividido em três diretrizes que são: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão. É um conjunto de reformas instituídas e pactuadas entre a União, Estados e Municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS.

Dentre as diretrizes operacionais o Pacto pela Vida reforça o movimento da gestão pública por resultados concretos, comprometendo os governos municipais, estaduais e federal, a assumirem as metas e os objetivos de compromissos sanitários<sup>4</sup> considerados prioritários para a saúde, traçados em prol da população brasileira, sendo a Saúde do Idoso a primeira das prioridades pactuadas, Brasil (2006-a).

Mas, apesar da obrigatoriedade da legislação vigente, fatores como: as necessidades específicas dos idosos; a localização de certos municípios distantes dos centros de divulgação científica; a ausência ainda persistente de conteúdos gerontológicos na maioria das instituições de ensino e, ainda, a reduzida mobilização social pelos idosos – principalmente em estados periféricos – fazem com que muitas conquistas ainda estejam no “papel”, deixando de ser uma realidade na vida deste segmento da população.

Formalmente, no aparato legal, foi estipulado como idade cronológica para que uma pessoa seja considerada idosa a idade de 60 anos e mais, mas Minayo (2006-a) acrescenta que é muito diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou numa família pobre; ser homem ou ser mulher; ter tido um emprego e se aposentar ou ter se dedicado a atividades do lar ou informais e viver de forma dependente. Diante dessa realidade apontada

---

<sup>4</sup> Compromisso assumido entre gestores visando o cumprimento de metas e ações de vigilância à saúde. [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). 25/02/2010.

pela autora, existe a necessidade de se repensar a utilização do critério biológico e da idade cronológica, para entender o processo de envelhecimento e a velhice.

Especificamente no Brasil, onde há grande variação de culturas, classes sociais e diferenças regionais, o envelhecimento não ocorre de forma homogênea, pois há grandes contrastes e profundas desigualdades, que requerem considerações para a realização de um estudo amplo, contemplando essas diferenças, Veras (1994).

## **2.2. Iniciativas na área da saúde**

O aumento da longevidade deve ser reconhecido como uma conquista social, sendo a assistência em saúde responsável por grande parcela desse avanço, aliado à cobertura maior de serviços. No entanto, esse novo cenário traz preocupação devido à mudança do perfil epidemiológico das demandas nas políticas públicas, acarretando maiores desafios para o Estado, a sociedade e a família, Camarano (1999).

Há necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento da população extrapola a esfera familiar, e a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, as organizações não governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes no país, hoje são responsáveis por menos de 10%. Já em relação às doenças cardiovasculares, em 1950, estas eram responsáveis por 12% das mortes, representando hoje mais de 40% do total de mortes, Gordilho (2001).

Em 40 anos, o Brasil mudou seu perfil de morbimortalidade, sendo atualmente um país típico de uma população de doenças crônicas degenerativas, elevando assim, os custos diretos e indiretos com tratamentos médicos e hospitalares. Tendo como referência a base de dados relativos a internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Gordilho (2001) pondera que o idoso consome mais serviços de saúde, as internações são frequentes e a ocupação do leito é maior do que a de outras faixas etárias.

Mesmo consumindo grandes recursos devido às doenças crônicas e múltiplas, que perduram vários anos, a abordagem de tratamento prestada ao idoso não é adequada, devido

principalmente à falta de difusão de conhecimentos geriátricos e gerontológicos entre os profissionais de saúde .

A maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, o principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é quase que uma exceção. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e viver o seu cotidiano de forma independente.

Uma grande parcela dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e de se organizar, sem necessidade de ajuda. Esse idoso que mantém sua auto determinação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para agir no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas.

Por outro lado, o apoio aos idosos praticado no Brasil, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), ainda é bastante precário, ficando restrito ao âmbito familiar. Isso não isenta a responsabilidade do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde -SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a essa parcela da população.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhe permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade, Brasil (1999).

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional, pelo maior tempo possível, do indivíduo que envelhece – foco central da Política – significa a valorização da autonomia e da autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso.

O Estatuto do Idoso, Brasil (2003), especifica o direito à saúde no capítulo IV, o qual compreende 5 artigos, (15 a 19). O art. 15 e os parágrafos 1º e 2º delibera sobre formas de efetivação do atendimento a saúde, prevenção, manutenção, reabilitação, apontando também a responsabilidade do poder público:

“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a

prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (BRASIL, 2003).

§ 1º. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§2. Incumbe ao Poder Público, fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Deflagrado pela Conferência Nacional de Saúde de 1986, e com apoio na Constituição de 1988, é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), através das leis 8080 e 8142 de 1990, que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade com ações que integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção. Isso significa que a rede de serviços de saúde deve ser organizada em espaço geográfico definido nos municípios e estados, assegurando, a todos os brasileiros, o acesso aos serviços em todos os níveis de atenção.

O Sistema Único de Saúde (SUS) necessitava urgentemente de uma nova estratégia de reorganização, principalmente na Atenção Básica, surgindo assim o Programa de Saúde da Família - PSF que é uma Estratégia criada pelo governo Federal em 1994 que tem como objetivo levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar a qualidade de vida dos

brasileiros, fortalecendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa estratégia contempla o propósito estabelecido no artigo quinze, parágrafo 1º. do Estatuto do Idoso.

O Programa de Saúde da Família (PSF), que também é chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como referência modelos semelhantes utilizados em Cuba e no Canadá. Essa política visa essencialmente fortalecer a inversão do modelo de saúde centrado na cura de doenças para um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças, Martins (2009).

A Estratégia da Saúde da Família - ESF tem como função: a organização do modelo de atenção à saúde; a promoção da sociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção de saúde e o estabelecimento de uma nova dinâmica entre os serviços e a população.

Para conhecer a realidade da comunidade e das famílias no território de atuação de cada equipe de saúde da família é necessário executar ações tais como: cadastramento das famílias; oficinas de territorialização; visitas domiciliares; análise de indicadores de morbidade e mortalidade; obtenção de informações e análise dessas informações sobre a cobertura na assistência e a produtividade realizada, Brasil (2000).

O Ministério da Saúde deixou como meta para os municípios implantar essa política em toda periferia de todas as cidades do país, dando uma cobertura de assistência na área da saúde para a população brasileira.

O Ministério da Saúde, em 25 de janeiro de 2008, através da portaria GM nº 154, amplia as ações na Atenção Básica através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, possibilitando a inserção de novos profissionais da saúde à equipe mínima necessária para atuar na ESF, das áreas mais diretamente envolvidas com a assistência (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional etc), Brasil (2008).

Embora historicamente essas profissões não tenham tradição em desenvolver suas práticas no espaço comunitário, o que reforça a necessidade de pesquisas nessa área, é preciso considerar a sua inclusão ao buscar uma mudança no modelo assistencial de saúde que inclua novas práticas. Apesar de não ter caráter exclusivo para a pessoa idosa, dentre as várias competências e responsabilidades de todos os profissionais que compõem o NASF – e que devem ser desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família – estão descritas várias metas e ações em prevenção, reabilitação e inclusão social da pessoa idosa, Brasil (2008).

Cabe ainda, ao SUS, capacitar os profissionais da saúde para que sejam capazes de identificar e propor intervenções sobre os problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes, promover hábitos de vida saudáveis, estimular a alimentação adequada, a atividade

física, o auto-cuidado, o cuidado com o domicílio e ambiente, a detecção precoce de deficiências e assistência a essas demandas, ou seja, priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas na Atenção Primária, Martins (2009).

A Atenção Primária tem a responsabilidade pela melhora da qualidade dos serviços prestados na área da saúde para o idoso, contribuindo assim para sua longevidade.

A população idosa de Várzea Grande, local de realização desta pesquisa, compreende 5% do total, mas é grande o déficit para ações na Atenção Primária para essa clientela, além de não existir nenhum projeto ou programa específico para o idoso, na área da saúde, no município, até o presente momento a não ser os já contemplados pelo Ministério da Saúde nas políticas públicas mais especificamente no Pacto pela Vida.

Dentre as diretrizes em relação à saúde do idoso contempladas no Pacto pela Vida temos: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando os critérios de risco; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o fortalecimento da participação social; a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa; a divulgação e a informação sobre a Política Nacional de Saúde da pessoa idosa, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, ainda, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, Brasil (2006-a).

Nas diretrizes do Pacto pela Vida, há, ainda, como principais ações estratégicas: a caderneta de saúde da pessoa idosa; o manual da atenção básica e saúde para a pessoa idosa; o programa de educação permanente à distância; o acolhimento (que visa a acessibilidade); a assistência farmacêutica, a atenção diferenciada na internação e a atenção domiciliar. Estas ações ampliam as estratégias já contempladas na Política de Saúde do Idoso de 1999.

Assim sendo, a sociedade brasileira depara-se com inúmeros desafios, dentre eles promover o propagação das leis que ampara o idoso, e garantindo o seu cumprimento, além do conhecimentos dos os múltiplos fatores que envolvem à velhice e o envelhecimento

## CAPÍTULO III. PESQUISA DE CAMPO

### 3.1. Procedimentos metodológicos

O objeto de estudo deste trabalho exige o uso da metodologia qualitativa como forma de abordagem, considerada como procedimento adequado para esta investigação, tendo em vista analisar as vivências no cotidiano dos idosos inseridos no Programa de Saúde da Família, identificando suas experiências na velhice no âmbito pessoal e social. O estudo possibilitou ainda: compreender os significados da velhice para os idosos; identificar o impacto dessa fase da vida no cotidiano familiar/doméstico e na saúde; analisar a inserção e participação do idoso na comunidade; caracterizar o comportamento do idoso com sua saúde em relação a cuidados pessoais e atendimento recebido; e verificar as expectativas de futuro dos idosos entrevistados

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos.

Como afirma Lukács (1978), “o importante é interpretar o fenômeno estudado a partir de suas relações com o contexto social mais amplo e não apenas em função de suas relações internas”. Assim é fundamental caracterizarmos a realidade do idoso considerando a realidade na qual está inserido.

A abordagem da vida cotidiana dos idosos implica no fato de que as pessoas se apresentarão com suas angústias e preocupações, em situações de intersubjetividade com seus semelhantes (companheiros, predecessores, sucessores e contemporâneos). Nessa convivência social, o espaço e o tempo são componentes importantes da vida, presentes nas relações face a face, Minayo, (2006 - b).

A neutralidade do pesquisador em relação ao objeto da pesquisa científica segundo Deslandes (2007) é desconsiderada, já que, são necessárias várias etapas para o cumprimento da fase exploratória da pesquisa de campo e esta será realizada com as pessoas idosas, vivendo e compartilhando a realidade do seu cotidiano.

Entendemos que a metodologia não é uma questão prévia à produção do conhecimento, nem uma mera decorrência desta, mas sim o próprio movimento teórico do pensamento, ou da busca em apreender e reconstituir o objeto de investigação, Minayo (2007).

A opção pela abordagem qualitativa se justifica por ser a mais capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”, Minayo (2006 - b).

Assim, entendemos que desenvolver uma investigação sobre a vivência dos idosos inseridos no Programa de Saúde da Família da Região Sudoeste de Várzea Grande- MT, implica não só na apreensão da realidade, entendendo as relações sociais, familiares e culturais, bem como do movimento dos sujeitos históricos inseridos nesse cenário e a forma como esses fatores influenciam na dinâmica da sociedade local.

Para proceder a coleta de dados foram selecionados 16 sujeitos considerando seu interesse em participar do trabalho. Todos são idosos, com idade mínima de 60 anos, ambos os sexos, moradores da Região Sudoeste de Várzea Grande-MT e participam das reuniões em grupo (chamados aqui de grupo de saúde integral) sendo cadastrados na Unidade Básica de Saúde – UBS que abrange 10 bairros. Tal unidade foi escolhida devido à familiaridade da pesquisadora com a comunidade, onde atua há 5 anos, como supervisora de estágio comunitário do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, acompanhando várias ações de saúde direcionadas a toda população, inclusive aos idosos da região.

Para a coleta dos dados foram utilizadas diferentes técnicas, dentre elas a consulta a documentos, jornais, revistas, para familiarização sobre a temática. Também utilizamos como instrumento a realização de entrevistas com base em roteiros semi-estruturados (Anexo A e B). Os depoimentos foram gravados com equipamentos de áudio e as observações informais foram registradas em diário de campo o qual se configurou como procedimento relevante a pesquisa. A entrevista para Minayo (2007) é o procedimento mais usual no trabalho de campo e se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos da pesquisa.

Como nos alertam André & Ludke (1986), as entrevistas representam um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, e se constituem numa das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa, tendo como característica relevante seu caráter interativo, além de permitir correções, esclarecimentos e adaptações.

O roteiro da entrevista semi-estruturada (Anexo B) desta pesquisa foi composto em eixos, a fim de entender como o idoso vivencia a velhice em seu cotidiano. Tais como: conceito de velhice; vivências da velhice; cuidados com a saúde e busca de serviços oferecidos na comunidade.

As entrevistas foram realizadas e transcritas pela própria pesquisadora, que buscou aproveitamento máximo dos depoimentos dos diferentes entrevistados para identificar as representações que os idosos fazem de si mesmo, do mundo e do outro. O entrevistador se apresentou, deixando claro o propósito da pesquisa e solicitou a permissão para o processo de gravação das falas, que posteriormente foram transcritas fielmente. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos entrevistados.

O uso do diário de campo, já citado, como recurso permitiu a ampliação das análises. Este é um documento extremamente rico e importante sobre as ações e sensações demonstradas e não faladas; nos ajudou a entender o significado dos fatos complementando os dados dos depoimentos. O presente instrumento, foi utilizado para registrar as observações sobre a postura dos idosos, suas emoções e comportamentos durante a entrevista. O diário de campo foi também utilizado durante o contato informal com a família, vizinhos e amigos.

Esta pesquisa se apoiou também em informações sobre a situação do idoso no estado de Mato Grosso e no município de Várzea Grande contidas em documentos oficiais (normas, pareceres, decretos, portarias), documentos técnicos (relatórios, textos acadêmicos e outros), e dados de veículos de comunicação como revistas e jornais que se constituíram em fontes a que recorreremos, objetivando ampliar o conhecimento sobre a temática em estudo.

Entendemos que os documentos se constituem em importante fonte, tanto no sentido de complementar as informações obtidas, quanto desvelando aspectos relevantes de um tema ou problema. Cuba e Lincoln, citados por André & Ludke (1986), ressaltam que os documentos constituem uma fonte poderosa de fundamentação das análises.

A análise dos dados para Minayo (2006-b) possui três finalidades importantes na pesquisa que são: estabelecer a compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas; e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Na presente pesquisa os temas propostos no roteiro temático (Anexo B) constituíram-se em categorias de análise: significado de velhice; relação do velho com a família e a comunidade e a relação do velho com sua própria saúde e serviços oferecidos na comunidade. Cada um desses possibilitou responder à indagações da pesquisa visando os objetivos propostos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, em reunião ordinária de 30/11/2009 tendo o número de protocolo nº 237/2009 e seguiu todas as recomendações da Pós Graduação em Gerontologia em conformidade com os dispositivos da resolução nº 196 de 10/10/1986 e demais resoluções do conselho Nacional de Saúde (CNS)

do Ministério da saúde (MS), em que os critérios de relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram considerados.

### **3.2. Contexto e local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Região Sudoeste do município de Várzea Grande que tem sua formação ligada às ações empreendidas pelo governo provincial em função da Guerra do Paraguai. Em 1867, em plena guerra, o presidente da província de Mato Grosso, Couto Magalhães, ordenou a prisão de todos os paraguaios encontrados em Cuiabá e adjacências e criou o acampamento militar na outra margem do rio, para onde os enviou. Região esta até então ocupada pelos índios Guanás e por alguns poucos lavradores.

A primeira ponte unindo Cuiabá e Várzea Grande foi inaugurada em 1942, no governo do interventor Julio Muller, o que favoreceu o aumento do comércio de Várzea Grande com a capital, mas o desenvolvimento acentuou-se com a instalação da luz elétrica em 1945. Várzea Grande transformou-se em município em 23 de setembro de 1948, no governo de Arnaldo Figueiredo.

Com uma extensão territorial de 949,53Km<sup>2</sup>, a cidade está localizada na micro-região de Cuiabá, Centro Oeste brasileiro, estado de Mato Grosso, tendo clima subtropical continental, tipo quente sub-úmido, solo predominantemente de argila avermelhado, e vegetação composta por savana arbórea aberta (cerrado), capoeira e mata ciliar.

Várzea Grande possui uma população de 237.925 mil habitantes (Brasil, 2010), sendo que destes, 148.976 mil são eleitores, conforme dados do Tribunal eleitoral Regional de Mato Grosso. Compõem esta população 84.911 homens e 85.830 mil mulheres, assim distribuída: 210.849 mil na zona urbana e 3.993 em áreas rurais.

A renda per capita do município, composto de 107 bairros é de R\$ 247,12, sendo seu índice de expectativa de vida de 71,4 anos.

Em relação à saúde, o município conta com 29 estabelecimentos de saúde, sendo 01 Pronto-socorro Municipal com 471 leitos hospitalares ( 451 pelo SUS). Conta ainda com 03 policlínicas e 13 Equipes de Saúde da Família, que fazem uma cobertura de somente 18,85% da população. Número muito abaixo da cobertura atual do Estado de Mato Grosso, que é de 61,65% da população num total de 555 equipes de Saúde da Família divididas em 141 municípios do Estado, Brasil (2010).

A UBS do Sudoeste de Várzea Grande tem 04 anos de existência e está localizada na Av. 31 de março no bairro UNIPARK. A sede abriga três equipes (07, 08, 09) da Estratégia de Saúde da Família que são responsáveis por uma área de abrangência que compreende 10 bairros. Cada equipe é responsável pela população de uma área adstrita que compreende entre 600 a 1000 famílias, e é formada por um quadro mínimo de profissionais: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 02 técnicos de enfermagem, 01 técnico de higiene dental e 06 agentes comunitários de saúde.

Os bairros que compõem a área de abrangência são constituídos, na sua maioria, de pessoas oriundas das diversas localidades do estado e do país, apresentando uma diversidade cultural considerável, sendo que muitas residências ainda aguardam regularização por parte do poder público. A maioria conta com saneamento básico (água tratada), sendo poucas ruas pavimentadas. O comércio local dispõe de 17 mercearias, 24 bares e 01 farmácia. No interior da área de abrangência foi identificada ainda uma fábrica de tijolos (cerâmica) e uma fábrica de colchões que absorvem, juntas, uma parcela da mão-de-obra disponível na comunidade. O serviço de energia elétrica está disponível, mas ainda precário nos locais públicos, sendo muito comum, ligações clandestinas chamadas de “gatos”. A região conta com transporte coletivo somente nas imediações da Rua 31 de Março. Quanto à religiosidade, há predominância de evangélicos e católicos que freqüentam as 12 igrejas espalhadas por toda a área de abrangência da UBS, sendo 04 católicas e 08 evangélicas.

Segundo dados da UBS, a hipertensão arterial é a grande preocupação sanitária na área adstrita, pois a freqüência desse agravo é de alta prevalência se comparado aos índices do resto do município e do estado. Tal fenômeno é explicado pelos técnicos como proveniente de hábitos alimentares já estruturados no grupo que, desde tempos remotos, tem na sua base nutricional a carne de peixe em função da grande oferta e do fácil acesso para aqueles moradores. Tempos esses em que eram desprovidos de equipamentos de refrigeração pra manutenção desse tipo de alimento, recorrendo ao que eles denominam de charque, uma forma de conservação “in natura” da carne basicamente pela combinação de sal e sol. Desse fato deriva o hábito alimentar da dieta hipersódica impregnada no grupo e exigindo o esforço de ações de educação em saúde por parte da UBS.

As três equipes da Estratégia de Saúde da Família atendem uma população de, aproximadamente, 11 mil habitantes, sendo 500 o número de idosos cadastrados, mas apenas 60 o número de participantes das reuniões em grupo. Essa população idosa, em sua maioria, mora com a família, e poucos sozinhos.

A implantação das Equipes de Saúde da Família da região sudoeste de Várzea Grande, que está em pleno funcionamento e atendendo uma demanda cada dia maior de usuário, teve início em agosto de 2004 após pressão da Universidade juntamente com a população, pois o curso de fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG já tinha iniciado um projeto para atender essa comunidade junto ao Centro Escalabrino de Apoio ao Imigrante – CESPAM, que era aberto a toda população e que, em alguns momentos, tinha trabalhos específicos para gestantes, idosos e adolescentes, conforme a procura.

As atividades constavam de palestras educativas, atividades físicas, dinâmicas de grupos com momentos de descontração, onde todos se expressavam das mais variadas formas.

Os grupos se reuniam 3 vezes por semana, criando um forte vínculo entre as pessoas. Assim, mesmo sendo um grupo heterogêneo, com características e interesses diversos, gerou uma demanda que se mobilizou no intuito de reivindicar, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande, a implantação do Programa de Saúde da Família nessa Região.

### **3.3. Análise dos dados**

Os dezesseis idosos, sujeitos desta pesquisa são moradores adscritos na Estratégia de Saúde da Família da Região Sudoeste de Várzea Grande – MT, e faziam parte do grupo de saúde integral .

Os dados coletados através das entrevistas permitiram delinear um perfil, cujas características são: Todos possuem idade acima de 60 anos , sendo que 13 (treze) são mulheres e 3 (três) homens. Quanto ao estado civil 7 (sete) são casados, 5 (cinco) são viúvos, 3 (três) são separados ou divorciados e apenas uma nunca se casou. Quanto a escolaridade dos entrevistados, 4 (quatro) não são alfabetizados, 9 (nove) tem o , primeiro grau incompleto 2 (dois) possuem o 1º. Grau completo, apenas 1 (uma) fez curso superior. Na condição de aposentado ou com acesso ao benefício de prestação continuada do governo federal e com renda familiar abaixo de três salários mínimos, identificamos 13 (treze) idosos, os três restantes dos entrevistados não possuem renda. A religião católica é predominante entre eles, para 13 (treze) , enquanto três são evangélicos. Dos sujeitos entrevistados quinze apresentam uma ou mais doenças crônicas degenerativas, apenas um relata não apresentar nenhuma doença.

Apresentamos, a seguir, a Tabela 1 onde encontram-se expostos os dados acima referidos, o que permite uma visão de conjunto do grupo de idosos investigados, os quais

identificados com nomes de flores. Cabe explicar que na coluna “renda” constam informações que demonstram variações onde temos: aposentados (aquele que contribuiu com o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social - ou provou que exerceu atividade rural) , enquanto que os beneficiados pelo BPC – Benefício de Prestação Continuada -, são os idosos que nunca contribuíram com o INSS, e necessitam de ajuda do Estado para viver, e o pensionista que recebe o mesmo salário pelo INSS do seu cônjuge falecido. .

Finalizamos esta sistematização incluindo a identificação das doenças a que os idosos são acometidos. A hipertensão arterial ou doenças cardíacas estão presentes em quatorze dos entrevistados seguidos pela diabetes e osteoporose relatada por apenas três. Essa realidade é confirmada pelo Ministério da Saúde, quando afirma que 43% dos idosos são portadores de hipertensão arterial e que 81% dos idosos são portadores de alguma doença, Brasil (2010).

**Tabela 1: Perfil dos idosos : sexo, idade, estado civil, grau de instrução, renda , religião e doença referida**

INFORMANTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU INSTRUÇÃO	RENDA	RELIGIÃO	DOENÇA REFERIDA
GARDENIA	F	73	Viúva	Alfabetizada	01(BPC)	Católica	Escoliose, hipertensão, osteoporose
TULIPA	F	64	Solteira	3º. Grau	06(aposentada)	Católica	Diabetes, colesterol
VIOLETA	F	77	Divorciada	Alfabetizada	01(BPC)	Evangélica	Hipertensão, diabetes e colesterol aumentado
AZALÉIA	F	68	Viúva	Alfabetizada	01(pensionista)	Católica	Hipertensão, diabetes e osteoporose
MARGARIDA	F	92	Viúva	Não alfabetizada	01(BPC)	Católica	Hipertensão
ALECRIM	F	60	Viúva	5ª. Série	1,5(pensionista)	Católica	Hipertensão
ANTÚRIO	M	83	Viúvo	Alfabetizado	01(BPC)	Católica	Nenhuma doença
LÍRIO	F	61	Casada	Não alfabetizada	01(BPC)	Católica	Hipertensão/marca passo
ORQUIDEA	F	73	Casada	Não alfabetizada	01(BPC)	Católica	Hipertensão, osteoporose, reumatismo
ACÁCIA	F	68	Casada	Não alfabetizada	Nenhuma	Evangélica	Hipertensão lombalgia
COPO DE LEITE	F	60	Casada	5ª. Série	Nenhuma	Evangélica	Arritmia
CRAVO	M	74	Separado	Alfabetizado	01(BPC)	Católico	Hipertensão
ALFAZEMA	F	65	Casada	Alfabetizada	01(BPC)	Católico	Asma, hipertensão depressão
CRISÂNTEMO	M	76	Casado	Alfabetizado	01(BPC)	Católico	Coração, hipertensão, próstata-CA
DÁLIA	F	68	Divorciada	Alfabetizada	01(BPC)	Católica	Hipertensão
ROSA	F	60	Casada	Alfabetizada	Nenhuma	Católica	Hipertensão e artrose

BPC – Benefício de Prestação Continuada

Os dados apresentados que caracterizam de modo geral o grupo de idosos, sujeitos da pesquisa se complementam com a caracterização da sua realidade individual. Este perfil individualizado permite situar informações importantes sobre sua trajetória e condição de vida. Foram contempladas as informações sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, religião e doença referida por serem essas as características mencionadas livremente por todos nos depoimentos, nos possibilitando a compreender aspectos importantes de suas vidas.

Gardenia, 73 anos, sexo feminino, viúva, alfabetizada, com renda de um salário mínimo, católica e tem como doença escoliose, hipertensão arterial, osteoporose, dorsolombalgia, mas mesmo assim é independente fisicamente, ajuda nos afazeres domésticos, além de cuidar dos netos quando a filha, que mora junto, sai para trabalhar. É viúva há muitos anos, mas não se casou novamente, alegando que sempre morou próximo dos filhos. Acha que sua família é muito unida, mas também muito brava. A filha, apesar de ter 4 filhos, mora junto com ela, pois não tem marido e os filhos são de pais diferentes. Menciona que está sempre precisando ir ao pronto socorro, tem crises pulmonares constantes, mas isso não a impede de ser feliz. Apresenta-se muito disposta, e feliz mesmo com todas as adversidades que sempre enfrenta. Quer continuar viva para ajudar a filha e criar os netos.

Tulipa. 64 anos, sexo feminino, solteira, curso superior, renda de 06 salários mínimos, católica e refere ter diabetes e hipercolesterolemia. Relata ter tido vontade de se casar, inclusive teve namorado, mas a família sempre foi muito preconceituosa e não permitiu a relação por se tratar de um rapaz de família humilde. Ainda sente vontade de achar um companheiro. Fez faculdade e sempre lecionou na escola próxima da sua casa que tem o nome da sua avó. Tem um irmão, duas sobrinhas e a filha de uma delas que moram juntos. Não teve filhos, mas segundo menciona, criou vários sobrinhos e nos finais de semana a casa fica cheia, pois todos a consideram como mãe. Aposentou-se há algum tempo, mas continua ajudando na escola, principalmente contando histórias para as crianças. Ultimamente apresenta síndrome do pânico, após vários acontecimentos violentos ocorridos próximos a sua casa e no bairro, onde nasceu e vive até hoje. Está sempre se reportando a um passado de paz e tranquilidade uma maneira saudosista até um pouco depressiva, onde todos se conheciam e nem sabiam o que era violência.

Violeta. 77 anos, sexo feminino, separada, alfabetizada, ganha um salário mínimo é evangélica e como doença refere ser hipertensa, tem osteoporose e fraqueza muscular, diminuindo sua capacidade de locomoção, se utilizando de uma bengala para lhe dar mais segurança. Se sente muito sozinha, não conseguiu o divórcio, no fundo ainda se sente casada. Só tinha um filho legítimo que faleceu há 2 anos. Tem uma filha adotiva, casada, que mora próxima e está sempre por perto para ajudá-la, mas a sua vizinha é a pessoa mais querida. Queixa-se muito da vida solitária, mas não quer morar com a filha e nem próxima. Não quer sair da sua casa. Realiza todas as atividades da vida diária, e cuida sozinha da casa.

Azaléia . 68 anos, sexo feminino, viúva, alfabetizada, ganha um salário mínimo, é católica e portadora de hipertensão arterial, diabetes e osteoporose, mas essas doenças não a impedem de realizar suas atividades, só acha ruim não poder mais fazer o serviço “pesado” que fazia antes quando trabalhava na roça. Queixa-se da solidão, pois morava com um irmão que foi assassinado por engano pela polícia. Os filhos moram próximos, alguns no mesmo quintal, fazendo com que a casa fique sempre cheia, quase não tem privacidade. Alega não ter se casado novamente, pois sofreu muito com o marido que era alcoólatra. Se sente feliz com a idade que tem e quer ver seus netos criados. Gosta de participar de todas as atividades da igreja.

Margarida. 92 anos, sexo feminino, viúva, não alfabetizada, renda de um salário mínimo, quanto a doença referida, apenas tem hipertensão arterial. Viúva desde os 27 anos, nunca mais se casou, relata que se apaixonou por um homem após a morte do marido, mas este era casado, e jamais poderia se envolver com alguém nessa situação. Teve 2 filhos que faleceram muito cedo, um antes de se casar e outro antes dos 40 anos de idade, e desde então ela está morando com a nora. Gosta da vida que tem e quer viver muito ainda, mas gostaria de ter uma casa só para ela, nem que fosse só de 2 cômodos. É independente, faz todas as atividades da vida diária. É uma pessoa alegre, divertida, brinca com as coisas do cotidiano e adora dançar.

Alecrim. 60 anos, sexo feminino, viúva, estudou o primeiro grau completo, tem uma pensão do marido falecido de um salário e meio, é católica e somente tem hipertensão arterial. Viúva há 3 anos, não descarta a possibilidade de arrumar um outro companheiro, apesar de reconhecer a dificuldade hoje para encontrar um homem que queira uma relação séria. Relata que até nos bailes da 3ª idade, os homens só querem “ficar”. Sente-se feliz com o momento que vive. Está viajando muito, apesar da filha ter deixado a neta com ela para estudar. Tem

sua vida independente, realiza todas as tarefas domésticas, sai muito para o trabalho da igreja e nunca falta aos encontros do grupo de saúde integral.

Antúrio. 83 anos sexo masculino, viúvo, alfabetizado, renda de um salário mínimo, religião católica e não referiu nenhuma doença. Está sozinho, e não pretende arrumar nenhuma companheira a “essa altura da vida” gosta de viajar muito principalmente para a casa dos filhos, já que não precisa pagar passagem de ônibus. Usufri dos seus direitos garantidos por lei. Teve 13 filhos além de ter cuidado do sogro, sogra, cunhados e sobrinhos. Orgulha-se da trajetória de vida que teve e de ter criado todos os filhos dentro dos padrões da ética e da moral. Tem um filho solteiro que mora com ele, mas como trabalha o dia todo é ele quem faz todas as atividades domésticas e se orgulha muito dizendo que o chão da sua casa “dá para comer de tão limpo que é”. Participa de várias atividades da igreja e se sente um menino, sobe até no muro. Quer viver muitos anos com saúde e desfrutar dessa vida cheia de coisas boas. Se preocupa com o rumo da humanidade, principalmente em relação à violência. Nasceu em Minas Gerais, indo para o Pará, sempre em busca de melhores oportunidades de trabalho. Não tem nenhuma doença crônica, e diz que isso está relacionado com a vida que leva. Gosta de viver em paz e de se relacionar com as pessoas.

Lírio. 61 anos, sexo feminino, casada, não alfabetizada, renda de um salário mínimo, religião católica, é hipertensa e já colocou um marca passo, adquiriu Chagas de menina quando morava no sítio e há 7 anos começaram os sintomas, vindo a colocar um marca passo. Esteve muito mal de saúde, o que culminou em um Acidente Vascular Encefálico, que lhe trouxe pequenas seqüelas, já superadas. Tem uma vida normal, mas com menos trabalho, principalmente o trabalho da lavoura, que não faz mais desde que ficou doente. Em casa realiza as atividades domésticas, deixando as mais pesadas para a filha que mora ao lado e está sempre ajudando-a. A casa está sempre cheia de netos e filhos. Relata que a família é muito unida, apesar da simplicidade de todos em relação às condições econômicas. Vai à igreja esporadicamente, mas não falta ao grupo de saúde integral.

Orquídea. 73 anos, sexo feminino, casada, não alfabetizada, renda de um salário mínimo, é católica e como doença referida hipertensão arterial, osteoporose e reumatismo. Recentemente fez cirurgia do períneo, pois estava perdendo muita urina espontaneamente. É casada (já sofreu muito com o marido que estava sempre se envolvendo com outras mulheres), tem 5 filhos, a maioria mora próximo, mas fica sempre na casa de uma filha quando está aqui na cidade. Sua residência oficial é no sítio com o esposo, mas queixa-se que

a casa é ruim e não consegue realizar toda a tarefa doméstica, tendo ajuda do esposo e da filha nos finais de semana. Gosta de passear, de dançar e de conversar com as pessoas. É alegre e disposta, está sempre disponível. Relata que no sítio não dá para assistir televisão, pois não tem sinal bom, e que fica durante o dia cuidando dos animais e acaba dormindo muito cedo.

Acácia. 68 anos, sexo feminino, é casada, não alfabetizada, não possui renda nenhuma, é evangélica e tem como doença referida hipertensão arterial e lombalgia, Relata ter um ótimo relacionamento com os filhos e que se considera totalmente independente, faz todas as atividades domésticas, mas tem pouca ajuda do marido que perdeu a visão há alguns anos. Queixa-se somente de não ter conseguido o Benefício de Prestação continuada (BPC), apesar da idade. O marido tem uma pequena renda que não lhe dá o direito de receber o benefício, e a mesma diz que não ter o seu próprio dinheiro é ruim, que nunca gostou de pedir dinheiro para o marido, que sempre trabalhou fora para ter alguma renda, mas que agora tem que cuidar da casa e do marido, não pode sair e deixá-lo muito tempo sozinho, isso é o que mais a incomoda hoje. Sente-se uma pessoa feliz com a idade.

Copo de leite. 60 anos, sexo feminino, casada, tem primeiro grau completo de escolaridade, não tem renda nenhuma, é evangélica tem uma arritmia cardíaca, que não a impede de trabalhar, e sempre trabalhou na lavoura e que seu marido apesar de ser mais velho ainda não conseguiu receber o BPC. Assim, ambos trabalham em uma horta no fundo do quintal. Queixa-se que o trabalho na horta é pesado, mas é a única fonte de renda, e só mesmo para sobreviver. De manhã, ela sai para fazer as vendas com um carrinho de mão, mas o calor é o maior obstáculo, e quando volta, faz todo o trabalho da casa e ainda ajuda o esposo no manejo com as hortaliças. Alega a vida muita sacrificada, mas mesmo assim anda muito todas as noites para ir à igreja. É evangélica e tem a igreja como ponto de equilíbrio para sua vida. Os filhos estão cada um cuidando das dificuldades da própria vida. Não ter uma renda fixa é considerado por ela um problema, pois tem receio de não poderem mais trabalhar.

Cravo. 74 anos, sexo masculino, divorciado, alfabetizado, renda de um salário mínimo, religião católica, é portador de hipertensão arterial. Tem participação ativa nos grupos e está pronto para qualquer atividade. Tem alguns filhos, mas só se relaciona bem com uma filha, onde almoça quase todos os dias e leva suas roupas para serem lavadas. Para ele, viver sozinho é motivo de tristeza, foi casado muitos anos, mas a separação partiu da mulher que se apaixonou por outro homem. É vaidoso e não gosta dos afazeres domésticos. A casa só é limpa quando tem alguma ajuda, vive com a renda do BPC, mas gosta mesmo de gastar o

dinheiro indo para os bailes. É muito querido pela comunidade onde vive, só implica com a vizinha, alegando que as crianças destroem as plantas do seu quintal.

Alfazema. 65 anos, sexo feminino, casada, alfabetizada, renda de um salário mínimo, religião católica, tem asma, hipertensão arterial e depressão. Fala da família com grande orgulho e diz ser independente quanto aos afazeres domésticos, mas que não vai sozinha a grandes distâncias, por ter se perdido uma vez, quando estava em crise. É uma pessoa alegre, e se diz muito feliz com a vida que tem hoje no lar com o marido. Queixa-se de ter sido obrigada a se mudar da casa onde morava, porque os vizinhos os incomodavam demais com o som alto, o dia todo. Diz ser essa a melhor fase da sua vida, pois os filhos já estão com suas famílias e só se encontram nos finais de semana.

Crisântemo. 76 anos, sexo masculino, casado, alfabetizado, renda de um salário mínimo, é católico e tem problema cardíaco, hipertensão arterial e fez recentemente uma cirurgia de câncer de próstata, mas alega não ter nada, se acha saudável e relata fazer as tarefas externas de bicicleta, vai ao banco, ao mercado, paga todas as contas, faz feira, vai a padaria etc. Também acha que sua vida está bem melhor agora. Orgulha-se da família que formou, alegando que todos são honestos e trabalham decentemente. Ele continua sendo o conselheiro de todos. Gosta muito de receber visitas e de conversar com as pessoas. Justifica-se que não está sempre no grupo devido os trabalhos de rua que faz quase todos os dias.

Dália. 68 anos, sexo feminino, divorciada, alfabetizada, tem um salário mínimo de renda, é católica e refere ser hipertensa. Fala sobre a separação com muita ênfase, pois relata ter sofrido muito quando o marido a abandonou com 7 filhos pequenos, tendo que trabalhar muito para criá-los. Obteve ajuda da família (irmãos) para poder suportar toda dor. Hoje sente-se uma mulher vencedora. Todos os filhos estão bem, trabalhando e tendo boa renda. Relata viver com o auxílio doença, devido a uma dor crônica nos ombros, pelo peso das caixas que carregava na feira. Continua ativa, fazendo trabalhos manuais junto com a nora. Se define como uma mulher realizada e feliz. Não quer outro relacionamento, porque agora quer se divertir e passear muito. É totalmente independente e a pressão alta é controlada com remédio, exercícios e comida com pouco sal.

Rosa. 60 anos, sexo feminino, casada, alfabetizada, não tem renda alguma, é católica refere ser portadora de hipertensão arterial além de sentir dores nos joelhos devido a uma artrose,. Está sempre alegre e dinâmica, mas tem uma relação tumultuada com a filha. Se casou muito nova para poder se separar do marido teve que deixar a filha criança, só vindo a encontrá-la

novamente 30 anos depois. Conheceu o atual marido 28 anos atrás e criou os filhos dele. Relata ter trabalhado muito para cuidar bem dos filhos e do marido, mas este nunca lhe deu o devido valor. O marido é aposentado, mas continua trabalhando. Tem uma casa confortável, e não tem falta de nada material, apenas gostaria que o marido fosse mais carinhoso. Gosta muito de ir ao grupo de saúde integral e está sempre muito disposta a fazer as atividades propostas. Só sente não ter renda própria para comprar o que tem vontade. Se considera uma mulher feliz.

Os dados coletados nas entrevistas com utilização do Roteiro Temático (Anexo B) foram analisados tendo como categorias básicas: significados da velhice, relação com a família, a comunidade, com a sua própria saúde e os serviços oferecidos na comunidade. Para cada categoria de referência foram definidas sub-categorias para contemplar as tendências do conteúdo dos depoimentos.

### **3.3.1. Significados de velhice**

#### **Imagem da velhice**

A imagem da velhice parece sempre estar no outro, do outro lado mesmo sabendo que aquela é a nossa imagem, esta constatação acaba produzindo no velho uma estranheza, porque a imagem do espelho não corresponde à imagem da memória, Goldfarb (1997).

Quando o sujeito que envelhece diz “esse não sou eu”, está nos dizendo que o rosto no qual ele poderia se reconhecer não é aquele, sendo que esse reconhecimento não se refere a uma ignorância de si mesmo, sabe que aquela imagem lhe pertence, mas experimenta uma estranheza, um susto, como se a imagem fosse de outro. Há uma falta de reconhecimento como imagem, não como sujeito, a imagem torna-se discrepante porque não condiz com a imagem interior do velho, que sempre sente-se com menos idade do que a cronológica e principalmente daquela que o espelho mostra, dimensão identificada neste fragmento de discurso:

[...] não me sinto velha, eu me olho assim no espelho e falo: O verdade, sou eu, assim velha[...] (Gardênia).

Essa mesma sensação, foi recorrente em todos os idosos que foram entrevistados e também por Cecília Meirelles ao escrever “Retrato” (1949):

Eu não tinha este rosto de hoje, assim calmo, assim triste, assim magro, nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.  
Eu não tinha estas mãos sem força,  
Tão paradas, e frias e mortas;  
Eu não tinha este coração que nem se mostra.  
Eu não dei por conta destas mudanças  
Tão simples, tão certa, tão fácil  
Em que espelho ficou perdida  
A minha face?

A velhice, a decadência física e a finitude são aspectos percebidos pelos outros, e não pelo próprio sujeito que envelhece. É o olhar do outro que aponta o nosso envelhecimento.

Portanto o velho sempre será o outro e tratamos de representar o que somos através da visão que os outros têm de nós.

Nos depoimentos dos sujeitos participantes desta pesquisa percebemos isso, quando relatam que não conseguem ver em si próprio a velhice, muito menos sentir o peso de muitos anos quando pensam ou olham em seus documentos e percebem a idade que têm:

[...] eu não vejo a velhice em mim, não acho que tenho a idade que tenho [...] (Dália).

[...] me sinto muito bem, não acho que estou velho não, os outros podem achar, mas eu não, nem lembro da idade que tenho (Antúrio).

Essa mesma percepção da velhice muito discutida e sentida é relatada por Mario Quintana no poema “ O Velho do Espelho” em 1984, citado por Medeiros; Deus (2006, pg.177) que diz:

Por acaso, surpreendo-me no espelho: quem é esse  
Que me olha e é tão mais velho do que eu?  
Porém, seu rosto...é cada vez menos estranho...  
Meu Deus, meu Deus.....Parece  
Meu velho pai que já morreu!  
Como pude ficar assim?  
Nosso olhar – duro – interroga:  
“O que fizeste de mim?!”  
Eu, pai?! Tu é que, me invadiste,  
Lentamente, ruga a ruga....Que importa?! Eu sou, ainda,  
Aquele mesmo menino teimoso de sempre  
E os teus planos enfim lá se foram por terra  
Mas sei eu vi, um dia – a longa, a inútil guerra!  
Vi sorrir, nesses cansados olhos, um orgulho triste

Não se sentir com idade cronológica é uma característica muito verificada nas entrevistas e discutida por Martins (1998) como comum ao ser humano. O problema do homem contemporâneo em relação à velhice consiste no fato de considerar apenas o tempo cronológico (Cronos) da vida, não valorizando o tempo vivido (Kairós).

Pessini (2006), analisa o tempo Cronos como o “tempo das batidas de um relógio”; como sendo a marca implacável da finitude e temporalidade do ser humano no processo de envelhecimento do corpo; como se acumular anos fosse somente uma série de momentos isolados, dos quais poderíamos escolher e selecionar os mais significativos.

A sociedade moderna imputa à juventude os momentos de maior realização, e rejeita a velhice, considerando-a como uma fase da vida improdutiva, sem valor.

Ricard Sennett em seu livro *A Corrosão do Caráter* (2007), fala sobre Rose, uma personagem de meia idade que após tentar um trabalho numa agência de publicidade aprendeu uma amarga verdade que a levava a apostar numa vida diferente: as pessoas de meia idade, como ela, são tratadas como madeira morta, a experiência que acumularam é tida como de pouco valor.

Percebemos que essa passagem do livro coincide com a fala da Tulipa, quando ela coloca que vivemos em uma sociedade em que somente a juventude é valorizada:

Olha, ser velho é perder um pouco da juventude, vivemos numa sociedade que valoriza somente a juventude e a aparência, dão pouco valor para toda experiência que adquirimos durante a vida [...] (Tulipa).

[...] mais nova é melhor, esse negócio de velho não é bom não (Orquídea).

O tempo cronológico passa igualmente para todos, mas esse é percebido subjetivamente de forma diferente para cada pessoa. Apesar de todos estarmos subjugados a esse tempo, podemos cultivar atitudes diferentes que dependem exclusivamente de cada um de nós. Para Pessini (2006), o tempo (kairós) é que precisamos fazer acontecer nas nossas vidas, é o tempo do amor, do encontro que plenifica o viver.

Muitos velhos fazem da trajetória da vida um percurso contínuo, sem rupturas, trazendo à tona boas lembranças que os fazem continuar vivendo e usufruindo dessas experiências, como verificamos nas falas abaixo:

[...] a velhice: eu me sinto honrado com a idade que eu tenho, estou com 83 anos e muito feliz. [...] (Anturio).

A velhice é experiência de vida, a gente aprende muita coisa com a vida e na velhice pode usar (Azaléia).

A velhice para mim é a coisa mais boa [...] acaba toda correria, estou tranqüila, estou feliz [...] (Alfazema).

Mas para outros velhos, quando as perdas não são bem trabalhadas, cria-se um descrédito pela vida, passando a vivê-la sem entusiasmo e inteiramente no tempo cronos, deixando o tempo passar. Percebemos isso nas falas de alguns entrevistados:

[...] velhice é a fase da canseira, é deitado, sentado [...] nossa vida é cheia de altos e baixos, um dia está tudo bom, o outro é só problema [...] (Violeta).

[...] ficar velho, é ruim, não é bom não, a gente nunca sabe como vai amanhecer [...] (Orquídea).

Falas relacionadas ao tempo têm significado especial para os entrevistados:

Não vejo velhice em mim [...] nada me atrapalha, nunca paro para pensar na minha velhice, nem na morte (Dália).

Sei que estou entrando na velhice, mas não sinto isso (Alecrim).

Eu sei que vou ficar velha [...] mas para mim cada ano que passa vai diminuindo minha idade [...] tenho mais disposição (Rosa).

OH! Verdade. Eu não me sinto velha, quem é velho é trapo, até esqueço a idade que estou criança [...] eu penso que estava nova (Gardênia).

Segundo Martins (1998), a simples mudança de terminologia não significa mudanças concretas de postura e atitudes de uma sociedade de classes, onde o humano é classificado e de uma determinada forma, deixando à margem a verdadeira essência do ser humano. Para esse autor:

“a idéia de velhice, terceira idade ou ancião, tem-se resolvido em substantivos e até mesmo em adjetivos para designar a postura do humano numa sociedade de classes que o vê de uma determinada forma. A

existencialidade porém é que é, em si mesma, a estrutura essencial do ser humano” (MARTINS, 1998, p. 11).

Não há como isolar os acontecimentos da vida do ser humano, pois a idéia de eventos e acontecimentos são recortes feitos por um observador finito “o tempo não é um processo real, uma sucessão de eventos”. O tempo origina-se das relações com as coisas em si mesmas, Martins (1998)

“E na cotidianidade da vida, naquilo que fazemos, que vivemos, no nosso trabalho, no horizonte do dia que terminou, no dia e na noite, é aí que se estabelece o contato com o tempo e, então, aprende-se a conhecer o seu curso” (MARTINS, 1998, p. 17).

Essa afirmação é diagnosticada de um modo mais simples, por Cravo em seu relato:

A velhice para mim é o tempo de vida que a pessoa passa, e também o modo da pessoa viver a vida [...] (Cravo).

Os velhos não param no tempo para olharem para si mesmos e fazerem separação entre o que passou, ou que está sendo vivido e o que ainda virá a ser vivido. Apenas vivem cada dia, mesmo sabendo que o tempo é limitado e que cada dia vivido mais os aproxima do fim.

### **Velhice saudável**

Os discursos analisados dão conta que o idoso entende que se manter saudável e continuar convivendo com outras pessoas, fazendo novas amizades, criando novas possibilidades, é fundamental para que a velhice não se torne uma fase de decadência e inatividade. Observamos essa realidade na fala abaixo:

[...] sou uma pessoa alegre, gosto de alegria, conversar, falar bobagens [...] (Gardênia).

Segundo Ferrigno (2006), um contingente cada vez maior de idosos tem reagido às vicissitudes do envelhecimento desenvolvendo um estilo de vida participativo e integrado, buscando alternativas de ações que lhes dêem prazer e uma vida com maior qualidade.

Verificamos nos depoimentos abaixo essa vontade de continuar participando das atividades que estão à disposição dos idosos nos espaços públicos, privados, ou até mesmo em encontros com amigos e companheiros para um simples bate-papo. O importante é manter-se ativo e integrado à sociedade.

A velhice tá sendo muito bem trabalhada, com esses projetos os velhos estão vivendo muito mais, estão passeando, viajando, se divertindo, vivendo [...] fazendo ginástica, até levantando pesinhos [...] eu não paro.[...] (Rosa).

A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir as doenças crônicas em idosos saudáveis. Uma vida ativa melhora a saúde mental e frequentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo, OPAS-OMS (2005).

Os idosos querem continuar vivendo com qualidade, podendo usufruir de momentos de alegria e descontração com companheiros e amigos.

Pra que se sentir velha? tem que aproveitar com os amigos, companheiros, brincando [...] quero aproveitar a vida (Margarida).

Não me incomoda a idade subo morro, desço morro. Velho é a pessoa que acomoda [...] (Alecrim).

A saúde é um dos assuntos mais debatidos pelos idosos, uma vez que verificamos nas falas que é o maior impeditivo de ter uma vida produtiva e ativa . Ser velho não significa ser doente, mesmo havendo um desgaste das células, do corpo físico.

Na velhice, o mais preocupante não é a proximidade da morte nem o aspecto estético da deteriorização física, mas a decadência orgânica, a falta de forças, as doenças que resultam em dependência, Goldfarb (1997).

Para os entrevistados, viver com saúde, significa viver mais e melhor. Quando relatam sobre falta de saúde, esta só é sentida quando existe alguma dor presente. Quase todos são hipertensos, mas nenhum deles sente “falta de saúde” por serem hipertensos.

[...] gente pode até estar de idade, mas se tiver saúde não se sente velha (Copo de leite).

[...] não me sinto velha, se não fosse meu problema de coluna eu não ia sentir nada da idade (Acácia).

O envelhecimento traz consigo uma maior chance de aparecimento de doenças, que não aquelas que aparecem nos jovens, como os problemas vasculares, arteriais e venosos, a osteoporose e outros que poderiam ser chamados doenças próprias do envelhecimento, na medida em que refletem o desgaste de diversos órgãos do corpo humano, Beres (1994).

Já Bosi, relata abaixo, as dificuldades encontradas pelos idosos no seu cotidiano:

“O contingente de adversidade das coisas cresce: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar. O mundo fica eriçado de ameaças, e ciladas” (BOSI, 1987 p. 37).

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é uma exceção, no entanto, a presença de uma ou mais doenças crônicas não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e viver o seu cotidiano de forma independente isto é, realizar suas atividades de vida diária sozinho.

Para Ramos (2003), o que se busca na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de se auto-gerir. Dessa forma, o conceito de idoso saudável se aplica àqueles que podem chegar aos 80 anos, ou mais, capazes de definir e efetuar suas próprias vontades. Verificamos isso nas falas dos idosos:

Acho que eu poderia ser mais normal se não fosse a diabetes, colesterol e a osteoporose, que me dá quentura nas pernas, mas acho bom a velhice [...] (Azaléia).

[...] tudo normal, só que infelizmente surgiram às doenças que a gente não tinha [...] (Tulipa).

Fries, (1980) citado por Renato Veras (2006) diz que o fundamental para o idoso é postergar ao máximo o início das doenças. Deve-se buscar a compreensão da morbidade e levá-lo ao mais próximo possível do limite biológico da vida.

A presença de co-morbidades associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento não deve ser entendida como envelhecimento mal sucedido, Veras (2006). É necessário administrar bem as perdas, evitando, adiando ou compensando suas limitações, utilizando todas as iniciativas de assistência e recursos disponíveis visando assegurar a qualidade de vida do idoso.

Perdi um pouco das forças [...] depois que deu a erisipela e começo de trombose, mas agora tá bom (Orquídea).

A saúde na velhice parece estar relacionada com aspectos físicos anteriores, vividos na juventude e na idade adulta, e com a capacidade de revitalizá-los no cotidiano atual, buscando os cuidados dentro da realidade de cada um.

Ter uma vida confortável, não ter sido uma pessoa extravagante... não ser uma pessoa que estraga a saúde [...] (Cravo).

## **Velhice produtiva**

Segundo Minayo (2006 a) a sociedade reproduz a idéia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha, a função que exerce, o status da profissão. O velho tem no seu imaginário essa mesma concepção ditada pela sociedade, e passa a se ver como uma pessoa em decadência, que já não tem a mesma importância para a sociedade de quando era produtiva.

Não agüento mais nada [...] de primeiro levantava uma casa, um muro, fazia tudo, hoje não faço mais nada. Me dá dor nas costas [...] (Crisântemo).

O velho envolvido num mundo onde o que vale é a produção, facilmente relaciona seu corpo que não apresenta a performance jovem com uma máquina que não funciona bem, Santos (2001).

[...] perdi bem as forças depois que fiquei velha, antes eu era animada [...] (Orquídea).

Ah! minha filha, se não fosse essas dores eu poderia ir mais na igreja, quando era nova trabalhava e não me cansava (Violeta).

[...] é a falta de força. Antes de ficar doente fazia tudo sem ficar com inveja de ninguém (Orquídea).

Elias (2001) afirma que os próprios velhos estão imbricados com a ideologia da produção e não se conformam com a perda dos poderes de mando que tinham na fase adulta e outros ainda, que só viveram para o trabalho se sentem sem a identidade que sempre confundiram com as atividades profissionais que exerceram.

[...] deixei de trabalhar, adorava pegar 3 ou 4 ônibus, agora não vou sozinha, minhas filhas não deixam com medo que eu caia no ônibus [...] (Gardênia).

[...] sinto não poder mais fazer o serviço da roça (Acácia).

[...] eu gosto mesmo é de trabalhar, agora não trabalho mais na roça [...] mas dá para comer no chão da minha casa de tão limpo e sou eu mesmo que limpo [...] (Antúrio).

Percebemos nos relatos dos idosos, essa necessidade de se sentir produtivo. Não conseguir mais trabalhar como anteriormente constitui uma visão negativa do envelhecimento.

### **O velho e seus sonhos**

O idoso fora do mercado do trabalho, recebendo uma pequena aposentadoria ou vivendo em total dependência financeira, vê seus sonhos e projetos ficando impossíveis de serem realizados.

Percebemos nos relatos que os sonhos dos entrevistados estão muito relacionados com questões financeiras, sendo a falta de dinheiro o principal motivo da não realização dos sonhos:

[...] se eu tivesse dinheiro queria arrumar minha casa, do meu gosto [...] (Dália).

[...] meu sonho é viver sem privação, ter uma vida com fartura [...] (Crisântemo).

[...] meu sonho era de comprar uma casa [...] e ter uma aposentadoria [...] (Acácia).

Se eu tivesse dinheiro queria fazer uma área aqui na minha casa e colocar uma máquina de costura, uma máquina de lavar roupa e uma rede para eu deitar, isso pra mim é um sonho difícil eu sei [...] (Gardênia).

Meu sonho é ter uma casa só pra mim com dois quartos, um só para eu guardar minhas coisinhas [...] moro com minha nora, meu filho já morreu [...] (Margarida).

Meu sonho é murar minha casa e poder criar minhas galinhas [...] (Azaléia).

O sonho relatado pelos idosos vinculados ao aumento do poder aquisitivo, leva alguns ainda a se arriscarem no mercado de trabalho, mas, devido à baixa escolaridade, acabam por desistir e continuarem sonhando.

De acordo com Debert (1996)

“as experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que propiciam aos mais velhos oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida” (p. 35).

Mesmo não conseguindo realizar seus sonhos, pela falta de condições financeiras, a maioria dos idosos parece se considerar feliz e satisfeito com a vida que tem. Eles buscam satisfação nas coisas simples e dentro do que sua realidade lhe permite. A vontade de ser feliz e viver muito anos é uma realidade observada nas falas dos entrevistados;

[...] sou uma pessoa alegre, gosto de alegria, conversar, falar bobagens, meus filhos até reclamam que já to velha para falar tanta bobagem, mas nem ligo [...] (Gardênia).

Sou uma pessoa feliz, e busco sempre a felicidade, não fico lembrando dos problemas, porque problemas todo mundo tem [...] (Copo e leite).

[...] sou feliz e quero passar dos 100 anos, falta pouco, quero viver bem e muito [...] (Cravo).

A velhice para mim é a coisa mais boa do mundo, agora não tenho mais preocupação, faço tudo o que eu quero [...] (Alfazema).

As falas relatam a vontade de ser feliz expressa pelos idosos, mesmo diante das dificuldades, dos problemas que a vida lhes impõem, ser feliz é uma condição importante, almejada e da qual eles não abrem mão.

### **Velhice e finitude**

O sujeito histórico, construído ao longo do tempo, deve viver o passado, articulado ao presente, com uma projeção para o futuro. O tempo do velho não é o passado, é o presente, que é fruto de seu passado, com uma intenção de projetos futuros, pois ainda se encontra vivo. Py (2006) nos apresenta essa temporalidade articulada ao processo de envelhecer:

"o sujeito que envelhece pode compartilhar o reconhecimento de si mesmo, sendo reconhecido pelas pessoas da história de seu convívio. Pode então, reproduzir essa sua história, na medida em que responde a uma situação presente, com vistas à criação de projetos futuros, no incessante vir-a-ser da existência, inserido à vida dos sujeitos" (PY, 2006, p.20).

Por outro lado, as pessoas que não conseguem conviver com a idéia de finitude, podem cair num sentimento de desesperança, na medida em que o tempo se coloca como um limite mais real, trazendo uma limitação para refazer a caminhada da vida. Assim, essas pessoas podem se tornar idosos amargos, inconsoláveis de difícil convívio, e com pouca vontade de lutar pela vida.

[...] já to velha [...] é só esperar e ir vivendo, conforme Deus quer, a vida passa muito rápido [...] na minha idade não dá mais tempo para sonhar [...] (Violeta).

Conforme relato acima, verificamos que alguns velhos acham que não vale a pena sonhar, porque não haverá tempo para realizar esses sonhos e sobre isso Bobbio (1997) coloca:

“enquanto o ritmo da vida do velho fica cada vez mais lento, o tempo que tem pela frente fica dia a dia mais curto. Quem chegou a uma idade avançada vive o contraste, ora mais ou menos ansiosamente, entre a lentidão com a qual é obrigado a proceder no cumprimento do próprio trabalho, que requer prazos mais longos para sua execução e a inevitável aproximação do fim. [...] O velho não apenas caminha mais lento, mas o tempo que lhe resta para terminar o trabalho em que está empenhado é cada vez menor” (p.49).

Outro idoso relata como o tempo é injusto e passa rápido demais, e quando se percebe os anos se foram e ainda restam muitas coisas a serem feitas que talvez não dê mais tempo:

Se eu soubesse que passaria tão depressa assim o tempo teria, aproveitado mais a vida. Quando a gente é jovem não pensa nisso, acho que nunca vai acabar [...] (Azaléia).

Para Monteiro (2005), viver no próprio tempo é viver consigo mesmo, e poder fazer uma retrospectiva do tempo vivido e entender que essa travessia é necessária, pois, para o autor, viver é uma passagem:

“é preciso lembrar de aproveitar a grande celebração dos ciclos de renovação da vida cujo mestre de cerimônia é o tempo” (p. 15).

### **3.3.2. Relação com a família e a comunidade**

#### **A família e a dependência emocional**

À medida que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a mudar, surge a necessidade de mecanismos que dêem proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis. Nos países em desenvolvimento, os idosos que precisam de assistência recorrem à ajuda da família. Segundo Lopes (2006), a família, deveria ser encorajada, protegida, revigorada para responder melhor aos problemas dos idosos.

Existe uma forte dependência emocional e afetiva entre o velho e seus familiares, principalmente filhos e netos. Para Silva, et al. (2004), do mesmo modo que a família é importante para as crianças, os relacionamentos familiares continuam a ser importantes ao longo da vida, incluindo para o idoso. Morando na mesma casa dos filhos ou em separado, o apoio emocional e os vínculos recíprocos com a família são importantes para que o idoso desfrute de uma velhice saudável. Verificamos isso nas falas abaixo:

Quando fico doente meus filhos vem em casa e fazem tudo por mim [...] (Alfazema).

[...] quem cuida de mim é minha neta, mas quem me ama mesmo é minha filha, essa aí sempre se preocupa comigo, gosta de ficar perto de mim [...] (Cravo).

Percebemos essa forte relação familiar na maioria dos velhos entrevistados, em concordância com a pesquisa de Lesbaupin (2006) que verificou que os velhos querem manter contatos com a família e ter um bom relacionamento. Para o idoso se sentir ainda no comando dessas relações, a frente das decisões, é motivo de satisfação e de reconhecimento.

[...] meus filhos até hoje quando tem algum problema vem logo atrás de mim para eu dar conselhos [...] (Crisântemo).

Ao verificar o diário de campo, observamos a intimidade existente entre os familiares, uma vez que durante as entrevistas os filhos ou netos chegavam e a conversa transcorria normalmente como se nada tivesse acontecido, não havendo demonstração pelos velhos de constrangimento. Além disso, na maioria das casas, apesar de serem de alvenaria não havia forro sob o telhado, sendo possível ouvir a conversa em qualquer cômodo da casa, mesmo de portas fechadas. A princípio, achamos que isso iria interferir nas entrevistas, mas notou-se que não.

Nos relatos das entrevistas percebemos essa grande ligação existente entre os membros da família.

[...] minha alegria é ver a família reunida aqui em casa, meus filhos, meus netos, sobrinhos, todo mundo (Alfazema).

[...] vejo meus filhos todos os dias, quando os casados não vêm, fico preocupada [...] (Copo de Leite).

As famílias devem estar incluídas nesse movimento de revigoração do velho, mas sem nunca perder de vista os limites e as possibilidades de cada núcleo familiar. As relações entre os componentes de uma família, são constituídas de elementos afetivos complexos e que são intensamente mobilizados, sobretudo diante de alterações e acontecimentos importantes na vida de seus integrantes, Lopes (2006).

## **Morar sozinho, uma opção na velhice**

Os níveis de tolerância e compreensão com relação aos idosos variam em cada grupo familiar. A solidariedade, às vezes, poderá vir de um vizinho, sem vínculo familiar, mas com forte vínculo afetivo.

Faço tudo o que posso, meu “servicinho” e tudo mais, e quando preciso quem me ajuda é a Ciça, minha vizinha gosto muito dela e ela de mim, vêm aqui toda hora ver se preciso de alguma coisa, minha filha quer que eu vou morar com ela, mas eu não quero, quero mesmo é ficar na minha casa (Violeta).

Debert (1999) coloca que a tendência dos idosos morarem sozinhos não tem de ser necessariamente percebida como reflexo de um abandono por parte de seus familiares. Pode significar uma nova forma de família estendida, na qual a troca e a assistência ocorrem de maneira intensa, facilitada pelo aumento da mobilidade e aperfeiçoamento das formas de comunicação à distância. Para a mesma autora, é plausível supor que, em face de possibilidades reais de viverem separados, pais idosos e filhos adultos dariam prioridade à sua autonomia e satisfação pessoais.

## **Relação do velho com a comunidade , vizinhos e amigos**

Esse cotidiano das relações sociais apresenta características solidárias próprias da comunidade e os eleitos para fazer parte dessa rede de apoio são pessoas com as quais contam verdadeiramente, envolvendo-se uns na vida dos outros e instituindo cuidados próprios inseridos no mesmo contexto facilitador de transferências materiais e afetivas, Abello et al. (1997).

Podemos verificar isso na fala da entrevistada abaixo, a qual demonstra que as relações sociais existentes no local da pesquisa se misturam e se confundem, entre a amizade,

a atividade profissional e a solidariedade, como se fosse uma prática natural e rotineira entre eles.

Minha vizinha é muito boa, é minha cabeleireira, toda semana eu vou na casa dela fazer cabelo e minha unha, mas essa semana ela mandou avisar que não ia me atender porque estava doente, mas daí eu fui lá para cuidar dela, fiquei o dia inteiro [...] (Rosa).

Percebemos na fala da Rosa que a vizinha representa uma pessoa próxima emocionalmente havendo uma relação de troca, favores e preocupação entre elas.

Os estudos de Sarti (2003) sobre as identidades sociais contrapõem a idéia de que em cidade grande não há vizinhos.

o mundo urbano está impregnado de relações tradicionais não inteiramente rompidas, mas refeitas para se adequarem à nova ordem, o vizinho é muito mais que alguém que mora ao lado, porque ele continua presente como “sucursal da casa” (p. 115).

Na questão do relacionamento com os vizinhos, percebemos pelas falas que muitos moram ao lado de seus vizinhos há 20 ou 30 anos e isso faz com que a relação entre eles ultrapasse os muros, como relata o autor acima citado, pois existe um envolvimento muito grande e todos se sentem tão próximos quanto um membro da família.

Me dou bem com todos os meus vizinhos, sempre que um precisa do outro, cada um faz o que pode para ajudar [...] já moram aqui mais de 20 anos (Gardênia).

Os meus vizinhos estão sempre aqui em casa, gosto muito deles, também moramos perto há muitos anos, se um precisar do outro é na hora (Lírio).

Para os idosos entrevistados, o fato de conviver muitos anos ao lado da mesma pessoa, aumenta o vínculo e traz segurança nas horas de dificuldade, como relatou Lírio, que quando é preciso, o vizinho está disponível na mesma hora.

### **3.3.3. – Relação com a própria saúde e serviços oferecidos na comunidade**

#### **Cuidados com o corpo**

Os processos culturais são, em grande parte, os responsáveis pela definição de padrões estéticos e da própria beleza corporal e estes sofrem variações conforme os diferentes contextos culturais, Queiroz (2000).

Faz parte do inconsciente coletivo a busca por um corpo mais cuidado, tanto na aparência quanto na funcionalidade. Na pesquisa apresentada por Lesbaupin (2006) observou-se a importância do cuidado consigo, com o corpo, com a aparência, que os velhos relatam, embora nenhum mencione o estar bonito ou não atualmente. Essa mesma importância observamos na presente pesquisa, demonstrada nas falas abaixo pelos idosos que acham importante o cuidado pessoal.

A sociedade contemporânea busca desesperadamente a juventude, e cada vez mais a mídia tenta incucar nos sujeitos novas fórmulas milagrosas de conquistar esta juventude. Mas os idosos além da aparência demonstram estarem preocupados com a higiene pessoal, com a aparência física e com a saúde. Todos são cuidados necessários e valorizados.

[...] eu me cuido, cuido do meu cabelo, da minha unha, passo creme, tomo meus remédios, gosto de me cuidar, acho importante a gente se cuidar (Rosa).

[...] eu me cuido muito, saio do banho e já passo creme no corpo inteiro, tem um perfume que uso há muitos anos [...] (Dália).

[...] aqui é muito calor, tomo vários banhos por dia, para ver se refresca e não ficar cheirando [...] (Violeta).

Essas falas que são confirmadas pela maioria dos entrevistados nos remetem a discordar ou, pelo menos, levantar uma discussão em relação à baixa renda e ao cuidado com o corpo. Brito (1992) citado por Lesbaupin (2006) detectou em sua pesquisa que idosos de baixa renda do sexo feminino apresentavam um desleixo na velhice e Lesbaupin (2006) em sua pesquisa com idosos de classe média observou que os idosos se preocupavam com sua aparência e com o cuidar de si, levantando a hipótese que diferença de classe social poderia ser a responsável pelo resultado discordante de ambas as pesquisas, no entanto observamos na presente pesquisa que é exclusivamente com velhos de baixa renda, que o fator social pode não interferir no cuidado com o corpo, uma vez que todos os entrevistados disseram que se cuidam e se preocupam com a aparência.

Entretanto, observamos no depoimento da entrevistada abaixo, que, além do cuidado com a aparência, o cuidado com a saúde é um importante foco na velhice, principalmente para uma pessoa com uma doença crônica, como é o seu caso:

[...] eu cuido muito da alimentação, sou diabética, não como açúcar, não tomo café [...] (Azaléia).

Ao interpretar as falas dos idosos em relação ao corpo, observamos que existe uma grande preocupação com a aparência, mas existe também uma preocupação com a saúde, principalmente na busca de cuidados com a alimentação por entenderem que esse é um componente importante na direção do tipo de saúde que se pretende ter.

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida, OPAS-OMS (2005).

## Como o velho vê sua própria saúde

O idoso vê sua própria saúde como uma condição de “sentir-se bem”. Isto significa para ele, mobilidade, autonomia, equilíbrio emocional, alegria, por ser capaz de aprender, passear e viajar, Santos (2001).

Apesar dos problemas crônicos que os idosos apresentam, verificamos nas falas abaixo que eles consideram sua saúde boa, porque continuam fazendo suas atividades normalmente.

[...] minha saúde é boa, mesmo tomando remédio faço todo servicinho [...] (Margarida).

[...] minha saúde é boa, apesar dos problemas, sinto algumas dores , mas não me atrapalha [...] (Azaléia).

O Investimento no Programa de Envelhecimento Ativo, busca contemplar todos os velhos, independente do problema de saúde que ele apresentam, afirmando que:

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OPAS-OMS, 2005, p. 13).

Percebemos nas falas abaixo que os idosos querem continuar se sentindo ativos, mesmo com algumas dores e sabendo que têm alguma dificuldade.

[...] minha saúde é boa, tenho algumas dores, mas não me impede de fazer nada [...] (Rosa).

Para Beres (1994) existe um desgaste das células, do corpo físico, mas não como uma consequência de descuido já que o envelhecimento traz consigo maior chance de aparecimento de doenças, que não aquelas que aparecem nos jovens, como os problemas vasculares, arteriais ou venosos, a osteoporose e outros, que poderiam ser chamadas doenças próprias do envelhecimento na medida em que refletem o desgaste de diversos órgãos do corpo.

[...] não fosse a coluna e a pressão alta não tinha nada (Acácia).

Acho minha saúde boa, mesmo tendo pressão alta, um pouco de colesterol e a gastrite que ataca de vez em quando [...] (Alecrim).

### **Procura por serviços de saúde na velhice**

Apesar de procurarem mais os serviços médicos, os idosos consideram que o fazem como forma de prevenção, ou seja, dar manutenção ao corpo, coisa que também não tinham tempo de fazer há alguns anos devido à correria que lhes era imposta pelo cotidiano com casa, filhos pequenos e muitas vezes o trabalho externo.

[...] muito mais, porque agora cuido de mim, antes não cuidava, só trabalhava, agora não, faço todos exames certinho [...] (Rosa).

[...] quando era mais nova nunca ia no médico, tive todos os meus filhos em casa (Azaléia).

[...] de primeiro eu nem conhecia médico [...] era só trabalhar na roça (Acácia).

### **Relação com a unidade básica de saúde**

Os serviços de saúde focados nas Unidades Básicas de Saúde que visam a promoção da saúde, de toda uma população inclusive do idoso têm sido alvo da busca desses idosos para terem melhor qualidade de vida.

Para uma boa qualidade de vida, é necessário um bom serviço de saúde, funcionando de acordo com a necessidade da população. O bom relacionamento do idoso com essas unidades de saúde é de suma importância, uma vez, que será nesse espaço que o idoso buscará soluções para seus problemas de saúde e ações que visem a manutenção e melhora das condições atuais de saúde.

A confiança na equipe de saúde irá influenciar de maneira significativa na manutenção dessas práticas de saúde.

[...] eles não vem aqui em casa, tenho que pagar um carro para levar lá e eu pego o remédio de pressão., gostaria que viessem mais [...] (Margarida).

A assistência ao idoso na atenção básica exige a busca de novos saberes para uma reformulação mais profunda das ações de saúde capazes de criar laços e serem acessadas por essas pessoas. Essas novas estratégias devem ser desenvolvidas na perspectiva da integralidade em saúde articulando as diversas redes de cuidado e tendo a pessoa idosa como o eixo dos novos modos de assistência.

O acionamento da equipe para as visitas domiciliares está a cargo do Agente Comunitário de Saúde e a disponibilidade para essas ações é condição estrutural para se instituir a vigilância em saúde na área adscrita pela Estratégia de Saúde da Família. Este apoio é fundamental para viabilizar o cuidado às pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde que inviabiliza o deslocamento, Martins (2009).

A visita domiciliar, quando se torna necessária, ao idoso é uma das atribuições legais dos profissionais da ESF, inclusive do profissional médico. Uma avaliação, feita pelo

Ministério da Saúde, sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, elaborada por Sara Escorel (2002), observou que os profissionais de nível superior, apresentam maior resistência quanto à realização das atividades singulares da ESF, como visita domiciliar. Além disso, ocorre, ainda, uma elevada rotatividade dos profissionais, o que prejudica o conhecimento dos problemas e o estabelecimento de vínculos com a população. Os entrevistados dessa pesquisa apresentam falas que confirmam tais resultados:

Vou sempre pegar meu remédio, a agente de saúde vem às vezes aqui, mas o médico nunca veio [...] (Rosa).

[...] uso bastante os serviços do postinho, pego remédio de pressão, de diabetes, mas eu que vou buscar, eles não vem aqui em casa [...] (Azaléia).

Os idosos reclamam da omissão dos profissionais da saúde no que concerne às visitas domiciliares. Conhecem as competências da Estratégia de Saúde da Família e sabem que a visita domiciliar faz parte das atividades da Equipe.

### **Participação do idoso no grupo de saúde integral**

Para o idoso, a participação da vida em sociedade sem obstáculos significa que não querem estar sozinhos, sentem necessidade de se envolverem com as atividades sociais para garantirem o distanciamento da solidão.

Verificamos nas falas que a convivência com outras pessoas da mesma faixa etária, as trocas de experiências, a possibilidade de aprender coisas novas, para eles é extremamente saudável. Entendem que a idade lhes deu autonomia e liberdade para realizarem coisas que não podiam anteriormente.

[...] estou no grupo e gosto muito, venho para o grupo com muita vontade, gosto de estar aqui com todo mundo, de conversar, de fazer exercício, coisa que nunca fiz quando era nova [...] (Rosa).

To aqui no grupo e gosto muito, faço ginástica, converso com todo mundo, só não venho mesmo quando viajo [...] (Antúrio).

Marques (1998) salienta que o idoso pertencente a um grupo social sente-se útil e afasta-se da sensação de abandono. Nas entrevistas, verificamos claramente que o grupo assumiu um papel de importância enorme na vida dos idosos que a ele pertencem, ajudando-os a reverter os efeitos negativos da aposentadoria, da viúves, da solidão, das limitações físicas impostas pela velhice.

No depoimento abaixo, verificamos que os idosos olham para esses grupos como geradores de saúde e longevidade. Eles buscam no grupo apoio, amizade, solidariedade e uma relação que extrapola o horário das reuniões e se prolonga para a vida pessoal, havendo uma preocupação e um cuidado especial de um para com o outro.

Esse grupo é demais de importante para mim, me ajuda muito [...] (Dália).

[...] gosto muito do grupo, chegou a hora de vir, deixo tudo e venho (Copo Leite).

São nesses espaços que se trabalha ações de prevenção da velhice dependente e de busca de um envelhecimento mais saudável. Para Torralba (2006) esses espaços não são lugares de reclusão e sim de passagem, de transição, de encontros e criação, que abrem as possibilidades aos seus usuários para que eles saiam do isolamento e da solidão e dêem sentido às suas vidas, fazendo-os perceber que nunca é tarde para aprender algo novo, para despertar um potencial adormecido e para trocar com o outro.

Cria-se uma rede social ativa que é geradora de saúde e na terceira idade essa rede tende a diminuir, a se enfraquecer, Sluzki (1997). As dificuldades de locomoção, transporte e a pequena quantidade de serviços que apóiam essa rede social, acabam por diminuir a participação dos idosos nesses grupos, daí a necessidade dos grupos estarem o mais próximo possível das residências dos idosos, facilitando assim o acesso a essa atividade.

Esses grupos são muito importantes, os velhos que participam desses grupos estão vivendo mais e melhor e quanto mais perto da nossa casa, é mais fácil para ir [...]. Gosto de ir no baile, mas fica longe, tem que pegar ônibus e tem pouco, daí quase nunca vou (Rosa).

A importância desses grupos de saúde integral é reconhecida pelos idosos que os consideram como um importante agente de vida, que vinculam a participação ativa como forma de ter uma melhor qualidade de vida e possibilidade de usufruir da velhice realizando atividades prazerosas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi realizado com o objetivo de contribuir na reflexão sobre como os idosos que estão inseridos na Estratégia de Saúde da Família, moradores da periferia e que freqüentam um grupo de saúde integral se vêem enquanto velhos, cidadãos, inseridos em um contexto social junto à família, fazendo parte de uma comunidade e usufruindo do serviço de saúde.

Foi muito rico o contato direto com os idosos e buscamos contextualizar, interpretar e trazer um pouco do cotidiano dessas pessoas com as quais se instituiu um diálogo, sempre demarcado pelo enfoque das abordagens socioculturais sob o recorte dos estudos de suas vivências.

Ao entrarmos no universo desses idosos, foi possível ter acesso a alguns aspectos das práticas e discursos envolvendo todos os aspectos de sua vida. Durante esses diálogos, realizados nos quartos, salas, varandas, debaixo de árvores, se passaram horas de narrativas de trajetórias de vidas pessoais, permitindo compreender em um contexto mais amplo, discursos que, lamentavelmente, não puderam estar integralmente nas transcrições.

A análise dos dados mostrou que as vivências dos idosos são atravessadas por processos de rupturas e reconstruções que impõem a essa população o desenvolvimento de estratégias que variam de acordo com suas capacidades individuais e coletivas. Os relatos obtidos no campo e analisados pelo referencial adotado apontaram situações vividas, as quais nos conduziram a algumas reflexões.

As questões colocadas levaram os entrevistados, em primeiro lugar a olharem para si mesmo, para sua relação com a família e se envolvessem com a reflexão sobre a importância da sua relação com o serviço de saúde e o grupo ao qual estão inseridos.

Verificamos, através das falas de cada um deles, que estão em um contexto sócio-político-cultural onde a velhice foi administrativamente estipulada a partir dos 60 anos de idade, que este parâmetro cronológico não faz parte do seu parâmetro existencial. Assim, percebemos que os idosos se surpreendem ao olhar para sua idade, porque ela contradiz a sua vontade de continuar lutando e vivendo com intensidade.

No início deste trabalho, mesmo conhecendo os entrevistados há 5 anos, não imaginava que esses sujeitos não percebiam a velhice como uma realidade concreta, algo que não estava presente na vida deles. O único fator que os faz, em alguns momentos,

lembrar da idade que têm é quando estão com alguma debilidade. Afora isso, eles parecem não ter consciência da velhice.

Com as mudanças ocorridas na sociedade e com aumento significativo do número de idosos, hoje essa população assume papel participativo, mesmo morando junto ou perto dos familiares. Já não vivem só para eles, pois estão se envolvendo com atividades fora de casa, tendo a possibilidade de se libertar da exclusão social que os enclausurava, podendo identificar novos caminhos, novos horizontes, buscando viver com qualidade.

Os velhos entrevistados demonstraram que gostam de viver perto da família, mas que também participam de outras atividades que lhes trazem prazer, buscando se manter ativos e socialmente úteis até a idade bem avançada, apesar de algumas limitações que lhes são impostas pelas perdas funcionais e pela consciência da finitude.

A saúde é tida como um bem precioso para o idoso, e para que o corpo continue correspondendo às suas necessidades, o cuidado com esse corpo é de fundamental importância, seja com a pele, higiene, alimentação, prática de atividades físicas e participação em grupo de saúde integral.

A boa qualidade de saúde não depende só dos esforços individuais dos idosos. Para garantir uma boa saúde, é preciso haver condições mínimas de dignidade na velhice, a fim de que o idoso se sinta valorizado como ser humano e se sinta motivado a desenvolver cuidados pessoais.

Nesse ponto, os serviços públicos de saúde através das Unidades Básicas de Saúde, local em que o idoso busca a manutenção de sua saúde e a assistência quando necessita, têm uma grande responsabilidade com essa parcela da população que já contribuiu com a sociedade toda uma vida.

O poder público através da Estratégia da Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2006) reconhece a importância de um diagnóstico multidimensional: o ambiente físico e social onde o idoso vive; a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e a pessoa idosa e seus familiares; suas condições funcionais, psicológicas, sociais e sua situação clínica, esperando oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, sempre respeitando as culturas locais e as diversidades do envelhecer, além de procedimentos técnicos de cuidado compatíveis com o seu padrão de necessidade.

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família têm um grande desafio, pois é atribuição das equipes compreender o processo de envelhecimento, sabendo diferenciar o envelhecimento normal do patológico e compreender a história de vida da pessoa, uma vez

que estes profissionais também estão sob a influência dessa sociedade onde as representações sociais em relação a velhice são negativas.

A frequência de lugares públicos, e a maior participação na sociedade induzem o idoso à participação em novas atividades, suscitando o sentimento de pertencer a um espaço e a um grupo caracterizados pela vontade de envelhecer ativamente. Percebemos nos depoimentos a importância do grupo de saúde integral na vida de cada um desses idosos, que além da busca pela melhora do corpo, buscam no grupo um apoio emocional, espiritual, de companheirismo e de solidariedade, uma vez que todos estão imbuídos no propósito de envelhecer com saúde e com prazer.

As investigações realizadas sobre o tema velhice e suas vivências mostrou que há evidências da necessidade de transformações urgentes na sociedade, das famílias, dos serviços de saúde e das redes de serviços e apoio sociais, para atender com qualidade as demandas levantadas para essa população.

Este trabalho não teve a pretensão de esgotar todas as questões envolvidas no tema em pauta, mas analisar fatos revelados nos depoimentos dos entrevistados com a finalidade de avançarmos no estudo dos fenômenos que interferem na vivência dos velhos inseridos na sociedade atual e especificamente aqueles que integram o Programa de Saúde da Família.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

ABELLO, RL, MADARIAGA CO, HOYOS OLLR. Redes Sociales como Mecanismo de Super Vivencia: Um Estudo de Casos em Sectores de Extrema Pobreza. Rev. Latinoam. Psicol, Vol. 29 (1): 115-137, 1997.

ANDRÉ, M. E.D.A. LUDKE, M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

BARROSO, A.E.S. Envelhecendo num Contexto Desfavorável: Desafios Enfrentados por Idosos e Pesquisadores no nosso Tempo, na nossa Sociedade. In: Envelhecimento e Velhice: um Guia para a Vida . São Paulo: Ed. Vetor, 2006.

BAUMAN, Z. Identidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2005

BEAUVOIR. S. A Velhice. 6ª. Ed., Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1990

BERES, V.L.G. “A Gente que tem o Amarelão tem que se Conformar”. A Atenção à Saúde na Perspectiva dos Idosos. (Dissertação de Mestrado em psicologia social, PUC – SP: são Paulo, 1994.

BOBBIO, N. O Tempo da Memória. De Senectude e Outros Escritos Autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOSI, E. Memória e sociedade: Lembranças de Velhos. São Paulo: Edusp, 1987

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico; 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria 1395/1999/GM. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção básica. Programa saúde da Família. A Implantação da Unidade de Saúde da família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros

Urbanos Síntese dos Principais Resultados. Elaborado por Sarah Escorel. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei no. 10741, de 1º. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto Nacional do Idoso e dá outras Providências. Brasília, 1º. de outubro de 2003.

\_\_\_\_\_.(a)Ministério da Saúde. Resolução nº 399 de 22 e fevereiro de 2006. Divulga Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS , aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_.(b)Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da População Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 e janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), consultado em 03/03/2010.

CAMARANO, A.M. Como Vai o Idoso Brasileiro? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200, 1997.

CONCONE, M. H. V..B. O Corpo: Cultura e Natureza. Pensando a Velhice. Velhice Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Ed. Vetor, 2005.

DEBERT, G.G. As Representações (Estereótipos) do Papel do Idoso na Sociedade Atual. In : Anais do I Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final do Século”. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. A Reinvenção da Velhice. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEBERT G.G e SIMÕES, J.A. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed., Rio de Janeiro-RJ,; Ed. Guanabara Koogan, S.A., 2006

- DESLANDES, S. O Projeto de Pesquisa como Exercício Científico e Artesanato Intelectual. In: Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis-RJ, 26ª: Ed. Editora Vozes, 2007.
- DOMINGUES, M. C.; QUEIROZ. Z.P.V.; DERNTL, A. M. As Redes Sociais na Senescência. In: Tratado de Gerontologia, 2ª. ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Atheneu, 2006.
- ELIAS, N. A Solidão dos Moribundos. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FERRIGNO, J.C. A Identidade do Jovem e a Identidade do Velho: Questões Contemporâneas. Velhices: Reflexões Contemporâneas. São Paulo: SESC-PUCSP, 2006.
- GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989.
- GOLDFARB, D. C. Corpo Tempo e Envelhecimento, Dissertação de Mestrado defendida no programa de Psicologia clínica da PUC-SP. São Paulo, 1997.
- GOLFFMAN. E. Estigma:Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GOMES, M.R. O Estatuto do Idoso e as Identificações, in: O Envelhecimento e Velhice: Um Guia para a Vida. São Paulo: Ed. Vetor, 2006.
- GORDILHO, A. Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. Bahia. Análise& dados, SEI v. 10 p. 138-153, 2001.
- GROISMAN, D. A Velhice, Entre o Normal e o Patológico. Ver, História, Ciências e Saúde. Vol. 9(1):61-78, jan-abr. Mangueiras – RJ, 2002
- GUIMARÃES, R. M. Ciência. Tempo e Vida. Arquivos de Geriatria e Gerontologia. 1(1):7-9, 1997.
- HERÉDIA, V.B.M; DE LORENZI, D.R; FERLA, A.A.. Envelhecimento, Saúde e Políticas Públicas, Caxias do Sul - RS: EDUCS, 2007.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Demográficas e Sócio Econômico-. Síntese dos Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas anos de 2007.

- JARDIM, S.E.G. Aspectos Socioeconômicos do Envelhecimento. In: Tratado de Gerontologia, 2ª. Ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.
- JORDÃO NETO, A. Gerontologia Básica. São Paulo: Ed. Lemos, 1997.
- LESBAUPIN, S.F. E MALERBI, F. O Idoso por Ele Mesmo. Revista Kairós, Gerontologia . Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia – PUC-SP. São Paulo: EDUC , volume 09 no. 2, p.51 a 67, 2006
- LINS DE BARROS, M.M... Envelhecimento, Cultura e Transformações Sociais. In: Py Ligia; Martins de Sá, J.; Pacheco, J.L; Goldman. S.N.(org) Tempo de Envelhecer. Holambra-SP,; Editora Setembro, p.39-56, 2006
- LOPES, R. Saúde na Velhice: As Interpretações Sociais e os Reflexos no Uso dos Medicamentos. São Paulo,; EDUC, 2000.
- LOPES, R. e CALDERONI, S. O Idoso na Família: Expansão de Possibilidades ou Retração? In: Tratado de Gerontologia, 2ª. ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Atheneu, 2006.
- LUKÁCS, G. As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem. Temas de Ciências Humanas. No. 4 Tr. C.N. Coutinho. São Paulo: Livraria Ed. Ciências Humanas, 1978.
- MARQUES, R.C.G. O Idoso Socialmente Ativo: Uma Análise Funcional. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia. São Paulo, PUC, 1998
- MARTINS, J. Não Somos Cronos, Somos kairós. Revista Kairós. Gerontologia . Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia PUC-SP. São Paulo: EDUC , no. 1, p.11 – 24, 1998.
- MARTINS, J. A. Aspectos da Experiência da Deficiência Física: Uma Abordagem Sócio-Antropológica. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.:Cuiabá, 2009
- MEDEIROS, S. A. R. O Lugar do Velho no Contexto Familiar. In: Tempo de Envelhecer. 2ª. Ed., Holambra-SP: Ed. Setembro, 2006.

- MEDEIROS, S. A.R. e DEUS, S. I. A. A espera da liberdade: um estudo sobre o envelhecimento prisional. In: Masculinidade e Velhices: Entre Um Bom e Mau Envelhecer. Vol III. São Paulo:Vetor, 2006.
- MERCADANTE, E. Velhice: Uma Questão Complexa. Velhice, Envelhecimento Complex(idade) São Paulo: Editora Vetor, 2005.
- MESSY, J. A Pessoa Idosa não Existe. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Aleph, 1999.
- MINAYO, M.C.S. & COIMBRA, C. E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: Reflexões Sobre o Fenômeno Social do Envelhecimento. In: Antropologia, Saúde e Envelhecimento. 1ª. Reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004
- MINAYO, M.C.S. (a) Visão Antropológica do Envelhecimento Humano. Velhices: Reflexões Contemporâneas. São Paulo: SESC-PUCSP, 2006.
- \_\_\_\_\_. (b) O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9ª. Ed. Ver. e aprimorada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.
- \_\_\_\_\_. O Desafio da Pesquisa Social. In: Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade. , 26ª. Ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2007.
- MONTEIRO, P. P. Somos Velhos porque o Tempo não para. In: Complex(idade) Velhice e Envelhecimento. São Paulo: Editora Vetor, 2005.
- MOSORO, E. J. Challenges of Biological Aging. New York: Springer Publishing Company, 1999.
- NERI, A. L. Psicologia do Envelhecimento. Campinas, Ed. Papyrus, 1995.
- OPAS/OMS – Organização Pan-americana de Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília: Organização Pan-americana de saúde, 2005.
- PASCHOAL, S. M. P. Envelhecimento na Perspectiva de Gênero. In: Masculinidade e Velhices: Entre um Bom e Mau Envelhecer. São Paulo: Vetor-Editora Psico-Pedagógica Ltda, 2006.

- PATRICIO, Z.M. Cenas e Cenários de uma Família. A Concretização de Conceitos Relacionados à Situação de Gravidez na Adolescência. In: BUB L.I.R. et al (org) Marcos para a Prática da Enfermagem com Família. Florianópolis: Editora UFSC, 1994.
- PESSINI, L. Finitude: Viver no Pesadelo do Cronos ou Escolher a Benção do kairós? In: velhices, reflexões contemporâneas. São Paulo: PUC-SP- SESC-SP, 2006.
- PY, L. Envelhecimento e Subjetividade. In: Tempo de Envelhecer, Percursos e Dimensões Psicossociais. 2ª. ed. Holambra – SP: Editora Setembro, 2006.
- QUEIROZ, S.R. O Corpo do Brasileiro. São Paulo: Ed. SENAC, 2000.
- RAMOS, L.R. Fatores Determinantes do envelhecimento Saudável em Idosos residentes em Centros Urbanos. São Paulo. Caderno de Saúde Pública, 2003: 19 (3): 793-798.
- SANT'ANA, Leila. S.J. Políticas de Saúde do Idoso no SUS: Subsídios para Delineamento do Modelo de Atenção à Saúde do Idoso no Mato Grosso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 2005.
- SANTOS, W. T. O Olhar do Idoso Sobre sua Própria Saúde. Tese de doutoramento apresentado ao departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- SARTI C. A. A Família como Espelho: Um Estudo Sobre a Moral dos Pobres. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCHULTZ, Z.A. Fenomenologia e Relações Sociais. Textos escolhidos. Organização e Introdução de Helmut H.D. (org). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
- SENNETT, R. A Corrosão do Caráter. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.
- SILVA, M.J., BESSA, M.E.P. & OLIVEIRA A. M.C. Tamanho e Estrutura Familiar de Idosos Residentes em Áreas Periféricas de Uma Metrópole. Ciência y Enfermeira. 10 (1) 31-39, 2004.
- SIMÕES, J.A. Velhice e Espaço Político. In: Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre Identidade, Memória e Política, 2ª. Ed., Rio de Janeiro: FGV, 2000.

SLUZKI, C.E.. A Rede Social na Prática Sistêmica – Alternativas Terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TORRALBA, R. Envelhecimento e “Cuidado de Si”. Revista Kairós, Gerontologia, Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia PUC-SP. São Paulo: EDUC , volume 09 no. 2, p.191 – 207, 2006.

ULLMANN, R. A. Antropologia: o Homem e a Cultura. Petrópolis: Vozes; 1991.

VERAS, R. P. País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. A Longevidade da População: Desafios e Conquistas. Ed. Especial, Velhice e envelhecimento. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento Humano: Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: 2ª. ed. Editora Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, E.B. Manual de Gerontologia – um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

## ANEXO A – ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS

<b>NOME FICTÍCIO:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>Tem alguma incapacidade:</b>	
<b>Doença</b>	( ) sim ( ) não qual?
<b>Usa algum meio auxiliar de locomoção</b>	( ) sim ( ) não
	<b>Se Sim, qual?</b>
<b>1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>2. Idade</b> (em anos completos):
<b>3. Estado civil:</b>	
<input type="checkbox"/> solteiro (a) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> separado (a) <input type="checkbox"/> união consensual <input type="checkbox"/> viúvo (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> outros	
<b>4. Grau de Instrução:</b>	
<b>5. Ocupação atual:</b>	<b>Ocupação Progressa:</b>
<b>6. Naturalidade/Cidade:</b>	<b>Estado:</b> <b>País:</b>
<b>7. Última procedência:</b>	
<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>8. Casa:</b> ( ) própria      ( ) alugada      ( ) cedida      ( ) outro	<b>Nº cômodos na casa:</b>
<b>9. Cor/Raça:</b>	
<b>10. Renda Familiar</b> (em salários mínimos):	<b>Nº de pessoas casa:</b>
<b>11. Composição familiar:</b>	
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmãos menores ( ) <input type="checkbox"/> Irmãos maiores ( ) <input type="checkbox"/> Avós maternos <input type="checkbox"/> Avós paternos <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Outros ( )	
<b>12. Religião:</b>	
<b>13. Participação em organização social:</b> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <b>Qual:</b>	
<b>Quanto Tempo?</b>	

ANEXO B - ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA COM AS PESSOAS IDOSAS

<b>NOME FICTÍCIO:</b>	
<b>TEMAS</b>	<b>QUESTÕES TEMÁTICAS</b>
<b>SIGNIFICADO DE VELHICE</b>	O que é pra você a velhice?
	Fale sobre a sua velhice.
	Deixou de fazer coisas que fazia? _____
	O que mais lhe incomoda hoje? _____
	O que lhe traz alegria? _____
	Tem projetos para o futuro?
<b>RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E COMUNIDADE</b>	Como é sua rotina diária, inclusive fim de semana?
	Qual seu lazer preferido?
	Como é a sua vida social? Frequenta igreja, clube, festas, vizinhos, recebe visitas ?
	Como é sua relação com os vizinhos?
	Como é sua relação com a família?
	Você sente-se dependente da família
	Você sente-se querido dentro da família? Por que?

<b>RELAÇÃO COM A SUA PRÓPRIA SAUDE E SERVIÇOS OFERECIDOS NA COMUNIDADE</b>	
	Como cuida do seu corpo
	Como é a sua saúde?
	Acha que sua velhice merece cuidado médico frequente?
	Que tipo de relação você mantém com a UBS?
	Está inserido em algum grupo terapêutico na comunidade? Você gosta do grupo?
<b>OUTROS</b>	Gostaria de acrescentar alguma coisa?

## **ANEXO C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO SUJEITO DA PESQUISA – TCLE**

**Projeto de Pesquisa:** Vivências de Idosos Inseridos No Programa de Saúde da Família.

**Pesquisadora:** Ilza Maria Trabachin de Almeida Ferraz

**Orientadora:** Profa. Dra. Nadia Dumara Ruiz Silveira

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**Objetivo Principal:** Analisar as vivências dos idosos residentes na Região Sudoeste de Várzea Grande – MT.

Sou aluna/pesquisadora da pós-graduação (mestrado) em Gerontologia e estou fazendo um estudo sobre a velhice, com intuito de compreender como os idosos lidam com o seu envelhecimento no cotidiano de suas vidas, e estou entrevistando os idosos que participam das oficinas de saúde integral.

Portanto o sr(a) está sendo convidado(a) a participar como sujeito dessa pesquisa, respondendo a um questionário que será aplicado por mim na sua residência com duração de aproximadamente uma hora. As informações, que pretendo obter, serão utilizadas exclusivamente para a elaboração da minha pesquisa de mestrado e poderá ajudar os profissionais da saúde a entender melhor como os idosos vivem e o que eles pensam sobre sua velhice

Se concordar em participar receberá todas as informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa; terá a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar a qualquer momento; não terá nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por participar desta pesquisa; terá a segurança de não ser identificado (a), mantendo-se o caráter confidencial das informações. Informo ainda que não receberá qualquer incentivo direto pela sua participação na pesquisa, ou seja, sua participação será voluntária.

Gostaria de gravar a nossa conversa para não perder as informações. Esta gravação não será mostrada para ninguém. Informo, ainda, que o seu nome não será identificado.

Copiarei as respostas em um papel e em seguida apagarei tudo o que foi gravado. Todavia usarei o gravador somente se o(a) senhor(a) aceitar.

Afirmo que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de saber sua opinião; e que se o (a) senhor (a) não quiser responder a alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento em que achar necessário sem que isto acarrete qualquer sanção ou penalidade.

Se o senhor (a) concorda livremente em participar desta pesquisa peço que assine esse termo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR

\_\_\_\_\_

Ilza Maria Trabachin de Almeida Ferraz

ASSINATURA DO SUJEITO DA PESQUISA

\_\_\_\_\_

Em caso de necessidade, contate Ilza Maria Trabachin de Almeida Ferraz no endereço: Rua Torino, no. 228- Bairro: Jardim Itália Cuiabá-MT. Telefone: 3025-7953 (inclusive ligações a cobrar) e e-mail: ilzatrabachin@yahoo.com.br

Várzea Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**TESTEMUNHAS**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_