UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI

Determinantes sociais da saúde mental do idoso

Ribeirão Preto
2019

CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI

Determinantes sociais da saúde mental do idoso

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fantacini, Camila Maria Fernandes
Determinantes sociais da saúde mental do idoso. Ribeirão Preto, 2019.
152 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati.

1. Determinantes Sociais da Saúde (DSS). 2. Saúde Mental. 3. Idoso. 4. Vulnerabilidade Social. 5. Qualidade de Vida

FANTACINI, Camila Maria Fernandes

Determinantes sociais da saúde mental do idoso

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em ...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

*Aos meus **pais Neusa e Mauro**, por terem me dado todo o amor, apoio e cuidado, além de amparo emocional desde o início de meus estudos.*

*À minha **irmã Renata,** por estar sempre comigo e pelo auxílio quando a ela recorri.*

*Ao meu **namorado André** pelo apoio, paciência e compreensão.*

*À **Profa. Dra. Regina Célia Fiorati**, pela atenção, dedicação em me orientar e colaboração para o desenvolvimento de minha pesquisa.*

*Aos **Professores membros da banca de exame de qualificação e defesa**, aos quais sou grata pela aceitação do convite, pela cuidadosa leitura e pelos subsídios para a finalização deste estudo.*

*À **Dra. Miyeko Hayashida**, pela atenção e auxílio com a análise estatística.*

*Aos **idosos e equipe do CASI e COVT** pela disponibilidade, carinho e atenção com que me atenderam para a coleta de minha pesquisa.*

A todos aqueles, que assim como eu, lutam pelos direitos das pessoas IDOSAS.

"OS QUE LUTAM.

Há aqueles que lutam um dia; e por isso são bons;
Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons;

Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda;
Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis."

(BERTOLD BRECHT, 1986).

RESUMO

FANTACINI, Camila Maria Fernandes. **Determinantes sociais da saúde mental do idoso**. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O presente estudo teve como objetivo analisar a influência dos determinantes sociais da saúde mental do idoso, com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social. Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, de abordagem mista - qualitativa e quantitativa. A etapa quantitativa utilizou um questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes e um questionário de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL-Bref, enquanto a etapa qualitativa envolveu entrevistas de histórias de vida. Participaram desta pesquisa idosos acima de 60 anos de ambos os sexos que participavam do Programa Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI*)* de Batatais-SP e do Círculo Operário de Vila Tibério (COVT) de Ribeirão Preto-SP. De acordo com os resultados sociodemográficos, pode-se verificar, nos dados mais relevantes coletados na pesquisa com 100 pessoas, que as condições de vida das pessoas idosas estão sujeitas de forma significativa a algumas tendências da sociedade contemporânea. Os dados obtidos na etapa quantitativa de discussão do Whoqol-Bref apontam para o conceito de qualidade de vida fortemente relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, suporte familiar, atividade intelectual e de autocuidado, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive. Diante dos resultados auferidos nas histórias de vidas foi possível constatar um índice significativo de vulnerabilidade social expressadas principalmente pelas condições precárias de vida das pessoas idosas entrevistadas constantes nos indicadores socioeconômicos, precariedade de inserção em redes sociais de suporte e capital social, bem como expressivas dificuldades materiais e psicossociais. Reconhece-se haver uma ampla gama de setores capaz de influenciar as condições de saúde e, em alguns casos, existem também as estruturas subjacentes responsáveis pela distribuição desigual dos determinantes entre os grupos sociais. Dessa forma, o impacto de fatores sociais na saúde varia dentro de um país de acordo com diferentes contextos socioeconômicos. Por meio desta pesquisa comprova-se que o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde (DDS) está em poder compor uma estrutura de determinações entre os elementos mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações pelas quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Concluímos que um leque de aspectos diz muito sobre a vida de uma pessoa, e, pensando na saúde e qualidade de vida, percebe-se a necessidade de oferta de melhores recursos por parte das políticas do setor. Ademais, tendo em vista as desigualdades sociais, reafirmamos os direitos e deveres inalienáveis dos seres humanos, o pleno direito que têm de usufruir de melhores condições assistenciais, cultura e lazer, segurança, saúde e participação social. Em suma é um conceito ainda subjetivo e sujeito ao nível sociocultural, que requer um longo caminho para chegar à equidade social.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Saúde Mental. Idoso. Vulnerabilidade. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

FANTACINI, Camila Maria Fernandes. **Social determinants of mental health of the elderly**. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The present study aimed to analyze the influence of the social determinants of mental health of the elderly, based on socioeconomic indicators and inclusion in social support networks. It is a cross-sectional, exploratory-descriptive, mixed-qualitative and quantitative approach. The quantitative stage used a sociodemographic characterization questionnaire of the participants and a questionnaire about the quality of life (QOL) of the WHOQOL-Bref, while the qualitative stage involved interviews of life histories. Elderly over 60 years of both sexes participating in the Center for Elderly Care of the Elderly (CASI) program in Batatais-SP and the Tibério Operário Circle (COVT) in Ribeirão Preto-SP participated in this study. According to the sociodemographic results, it can be verified, in the most relevant data collected in the research with 100 people, that the life conditions of the elderly people are subject in a significant way to some tendencies of the contemporary society. The data obtained in the quantitative stage of the Whoqol-Bref discussion point to the concept of quality of life strongly related to self-esteem and personal well-being, covering aspects such as: functional capacity, socioeconomic level, emotional state, social interaction, intellectual activity and self-care, health state, cultural values, ethics and religiosity, lifestyle, satisfaction with employment and/or activities of daily life and the environment in which one lives. In view of the results obtained in the life histories, it was possible to verify a significant index of social vulnerability expressed mainly by the precarious conditions of life of the interviewed elderly people in the socioeconomic indicators, precariousness of insertion in social networks of support and social capital, as well as expressive material difficulties and psychosocial. It is recognized that there is a wide range of sectors capable of influencing health conditions, and in some cases there are also the underlying structures responsible for the unequal distribution of determinants among social groups. Thus, the impact of social factors on health varies within a country according to different socioeconomic contexts. This research shows that the main challenge of the studies on the relationship between social determinants and health (DDS) is to be able to compose a structure of determinations between the more general elements of social, economic, political nature and the mediations by which these factors affect the health situation of groups and individuals. We conclude that a range of aspects tells a lot about a person's life, and thinking about health and quality of life, the need to offer better resources by the policies of the sector is perceived. In addition, in view of social inequalities, we reaffirm the inalienable rights and duties of human beings, the full right to enjoy better conditions of care, culture and leisure, safety, health and social participation. In short it is a concept still subjective and subject to the sociocultural level, which requires a long way to reach social equity.

Keywords: Social Determinants of Health (DSS). Mental health. Old man. Social vulnerability. Quality of life.

RESUMEN

FANTACINI, Camila Maria Fernandes. **Determinantes sociales de la salud mental del anciano**. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de los determinantes sociales de la salud mental del anciano, con base en los indicadores socioeconómicos y de inserción en redes de soporte social. Se trata de un estudio transversal, exploratorio-descriptivo, de enfoque mixto - cualitativa y cuantitativa. La etapa cuantitativa utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfica de los participantes y un cuestionario de percepción de la calidad de vida (QV) WHOQOL-Bref, al tiempo que la etapa cualitativa involucró entrevistas de historias de vida. En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en el estudio de la prevalencia de la enfermedad de Chagas en el país. De acuerdo con los resultados sociodemográficos, se puede verificar, en los datos más relevantes recogidos en la encuesta con 100 personas, que las condiciones de vida de las personas mayores están sujetas de forma significativa a algunas tendencias de la sociedad contemporánea. Los datos obtenidos en la etapa cuantitativa de discusión de Whoqol-Bref apuntan al concepto de calidad de vida fuertemente relacionado con la autoestima y el bienestar personal, abarcando aspectos como: capacidad funcional, nivel socioeconómico, estado emocional, interacción social, soporte familiar, la actividad intelectual y de autocuidado, estado de salud, valores culturales, éticos y religiosidad, estilo de vida, satisfacción con el empleo y / o con las actividades de la vida diaria y con el ambiente en que se vive. Ante los resultados obtenidos en las historias de vida fue posible constatar un índice significativo de vulnerabilidad social expresado principalmente por las condiciones precarias de vida de las personas mayores entrevistadas constantes en los indicadores socioeconómicos, precariedad de inserción en redes sociales de soporte y capital social, así como expresivas dificultades materiales y psicosociales. Se reconoce que hay una amplia gama de sectores capaces de influir en las condiciones de salud y, en algunos casos, también existen las estructuras subyacentes responsables de la distribución desigual de los determinantes entre los grupos sociales. De esta forma, el impacto de factores sociales en la salud varía dentro de un país de acuerdo con diferentes contextos socioeconómicos. Por medio de esta investigación se comprueba que el principal desafío de los estudios sobre las relaciones entre determinantes sociales y salud (DDS) está en poder componer una estructura de determinaciones entre los elementos más generales de naturaleza social, económica, política y las mediaciones por las cuales estos los factores inciden en la situación de salud de grupos y personas. Concluimos que un conjunto de aspectos es decisivo sobre la vida de una persona, y, pensando en la salud y calidad de vida, se percibe la necesidad de ofrecer mejores recursos por parte de las políticas del sector. Además, teniendo en cuenta las desigualdades sociales, reafirmamos los derechos y deberes inalienables de los seres humanos, el pleno derecho que tienen de disponer de mejores condiciones asistenciales, cultura y ocio, seguridad, salud y participación social. En suma es un concepto todavía subjetivo y sujeto al nivel sociocultural, que tiene por delante un largo camino para llegar a la equidad social.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Salud mental. Personas de edad avanzada. Vulnerabilidad social. Calidad de vida.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa-2017/2018 24
Quadro 2 - Domínios e suas respectivas Facetas do WHOQOL-Bref 47
Quadro 3 - Domínios e suas respectivas Facetas do WHOQOL-Bref 48
Quadro 4 - Sintaxe SPSS para o cálculo dos escores do WHOQOL-Bref 50
Quadro 5 - Escores das questões do Domínio Físico do WHOQOL-Bref dos idosos participantes (n=100). 2017 65
Quadro 6 - Escores das questões do Domínio Psicológico do WHOQOL-Bref dos idosos participantes (n=100). 2017 67
Quadro 7 - Escores das questões do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref dos idosos participantes (n=100). 2017 68
Quadro 8 - Escores das questões do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref dos idosos participantes (n=100). 2017 69
Quadro 9 - Escores das questões do Domínio Relações Pessoais do WHOQOL-Bref dos idosos participantes (n=100). 2017 71
Quadro 10 - Categorias identificadas no estudo 73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos idosos participantes da pesquisa (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 56

Tabela 2 - Situação atual dos idosos participantes da pesquisa (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 57

Tabela 3 - Escolaridade dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 58

Tabela 4 - Renda e composição familiar dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 58

Tabela 5 - Domicílio dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 59

Tabela 6 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física do bairro onde residem os idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 60

Tabela 7 - Inserção no trabalho, renda: geração de rendas e gastos familiares dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 61

Tabela 8 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização familiar dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 62

Tabela 9 - Redes de inserção social: acesso pelos idosos (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 62

Tabela 10 - Sistema de proteção social: acesso aos mecanismos de proteção social - públicos e privados e Políticas Sociais - serviços e benefícios sociais utilizados pelos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 63

Tabela 11 - Redes sociais de apoio: redes sociais dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto – 2017 63

Tabela 12 - Escores do WHOQOL - Bref dos participantes CASI e COVT - Batatais e Ribeirão Preto – SP, 2017 64

Tabela 13 - Caracterização dos idosos participantes da etapa qualitativa (n=10) 72

Tabela 14 - Escolaridade dos idosos participantes (n=10) 73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Final form of the CSDH conceptual framework..... 36

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	Avaliação do Impacto sobre a Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BCRP	Biblioteca Central Ribeirão Preto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CASI	Centro de Atenção à Saúde do Idoso
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
COVT	Círculo Operário da Vila Tibério
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GV	Grupos Vulneráveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
ILPs	Instituição de Longa Permanência
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MCS	Medical Outcomes Study
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
PES	Plano Estratégico Situacional
PCS	Physical Component Score (Escores dos Componentes Físico)
PNI	Política Nacional do Idoso
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
REBE	Revista Brasileira de Enfermagem
REME	Revista Mineira de Enfermagem
SDH	Social Determinants of Health
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFER	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ... 16
1.1 Envelhecimento e os Indicadores Socioeconômicos ... 19
1.2 Envelhecimento e a Influência da Aposentadoria ... 20
1.3 Envelhecimento e os Indicadores de Inserção em Redes Sociais de Suporte e Capital Social ... 21
1.4 Determinantes Sociais da Saúde Mental do Idoso: Revisão de Literatura ... 23
1.5 Envelhecimento e a Vulnerabilidade Social ... 28

2 REFERENCIAL TEÓRICO ... 33

3 OBJETIVOS ... 41
3.1 Objetivo Geral ... 42
3.2 Objetivos Específicos ... 42

4 MATERIAIS E MÉTODOS ... 43
4.1 Delineamento do Estudo ... 44
4.2 Cenário e Locais do Estudo ... 44
4.3 Participantes da Pesquisa ... 45
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados ... 46
4.5 Etapas da Pesquisa ... 49
4.6 Análise de Dados ... 50
4.7 Procedimentos Éticos ... 53

5 RESULTADOS ... 55
5.1 Etapa Quantitativa: Caracterização e Dados Sociodemográficos ... 56
5.2 Etapa Quantitativa: Análise do WHOQOL-BREF ... 64
5.3 Etapa Qualitativa: Análise das Entrevistas de História de Vida ... 72
5.3.1 Cotidiano dos idosos com base nos indicadores socioeconômicos e dificuldades materiais e psicossociais vividas ... 74
5.3.1.1 Baixa escolaridade ... 75
5.3.1.2 Estágio da vida baseado na fase de aposentadorias ... 75
5.3.1.3 Renda baixa ... 76
5.3.1.4 Condição de moradia, ambiente, acessibilidade física, locomoção e mobilidade urbana ... 76
5.3.1.4.1 Aposentadoria com renda baixa e insuficiente ... 78
5.3.1.4.2 Inexistência do benefício (principalmente as mulheres) ... 78
5.3.2 Cotidiano dos idosos com base nos indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social ... 79
5.3.2.1 Relação familiar insatisfatória ... 80

5.3.2.2 Ausência de participação social e comunitária, carência de um capital social 81
5.3.2.3 Acessibilidade psicossocial na comunidade e sociedade defasadas 82
5.3.3 Dificuldades materiais e psicossociais vividas no curso da vida como determinantes sociais da saúde 82
5.3.3.1 Dificuldades que geram prejuízos socioeconômicos e de desenvolvimento pessoal e o não fortalecimento de vínculos nas redes de suporte sociais 83
5.3.4 Determinantes sociais da saúde mental do idoso 84

6 DISCUSSÃO 86

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 113

REFERÊNCIAS 121

APÊNDICES 134

ANEXOS 147

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial prevalece um processo demográfico único e irreversível que, ao que tudo indica, vai redundar em populações mais velhas em todos os lugares. Conforme a previsão da Organização das Nações Unidas (ONU, 2018) à medida que as taxas de fertilidade decrescem, a quantidade proporcional de idosos com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, atingindo dois bilhões em 2050. O número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá, na maioria dos países.

A ONU (2018) ainda ressalta que as pessoas mais velhas se reafirmam como contribuintes para o desenvolvimento, com habilidades para ajudar suas vidas e suas sociedades mediante a renovação de programas e políticas em todos os níveis. Destaca ainda que atualmente 64% de todas as pessoas mais velhas vivem em regiões menos desenvolvidas, número este que deverá chegar a 80% em 2050.

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população de idosos vem ocorrendo de forma acelerada e progressiva, gerando a oportunidade de um envelhecimento ativo, provido de independência física e bom desenvolvimento biopsicossocial. Estimativas bem estabelecidas projetam que até 2025 o número de idosos será superior a 30 milhões, lembrando que o envelhecimento poderá ser acompanhado tanto por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; DEBERT, 2012). Para Neri (2006) e Lima *et al.* (2012), “o envelhecimento pode ser definido como um processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida” (DAWALIBI *et al.*, 2013, p. 394). A compreensão de que a velhice seja sinônimo de doença também deve ser desmistificada, oferecendo-se oportunidades de um envelhecimento bem-sucedido, sendo vivenciada com boa qualidade de vida.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016. Resultante de um crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões.

Há uma proposição de que os ministérios das áreas da saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devam elaborar propostas orçamentárias, no âmbito de suas competências, visando à ampliação de financiamento destinado a programas nacionais coerentes com a atual Política Nacional do Idoso - PNI (BRASIL, 2010; TEIXEIRA, 2015). Nesta perspectiva, passa a ser uma exigência a implementação de estratégias e benefícios, serviços, projetos

e programas relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos, uma vez que se considera que um número significativo de idosos está vivenciando situação de abandono ou é vítima de maus-tratos, em sua maioria praticados pelos próprios familiares (BRASIL, 2010).

Conforme Teixeira (2015), a emersão do envelhecimento na agenda pública brasileira se dá graças à visibilidade do envelhecimento como questão social e política relevante, efetivada pelos grupos de pressão, entre eles os movimentos sociais dos idosos, as Organizações Não Governamentais (ONGs) e organizações internacionais, como ONU e Organização Mundial de Saúde (OMS), que participam efetivamente da luta pelos direitos dos idosos, ou denunciaram os riscos do envelhecimento marginalizado para o sistema previdenciário e assistência médica - pondo em evidência ainda o fenômeno da longevidade e as estimativas para os países em desenvolvimento, como o Brasil.

Em um prazo de menos de 50 anos, segundo projeção do IBGE, o quadro do idoso terá sua configuração modificada devido ao aumento da expectativa de vida média: 76 anos em 2024; 78 em 2034 e 81 anos em 2050, ou seja, dez a mais que a expectativa de vida projetada atualmente (IBGE, 2017).

Segundo Camarano (2002), o crescimento da população idosa provém de dois processos: entre os anos de 1950 e 1960, ocorria uma elevada fecundidade, diferente da dos dias atuais, e, por outro lado, a mortalidade da população idosa passa desde então a ter uma diminuição bem significativa. Desse modo, se a queda da fecundidade transformou a distribuição etária da população brasileira, tendo na população total uma expressividade da faixa etária idosa e como resultado o envelhecimento pela base, também a redução da mortalidade alterou a expressão da pirâmide devido à maior longevidade dos idosos, provocando o seu envelhecimento.

De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004), esse contingente pode chegar a atingir 14% da população brasileira, pois é esperado a magnitude de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas no ano de 2020. Conclui-se que tal expectativa de um crescimento assim em taxas elevadas se dê em consequência da inércia demográfica, ou seja, uma medida proporcional importante do seu crescimento já está estabelecida pela estrutura etária atual, o que leva autores a citarem que “os idosos do futuro próximo já nasceram” (p. 19).

1.1 Envelhecimento e os Indicadores Socioeconômicos

A população brasileira igual ou acima de 60 anos apresenta menor escolaridade que a geração mais jovem. Há diferenças regionais, especialmente nas áreas rurais, e em regiões como o Nordeste, onde as mulheres mais velhas foram educadas principalmente para o exercício de atividades nos espaços privados: procriação, cuidados com os filhos e tarefas domésticas - limitações que impedem que as pessoas mais idosas consigam empregos melhores (FRANÇA; STEPANSKY, 2005). A educação proporciona ganho na qualidade de vida e faz parte dos determinantes sociais da saúde, em virtude de seus métodos para influenciar o comportamento humano e induzir mudanças. Ferreira *et al.* (2012) apontam estudos tangentes à educação da população idosa, destacando que as dificuldades de acesso aos estudos eram bem maiores em décadas passadas, em comparação com as da atualidade, principalmente para as mulheres. Essas observações justificam a grande incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade, conforme dados da presente pesquisa.

Berquó e Baeninger (2000) abordam duas vertentes: a longevidade em decorrência das conquistas dos indivíduos nas áreas social e da saúde, e por sua vez o processo do envelhecimento demandando por novos serviços, benefícios e atenções como desafios para governos, sociedade e familiares. Citam a população idosa poderá alcançar um contingente de 82% em áreas urbanas, atribuindo esse fato à diferente mortalidade das áreas rural e urbana e às migrações das últimas décadas; também pode representar maior concentração de idosos nas áreas urbanas, especialmente das mulheres, em razão da mortalidade masculina.

No que diz respeito à necessária produção social da saúde, os idosos encontram-se em situações desiguais em relação ao mais jovens por gerarem maiores demandas de assistência para o tratamento de suas deficiências e/ou doenças crônicas (GEIB, 2012; ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015). As pessoas com poucos recursos de saúde tendem a permanecer nas camadas mais baixas na escala socioeconômica (ALVARENGA, 2009; RODRIGUES; NERI, 2012; FERREIRA, 2017). Conforme Solar e Irwin (2010), as pessoas com saúde mais debilitada bem pouco se movimentam, ainda que frequentemente se desloquem pela escada social mais do que as pessoas consideradas saudáveis - e isso aponta para o próprio sistema de saúde e pode ser visto como um determinante social da saúde.

Tendo em vista que a equidade em saúde é o objetivo, a prioridade de uma estratégia orientada a determinantes é reduzir as desigualdades nas principais influências sobre a saúde das pessoas, iniciando o enfrentamento dessas diferenças na posição social. Conforme Solar e Irwin (2010), a posição social é o "ponto central na cadeia causal que liga determinantes mais amplos aos fatores de risco que prejudicam diretamente a saúde mental das pessoas" (p. 33).

É possível considerar, conforme Debert (2012), que a velhice pode ser tratada como uma etapa da vida marcada pela decadência física e ausência de papéis sociais (LOURENÇO, 2008). No decorrer da vida, os sinais de deficiências funcionais vão surgindo discretamente, recebendo a denominação de senescência, não comprometendo as relações e a gerência de decisões. Essa definição de como as funções psíquicas sofrem alterações com o passar do tempo permitiu entender que o idoso não pode ser visto apenas como uma pessoa limitada cognitivamente, mas sim um ser que requer a adaptação de estímulos ambientais para preservar uma funcionalidade comparável à de adultos jovens.

1.2 Envelhecimento e a Influência da Aposentadoria

A velhice na nossa cultura é encarada como algo complicado e incômodo, principalmente por necessitar de atenção especial, do apoio familiar e social.

Outra preocupação recorrente ao envelhecimento está associada à aposentadoria (LINARI, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2005; ALVARENGA, 2009; RODRIGUES; NERI, 2012; FERREIRA, 2017), que pode ser considerada um fator de fragilização psíquica do idoso. O desligamento da rotina competitiva e cooperativa de trabalho, dos colegas, a diminuição da renda financeira, a perda do status social, entre outras mudanças, facilitam o aparecimento de prejuízos mentais para o aposentado. Linari (2004) ainda afirma que quando a fase produtiva entra em decadência ou se encerra, visto que pouco a pouco a autonomia social vai se perdendo, inicia-se um processo de adaptação à aposentadoria muitas vezes doloroso e até inaceitável. Esse quadro é relatado por Rodrigues *et al.* (2005), para quem a aposentadoria pode levar a perdas materiais, sociais e psicológicas capazes de acarretar uma diminuição da autoestima e da motivação e, por consequência, um adoecimento mental, refletindo em crises depressivas, alcoolismo, ansiedade e até mesmo suicídio.

De acordo com isso, o isolamento social e emocional na velhice pode decorrer da falta de perspectivas provocada por rupturas e perdas. Conforme Both *et al.* (2012), não havendo motivação para relacionar-se fora dos muros do aposento, as perdas dos laços sociais acabam diminuindo a interação social, não permitindo à pessoa processar novas informações e se reconhecer no diálogo com o outro. A alternativa para a maioria é o trabalho informal e autônomo, uma vez que as pessoas mais velhas enfrentariam mais dificuldades em aprender e utilizar as novas tecnologias. Assim, eles tendem a submeter-se ao subemprego, ao trabalho informal, como solução geralmente atrelada a ocupações precárias e salários baixos. De acordo com Guimarães (2012), os motivos que podem levar à ampliação da vida produtiva podem ser semelhantes - seja como responsável pela família ou domicílio, seja por opção individual, pelo desejo de manter uma atividade.

Assim, Campos e D'Alencar (2006) apontam que muitos idosos procuram no mercado de trabalho informal um meio alternativo de aumentar a renda e garantir sobrevivência mínima para a família, pois a renda é um determinante essencial na (in) dependência do idoso. O trabalho informal conduz à precarização dos processos de trabalho, tais como baixos salários, inexistência de proteção previdenciária, de leis trabalhistas, de benefícios, más condições de trabalho e permeadas por uma maior exploração capitalista do trabalho.

Em termos de saúde, Campos e D'Alencar (2006) consideram importante realçar a qualidade de vida, saúde, autoestima, sobrevida ou bem-estar dos idosos. Existem doenças crônicas que atingem a população idosa e ameaçam sua autonomia e independência, sendo essas condições crônicas, na maioria das vezes, agravadas pelas más condições socioeconômicas presentes na realidade de muitos idosos no Brasil, as quais dificultam o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e melhores tecnologias de tratamentos.

1.3 Envelhecimento e os Indicadores de Inserção em Redes Sociais de Suporte e Capital Social

Sobre as relações sociais, essas são dinâmicas por natureza. Variam de pessoa para pessoa e os relacionamentos sociais, tão importantes para as pessoas em todo o ciclo vital, têm pesos diferentes de acordo com a etapa de vida das pessoas, dependendo do gênero, do status conjugal, da presença ou da ausência de

filhos, do tipo de arranjo domiciliar, da personalidade, de questões educacionais, culturais e políticas e do contexto em sua totalidade. Contudo, estes aspectos podem estar aliados aos efeitos da estrutura e da função da rede social, em diferentes momentos da vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013).

De acordo com Ramos (2002), os elementos-chave do suporte social envolve a possibilidade de dar e receber, receber e ser capaz de dar suporte a outras pessoas, as quais se beneficiam psicologicamente, sobretudo quanto ao seu sentimento de autovalorização. Neste sentido, Geib (2012) ressaltou que por meio das redes sociais e comunitárias, formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que as relações sejam estabelecidas com confiança e solidariedade entre pessoas em seus grupos, constitui-se o capital social. Conforme estudos sobre o tema, para muitas pessoas, em especial para as idosas, as redes de apoio familiar e/ou redes sociais constituem o único recurso disponível para tentar amenizar as cargas da vida (PAVARINI *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013; CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016; SOUSA *et al.*, 2017).

Ainda segundo Geib (2012, p. 131), “a fragilidade de saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento tendem a enfraquecer a interação social e a participação comunitária dos idosos, com riscos de isolamento social e limitações no estilo de vida”. O estado de saúde percebido como determinante de fragilidade em idosos que avaliam negativamente seu estado de saúde faz com que estes apresentem risco aumentado de morbidade e de mortalidade, em comparação com aqueles que classificam sua saúde como boa ou excelente (ANDRADE, 2010; SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010; NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

No que se refere à inserção em redes de suporte social, destaca-se o capital social, que Souza e Grundy (2004, p. 1358) definem como a coesão social resultante de uma comunidade participativa, com vínculos fundados sobre fortes laços de solidariedade, sendo, portanto,

> [...] um conjunto de elementos da organização social tais como confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade [...], o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturais) que permitem a cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos”.

Dessa forma, uma comunidade com forte capital social também apresenta desenvolvimento em todos os setores: econômico, político, social, cultural e de saúde (MACINKO; STARFIELD, 2001; KAWASCHI; SUBRAMANIAN; KIM, 2008; FIORATI *et al.*, 2018).

Desse modo, entende-se que o engajamento em ações coletivas seria uma forma de cooperar para a busca desses benefícios comuns, sendo para isso imprescindível haver uma articulação institucional e comunitária para novas experiências de integração social que atendam às necessidades da comunidade e fortaleçam o capital social. A participação do governo e da sociedade em conjunto nas decisões que dizem respeito à população idosa, além de suprir-lhes as necessidades socioeconômicas, de saúde e culturais - considerando a fase do envelhecimento como um momento de perdas e dificuldades, declínio e diminuição das atividades - poderá ainda contar nesse momento com as redes sociais de suporte e capital social.

De acordo com isso, além das relações sociais estruturadas que dão suporte à vida, também o desenvolvimento humano e o capital social são importantes para a saúde do idoso. É evidente, portanto, que determinantes sociais interferem nas condições de vida e de saúde do idoso de forma significativa, haja vista que enfermidades fisiologicamente determinadas e próprias do envelhecimento são fortemente agravadas por DSS.

1.4 Determinantes Sociais da Saúde Mental do Idoso: Revisão de Literatura

Foi realizada uma revisão sistemática e integrativa de literatura concernente à temática. Para isso foram utilizados os seguintes descritores: determinantes sociais da saúde, vulnerabilidade social, vulnerabilidade em saúde, idoso e qualidade de vida. A partir dos descritores e dos agrupamentos realizados foram realizadas buscas em bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), BVS (Bibilioteca Virtual em Saúde) e PUBMED. Assim, de forma descritiva foi feita uma análise e apresentação dos resultados.

A revisão da literatura teve como objetivo investigar a questão norteadora deste estudo, ou seja, qual a influência dos determinantes sociais na saúde mental do idoso?

Quadro 1 - Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa - 2017/2018

Referência	**Objetivo**	**Tipo de estudo**	**Plano Amostral**	**Nível de Evidência**
ALVARENGA, L. N. *et al.,* 2009.	Compreender como o idoso vivencia a aposentadoria e suas repercussões na qualidade de vida.	Estudo qualitativo	Conveniência	IV
NOGUEIRA, S. L. *et al*., 2010.	Investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, biológicos e de saúde, nutricionais, de relações sociais, além da autoavaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos longevos.	Delineamento transversal	Conveniência	IV
GEIB, L. T. C., 2012.	Sistematizar os conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde do idoso.	Ensaio crítico	Não se aplica	VI
FERREIRA, M. C. G., 2017.	Estudar as representações sociais (RS) sobre a qualidade de vida de idosos.	Estudo qualitativo	Conveniência	IV
SOUSA, F. A. M. R., 2017.	Descrever a metodologia utilizada no processo de estabelecimento de prioridades em saúde para intervenção comunitária, numa comunidade idosa.	Estudo qualitativo	Conveniência	IV
TEIXEIRA, L. *et al.*, 2017.	Relatar o número de centenários (total e proporção em relação à população total) em 32 países europeus e suas principais caracte-rísticas: distribuição de gênero, nível de educação e tipo de residência.	Estudo quantitativo, baseado em populações utilizando Censo Europeu de 2011	Conveniência	IV

YILMAZ, F.; TEKIN, R. N., 2018.	Investigar os efeitos de fatores precoces na vida e qualidade de vida de idosos.	Estudo quantitativo não probabilístico com análise de regressão logística binária	Não menciona	V
FERREIRA, M.C.G. *et al*., 2017.	Identificar as representações sociais de idosos sobre qualidade de vida e analisar as práticas de cuidado por eles adotadas para promovê-la.	Estudo qualitativo	Conveniência	IV

Fonte: organizado pela autora.

Os estudos extraídos e selecionados para a revisão sistemática e integrativa sobre os DSS revelaram o nexo entre as desigualdades em saúde e iniquidades sociais e os resultados que atuam na saúde mental do idoso.

Os estudos que mostram a influência dos DSS na saúde mental do idoso são: - Capacidade funcional e Alterações cognitivas (NOGUEIRA, 2010); - Rede de Apoio familiar e as Redes Sociais (SOUSA *et al.*, 2017); - Condições sociais financeiras: aposentadoria x pobreza (ALVARENGA *et al.*, 2009; FERREIRA, 2017); - Determinantes de saúde, qualidade de vida e o planejamento de políticas de saúde (FERREIRA *et al.*, 2017; TEIXEIRA *et al.*, 2017; YILMAZ; TEKIN, 2018) e o próprio conceito de DSS e a influência na saúde (GEIB, 2012).

Quanto aos DSS na saúde mental do idoso, são interações complexas de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida, podendo também ser individual, em que um evento é lançado por meio de um dano, como uma doença, ou até mesmo por um estresse psicológico. Tais danos, em diversos casos, fazem com que a pessoa idosa tenha perda de autonomia e de sua capacidade de interação com o meio, o que Nogueira (2010) relaciona à (in)capacidade funcional. O declínio da capacidade funcional também pode estar associado a fatores multidimensionais, daí a importância da abordagem nesse estudo sobre as medidas de intervenção e prevenção na prática dos profissionais de saúde e no planejamento das políticas públicas.

Nesta direção, a capacidade funcional e/ou as alterações cognitivas, nos diferentes contextos de vulnerabilidade social, também estão associadas a uma

complexa rede de fatores multidimensionais, incluindo a presença de fatores agravantes, como a idade avançada e a pobreza, sendo importante ações de intervenções para propiciar melhores condições de saúde e qualidade de vida a esses idosos (NOGUEIRA, 2010).

O declínio da capacidade funcional pode estar associado a uma série de fatores multidimensionais, que interagem e determinam essa capacidade em idosos (NOGUEIRA, 2010). Fazendo um paralelo, estudar os determinantes da capacidade funcional constitui-se como um importante indicador de saúde em idosos ao poder por meio deles determinar socialmente essa etapa da vida vivida. E esse apoio social é de extrema importância para o bem-estar individual, principalmente na velhice, quando os desafios ocupacionais, econômicos, funcionais e de saúde tendem a aumentar.

No que diz respeito ao envelhecimento com deficiências e doenças, Geib (2012), em diversos estudos, deixa claro que ele está relacionado aos elevados custos de saúde, maiores demandas de consultas e hospitalizações de longa permanência. É preciso investir nos meios que assegurem um envelhecimento ativo; buscar pela equidade em saúde implica ação sobre os DSS no curso da vida para tentar minimizar as dificuldades do envelhecimento. As maiores demandas de assistência para o tratamento de deficiências e doenças crônicas demonstram as desigualdades em saúde nos idosos. A equidade para os idosos requer ação sobre os determinantes sociais da saúde na perspectiva do “curso da vida”, com ações multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital (GEIB, 2012).

No que diz respeito à Rede de Apoio familiar e às Redes Sociais, existe a necessidade de investigar a sua funcionalidade, especialmente com idosos com alterações cognitivas, visto que os níveis que impactam socialmente a saúde estão diretamente ligados às percepções de suporte familiar, uma vez que poucos integrantes destas redes oferecem ou recebem apoio. Como decorrência há uma “baixa interação social e na baixa participação comunitária, consequentemente implicando na qualidade de vida do idoso” (SOUSA *et al.*, 2017, p. 4). Dessa forma, é uma boa iniciativa aumentar a compreensão das políticas realizadas pelos idosos em benefício de sua saúde e qualidade de vida e assim “promover o entendimento dessas ações pela equipe de atenção primária” (FERREIRA, 2017, p. 24).

Ferreira (2017) aponta que a insegurança tem forte influência nas atividades diárias da população idosa, a qual opta por fazer programas mais seguros em casa e

evita sair às ruas por medo de assaltos. Por conseguinte, o autor indica a necessidade de investimentos públicos em segurança e em meios que viabilizem o acesso aos ambientes públicos. Ainda acrescenta que a solidão nessa idade é fator crucial para a qualidade de vida, por seu impacto negativo no bem-estar deles. Dessa maneira, o incentivo à independência, à participação social afetam positivamente a qualidade de vida dos idosos. O mesmo é sugerido na educação, com a presença de intervenções para a sua melhoria, assim como para os modos de vida com qualidade para os indivíduos que nasceram na pobreza (YILMAZ; TEKIN, 2018).

Esses Determinantes de saúde e qualidade de vida, portanto, consagram-se como centrais para o desenvolvimento da velhice e planejamento de políticas de saúde para essa etapa da vida. Constatou-se em estudos epidemiológicos em idosos na Turquia que a perspectiva de “vida longa” não é ainda dada como mérito importante (YILMAZ; TEKIN, 2018). Um estudo com idosos centenários apontou também que o número de idosos longevos aumentou substancialmente desde os últimos dados disponíveis. Os resultados dos estudos acima citados refletem, portanto, a implantação e aperfeiçoamento de políticas específicas de promoção da saúde, o fortalecimento dos serviços atuais e o desenvolvimento de sistemas de atenção inovadores, e consequentemente o fortalecimento do capital social. E, particularmente, houve progresso em termos de planejamento de serviços, custos médicos, interações intergeracionais e a solvência dos programas de benefícios baseados na idade (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

No que diz respeito às condições sociais e de renda familiar, tem-se o momento aguardado pelo idoso, a aposentadoria, que pode ser vista de maneira positiva ou negativa, conforme significados que lhes são atribuídos, causando mudanças nos aspectos sociais, emocionais e nutricionais dos idosos – consideradas tendências simultâneas com vulnerabilidade individual (ALVARENGA *et al.*, 2009; FERREIRA, 2017).

Com a análise do material bibliográfico chega-se aos seguintes resultados pertinentes à revisão integrativa: 62,5% (05) estudos eram realizados no Brasil; 12,5% (1) em Portugal; 12,5% (1) em países europeus e 12,5% (1) na Turquia. Quanto à linguagem empregada nos trabalhos, 06 (75%) no idioma português, 25% (2) em inglês.

Da amostra, 94,5% (7) dos trabalhos foram publicados na área da saúde em geral e geriatria e 5,5% (1) especificamente na área de Enfermagem. Quanto ao ano de publicação, notou-se que 50% (4) dos estudos eram de 2017; 12,5% (1) de 2009; 12,5% (1) de 2010; 12,5% (1) de 2012; 12,5% (1) de 2018.

No tocante ao delineamento metodológico, percebeu-se que 50% (4) dos estudos utilizaram a abordagem qualitativa, 12,5% (1) como estudo de delineamento transversal, 12,5% (1) ensaio crítico, 12,5% (1) estudo quantitativo e 12,5% (1) estudo baseado em populações. Vale ressaltar que nessa revisão que consistia no ensaio crítico a proposta era sistematizar e apresentar conceitos acerca dos determinantes sociais da saúde, e em outro, além de se tratar de um estudo quantitativo, era de abordagem não probabilística com análise de regressão logística binária, e ainda um outro estudo quantitativo foi baseado em populações utilizando o Censo Europeu de 2011.

Quanto ao plano amostral definido para os estudos, 75% (6) consistiam em amostragem por conveniência, 12,5% (1) não se aplicava o plano amostral e também 12,5% (1) não mencionava a amostragem.

Quanto à classificação da hierarquia do nível de evidência científica dos manuscritos, 75% (6) foram classificados quanto ao nível de evidência IV, e 12,5% (1) o nível de evidência foi VI e 12,5% (1) o nível de evidência foi V. No que tange às limitações e vieses encontrados, observou-se que alguns estudos apontam como desafios a realização de estudos voltados aos DSS, qualidade de vida dos idosos e intervenções e aperfeiçoamento de políticas públicas.

Retomando os DSS no contexto social que influenciam na saúde e o modo como as condições sociais afetam a saúde mental do idoso, envolvendo aspectos socioeconômicos e redes de apoio, fica claro por meio dos estudos pesquisados e abrangidos nesse relatório que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e fatores de risco têm impacto significativo nas condições gerais de saúde e saúde mental dessa população idosa.

1.5 Envelhecimento e a Vulnerabilidade Social

Segundo Kuh *et al*. (2003), a epidemiologia do curso da vida estuda como certas exposições sociais estabelecidas durante a infância, adolescência e vida adulta precoce influenciam adultos no risco de doença e na posição socioeconômica.

Com isso, explicam-se as desigualdades sociais em adultos, bem como a saúde e a mortalidade. Fatores socioeconômicos em diferentes estágios de vida podem influenciar em exposições a fatores em estágios de vida anteriores que pertencem a cadeias de risco, em termo biológico ou socioeconômico.

Assim como a vida de cada pessoa e as condições sociais em que nasce e se desenvolve são extremamente desiguais em alguns grupos sociais, quando há condições de risco e estas vão se acumulando, surgem as consequências na saúde da fase adulta e velhice. A velhice representa o tempo de transição de papéis manifestados socialmente, o que pode funcionar como um disparador de problemas emocionais diante das perdas e limitações que acarreta (NARDI; OLIVEIRA, 2008). Alvarenga *et al.* (2009), por sua vez, afirmam que os valores intrínsecos ao próprio sujeito possibilitarão o enfrentamento das perdas e as condições de adaptar-se às novas situações de vida. Relacionar-se, ter planos e projetos na velhice são condições importantes que contribuem para a autoestima e a preservação da saúde entre a população idosa.

Como já citado anteriormente, outro fator que torna a população idosa vulnerável a problemas emocionais é a aposentadoria, com incidência comprovada na fragilização psíquica do idoso.

Sthal, Berti e Palhares (2010, p. 699) afirmam que:

> [...] a vulnerabilidade social do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano. Tais circunstâncias referem-se a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros. No Brasil, o baixo valor das aposentadorias constitui um fator de vulnerabilidade social.

A aposentadoria pode ser um fator de vulnerabilidade ao qual não apenas a pessoa idosa fica exposta, mas todo o grupo familiar que sobrevive com o recurso desse benefício (ALVARENGA *et al.*, 2009; RODRIGUES; NERI, 2012; FERREIRA, 2017).

De acordo com Sthal, Berti e Palhares (2010) a maioria dos indivíduos idosos ou é de aposentados ou de pensionistas (mulheres viúvas). Os idosos estão imersos em uma significativa situação de pobreza, devido à dificuldade de voltarem ao mercado de trabalho, e em razão disso mostram-se muito vulneráveis, desprovidos de outras fontes de renda além da aposentadoria. Nessa situação, é frequente apresentarem instabilidade em sua estrutura de gastos, especialmente no que diz

respeito às despesas com a saúde. Apesar de a aposentadoria constituir a garantia de direitos e de inclusão social (ALVARENGA *et al.*, 2009; RODRIGUES; NERI, 2012; FERREIRA, 2017), normalmente são valores que não permitem o atendimento adequado das necessidades de sobrevivência, sobretudo para lidarem com doenças e incapacidades, já que 70% dos aposentados e pensionistas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) recebem um salário mínimo por mês.

Tem-se então que são vários os fatores que vulnerabilizam socialmente a população idosa. Entende-se por vulnerabilidade social o resultado da influência das estruturas e instituições socioeconômicas sobre indivíduos que os coloca em situação de instabilidade quando expostos a fatores de risco impostos por elas (FIORATI *et al.,* 2014). O idoso, em geral, tem altos índices de situações de vulnerabilidade, principalmente nas etapas mais acentuadas da velhice, em que a fragilidade e as limitações estão mais presentes. Desse modo, as dificuldades no acesso às oportunidades sociais, econômicas e culturais ficam mais evidentes, e o poder público pouco parece se movimentar para fornecer melhores oportunidades. Quando se manifestam as dificuldades na mobilidade social das pessoas idosas, estas apresentam um desempenho na vida diária empobrecido, desmotivador e com poucas expectativas de melhoria, aumentando as situações de desproteção e insegurança por não se sentirem confiantes fora de casa, seja na rua, seja nos poucos ambientes de lazer e cultura que lhes são oferecidos.

Rodrigues e Neri (2012) e Busato *et al.* (2014) apontam que o envelhecimento implica um risco elevado para o surgimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em virtude das mudanças próprias desse período da vida. Ademais, se associadas a condições deficitárias de educação, renda e saúde, no decorrer da vida, em maior ou menor proporção, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade. Permanecendo essas dificuldades de acesso às oportunidades de que são carentes, paralelamente as desigualdades em saúde persistem.

A longevidade nem sempre é acompanhada por uma expectativa de vida saudável, incluindo aí a saúde mental; se por um lado o envelhecimento é visto como um triunfo, por outro, com as perdas existentes e o aparecimento de condições crônicas, vai-se compondo um quadro de isolamento social. Nessas condições, surgem as doenças mentais, como, por exemplo, a depressão, justamente por

viverem esses idosos sozinhos, com poucos recursos, sem apoio e laços afetivos. Atingidos pelo isolamento e vulneráveis a fatores de ordem social, aumenta-se então a necessidade de adequados suportes sociais e de saúde.

Para responder às desigualdades de acesso a saúde no Brasil e em outros países, a política de saúde necessita reconhecer e identificar as peculiaridades de cada grupo, assumindo um compromisso de projetar, priorizar e implementar estratégias inclusivas dentro de um modelo interdisciplinar, intersetorial e intercultural (JUÁREZ-RAMÍREZ *et al.,* 2014; DUARTE *et al.,* 2015).

Diante do exposto, o objetivo da pesquisa consiste em analisar a influência dos determinantes sociais da Saúde Mental do Idoso, abrangendo como indicadores os fatores socioeconômicos, tais como: escolaridade, trabalho, renda, habitação e acessos a serviços; e indicadores de inserção em redes de suporte social: redes de comunicação e pertencimento, participação social, e inserção no mundo digital.

Existem poucos estudos no Brasil sobre Determinantes sociais da saúde concernentes à saúde da população idosa, conforme dados da revisão de literatura; por isso a importância do conhecimento produzido nesta pesquisa. Os estudos nessa área têm se mostrado ainda em fase inicial de construção, e com metodologias ainda incipientes quando comparadas às de estudos no exterior, principalmente em países do Reino Unido e Europa Central e do Norte. Nesses países, os estudos sobre as influências dos DSS na saúde de pessoas, grupos e populações são mais frequentes, expondo a relevância deles no bem-estar dessas populações. Esse fato ficou demonstrado pela nossa revisão de literatura, a qual detectou que a maioria dos estudos coletados era proveniente desses países, enquanto estudos no Brasil sobre o tema eram bem poucos (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010; NERI *et al*., 2013; BORDE; ARKEMAN; PELLEGRINI FILHO, 2014; NOBREGA; ANJOS; MEDEIROS, 2017).

Seguem em resumo os aspectos relevantes desta pesquisa: os determinantes sociais têm decisiva influência sobre a saúde das pessoas e, particularmente, na velhice, pois sabe-se que as pessoas idosas são consideradas mais fragilizadas (ANDRADE, 2010; NOGUEIRA, 2010; NERI *et al.,* 2013; ARMENGOL, 2017), podendo ter a sua saúde mental muito afetada (NOGUEIRA, 2010; SANTOS; PAVARINI; BRITO, 2010; SANTOS; PAVARINI, 2011; SOUZA *et al.*, 2015) por determinantes que desfiguram o estilo de vida (GEIB, 2012), fatores adversos ligados à aposentadoria e redução da situação socioeconômica (ALVARENGA et al.,

2009; RODRIGUES; NERI, 2012; FERREIRA, 2017), rupturas com redes sociais de suporte, chegando ao isolamento social (PAVARINI *et al.*, 2009; INOUYE *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2013; CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016; SOUSA *et al.*, 2017). Tais fatores podem implicar e elevar, de modo significativo, manifestações de comprometimento da saúde mental do idoso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico para esta pesquisa é o modelo dos determinantes sociais da saúde (DSS) da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde/World Health Organization (WHO, 2008).

O modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da WHO (2008) enquadra-se em duas esferas: os determinantes estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais são aqueles atinentes à estratificação social incluindo os fatores socioeconômicos, trabalho e renda, gênero, etnicidade, cultura e capital social. Os intermediários determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde e incluem: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adesão de um estilo de vida saudável (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOLAR; IRWIN, 2010).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) objetivando desenvolver estudos sobre os determinantes sociais da saúde, construir bases para a elaboração de políticas e coordenar ações de combate às desigualdades sociais e de saúde dentro de países e entre os países. Para orientar a Comissão nessa extensa tarefa, a Secretaria da OMS efetivou uma revisão e resumo de diferentes quadros para a compreensão desses determinantes sociais da saúde, gerando, portanto, um quadro estrutural básico formado por diferentes modelos.

O modelo social de saúde foi articulado pela Declaração de Alma-Ata de 1978, a qual enfatiza a forma como a sociedade se organiza como determinante da saúde de pessoas, grupos e populações (WHO, 1978). A atenção e os movimentos de saúde preconizados para todos reafirmaram a necessidade de fortalecer a equidade nessa área ao abrangerem as condições sociais por meio de programas intersetoriais, tanto em níveis superestruturais de esferas centrais de governos, tais como fusão de programas ministeriais e secretaria de Estado, quanto em níveis territoriais envolvendo atores e instituições de governos e sociedade civil. As abordagens tangentes ao modelo de bem-estar social, ao contrário das abordagens consideradas neoliberais que priorizam reformas orientadas para o mercado, preconizam a saúde como direito universal das pessoas, bem como buscam a equidade como uma meta de sistemas de saúde para ampliar o acesso dos grupos sociais desfavorecidos aos serviços na área (SOLAR; IRWIN, 2010).

A crescente preocupação no final da década de 1990 em reduzir lacunas nesses sistemas fez com que tanto a equidade nesse âmbito como os determinantes sociais da saúde se tornassem o foco de políticas explícitas de um número crescente de países, conforme afirmam Solar e Irwin (2010) e consta na WHO (2012a).

Para Krieger (2001), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) abrangem as características específicas do contexto social que influenciam na saúde e o modo como as condições sociais interferem na saúde. Nessa perspectiva, assim como Juárez-Ramírez *et al.* (2014) afirmam que desigualdades em saúde é um problema que persiste nos grupos vulneráveis, tais como grupo de idosos, Ferreira (2017, p. 84) também afirma que os DSS estão presentes nos aspectos que envolvem "as dificuldades financeiras e sociais que perpassam pelas representações trazendo à tona as desigualdades e inequidades existentes na população estudada".

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota a definição dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, assim como para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e fatores de risco que têm influência direta nas condições de saúde de pessoas, grupos e populações. Silva (2015) afirma que a vulnerabilidade social seria um produto social, uma cicatriz da desigualdade, do desamparo público, da ausência do Estado, que criam riscos e desarmam defesas.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), um dos primeiros modelos de DSS, explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diversos níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que prevalecem na sociedade toda. No âmbito individual, são considerados alguns fatores, como idade, gênero e aspectos genéticos que influenciam a saúde do indivíduo; no nível imediatamente superior estão os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida. No contexto dos DSS, os comportamentos muitas vezes excedem o limiar das responsabilidades individuais, podendo ser classificados como parte dos determinantes sociais quando fortemente influenciados por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

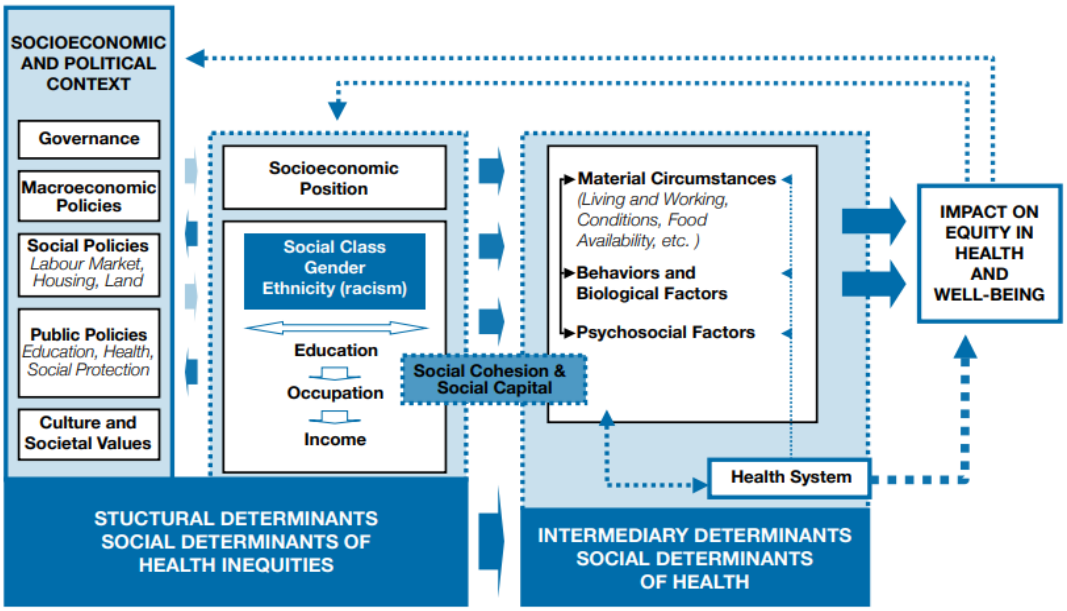
Em 2002, a Suécia aprovou uma nova estratégia nacional de saúde pública orientada para um modelo mais amplo de ação de política nacional voltada para os DSS. Novas políticas direcionadas ao combate das desigualdades em saúde foram aprovadas na Inglaterra, Irlanda, Itália, Holanda, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales durante esse período (SOLAR; IRWIN, 2010; MARMOT *et al.,* 2012).

Em 2003, Lee Jong-Wook assumiu o cargo de Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), valorizando compromissos para a equiparação e qualidade em saúde, justiça social e uma revitalização dos valores da saúde para todos, foram os primeiros momentos do desenvolvimento de ações práticas de uma nova era.

Solar e Irwin (2010) destacam que para realizar a equidade em saúde é importante capacitar pessoas, grupos socialmente desfavorecidos e obter um controle coletivo. E conforme o Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, das Nações Unidas (ONU, 1948), afirma: "Todo mundo tem direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo alimentos, roupas, habitação e cuidados médicos e serviços sociais necessários".

A seguir, apresenta-se o quadro conceitual para a ação sobre os determinantes sociais da saúde elaborada pela CSDH e que representa o referencial teórico nessa pesquisa:

Figura 1 - Final form of the CSDH conceptual framework



Fonte: Solar e Irwin (2010, p. 6).

A Figura 1, apresenta os principais elementos do contexto social, político e econômico de uma sociedade que produzem impactos diretamente na condição de saúde de pessoas, grupos e populações, reponsáveis pelo padrão de estratificação social e classe social que existe em um país e sociedade. Assim, percebe-se que as estratificações sociais acabam determinando diferentes acessos aos vários serviços, patrimônios e bens disponíveis a toda coletividade. São esses acessos diferenciados que também determinam as desigualdades em saúde quanto aos diferentes grupos sociais e à posição que abrangem nessa estratificação, pois, com base em seu respectivo status social, os indivíduos experimentam diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições de comprometimento da saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Na primeira coluna do quadro, à esquerda, estão os determinantes estruturais dos DSS, cujos principais elementos vão compor os aspectos contextuais que influenciam as desigualdades na saúde: governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais, políticas públicas em outras áreas relevantes, cultura e valores societários. Esses aspectos vão definir outros fatores pelos quais se forma a estrutura de uma sociedade: renda, escolaridade, ocupação, gênero, raça/etnia, posições socioeconômicas e classe social. Os determinantes estruturais, por sua vez, vão agir sobre os determinantes intermediários, os quais são constituídos pelos seguintes elementos: condições materiais da vida cotidiana das pessoas e grupos: condição de vida e trabalho, alimentação, o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais; circunstâncias psicossociais; fatores comportamentais e/ou biológicos; e o próprio sistema de saúde.

Assim, as circunstâncias materiais de vida que definem os determinantes intermediários da saúde também contemplam as condições de habitação e qualidade da vizinhança e trocas relacionais comunitárias, meios e recursos de consumo e estilos de vida. As circunstâncias psicossociais incluem estressores psicossociais, circunstâncias de vida estressantes e relacionamentos, suporte social e situações de enfrentamento. Os fatores comportamentais e biológicos incluem nutrição, atividade física, consumo de tabaco (SOLAR; IRWIN, 2010).

Ligando os determinantes estruturais da saúde e os intermediários está o capital social de uma sociedade. O capital social é uma construção teórica desenvolvida por contribuições de pensadores como Robert Putnam, James Coleman e Pierre Bourdieu, e empregado no domínio da saúde e especialmente nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde. O capital social é conceituado

como uma forma específica de organização social em que uma rede forte das relações interpessoais é baseada em reciprocidade e social cooperação, o que influencia o desenvolvimento pessoal e coletivo. Uma comunidade com forte capital social também apresenta desenvolvimento em todos os setores: econômico, cultural, político, social e de saúde (MACINKO; STARFIELD, 2001; KAWASCHI; SUBRAMANIAN; KIM, 2008; SOUZA, 2017).

Essa estrutura da CSDH parte de muitos modelos anteriores, definindo o próprio sistema de saúde como um determinante social da saúde (DSS). A função do sistema de saúde, conforme Solar e Irwin (2010), compreende diferenças na exposição e vulnerabilidade - mediante ações intersetoriais conduzidas pelo setor da saúde - além de exercer um papel relevante na mediação das consequências diferenciais da doença na vida das pessoas.

O modelo estrutural dos determinantes sociais da saúde concebido pela CSDH avança em relação a modelos anteriores que estiveram em sua origem, principalmente no que diz respeito à relevância atribuída ao contexto socioeconômico político, o qual não pode ser medido diretamente no nível individual. O "contexto" deve abranger um amplo conjunto de aspectos estruturais, culturais e funcionais de um sistema social, bem como pontua que os padrões de estratificação social atuam sobre as oportunidades, recursos e acessos, impactando diretamente a saúde das pessoas. Nesse contexto encontram-se os mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm hierarquias sociais - por exemplo, o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas, inclusive o Estado (SOLAR; IRWIN, 2010).

Conforme Geib (2012) e Juárez-Ramírez *et al.* (2014), a forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como gerador da má saúde e das desigualdades em saúde. É conveniente reconhecer o efeito das transições demográficas na estrutura etária bem como o avanço dos indicadores de saúde e desenvolvimento nas últimas décadas no Brasil.

A saúde no envelhecer depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência, tais como não fumar, praticar atividades físicas com regularidade ou esportes, ingerir alimentos saudáveis, tipo de atividade ocupacional, etc. Os estilos de vida adotados por uma pessoa desde jovem, como alimentação, ocupação e práticas esportivas, determinarão de maneira

significativa o seu envelhecimento fisiológico (BULCÃO *et al.*, 2004). Além dos estilos de vida opcionais, existem estilos de vida aos quais se aderem socialmente. As pessoas estão sujeitas a determinações sociais de saúde desde a sua gestação as quais vão interferir até a velhice.

Os contextos sociais e políticos são entendidos como fatores determinantes que influenciam processos de saúde/doença em certos segmentos populacionais. E as formas de enfrentamento das iniquidades constituem os principais focos de atenção em cada área e adotam as seguintes diretrizes de ação: foco em áreas de impacto direto: exclusão social e gênero; inclusão de perspectivas para toda a vida: desenvolvimento na infância; foco nas áreas ligadas aos Sistemas de Saúde; foco na vulnerabilidade e na alta exposição: condições de trabalho; foco no abrupto crescimento urbano: assentamentos urbanos; e globalização da economia como macrodeterminante (MOENE; WALLERSTEIN, 2001; WHO, 2008).

Nesta perspectiva, a posição social determina a saúde em virtude de fatores intermediários. As diferenças socioeconômicas de saúde acontecem quando a qualidade de tais fatores são distribuídos de forma desigual entre as classes socioeconômicas e assim o status estabelece o comportamento de uma pessoa, condições de vida, etc. – e esses determinantes levam à maior ou menor prevalência de problemas de saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Segundo as análises recentes do WHO (2012b) a respeito das políticas do bem-estar social e da saúde, as políticas sociais que implicam questões da saúde apontam para a equidade do grau de saúde social que existe na sociedade, destacando que os fatores contextuais que formam poderosamente a estratificação social, e consequentemente a organização de oportunidades de saúde, não são de responsabilidade apenas de governos e profissionais de saúde, mas também do controle coletivo das pessoas e comunidades.

Intervenções também devem visar os determinantes que se enquadram no domínio de cuidados preventivos regulares, incluindo fatores comportamentais (promoção individual da saúde e educação). As intervenções que destinam os determinantes estruturais da saúde envolvem maior complexidade porque estão diretamente vinculadas à organização política e governança de uma sociedade e abrangem aspectos sociais mais amplos para seu enfrentamento. Assim, as ações sobre os DSS têm sido mais frequentes sobre os determinantes intermediários (WHO, 2012a).

Ainda é importante mencionar os níveis de intervenção recomendados pelo modelo dos DSS da CSHD-WHO, tais como atuar visando as áreas de impacto direto, nas quais há expressivos índices de exclusão social, vulnerabilidade social, locais onde há processos de trabalho insalubres, atenção à infância e às famílias tendo em vista seu significado na inclusão e perspectiva para toda a vida, bem como desenvolver a organização dos sistemas de saúde. As recomendações também indicam ações de proteção social e formação de redes de suporte social prioritariamente em regiões pouco urbanizadas e assentamentos, ou seja, regiões que apresentam índices elevados de vulnerabilidade social (HARGREAVES *et al.*, 2011; WHO, 2012b).

O conceito de vulnerabilidade é multidimensional e dinâmico, que inclui fatores atinentes à inserção familiar e social e de ordem econômica, como a exclusão e isolamento social provocada pela carência de trabalho e envelhecimento. Relaciona-se com a insegurança e poucos recursos disponíveis em algumas comunidades e famílias enquadradas em más condições de vida e incapacitadas para lidar com as dificuldades. O modelo dos determinantes sociais da saúde e o panorama da equidade destacam ações sobre estes grupos que têm dificuldades de acesso a recursos gerais e que estão expostos a condições de iniquidades e em posições desiguais ao restante da população (RAMASCO-GUTIÉRREZ *et al.*, 2017).

Apesar de ainda não se ter avanços significativos e suficientes na prática dos determinantes sociais da saúde em proporção nacional, verificaram-se nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, alguns avanços satisfatórios nos estudos sobre as relações da situação de saúde e a forma como se organiza uma determinada sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Assim, constata-se que este marco referencial é o mais adequado para o estudo cujo objetivo é analisar as influências dos determinantes sociais da saúde mental do idoso, tendo por base os indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social. E, portanto, tais referenciais podem nos orientar teórica e conceitualmente neste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a influência dos determinantes sociais da saúde mental do idoso, com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o cotidiano de idosos com base nos indicadores socioeconômicos: escolaridade, inserção no trabalho/aposentadoria/seguridade social, renda, condição de moradia, ambiente, acessibilidade física, locomoção e mobilidade urbana.
- Analisar o cotidiano de idosos com base nos indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social: relação familiar, inserção na família e comunidade, participação social, acessibilidade psicossocial na comunidade e sociedade as quais pertencem.
- Descrever as dificuldades materiais e psicossociais vividas no cotidiano do idoso a partir do processo de aposentadoria.
- Identificar as dificuldades materiais e psicossociais vividas no cotidiano do idoso com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social.
- Verificar a influência dos determinantes sociais da saúde, com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em rede de suporte social, na saúde mental do idoso.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, de abordagem mista qualitativa e quantitativa. A etapa qualitativa envolveu entrevista de histórias de vida e a etapa quantitativa um questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes e questionário de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL-Bref.

4.2 Cenário e Locais do Estudo

Os locais da pesquisa foram o Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI), de Batatais [1]– SP e o Programa de atividades para o envelhecimento do Círculo Operário da Vila Tibério (COVT), de Ribeirão Preto [2]– SP.

O **Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI*)*** foi um programa de prevenção e promoção de saúde para o idoso que acontecia no Claretiano - Centro Universitário na cidade de Batatais - SP desde o ano de 2010 até o final de 2016 em parceria com a prefeitura Municipal de Batatais. Era composto por uma equipe multiprofissional (psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, enfermagem e educador físico), e os idosos eram atendidos por esses profissionais de forma grupal, duas vezes na semana, três horas em cada dia. No entanto, ao término de 2016, com a mudança da gestão municipal (prefeito), por se tratar de uma parceria Prefeitura e Claretiano, o programa não teve continuidade por dificuldades financeiras enfrentadas pela nova gestão, o que acarretou diversos cortes em projetos e entidades sociais; no entanto, os idosos participantes permanecem acessíveis por meio da lista de endereços e aceite fornecidos pela coordenadora do projeto.

O **Círculo Operário de Vila Tibério (COVT)**, em Ribeirão Preto - SP, é um equipamento social considerado como instituição social leiga, de utilidade pública, sem fins lucrativos, voltado à promoção do ser humano e de suas comunidades e tem princípio baseado no moderno conceito de humanismo cristão, democrático e

[1] Batatais – SP, município de pequeno porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, com população estimada em 62 mil habitantes (IBGE, 2018).

[2] Ribeirão Preto – SP, município de médio porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, com população estimada em 694 mil habitantes (IBGE, 2018).

participativo. O COVT foi fundado em 27 de novembro de 1960 e, atualmente, desenvolve gratuitamente as seguintes atividades voltadas para idosos: ginástica, *tai chi chuan*, canto coral, oficinas de terapia ocupacional, medidas psicoeducativas, trabalhos manuais, inclusão digital, palestras educativas e informativas, lazer e recreação, musicalização, momento de prosa e serviço de assistência social. A escolha desse local deveu-se à importância de se perceber sua validade no suporte social da vida do idoso.

4.3 Participantes da Pesquisa

Participaram deste estudo idosos acima de 60 anos de ambos os sexos, residentes em Batatais e Ribeirão Preto, que frequentavam o Programa CASI ou que fazem parte do COVT, dotados de boa cognição para responderem às entrevistas e questionário, e que concordaram em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram:

- Ser pessoa acima de 60 anos, independentemente do gênero;
- Ter participado do Programa CASI e participar do COVT;
- Apresentar condição cognitiva para responder ao questionário e entrevista.

Os critérios de exclusão foram:

- Pessoas abaixo de 60 anos;
- Pessoas que não participavam dos programas indicados;
- E aquelas que apresentavam comprometimento cognitivo que os impediam de responderem às entrevistas e questionário.

Para compor a pesquisa na abordagem quantitativa, tivemos uma amostra por conveniência de aproximadamente 100 pessoas idosas, em que a escolha não dependeu da probabilidade, mas de causas relacionadas com as características da pesquisa, isto é, o período de coleta ocorreu seguindo o cronograma da amostra por intenção (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Portanto, a pesquisa foi realizada com um total de 100 idosos, sendo 50 idosos de Batatais que frequentavam o CASI e 50 idosos de Ribeirão Preto que frequentam o COVT.

Para a pesquisa qualitativa, tivemos 10 pessoas idosas[3], número atingido após verificar-se a saturação dos dados, com base na repetição de informações disponibilizadas pelos participantes, bem como nenhum dado novo comprovadamente foi identificado. O critério de saturação foi utilizado nas entrevistas de história de vida (etapa qualitativa), a partir do qual verificou-se que as informações se repetiam nas entrevistas, ou seja, os dados e informações coletadas repetiam-se nos relatos orais com informações semelhantes, sem a captação de elementos e informações novas e, portanto, as entrevistas foram interrompidas. Desse modo, conforme Thiry-Cherques (2009), a seleção intencional pela saturação foi considerada representativa quando a entrevista sobre as histórias de vida não acrescentou mais nada ao que já se sabia sobre a categoria investigada (saturação teórica), seus conteúdos e suas relações com outras categorias.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para os dados quantitativos da pesquisa foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica dos sujeitos e sua família. O questionário passou por pesquisadores com expertise na produção e validação de instrumentos de construto subjetivos, em forma adaptada do modelo elaborado e validado por Souza (2017), o qual foi construído com base no Referencial Teórico de Robert Castel (2005) e sua análise das zonas de vulnerabilidade social. Castel (2005) analisa as inserções nas zonas de vulnerabilidade baseando-se na inserção de sujeitos nas relações socioeconômicas pela inserção nas relações de trabalho formal, bem como na análise da inserção dos sujeitos em redes sociais de suporte. Além disso, foi aplicado o questionário de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL-Bref, versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento curto e de rápida aplicação, o qual consiste em 26 questões. A primeira questão fez referência à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 são divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (FLECK, 2000;

[3] Idosos denominados pelas iniciais dos seus respectivos nomes (A1, A2, A3, I, M, MA, MJ, N, V, T).

GONÇALVES; VILARTA, 2004). As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas foram respondidas por meio de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000).

Assim, segundo Pedroso *et al.* (2010), o instrumento WHOQOL-Bref é constituído de 26 perguntas (sendo as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), por sua vez as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida, exceto nas questões em que a orientação é que a pontuação seja invertida) (THE WHOQOL GROUP, 1998a). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, perfazendo a configuração expressa no Quadro 2:

Quadro 2 - Domínios e suas respectivas Facetas do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio 1 – Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades de vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade trabalho
Domínio 2 – Domínio Psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Domínio Relações Sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio 4 – Domínio Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos Financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidade de recreação/lazer
	23. Ambiente físico:(poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998b).

Tendo por base os quatro domínios citados anteriormente, Pedroso *et al.* (2010) orientam que as questões que compõem o WHOQOL-Bref, com as questões cuja escala de respostas é invertida e colocadas em *itálico*, são as seguintes, dispostas no Quadro 3:

Quadro 3 - Domínios e suas respectivas Facetas do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Domínio 1 – Domínio Físico	*Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?*
	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	Quão bem você é capaz de se locomover?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?
	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Domínio 2 – Domínio Psicológico	O quanto você aproveita a vida?
	O quanto você consegue se concentrar?
	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
Domínio 3 – Domínio Relações Sociais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
Domínio 4 – Domínio Meio Ambiente	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?
	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?

Fonte: The WHOQOL Group (1998b).

A etapa qualitativa compreendeu entrevista de histórias de vida, em que a pessoa idosa foi convidada a discorrer sobre sua biografia, sobre sua saúde no curso da vida e no contexto atual. A história de vida permitiu obter informações na essência subjetiva da vida de cada participante. Permitiu saber a experiência e perspectiva de cada participante, sendo o melhor caminho a estas informações a própria voz da pessoa. O método utiliza-se, portanto, das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações pessoais de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao

sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador (SANTOS; SANTOS, 2008).

4.5 Etapas da Pesquisa

A pesquisa foi realizada da seguinte maneira:

- A pesquisa foi apresentada nos locais e serviços indicados (CASI - **ANEXO B** e COVT - **ANEXO C**), lembrando que os idosos que constituíam o Programa CASI permanecem acessíveis por meio da lista de endereços e aceite fornecidos pela coordenadora do projeto.
- O projeto foi submetido ao Comitê de Ética, após ter sido aprovado, os participantes foram selecionados pela pesquisadora inicialmente para amostra quantitativa, seguindo os critérios de inclusão.
- Foi entregue o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cada participante **(APÊNDICE A)**, ler, assinar e ficar com uma cópia dele.
- Coleta de dados: foi aplicado os questionários sociodemográficos **(APÊNDICE B)** e de percepção da qualidade de vida (QV) WHOQOL- Bref **(APÊNDICE C)** nas dependências do COVT e do Claretiano. Os idosos de Batatais responderam aos questionários nas dependências do Claretiano e/ou em suas residências, conforme optaram. E os idosos de Ribeirão Preto responderam aos questionários no espaço do COVT, antes de suas atividades, nos intervalos ou ao término das atividades do dia. Ambos os questionários com alternativas nas respostas, o que não dificultava a resposta para os participantes idosos.
- Após essa etapa, iniciou-se a coleta qualitativa por meio das histórias de vida a partir de uma pré-análise dos questionários e com base em uma seleção dos participantes que apresentaram maior índice de vulnerabilidade social (**APÊNDICE D**). Desse modo, a coleta aconteceu conforme à vontade da pessoa idosa (dependências dos cenários de estudo e/ou suas residências), sendo proposto que cada participante dessa etapa qualitativa discorresse sobre as suas histórias de vida relatando desde o nascimento, seus pais e irmãos, infância, adolescência, vida adulta, casamento ou não, dificuldades enfrentadas de que se recordavam, conquistas, nascimento de

filhos, até momentos atuais. São informações extensas, contadas por muitos com emoção, recordações de períodos difíceis, de um passado com várias dificuldades, mas pessoas que têm ânimo para lutar e estar no momento presente alegres ou tristes, mas ainda com gosto pela vida. Daí a importância em se conhecer mais a fundo as relações humanas e a história de vida contada de suas próprias vozes, a essência subjetiva da vida de cada participante idoso entrevistado, isso permitiu conhecer e sentir a experiência e a perspectiva de cada participante.

- Análise dos dados, elaboração dos resultados, discussão e considerações finais.

4.6 Análise de Dados

Na análise quantitativa, utilizou-se o método de análise estatística dos dados para os dois questionários, mas que foram analisados separadamente.

Os dados quantitativos foram analisados pelo método estatístico, tomando o critério de frequência simples e utilizando uma amostra por conveniência, de acordo com as variáveis socioeconômica e de inserção em redes sociais. Todavia, foram realizadas duas análises, uma para cada questionário, a amostra foi a mesma e após se efetuou o cruzamento das variáveis.

Segundo Pedroso *et al.* (2010) o cálculo dos escores do WHOQOL-Bref segue a mesma lógica do WHOQOL-100, exceto pelo cálculo dos escores das facetas. No WHOQOL-Bref, cada faceta é representada por uma única questão, e, por esse motivo, os escores das facetas não são calculados (THE WHOQOL GROUP, 1996; GRUPO WHOQOL, 1998). A sintaxe para o cálculo dos resultados do WHOQOL-Bref, ainda conforme Pedroso *et al.* (2010), é a seguinte apresentada no Quadro 4:

Quadro 4 - Sintaxe SPSS para o cálculo dos escores do WHOQOL-Bref

ETAPAS	SINTAXE SPSS PARA O CÁLCULOS DOS ESCORES DO WHOQOLBREF
Verificar se todos os 26 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q81 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
Converter as questões invertidas	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

Calcular os escores dos domínios	COMPUTE PHYS=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
Transformar os escores para uma escala de 0 a 100	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16).
Excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excedem 20% do total de itens*	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE.

Fonte: The WHOQOL Group (1998b).
*Nesta pesquisa não houve, uma vez que todos os idosos participantes foram orientados a responder a todas a questões.

De acordo com Pedroso *et al.* (2010), a orientação contida no instrumento, a transcrição textual da sintaxe do WHOQOL-Bref se apresenta da seguinte forma:

- Todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- Invertemos todas as questões cuja orientação é escala de respostas invertidas;
- Os escores dos domínios foram calculados pela soma dos escores da média da “n” questões que constituem cada domínio. Nos domínios constituídos por até sete questões, neste foi calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois (PEDROSO *et al.*, 2010). Nos domínios compostos por mais de sete questões, foram contados apenas se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado foi multiplicado por quatro, representado em uma escala de 4 a 20;
- Os escores dos domínios foram convertidos para uma escala de 0 a 100;

Portanto, para calcular o Domínio Físico foi necessário somar os valores das facetas e dividir por 7 (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18) /7.

Para calcular o Domínio Psicológico foi necessário somar os valores das facetas e dividir por 6 (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26) /6.

Para calcular o domínio Relações Sociais foi necessário somar os valores das facetas e dividir por 3 (Q20, Q21, Q22) /3.

Para calcular o domínio Meio Ambiente é só somar os valores das facetas e dividir por 8 (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)/8.

Na análise qualitativa, foi utilizado o método da análise de conteúdo de Bardin (2011). Portanto, os critérios de organização consistiram em:

1 – Pré-análise: o material foi organizado, compondo o corpus da pesquisa que já tinha a etapa quantitativa elaborada. Escolheram-se os documentos que, no caso, foram entrevistas de histórias de vida gravadas e transcritas, formularam-se hipóteses e categorias de acordo com o objetivo geral da pesquisa. Elaboraram-se indicadores que nortearam a interpretação final. De acordo com Silva e Fossá (2015), esta fase compreendeu:

a) Leitura flutuante: foi o primeiro contato com os documentos da coleta de dados (entrevistas gravadas), momento em que se começou a conhecer as informações, entrevistas e principais fontes a serem analisadas;

b) Escolha dos documentos: consistiu na definição do corpus de análise, ou seja, as entrevistas transcritas foram sendo analisadas, destacando-se o que mais relevante existia;

c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados transcritos;

d) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar as informações transcritas extraindo daí categorias empíricas e analíticas visualizadas de acordo com os objetivos da pesquisa.

E, assim, Bardin (1977) pontua regras para essa primeira fase: a Exaustividade - conduz à deferência de todos os componentes constitutivos do corpus, sem exceções; a Representatividade - efetua-se uma amostra, desde que seja uma parte representativa do universo inicial (BARDIN, 2011); a Homogeneidade - em que os documentos retidos devem ser homogêneos, e não em demasia singularidade fora dos critérios; e a Pertinência - significa verificar se a fonte documental se propõe à pesquisa (BARDIN, 1977). Portanto, como os participantes da pesquisa haviam sido selecionados conforme maior índice de vulnerabilidade social, havia pertinência nas informações coletadas, assim como a representatividade e homogeneidade, segundo regras de Bardin (1977) para essa primeira fase de análise da pesquisa.

2 – Exploração do material: nesta etapa ocorreu a “leitura flutuante”, na qual foram elaborados as hipóteses e o encontro com os objetivos da pesquisa. A escolha de um índice organizado em indicadores, e codificaram-se os dados relacionando-os às categorias criadas.

Bardin (1977) define como codificação a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Assim, o texto das entrevistas foi recortado em unidades de registros relevantes (palavras, frases, parágrafos), agrupados tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitaram as inferências para a discussão.

3 – Tratamento dos resultados: compreendeu a codificação e a inferência, sendo a etapa na qual procurou-se desenvolver um processo de inferências, por meio da interpretação dos dados, retomando o referencial teórico, embasando as análises para dar sentido à interpretação. A análise comparativa foi realizada através da justaposição das categorias existentes em cada análise e apontadas, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. Utilizou-se sempre a partir das transcrições das entrevistas gravadas a ferramenta tecnológica (o computador).

Conforme Costa e Amado (2018), com a técnica da justaposição das categorias dessa pesquisa foi organizado um conjunto sistemático, quantificado com o "conteúdo manifesto" significativo nessas categorias diversificando as comunicações, mas associando-as para uma melhor interpretação considerando os fatores diversos existentes que construíram a produção final de cada história contada.

Desse modo, a análise de conteúdo foi vista como um processo natural, espontâneo, no qual, quando se entrou em contato, foi possível fazer uso sublinhando as ideias de cada texto, relacionadas ao contexto de vulnerabilidade social e a partir desse ponto foi também possível avançar para a organização e síntese das relações encontradas, para uma melhor compreensão dessa etapa qualitativa assim construída.

4.7 Procedimentos Éticos

Em obediência aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e foi aprovado com o número de CAAE: 72255917.6.0000.55393, número

do parecer: 2.316.655 podendo ser conferido no **ANEXO A**. Foi assim analisado e aprovado pelo Comitê de Ética para início da pesquisa e coleta de dados.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas etapas, a saber: 1ª) Etapa quantitativa: caracterização, dados sociodemográficos dos idosos e análise do WHOQOL-Bref; 2ª) Etapa qualitativa: entrevista de histórias de vida.

5.1 Etapa Quantitativa: Caracterização e dados Sociodemográficos

Por meio da Tabela 1, é possível caracterizar os idosos participantes deste estudo, lembrando que a pesquisa foi desenvolvida com um total de 100 idosos, sendo 50 idosos de Batatais que frequentavam o Centro de Atenção a Saúde do Idoso - CASI e 50 idosos de Ribeirão Preto que frequentam o Círculo Operário de Vila Tibério - COVT.

Tabela 1 - Caracterização dos idosos participantes da pesquisa (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
SEXO		
Feminino	93	93,0
Masculino	7	7,0
IDADE		
61 a 70	32	32,0
71 a 80	56	56,0
81 a 90	12	12,0
COR/RAÇA		
Branca	85	85,0
Parda	9	9,0
Preta	6	6,0
ESTADO CIVIL		
Casado	24	24,0
Solteiro	10	10,0
Viúvo	54	54,0
Divorciado	12	12,0
UF (ORIGEM)		
SP	83	83,0
MG	10	10,0
BA	3	3,0
GO	1	1,0
PR	1	1,0
China	1	1,0
Malásia	1	1,0
MUNICÍPIO/RESIDÊNCIA ATUAL		
Batatais	50	50,0
Ribeirão Preto	50	50,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 1 observa-se que os respondentes são, em sua maioria, do sexo feminino, com idade na faixa etária de 71 a 80 anos, brancos e viúvos. Temos apenas dois idosos de nacionalidade estrangeira (China e Malásia), os demais (98) são brasileiros, sendo a sua maioria (83) naturais do estado de São Paulo, metade dos participantes (50) residem em Batatais e a outra metade (50) em Ribeirão Preto.

Já na Tabela 2 é possível verificar a situação atual de trabalho dos respondentes, assim como a renda individual.

Tabela 2 - Situação atual dos idosos participantes da pesquisa (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO		
Aposentado (a)	70	70,0
Pensionista	18	18,0
Do lar	5	5,0
Costureira	2	2,0
Conta Própria ou Autônomo	1	1,0
BPC	1	1,0
Outra (café)	1	1,0
Outra (doméstica)	1	1,0
Outra (LOAS)	1	1,0
RENDA ATUAL INDIVIDUAL*		
Não recebe	2	2,0
até 1/2 salário	3	3,0
1/2 a 1 salário	44	44,0
1 a 2 salários	29	29,0
2 a 3 salários	10	10,0
3 a 5 salários	10	10,0
acima de 5 salários	2	2,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Salário mínimo no valor de R$ 937,00, vigente para o ano de 2017.

Por meio da análise da Tabela 2 verifica-se que a maioria dos respondentes (70) são aposentados, com renda individual que varia entre meio a um salário mínimo, seguida de um percentual bem próximo que recebe entre um a dois salários mínimos.

Na próxima Tabela 3 é possível verificar o nível de escolaridade dos idosos respondentes.

Tabela 3 - Escolaridade dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
GRAU DE INSTRUÇÃO PESSOAL		
Sem estudo	3	3,0
1º Grau Incompleto	59	59,0
1º Grau Completo	10	10,0
2ª Grau Incompleto	9	9,0
2º Grau Completo	8	8,0
Superior Incompleto	1	1,0
Superior Completo	10	10,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesta Tabela 3 observa-se que a maioria dos respondentes (59) possui o primeiro grau incompleto, sendo aproximadamente mais da metade dos respondentes, os demais dividem-se de forma equilibrada entre primeiro grau completo (10), segundo grau incompleto (9) e ensino superior completo (10). Salienta-se que a grande maioria dos respondentes tem escolaridade muito baixa e não terminaram o ensino fundamental. Contrastando-se com os 9% que têm segundo grau e outros 10% que têm ensino superior. Portanto, a distância entre aqueles com baixíssima escolaridade daqueles com acima do segundo grau é muito grande.

Na Tabela 4 é possível fazer a leitura da renda e composição familiar dos idosos.

Tabela 4 - Renda e composição familiar dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
RENDA FAMILIAR *		
1/2 a 1 salário	20	20,0
1 a 2 salários	33	33,0
2 a 3 salários	23	23,0
3 a 5 salários	20	20,0
acima de 5 salários	4	4,0
NÚMERO DE PESSOAS		
1 pessoa	40	40,0
2 pessoas	39	39,0
3 pessoas	10	10,0
4 pessoas	8	8,0
5 pessoas	1	1,0
6 pessoas	1	1,0
7 pessoas	1	1,0
FILHOS COM DEFICIÊNCIA		
Não	90	90,0
Sim	10	10,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Salário mínimo no valor de R$ 937,00, vigente para o ano de 2017.

Por meio da leitura da Tabela 4 temos que a renda familiar da maioria fica entre um e dois salários mínimos com porcentagem significativa também de dois até três salários. A maioria dos idosos (40) mora com pelo menos uma pessoa, seguido de outros que moram com duas a três pessoas. De um total de 100 idosos respondentes, um percentual de 10% dos idosos têm filhos com deficiência.

Por meio da Tabela 5 podemos verificar as condições de domicílio e os recursos disponíveis na residência de cada idoso participante da pesquisa.

Tabela 5 - Domicílio dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
CONDIÇÃO DO DOMÍCILIO		
Própria	73	73,0
Alugada	20	20,0
Cedida	7	7,0
RECURSOS DISPONÍVEIS*		
Esgoto	100	100,0
Agua canalizada	100	100,0
Coleta de Lixo	100	100,0
Energia Elétrica	100	100,0
Geladeira	100	100,0
Televisão	100	100,0
Fogão	99	99,0
Filtro de Água	92	92,0
Rádio	81	81,0
Telefone Fixo	81	81,0
Máquina de lavar roupa	81	81,0
Celular	72	72,0
Internet	47	47,0
Computador	42	42,0
Automóvel	38	38,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

A Tabela 5 mostra que a grande maioria dos idosos possui casas próprias. Quanto aos recursos disponíveis nas casas dos respondentes, é possível observar que itens básicos como esgoto, água canalizada, coleta de lixo, energia elétrica, geladeira dentre outros, estão presentes em todas as residências.

Pela Tabela 6, referente às Redes de inserção social, vizinhança e comunidade dos idosos, é possível verificar a estrutura física do bairro onde residem os respondentes, assim como os aspectos positivos, negativos e o que é preciso melhorar do ponto de vista de cada idoso participante.

Tabela 6 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física do bairro onde residem os idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
BAIRRO POSSUI*		
Escolas	98	98,0
Serviços de Saúde	95	95,0
Locais de lazer (esportes, praças, clubes e outros)	57	57,0
Ambiente seguro	50	50,0
Locais de cultura (cinema, teatro, música e outros)	5	5,0
ASPECTOS POSITIVOS*		
Serviços básicos	81	81,0
Tranquilidade	77	76,0
Serviços de saúde	57	57,0
Escolas	57	57,0
Segurança	43	43,0
Lazer e Cultura	4	4,0
Nenhum citado	1	1,0
ASPECTOS NEGATIVOS*		
Falta de lazer e cultura	87	87,0
Insegurança	52	52,0
Falta de tranquilidade	22	22,0
Poucos serviços básicos	21	21,0
Poucos serviços de saúde	16	16,0
Nenhum citado	2	2,0
Poucas escolas	0	0
O QUE PRECISA MELHORAR*		
Cultura e lazer	93	93,0
Segurança	57	57,0
Serviços de saúde	23	23,0
Serviços básicos	22	22,0
Escolas	3	3,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Na Tabela 6 verifica-se que a maioria dos bairros possui escolas e serviços de saúde, com média frequência temos os locais de lazer e ambiente seguro, e com baixa frequência os locais de cultura - cinema, teatro, música e outros. Destacam-se como aspectos positivos dos bairros a presença de serviços básicos, tranquilidade, serviços de saúde e escolas. Como aspectos negativos são apontados principalmente a falta de lazer e cultura, a falta de segurança, e a falta de serviços de saúde. Como pontos a serem melhorados destacam-se a cultura e lazer, a segurança, seguida pelos serviços de saúde e serviços básicos.

Na Tabela 7, sobre a Inserção no trabalho, renda, é possível averiguar a geração de rendas e gastos familiares dos idosos participantes.

Tabela 7 - Inserção no trabalho, renda: geração de rendas e gastos familiares dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
TRABALHO DOMÉSTICO		
Próprio idoso(a)	90	90,0
Funcionária contratada	12	12
Filhos	11	11,0
Diarista	4	4,0
Seu companheiro (a)	4	4,0
RENDA FAMILIAR SUFICIENTE		
Todos os gastos necessários	68	68,0
Água, luz e gás	26	26,0
Alimentação, água, luz e gás	17	17,0
Alimentação, água e luz	5	5,0
Alimentação e roupas	2	2,0
QUANDO O DINHEIRO NÃO DÁ*		
Reduz algum gasto necessário	52	52,0
Pede ajuda a algum filho ou familiar	25	25,0
Não houve necessidade	17	17,0
Utiliza meios de conta para pagamento futuro	3	3,0
Deixa de pagar alguma conta	1	1,0
PRINCIPAIS GASTOS*		
Alimentação	50	50,0
Água, luz e gás.	37	37,0
Recursos de Saúde (medicação)	14	14,0
Telefone	9	9,0
Roupas	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 7 observa-se que o trabalho doméstico é realizado em geral pelo próprio idoso (a), mas em alguns casos, além de realizarem o trabalho doméstico, contam com ajuda de uma funcionária contratada ou dos filhos, poucos têm e contam com a ajuda do companheiro. Temos ainda que, para uma parcela, pouco mais da metade, afirmam que renda familiar atual é suficiente para manter todos os gastos, já outra parcela afirma que a renda familiar é suficiente somente para a alimentação, água, luz e gás. Cerca da metade dos respondentes disseram que, quando o dinheiro não dá, acabam reduzindo algum gasto necessário, outra parcela pede ajuda a algum filho ou familiar - interessante que apenas um respondente disse que deixa de pagar alguma conta, fica devendo. Como principais gastos desses idosos entram a alimentação, água, energia elétrica e gás, nessa ordem.

Na Tabela 8 têm-se as redes de inserção social, vizinhança e comunidade, sendo possível verificar como é a organização familiar dos idosos respondentes.

Tabela 8 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização familiar dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
QUEM CONSIDERA DA FAMÍLIA*		
Filhos	86	86,0
Filhos e netos	75	75,0
Cônjuge	16	16,0
Sou sozinho	4	4
ROTINA DIÁRIA		
Frequenta grupos de socialização ou amigos	64	64,0
Ficar em casa	49	49,0
Cuida de netos ou sobrinhos	6	6,0
Recebe visita dos filhos e netos	6	6,0
Visita os filhos com frequência	5	5,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 8 que são considerados pelo idoso respondente parte da sua família, principalmente os filhos, seguido de netos, vale ressaltar que a maioria dos idosos entrevistados são viúvos. Temos que a rotina familiar se resume basicamente, para uma grande parcela, em frequentar grupos de socialização ou amigos, ou ficar em casa. Um número muito pequeno de idosos diz cuidar de netos ou sobrinhos, receber visitas ou visitar os filhos e netos com frequência.

Na Tabela 9 é possível verificar o que diz respeito a Redes de inserção social: acesso pelos idosos.

Tabela 9 - Redes de inserção social: acesso pelos idosos (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
PROBLEMA/DIFICULDADE O QUE FAZ, A QUEM RECORRE*		
Se problemas de saúde busca os serviços de saúde	60	60,0
Recorre à ajuda dos filhos	34	34,0
Não busca/tem ajuda	17	17,0
Recorre a ajuda de amigos ou vizinhos	2	2,0
Se falta de dinheiro, recorre ao banco	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Na Tabela 9 verifica-se que, em casos de problemas ou dificuldades, buscam os serviços de saúde quando precisam, seguido de uma parcela que recorre à ajuda dos filhos, e outra parcela menor que informa não recorrer a ninguém, não ter ajuda.

Por meio da Tabela 10 é possível verificar os serviços e benefícios sociais utilizados pelos idosos respondentes.

Tabela 10 - Sistema de proteção social: acesso aos mecanismos de proteção social - públicos e privados e Políticas Sociais - serviços e benefícios sociais utilizados pelos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
POLÍTICAS SOCIAIS – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS		
Posto de Saúde	44	44,0
Nenhum destes locais citados	19	19,0
Serviços Básicos	18	18,0
Todos os locais citados	3	3,0
Hospital	2	2,0
PROGRAMA ASSISTENCIAL DO GOVERNO		
Sim (aposentadoria)	70	69,0
Não	10	26,0
Sim (BPC)	1	3,0
Sim (pensionista)	18	1,0
Sim (LOAS)	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

A Tabela 10 apresenta os locais conhecidos e mais utilizados pelos respondentes em seus respectivos bairros, destacando-se os postos de saúde. Constatamos ainda informações acerca dos programas assistenciais do governo - grande parcela dos idosos respondentes vale-se da aposentadoria, seguida de uma parcela razoável que não recebe nenhum tipo de benefício.

E para finalizar esta etapa da pesquisa, temos na Tabela 11 informações a respeito das redes sociais dos idosos respondentes.

Tabela 11 - Redes sociais de apoio: redes sociais dos idosos participantes (n=100). Batatais e Ribeirão Preto - 2017

	F	%
CASO DE NECESSIDADE, QUEM DÁ MAIS APOIO*		
Família	55	55,0
Amigos	28	28,0
Vizinhos	11	11,0
Não tem a quem recorrer	12	12,0
Parentes	0	0,0
TIPO DE APOIO		
Apoio emocional	72	72,0
Recursos na saúde	15	15,0
Não recebe ajuda	14	14,0
Ajuda nas AVDs	10	10,0
Financeiro	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Na Tabela 11 nota-se que, nos casos de necessidade, são os familiares quem mais dão apoio, principalmente de ordem emocional.

5.2 Etapa Quantitativa: Análise do WHOQOL-BREF

O instrumento WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas (sendo as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida, exceto nas questões em que a orientação é que a pontuação seja invertida). Exceto essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas, as quais constituem 4 domínios que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, conforme já apresentado na metodologia dessa pesquisa (ver Quadro 2).

Por meio da Tabela 12 são apresentados os resultados gerais alusivos a cada um dos 4 domínios do WHOQOL- Bref.

Tabela 12 - Escores do WHOQOL- Bref dos participantes CASI e COVT - Batatais e Ribeirão Preto - SP, 2017

DOMINIOS	N Válido	Omisso	Média %	Mediana %	Erro %	Mínimo %	Máximo %
Físico (0-100)	100	1	68,96	70,00	12,85	38	100
Psicológico (0-100)	100	1	72,06	74,00	10,31	26	86
Relações Pessoais (0-100)	100	1	70,30	74,00	9,04	20	86
Meio Ambiente (0-100)	100	1	67,34	68,00	8,87	40	95
Autoavaliação	100	1	71,02	72,00	9,22	24	84
Total – (0-100)	100						

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados descritivos do WHOQOL- Bref por domínios e qualidade de vida geral estão descritos na Tabela 12. Pode-se averiguar que os participantes do estudo apresentaram boas médias em todos os domínios. Nota-se que no domínio físico 68,96% apresentaram bons resultados, no psicológico 72,06%, em relações sociais 70,30% e ambiental 67,34%. Na autoavaliação sobre qualidade de vida, 71,02% apresentaram boa qualidade de vida.

No que tange ao Domínio 1 - Domínio Físico são verificadas, nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 3 - Dor e desconforto; Questão 4 - Dependência de medicamentos ou de tratamento; Questão 10 - Energia e fadiga;

Questão 15 - Mobilidade; Questão16 - Sono ou Repouso; Questão 17 - Atividades da Vida Cotidiana; - Questão18 - Capacidade de Trabalho.

No Quadro 5 é possível visualizar por meio da análise estatística a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, quanto ao Domínio Físico.

Quadro 5 - Escores das questões do Domínio Físico do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas	Frequência	%	% Válida
Dor e desconforto	*3 – Em que medida você acha que sua dor (física) impede de você fazer o que você precisa?**	Nada Muito pouco Mais ou menos Bastante Extremamente	4 29 14 20 33	4,0 28,7 13,9 19,8 32,7	4,0 29,0 14,0 20,0 33,0
Dependência de medicamentos ou de tratamento	*4 – O quanto você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?**	Nada Muito pouco Mais ou menos Bastante Extremamente	0 44 12 16 28	0 43,6 11,9 15,8 27,7	0 44,0 12,0 16,0 28,0
Energia e fadiga	10 – Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Nada Muito pouco Médio Muito Completamente	1 12 38 47 2	1,0 11,9 37,6 46,5 2,0	1,0 12,0 38,0 47,0 2,0
Mobilidade	15 – Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim Ruim Nem ruim nem bom Bom Muito bom	1 8 17 68 6	1,0 7,9 16,8 67,3 5,9	1,0 8,0 17,0 68,0 6,0
Sono ou repouso	16 – Quão satisfeito você está com o seu sono?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	4 28 12 55 1	4,0 27,7 11,9 54,5 1,0	4,0 28,0 12,0 55,0 1,0
Atividades da vida cotidiana	17 – Quão satisfeito você está com sua capacidade para desempenhar as atividades de seu dia a dia?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	2 12 16 69 1	2,0 11,9 15,8 68,3 1,0	2,0 12,0 16,0 69,0 1,0
Capacidade de trabalho	18 – Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	2 12 17 68 1	2,0 11,9 16,8 67,3 1,0	2,0 12,0 17,0 68,0 1,0

Fonte: Dados da pesquisa.

*As questões em itálico, segundo orientação do instrumento, tiveram sua pontuação invertida para análise.

Observamos na questão 3, que tem como faceta a dor e desconforto, mais da metade (53%) dos participantes afirmam que sua dor física os impedem (bastante ou extremamente) de fazerem o que precisam, os demais (47%) dizem que a dor física impede mais ou menos, muito pouco e em nada, a realizarem o que precisam. Já na questão 4, referente a faceta Dependência de medicamentos ou de tratamento, quase metade (44%) dos participantes respondentes disseram que precisam muito pouco de tratamento médico para levar a sua vida diária. Interessante que a mesma quantidade 44% (16% + 28%) afirma precisar bastante e extremamente de algum tipo de tratamento médico para levar sua vida diária.

Na questão 10, que diz respeito à faceta Energia e fadiga, aproximadamente a metade (47%) dos participantes respondeu que tem muita energia suficiente para o seu dia a dia. Na questão 15, que se refere a faceta Mobilidade, a grande maioria (68%) afirma ser capaz de se locomover bem, um número pequeno (8%) afirma ter a mobilidade ruim. Na questão 16, que diz respeito à faceta Sono e repouso, um pouco mais da metade (55%) dos respondentes afirma estar satisfeito com o sono, e um número razoável (28%) afirmou estar insatisfeito com o seu sono. Na questão 17, aludindo à faceta Atividade da vida cotidiana, um número muito significativo (69%) dos participantes respondeu ainda estar satisfeito com a sua capacidade de desempenhar atividades diárias. E para finalizar este domínio, outro número bem significativo (69%) afirmou estar satisfeito com sua capacidade para o trabalho, mas por outro lado temos um número razoável considerável (31%) que se mostra com baixa satisfação.

Referente ao Domínio 2 - Domínio Psicológico, são verificadas nas seguintes questões as respectivas facetas: Questão 5 - Sentimentos positivos; Questão 6 - Espiritualidade/religião/crenças pessoais; Questão 7 - Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Questão 11 - Imagem corporal e aparência; Questão 19 - Autoestima; Questão 26 - Sentimentos negativos.

No Quadro 6 é possível visualizar por meio da análise estatística, a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Psicológico.

Quadro 6 - Escores das questões do Domínio Psicológico do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% Válida
Sentimentos Positivos	5 – O quanto você aproveita a vida?	Nada	4	4,0	4,0
		Muito pouco	19	18,8	19,0
		Mais ou menos	28	27,7	28,0
		Bastante	49	48,5	49,0
		Extremamente	0	99,0	0,0
Espiritualidade / religião/crenças pessoais	6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	3	3,0	3,0
		Muito pouco	2	2,0	2,0
		Mais ou menos	15	14,9	15,0
		Bastante	79	78,2	79,0
		Extremamente	1	1,0	1,0
Pensar, aprender, memória e concentração	7 – O Quanto você consegue se concentrar?	Nada	0	0	0,0
		Muito pouco	10	9,9	10,0
		Mais ou menos	16	15,8	16,0
		Bastante	72	71,3	72,0
		Extremamente	2	2,0	2,0
Imagem Corporal e Aparência	11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	1	1,0	1,0
		Muito pouco	7	6,9	7,0
		Médio	29	28,7	29,0
		Muito	61	60,4	61,0
		Completamente	2	2,0	2,0
Autoestima	19 – Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	3	3,0	3,0
		Insatisfeito	5	5,0	5,0
		Nem satisfeito nem insatisfeito	17	16,8	17,0
		Satisfeito	72	71,3	72,0
		Muito satisfeito	3	3,0	3,0
Sentimentos negativos	*26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**	Nunca	16	15,8	16,0
		Algumas vezes	62	61,4	62,0
		Frequentemente	9	8,9	9,0
		Muito frequentemente	9	8,9	9,0
		Sempre	4	4,0	4,0

Fonte: Dados da pesquisa.
*As questões em itálico, segundo orientação do instrumento, tiveram sua pontuação invertida para análise.

Na questão 5, referente a faceta Sentimentos Positivos, aproximadamente metade (49%) dos participantes respondentes afirmou aproveitar bastante a vida, destes apenas quatro (4%) disseram não aproveitar nada a vida. Na questão 6, que diz respeito a faceta Espiritualidade/religião/crenças pessoais, quando questionados, um número significativo de participantes (79%) replicou que a própria vida tem bastante sentido, apenas uma minoria (3%) respondeu que acha que a sua vida não tem sentido. Na questão 7, referente à faceta Pensar, aprender, memória e concentração, um número também muito significativo de participantes (72%)

respondeu que consegue se concentrar bastante, apenas 10% responderam que conseguem se concentrar muito pouco. Na questão 11, que diz respeito a faceta Imagem Corporal e Aparência, 61% responderam que aceitam a própria aparência física, 7% disse que a aceitam muito pouco. Já na questão 19, referente a faceta Autoestima, a maioria (72%) dos participantes respondeu que está satisfeita consigo mesma, apenas um total de 8% disse estar insatisfeito e muito insatisfeito consigo mesmo. E por fim, na questão 26, mesmo tendo muitos participantes (62%) indicado que por algumas vezes tivessem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão, consideramos que estes sentimentos não são frequentes, nem muito frequente, o que é considerado normal do ponto de vista humano.

Referente ao Domínio 3 - Domínio Relações Pessoais são analisadas nas seguintes questões, as respectivas facetas: Questão 20 - Relações Sociais; Questão 21 - Atividade Sexual; Questão 22 - Suporte (apoio) social.

No Quadro 7 é possível visualizar por meio da análise estatística a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Relações Sociais.

Quadro 7 - Escores das questões do Domínio Relações Sociais do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% válida
Relações Sociais	20 – Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	2 2 10 81 5	2,0 2,0 9,9 80,2 5,0	2,0 2,0 10,0 81,0 5,0
Atividade sexual	21 – Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	2 11 77 10	2,0 10,9 76,2 9,9	2,0 11,0 77,0 10,0
Suporte (apoio) social	22 – Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe dos amigos?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	1 8 14 73 4	1,0 7,9 13,9 72,3 4,0	1,0 8,0 14,0 73,0 4,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na questão 20, referente à faceta Relações Sociais, um número muito significativo (81%) de participantes afirmou estar satisfeito com suas relações pessoais, seguido de apenas 10% que sinalizaram não estarem nem satisfeitos nem insatisfeitos com suas relações pessoais. Já na questão 21, que diz respeito a faceta Atividade sexual, 77% dos participantes se disseram nem satisfeito nem insatisfeito com a vida sexual, seguido de 11% que afirmaram estar insatisfeitos. Na questão 20, referente a faceta Suporte (apoio) social, a grande maioria (73%) disse estar satisfeita com o apoio que recebe dos amigos, apenas 8% disseram estar insatisfeitos.

Referente ao Domínio 4 - Meio Ambiente, são verificadas nas seguintes questões as respectivas facetas: Questão 08 - Segurança física e proteção; Questão 9 - Ambiente Físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); Questão 12 - Recursos Financeiros; Questão 13 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Questão 14 - Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Questão 23 - Ambiente no lar; Questão 24 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Questão 25 - Transporte.

No Quadro 8 é possível visualizar por meio da análise estatística, a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente ao Domínio Meio Ambiente.

Quadro 8 - Escores das questões do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Faceta	Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% válida
Segurança física e proteção	8 – Quão seguro você se sente em sua vida diária?	Nada Muito pouco Mais ou Menos Bastante Extremamente	2 18 27 53 0	2,0 17,8 26,7 52,5 0,0	2,0 18,0 27,0 53,0 0,0
Ambiente físico (poluição/ruído /trânsito/clima)	9 – Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada Muito pouco Mais ou Menos Bastante Extremamente	2 9 21 68 0	2,0 8,9 20,8 67,3 0,0	2,0 9,0 21,0 68,0 0,0
Recursos financeiros	12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada Muito pouco Médio Muito Completamente	4 20 63 12 1	4,0 19,8 62,4 11,9 1,0	4,0 20,0 63,0 12,0 1,0

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13 – Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Nada Muito pouco Médio Muito Completamente	3 22 20 54 1	3,0 21,8 19,8 53,5 1,0	3,0 22,0 20,0 54,0 1,0
Participação e oportunidades de recreação/lazer	14 – Em que medida você tem oportunidade de lazer?	Nada Muito pouco Médio Muito Completamente	18 17 32 32 1	17,8 16,8 31,7 31,7 1,0	18,0 17,0 32,0 32,0 1,0
Ambiente no lar	23 – Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	1 5 7 81 6	1,0 5,0 6,9 80,2 5,9	1,0 5,0 7,0 81,0 6,0
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24 – Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	5 14 77 4 0	5,0 13,9 76,2 4,0 0,0	5,0 14,0 77,0 4,0 0.0
Transporte	25 – Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito	4 10 33 52 1	4,0 9,9 32,7 51,5 1,0	4,0 10,0 33,0 52,0 1,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na questão 7, que diz respeito à faceta Segurança física e proteção, um pouco mais da metade (53%) dos participantes respondeu que se sentem bastante seguros em sua vida diária, os demais (47%) se dividiram entre mais ou menos, muito pouco ou nada seguro. Na questão 9, referente a faceta Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) um número bem representativo de idosos escolheu a opção bastante saudável, enquanto apenas 9% disseram viver num ambiente pouco saudável. Na questão 12, que diz respeito à faceta Recursos financeiros, um número bem significativo (63%) afirmou que os seus recursos são medianos para satisfazer suas necessidades, seguido de um número razoável (20%) que afirmou que são muito poucos os seus recursos financeiros. Na questão 13, referente à faceta Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, um pouco mais da metade dos idosos (54%) afirmou que as informações que precisam estão muito disponíveis no seu dia a dia, os demais afirmaram que têm poucas ou quase nenhuma oportunidade, faltam informações. Na questão 14, sobre a Participação em, e oportunidades de recreação e lazer, um total de 67% está na média ou abaixo da média, afirmando não ter nenhuma oportunidade (18%), muito pouco (17%) ou

média (32%), a mesma quantidade (32%) de participantes afirmou ter muita oportunidade de participação em recreação ou lazer. Na questão 23, referente ao Ambiente no lar, um número muito representativo (81%) se diz satisfeito com as condições do local onde mora, apenas 5% estão insatisfeitos. Na questão 24, no que se refere aos Cuidados de Saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, um número muito significativo (77%) escolheu como opção nem satisfeito nem insatisfeito com o acesso aos serviços de saúde, um número muito pequeno (4%) se diz satisfeito com estes serviços, implicando em refletir em como estaria o acesso desses idosos aos serviços de saúde. Na questão 25, referente ao Transporte, um pouco mais da metade (52%) dos participantes se disseram satisfeitos, seguidos de 33% que estão razoavelmente satisfeitos.

Referente à Autoavaliação, foram verificadas, por meio da análise estatística da Questão 1 e da Questão 2.

No Quadro 9 é possível visualizar por meio da análise estatística a frequência e porcentagem válida apresentada em cada questão, referente à Autoavaliação.

Quadro 9 - Escores das questões do Domínio Relações Pessoais do WHOQOL- Bref dos idosos participantes (n=100). 2017

Questão	Respostas Variáveis	Frequência	%	% válida
1 – Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	Muito ruim	1	1,0	1,0
	Ruim	2	2,0	2,0
	Nem ruim nem bom	22	21,8	22,0
	Boa	66	65,3	66,0
	Muito boa	9	8,9	9,0
2 – Quão satisfeito você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	1	1	1,0
	Insatisfeito	21	20,8	21,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	20	19,8	20,0
	Satisfeito	53	52,5	53,0
	Muito satisfeito	5	5,0	5,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificamos que na questão 1, sobre a autoavaliação da qualidade de vida, a maioria dos participantes (66%) avalia a sua qualidade de vida como boa, seguida de 22 idosos que a avaliam como nem ruim, nem boa; apenas dois idosos consideram sua vida ruim e 1 (um) como muito ruim. Quanto a questão 2, na autoavaliação de satisfação do idoso com a sua saúde, verificamos que pouco mais da metade (53%) dos idosos participantes está satisfeita com sua saúde, porém observamos um número considerável (21%) que está insatisfeito.

5.3 Etapa Qualitativa: Análise das Entrevistas de História de Vida

Inicia-se aqui a apresentação dos resultados qualitativos coletados por meio da realização de entrevistas de história de vida com dez participantes idosos selecionados a partir da etapa quantitativa e considerados mais vulneráveis conforme questionário sociodemográfico e Whoqol-Bref. O critério de saturação foi utilizado e não houve necessidade de continuar a coleta, pois as informações já não eram mais novas, sendo, portanto, suficiente o total previsto e executado.

Tabela 13 - Caracterização dos idosos participantes da etapa qualitativa (n=10)

	F	%
SEXO		
Feminino	08	80,0
Masculino	02	20,0
IDADE		
61 a 70	03	30,0
71 a 80	06	60,0
81 a 90	01	10,0
COR/RAÇA	07	70,0
Branca	02	20,0
Parda	01	10,0
Preta		
ESTADO CÍVIL		
Casado	02	20,0
Solteiro	01	10,0
Viúvo	05	50,0
Divorciado	02	20,0
UF (ORIGEM)		
SP	09	90,0
MG	01	10,0
MUNICÍPIO/RESIDÊNCIA ATUAL		
Batatais	08	80,0
Ribeirão Preto	02	20,0

Fonte: Dados da pesquisa etapa qualitativa.

Das entrevistas realizadas, 80% (8) eram do sexo feminino e 20% (2) do sexo masculino; 60% (6) tinham entre 71 e 80 anos; 30% (3) entre 61 e 70 anos; e 10% (1) entre 81 e 90 anos. Na situação atual, 70% (7) se encontram aposentados e 30% (3) são pensionistas.

Tabela 14 - Escolaridade dos idosos participantes (n=10)

	F	%
GRAU DE INSTRUÇÃO PESSOAL		
1º Grau Incompleto	09	90%
1º Grau Completo	01	10%

Fonte: Dados da pesquisa etapa qualitativa.

No que concerne à escolaridade dos participantes da etapa qualitativa, 90% (9) tiveram o primeiro grau incompleto e 10% (1) o primeiro grau completo.

O conteúdo das entrevistas foi analisado segundo o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin, seguindo-se as etapas de Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados. Após a leitura exaustiva, foram demarcados os dados analisados e apontados os temas suscitados pelos discursos dos idosos. Posteriormente, foi feito o cálculo das frequências com que apareciam, constituindo-se, portanto, 4 categorias analíticas, destas decorreram mais 8 categorias empíricas extraídas das respostas dos participantes, além de 2 subcategorias empíricas.

As categorias analíticas foram dadas a priori pela pesquisadora, pois correspondem aos pressupostos e objetivos dessa pesquisa, sendo estas então constituídas a partir dos conteúdos que a pesquisadora buscou coletar de acordo com os objetivos norteadores do estudo. As categorias empíricas, por sua vez, correspondem ao conteúdo emergente extraído dos relatos dos participantes, denominados conforme iniciais dos seus respectivos nomes (A1, A2, A3, I, M, MA, MJ, N, V, T), com base nas questões lançadas pela pesquisadora.

As categorias são apresentadas a seguir (Quadro 10):

Quadro 10 - Categorias identificadas no estudo

Categorias analíticas	Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
1. Cotidiano dos idosos com base nos indicadores socioeconômicos e dificuldades materiais e psicossociais vividas (5.3.1)	- Baixa escolaridade, - Estágio da vida baseado na fase de aposentadorias; - Renda baixa, - Condição de moradia, ambiente, acessibilidade física, locomoção e mobilidade urbana.	- Aposentadoria com renda baixa e insuficiente; - Inexistência do benefício (principalmente as mulheres).
2. Cotidiano dos idosos com base nos indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social (5.3.2)	- Relação familiar insatisfatória; - Ausência de participação social e comunitária, carência de um capital social. - Acessibilidade psicossocial na comunidade e sociedade	

	defasadas.	
3. Dificuldades materiais e psicossociais vividas no curso da vida como determinantes sociais da saúde (5.3.3)	- Dificuldades que geram prejuízos socioeconômicos e de desenvolvimento pessoal e o não fortalecimento de vínculos nas redes de suporte sociais	
4. Determinantes sociais da saúde mental do idoso (5.3.4)		

Fonte: Dados da pesquisa.

Desse modo, a seguir serão descritas as categorias detalhadas com trechos dos discursos encontrados:

5.3.1 Cotidiano dos idosos com base nos indicadores socioeconômicos e dificuldades materiais e psicossociais vividas

As condições socioeconômicas influenciam no cotidiano dos idosos principalmente porque na velhice a falta de novas perspectivas e o ritmo desacelerado advindo com a aposentadoria ocasionam rupturas e perdas, fatores que podem ser marcantes em suas vidas.

Das pessoas idosas entrevistadas, tem-se a maioria (90%) dentro de indicadores socioeconômicos precários, com baixa escolaridade e más condições financeiras e de moradia, apontando algumas insatisfações e a necessidade de implantação de melhorias.

O desligamento da rotina competitiva do trabalho, do círculo dos colegas de trabalho e a redução da renda financeira podem acarretar o surgimento de prejuízos mentais para a pessoa idosa ao que se soma também considerável perda do status social que na maioria das vezes acontece.

E quando as dificuldades materiais se agravam, muitas pessoas idosas buscam o mercado de trabalho informal como meio alternativo para aumentar a renda e suprir as necessidades suas e de suas famílias.

Essa dificuldade financeira provinda da única fonte que é a aposentadoria foi encontrada nos entrevistados, pois 70% estavam aposentados e 30% eram dependentes da aposentadoria do marido. A maioria também declarou viver com ajuda dos filhos.

Nos fragmentos a seguir, pode-se apreender a visão dos idosos a respeito de sua condição socioeconômica, retratada nesta categoria analítica:

5.3.1.1 Baixa escolaridade

No que tange a essa categoria empírica, percebeu-se que 90% dos entrevistados possuem baixíssima escolaridade, mostrando que interromper a escola era uma tendência cultural predominante em sua época. Os homens, conforme relatos, paravam os estudos para começar a trabalhar e, quanto às mulheres, não era diferente, havendo por elas mais abandonos da escola para ajudar em casa a cuidar dos irmãos mais novos e mesmo para o trabalho fora de casa (na roça ou como "domésticas"); portanto, já desde cedo a mulher assumia as funções afins à maternidade e à casa

> A3 *"Ah estudar não, estudar ãhn... meu tio ensinou um pouquinho pra nós, mas escola, não. Na roça, toda vida morava na roça".*
>
> I *"Ih. Terceiro ano primeiro de roça (-risos) professor na roça (-risos) pode falar que eu não sei quase nada".*
>
> T. *"Eu estudei até a terceira série porque é... eu eu eu era meia burrinha na escola, não passava, né. Então eu eu tinha trabalhar porque nós era muito pobre ela, né. A gente morava em roça, era muito difícil para gente estudar também, né. Era longe. Aí eu peguei e parei de estudar. Aí quando eu tinha 8 anos eu comecei a trabalhar de empregada, empregada e babá".*

5.3.1.2 Estágio da vida baseado na fase de aposentadorias

Para muitos a mudança do ritmo com a chegada da aposentadoria e encerramento da vida produtiva é vista como um fato bastante significativo. Porém, aqui nesta categoria os entrevistados apontam o rebaixamento do nível econômico, as diversas limitações do envelhecimento e mesmo as dificuldades na saúde como seus principais problemas, principalmente quando não conseguem se manter e recorrem aos filhos. Ainda assim, pensando nas mulheres que em diversos casos não conseguiram se aposentar e sobrevivem de pensão, percebe-se que vivem em uma etapa da vida difícil e sonham ter o suficiente para uma vida digna.

> A1 *"Eu não gosto tá dependendo dos outros, eu acho que é tão humilhante, né. Então o meu salário é baixo, mas dá pra ir tocando".*

A2 “Mas até agora, graças a Deus, nunca faltou nada, vamo ver dagora pra frente, né. Que cada vez vai apertando mais, né”.

A3 *“(...) E não, e eu não tenho, não tive direito a aposentadoria (-riso) hoje, né. (-riso). Agora eu recebo é a aposentadoria do marido passou pra mim, né. Então como, como pensão. E só também que eu recebo. E é essa vida minha aí com esses filhos, que eu tenho 5, né”.*

I *“Meu filho, um só que tem mais situação que me ajuda. E ele recebe só um salário. Não tenho aposentadoria”.*

5.3.1.3 Renda baixa

A renda baixa é fator agravante apontado por todos os entrevistados (100%), com relato de trabalho nas suas vidas desde muito cedo, em idade precoce, hoje considerado trabalho infantil e proibido. No entanto, o que é importante destacar aqui é como esse trabalho iniciado tão cedo provocou uma tendência maior a viver com uma renda baixa até os dias atuais, ou seja, o fato de terem iniciado cedo na vida produtiva, impossibilitou-lhes o desenvolvimento escolar. Pesquisas como a de Ana Kassouf (2007) reforçam esse dado - quanto mais cedo o indivíduo começa a trabalhar, mais baixa é sua renda, e na aposentadoria comprova-se um rebaixamento no nível socioeconômico da pessoa idosa aqui em destaque.

N *“Olha, Camila, pra ser sincera e honesta, no momento, do jeito que me encontro aqui, eu pedia muito a Deus que eu tivesse uma situação financeira um poquinho melhor. Pra mim pagar pelo menos uma faxineira pra me ajudar. Porque janela, armário, porque essa janela minha do quarto ela é facinha, porque ela é baixinha. Tanto de cá como de cá”.*

T *“ Aí eu já com 8 anos eu já comecei ser babá, cuidava de dois menininhos que eram vizinhos meu. Aí depois eu comecei, eu parei de ser babá. Comecei a trabalhar de empregada doméstica. Eu fui trabalhando de empregada doméstica até os 18 anos aí eu tinha feito a inscrição lá no Matarazzo lá em Ribeirão. Aí o Matarazzo me chamou e as minhas irmãs já trabalhava lá. É é uma indústria de tecido, né”.*

5.3.1.4 Condição de moradia, ambiente, acessibilidade física, locomoção e mobilidade urbana

É de entendimento comum que a velhice não é considerada sinônimo de doença, mas uma fase da vida em que aparecem disfunções do organismo e

alterações físicas e cognitivas, pressupondo-se, portanto, que condições de moradia e do ambiente que a pessoa idosa vive são essenciais para sua segurança e conforto. Assim, segundo as pessoas ouvidas, de maneira geral elas consideram a vizinhança boa, com poucas exceções. Verificamos ainda que mesmo que 80% dos entrevistados não estejam com seus companheiros por motivo de viuvez ou separações, apenas 30% moram sozinhos e os outros 70% estão acompanhados por familiares, além de demonstrarem um pouco de insegurança em andar pelas ruas do bairro sozinhos.

A2 *"É seguro, Camila, o negócio é só a poeira mesmo, né. Mas eu gosto, o bairro cê já sai na frente, né, e já... Até tô precisando de trepar numa escada de cinco degrau, todo mundo tá com (-risos) "Para com isso, cê vai cair, ninguém vai te levantar". (-risos) O teto lá do fundo, que é PVC tamém, sabe. Aí eu fui trocar uma lâmpada, aí eu falei 'Eu acho que eu dou conta de limpar'(-risos) Meu genro falou "Senhora é doida, pede pra gente", eu falei "Eu vou pedir para vocês limpar um teto, gente?" Não vou e não vou pagar cem reais também pra mim pagar um teto pra limpar, né. Mas tem aquelas vassorinha de pelo, né, você".*

A3 *"Então a vizinhança é boa, vou te falar que é boa sim, tá. A dona Vera, que mora aqui em frente muito boa até a minha nora trabalha pra dona Vera. Acho que faz mais de uns 20 anos já que ela trabalha pra dona Vera, é muito boa. A Dalva também é boa, a Dalva tá, fez cirurgia agora e... a veinha lá, a veiona lá, que é do barrado também é boa. A Beth ali é muito boa também. A Catarina, tudo bom. Bom sim. Mas o ambiente, tava, tava muito ruim aqui sabe. Tinha muito mano, morava no barracão ali no doutor André, ficava alocado ali, era muito ruim. Mas agora melhorou um pouco, um pouco, né (-riso) melhorou. Ah não tô satisfeita, eu queria reformar aqui (-riso) Bom, é minha, tô satisfeita porque eu agradeço a Deus que eu tenho essa aqui pra mim morar, né. Mas tá no nome dos meninos, os meninos não podem nem reformar porque cada um tem as suas obrigação, tem os filhos, né".*

I *"Depois de muitos anos conseguimo essa casa com meu filho ajudou nós comprar, né. É nossa. Graça a Deus. Tem, tem tudo perto".*

MA *"A vizinhança é boa, é, cada um na sua, né, mas se a gente gritar, precisar eles tão aí, sabe. Pra se oferecer".*

MJ *"o bairro, aqui melhorou. Melhorou. Por exemplo, não tem mais é... aqueles, aquela, aqueles menino que ficava fumando aquelas coisa, e a troncos a barrancos a gente fechou, porque até era uma gradinha, cê lembra lá? Da gradinha. Então até nós fechamo aqui. É. Fizemo, fizemo ali o coiso pro, pro Apolo, né, o quartinho dele ali, né, e cimentamo todo quintal, o quintal tá todo cimentado, então não tem...Não tem pobrema nenhum. O postinho fica aqui pertinho, não tem pobrema nenhum".*

5.3.1.4.1 Aposentadoria com renda baixa e insuficiente

As alterações físicas decorrentes do envelhecimento contribuem para o desencadeamento da aposentadoria. Com a aposentadoria, o empobrecimento das redes sociais e de atividades diárias podem ocasionar um declínio cognitivo e até mesmo levar a um quadro depressivo. Ademais, a renda mensal inferior ao que se almejava e as dificuldades com as questões de saúde, como o alto custo dos medicamentos, tratamentos e outras intercorrências próprias do envelhecimento geram uma dependência maior de filhos e outros parentes, resultando em uma condição socioeconômica empobrecida, sem dignidade e cheia de preocupações.

> A1 *"Tem esse aqui e tem o que mora aqui no fundo, eles me ajudam, as meninas também se eu precisar tão prontinha pra me ajudar, só que eu só aquela pessoa que procura viver a minha vida. Eu não gosto tá dependendo dos outros, eu acho que é tão humilhante, né. Então o meu salário é baixo, mas dá pra ir tocando".*
>
> MA *"(...) Mas o que eu gostaria mesmo de ter realizado na minha vida, e a gente acorda um pouco tarde, né, sei lá eu, era de ter, ter pelo menos uma casinha, né. É isso que eu queria. É, é a única coisa que eu queria ter. Hoje vivo de aposentadoria e o dinheiro do Rafa. Não, ele, tadinho, ele que deixa o dinheiro pra mim".*
>
> MJ *"Pra melhorar a minha qualidade de vida, essencial... eu não gosto de conta, conta pra mim é um pobrema porque eu gosto das coisa tudo certinha e se tem uma coisa assim, por exemplo que eu vejo assim que vai apertar, que o dinheiro não vai dar, eu fico, eu fico, eu fico doente. Tá entendendo? Então pra, pra melhorar minha qualidade de vida, eu quero assim que a, a minha situa, a minha situação financeira melhore mais. Isso aí pra mim vai ser, vai ser ótimo pra mim. Porque até por, até então nós fizemo isso daqui, mas nós fizemo assim ó... Não sei. Não sei, Camila, porque a minha filha ganhava não sei quanto, é... com aquele negócio do Temer lá cortou um pouco do salário dela. Tá entendendo? Tá tudo muito complicado, tudo muito difícil, né? Mas a gente tendo fé em Deus... se Deus quiser".*

5.3.1.4.2 Inexistência do benefício (principalmente as mulheres)

A expectativa de como as pessoas esperam usufruir de suas aposentadorias nem sempre condiz com a realidade, e durante a coleta as participantes do sexo feminino demonstraram as dificuldades surgidas com a aposentadoria. Algumas dessas mulheres, por terem sido donas de casa, não contam com registro de trabalho em carteira e mesmo desconhecem contribuições à previdência como

alternativa para compensar a não inserção no mercado de trabalho. A esses aspectos soma-se ainda a questão da violação dos direitos que também prevalece em várias situações. Assim, 30% das mulheres idosas entrevistadas são pensionistas, não obtiveram a aposentadoria e, mesmo trabalhando duro, a falta de legalidade e condições adequadas para o gênero feminino acarretam maiores dificuldades na fase final da vida; dados que requerem mais respaldo e atenção, por parte do Estado e da sociedade, tratando-se de necessidades básicas e cotidianas.

> I *"Porque ele (marido) é aposentado, eu arrumei um advogado dos estudante, do Coc pra arrumar pra mim, né. Depois foi pro juíz, falou "não, a senhora tem marido aposentado a senhora não pode aposentar". Nunca paguei, nunca. Naquela época não usava, né. Minha filha memo, mãe dele aí de poucos anos pra cá quando saiu aquela lei das doméstica tem que registrar que registrou. Ela trabalhou mais de vinte anos sem registro".*

> A3 *"(...) nós fomo pro cabo da inchada, trabalhou, trabalhou, trabalhou e trabalhou. E não, e eu não tenho, não tive direito a aposentadoria (-riso) hoje, né. (-riso). Agora eu recebo é a aposentadoria do Alfredo passou pra mim, né. Então como, como pensão. E só também que eu recebo. E é essa vida minha aí com esses filhos, que eu tenho 5, né".*

5.3.2 Cotidiano dos idosos com base nos indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social

Conforme apresentado nas entrevistas, as relações familiares e sociais variaram dependendo dos problemas enfrentados e vivenciados de acordo com o contexto. Algumas pessoas idosas expuseram bons vínculos familiares; porém, com as redes sociais e participação na comunidade sentiam-se enfraquecidas, sendo necessário, portanto, um maior fortalecimento de redes. E outras também relataram receber pouco ou nenhum auxílio de familiares.

A participação social mostra-se em defasagem devido às poucas opções gratuitas de atividades, grupos e redes sociais oferecidas pelo bairro e cidade, sendo preciso buscar serviços particulares, o que desprivilegia a população entrevistada, que destina seus poucos recursos financeiros no básico diário. Assim, 100% dos entrevistados não apresentam uma participação social ativa.

Além disso, há falta de um capital social, ou seja, além da carência de serviços públicos, a comunidade não se organiza para propor atividades coletivas ou organizações de apoio social recíproco entre a comunidade e as redes de ações

solidárias, o que seria um diferencial para essa etapa do envelhecimento, em vista das poucas oportunidades oferecidas a esse público pelo município, governo e políticas públicas.

5.3.2.1 Relação familiar insatisfatória

Durante as falas, a ausência dos filhos é apontada entre alguns dos entrevistados, quando eles não moram juntos e os pais dependem de suas ajudas, ainda relatam, quanto a questões familiares, que algumas relações conjugais estão desconstruídas. A inexistência de apoio e laços afetivos pode tornar-se mais evidente nessa etapa da vida em que a pessoa idosa se sente mais frágil e solitária, carente de atenção e carinho. Nessa fase, é comum se ocuparem com outras atividades e pessoas para não ficarem sós, porém a insatisfação com as relações familiares são relatadas com lamentação e descontentamento.

> M *"É. E eu não, também não estou feliz com esse coiso, com esse com esse que eu falo ele sempre foi uma pessoa ãhn... que nem eu falo ele eu eu descobri a pouco tempo que ele tem uma vida dupla, você entende. Então quando você passa a desconfiar é difícil. Eu falo isso pra ele, ele fala que não. Mas eu conheço ele, nenhum trabalho ele gostava, ele ia na feira xingando agora nesse trabalho, não. Aí nesse trabalho ganha um monte coisa aí você fica já meio assim, sabe. "Ah ganhei da patroa". Imagina, você acha que patroa, gente rico vai ver as coisas, não. Você entende? Mas ele... aí como que eu vou? Não tem como eu, eu desconfio disso. Por isso que eu tô muito chateada porque eu falo assim "eu já dei toda oportunidade pra ele viver a vida dele, não quero nada dele, né. Não era isso que eu queria (...) Então é isso que eu, então eu sinto em mim que as coisas que eu faço eu recebo atenção dos outros e não recebo do meu próprio, dos meus entes até de filhos e de filhas".*

> MA *"Então eu passei muito apertado, mas muito mal, muito mal, foi a pior fase da minha vida. Cê não queira saber o que eu passei. E não tinha apoio da minha irmã, não tinha apoio do meu pai não queria saber, ninguém queria saber, ninguém, sabe. Nem as irmã da minha mãe, ninguém. A única foi a madrinha do Rafael e as filha dela que ia lá em casa, me levava pra lá e pra cá. Não, não tive apoio de ninguém".*

> N *"Que nem lá no CASI falar de família eu nunca gostei de ficar lá. Porque que nem eu te falei um dia, eu falei "Todo mundo tem uma mãe", todo mundo, chega no dia das mãe tem uma felicidade no Natal, eu não consigo. Porque eu nunca tive um abraço dela, nunca tive um beijo dela. Eu já, depois que eu casei, que eu separei, esse meu ex marido aí, ele foi errado, sim, me traiu, muitas mulher, muita coisa, aguentei muito desaforo, aguentei muita discussão dentro de casa, muita briga. Mas chegou um ponto que não deu pra aguentar mais, cê entendeu?"*

T *"Não. Não te falei que o André é muito frio, toda vez, te falei que o André não dá muita bola. Quem me ajuda mais é a minha nora. É. A Renata, oia, oia, uma pena que ela não sabe de dirigir carro, ela ela tem só a motinha dela porque senão me levava, que nem ontem fui no correio, precisei pegar, chamar um táxi pra me levar lá no correio porque o André fica pra Ribeirão o dia inteiro, trabalha o dia inteiro em Ribeirão. O André chega cansado e não tá nem aí comigo, sabe. Ele quer, ele quer dormir e ele vai lá pra piscina, fica lá na sauna com os amigo dele e não quer nem saber se eu tô bem, se só tô mal, não tá nem aí. O Augusto mesma coisa, meu neto. Tá nem aí, só fica atrás da namorada".*

5.3.2.2 Ausência de participação social e comunitária, carência de um capital social

À medida que as pessoas envelhecem, diversos aspectos vão se modificando, como a quantidade de amigos, a composição das redes sociais, assim como a frequência e participação em atividades sociais. A ausência de um capital social nas relações sociais influencia significativamente os aspectos pessoais, como saúde, renda e escolaridade, e os aspectos contextuais que incluem o suporte social e as oportunidades deixadas de lado devido à aposentadoria e viuvez. Enfim, as dificuldades da idade, somadas à baixa renda e à pouca participação na comunidade afetam a vida social e a integração dos idosos em geral.

A3 *"Faço mais atividade física não. Eu queria fazer ali, mas o dinheiro não tá dando não. E..Vinte reais por mês. Ele até me conhece também. E não é caro, não é não. Mas só que não faz tudo aqui. Então eu sinto muita falta daquilo ali também. Eu sinto muito tonta, tonteira, sei lá, a cabeça tem dia que tá ruim, eu esqueço muito as coisas, esqueço".*

MA *"Ai, eu queria que tivesse alguma atividade igual tinha na faculdade. Porque ali cê tinha os amigo, cê conversava, cê participava das festinha de tudo, né. Porque e, eu acho que tá faltando pra m, não só pra mim, mas pra toda a classe, porque eu, eu continuo com as amizade, na medida do possível com algumas pessoa, que ninguém tá fazendo nada. Nem as que não teve cirurgia, que não teve um câncer, não tá fazendo nada. Então cê vê elas assim se acabando".*

T *"Não, não. E a que tem, aqui abriu uma academia ó, eu não tenho mais vontade. Eu não tenho mais vontade, agora eu tenho muito problema de coluna e pra mim entrar aqui eu tenho que passar pelo médico, né. Ortopedista pra ver se eu posso fazer, né o que que eu posso fazer, né".*

5.3.2.3 Acessibilidade psicossocial na comunidade e sociedade defasadas

Considerando as barreiras geográficas, estruturais, organizacionais e até mesmo financeiras de acessibilidade psicossocial, a pessoa idosa em geral apresenta diversas dificuldades, desde ir até os serviços do sistema público de saúde buscar uma medicação, participar de uma atividade física "em que as pernas já não ajudam mais", ou até mesmo de conseguir um atendimento prioritário e contínuo, pois o sistema não oferece um tratamento e acompanhamento adequados.

A1 *"As pernas não ajudam, né que eu gosto de caminhar. Eu fazia duas horas de caminhada todo dia. Agora acabou. Eu parei, eu fiz até o ano passado, né. Depois entrou de férias aí... No Renascer. Não voltei mais.*

A2 *"Eu fui agora dia catorze, agora eu só vou em agosto. Porque agora em vez deles deixar a receita pronta, eles já te dar a receita na mão, as duas. Falei "Doutor", bem novinho ele, falei "Doutor, uma pessoa que sai pa levar uma coisa no fogão, na geladeira e entra no banheiro que que o senhor acha, que ela vai guardar essa receita?" Aí ele falou "Claro que vai, tem que lembrar" (...) Ah, porque no postinho não para nenhum médico aí, você vai hoje pede exame, quando cê vai levar o exame já é outro médico que ta olhando, então... ontem eu fui pegar uma receita, antes de ontem, o médico ficou com preguiça de olhar o meu prontuário, de quantos miligrama era meu Amitril, ele não procurou, a não ser que ele tava testando a minha cabeça também, né. Aí eu falei 'De vinte e cinco, doutor'".*

A3 *"Até agora eu agendei a consulta, não é consulta é retorno, né. Eu fui lá consultar, eu consultei com o doutor Paulo aí tinha o retorno, de repente me liga aqui que tinha desmarcado porque o doutor Paulo não atendia mais que tinha que agendar de novo. Voltei lá, agendou aí era uma médica, ela chama, como é que ela chama? Como que eu falei que ela chama. E...Cristiane que ela chama".*

MA *"(...) mesmo, que nem a gente fala, não precisaria ser totalmente de graça. Se falava olha, cês pode pagar x tal, né? Cada, cada pessoa aí, né, pra num desfalcar tanto. Mas nem, nem isso a gente tem, e a gente não tem. Que nem, cê tem uma ioga ali uma vez por semana, que nem o doutor falou assim, era bom que a senhora fizesse três vez. Eu falei mas de graça é uma só. Eu vou fazer o quê? Ele falou então vai, vai nessa uma".*

5.3.3 Dificuldades materiais e psicossociais vividas no curso da vida como determinantes sociais da saúde

As dificuldades materiais e psicossociais vividas por qualquer pessoa dependem primordialmente das condições de moradia, de vizinhança, e,

principalmente de estresses vividos na vida cotidiana desencadeados nas relações sociais. Também interferem significativamente o estilo de vida que a pessoa adquire desde a infância ou adolescência, tais como não fumar, praticar regularmente exercícios físicos ou esportes, ingerir alimentos saudáveis, tipo de atividade ocupacional, etc. A saúde no envelhecimento, portanto, dependerá dessas condições adequadas, e os estilos de vida opcionais também são determinados socialmente. Além disso, as pessoas podem também sofrer determinações sociais de saúde desde a sua gestação e que vão interferir até a velhice.

Observa-se, pois, que as determinações sociais - vividas desde a infância (fome, morte precoce de progenitores, trabalho pesado na roça, abandono escolar e trabalho infantil, entre outros fatores emergentes nas falas abaixo) é que determinam inclusive os estilos de vida das pessoas e que, estes por sua vez, vão interferir na saúde dela.

As condições vividas são influenciadoras e marcantes para o desenvolvimento pessoal e social. Pode ser verificado que determinantes sociais interferem nas condições de vida e saúde do idoso de forma significativa, eles agravam as enfermidades fisiologicamente determinadas e próprias do envelhecimento.

Em algumas entrevistas, constatou-se que pessoas idosas que passaram por uma infância precária se tornaram mais predispostas e suscetíveis às dificuldades materiais e psicossociais existentes hoje.

5.3.3.1 Dificuldades que geram prejuízos socioeconômicos e de desenvolvimento pessoal e o não fortalecimento de vínculos nas redes de suporte sociais

O processo de envelhecimento comporta em si mesmo riscos de aumento da vulnerabilidade social e doença e, quando o contexto social é pobre e a rede de apoio é fraca ou inexistente, agravam-se as condições de vida, com prejuízo no desenvolvimento pessoal.

> A1 *"A minha mãe era do lar, né. Trabalhava no lar, então eu aprendi muita coisa com ela porque me punha eu pra ariar aquelas panelas de ferro (...) Só que eu perdi a mãe muito cedo. (...) Tinha treze anos. Que que aconteceu... daí um ano meu pai se casou novamente e o único dos filhos que foi morar com ele foi eu aí comecei a levar uma vida desregrada sabe? Bebida, a noite inteira na rua eu gostava de uma serenata. Aí foi levando assim a vida. Já comecei com 14 ano. Com 14 ano eu fumei, fumava, bebia, né".*

A2 *"Então boas lembranças a gente tem, assim, porque a gente era criança não tava nem aí, né. Mas foi muita fome, muito tudo. Trabalhava na roça, né. E minha mãe também, aí quando eu fiz sete anos de idade aí a minha mãe me ensinou fazer arroz, feijão em cima do rabo do fogão, né. Cê sabe que é o rabo do fogão, né? Não sei como não me queimava, né. Aí ela preferia ir pra roça e me deixar pra mim tomar conta do meus irmãos, aí mesmo depois de moça, tudo, ela preferia ir e eu ficar em casa. Porque era muito duro, né, tirar água de cisterna, nove pessoa pra lavar roupa, onze pessoa pra lavar roupa. Então era muita coisa pra fazer. Cê vê que a minha vida foi muito puxada, a vida inteira eu trabalhei".*

MA *"Aí eu tinha que ir todo dia lá levar leite. Com a barriga que doía pra caramba, menina, porque diz que abriu muito, sabe, pra tirar, porque tinha que tirar assim, com cuidado, né. Então eu passei muito apertado, mas muito mal, muito mal, foi a pior fase da minha vida. Cê não queira saber o que eu passei. E não tinha apoio da minha irmã, não tinha apoio do meu pai não queria saber, ninguém queria saber, ninguém, sabe. Nem as irmã da minha mãe, ninguém. A única foi a madrinha do Rafael e as filha dela que ia lá em casa, me levava pra lá e pra cá".*

T *"Então eu eu tinha trabalhar porque nós era muito pobre ela, né. A gente morava em roça, era muito difícil para gente estudar também, né. Era longe. Aí eu peguei e parei de estudar. Aí quando eu tinha 8 anos eu comecei a trabalhar de empregada, empregada e baba. E aí minha mãe foi criando nós na roça, com fubá, com mingau de fubá. Meu pai trocava milho com Fubá com o senhor lá da fazenda pra sustentar nós. E a minha mãe foi criando nós assim. E até nós crescer, depois nós viemo pra cidade e lá em Ribeirão, moramo em Ribeirão. Eu vim pra Ribeirão acho que eu tinha uns 7 anos porque eu já comecei trabalhar lá de empregada, eu tinha 8 anos, eu cuidava de dois menininhos, eu era babá".*

5.3.4 Determinantes sociais da saúde mental do idoso

Buscar os determinantes sociais da saúde mental do idoso requer visualizar como estes trabalharam, viveram e em quais condições se encontram. O principal desafio para conhecer a relação entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia das determinações que atuam e norteiam a vida de uma pessoa, e passa pelo entendimento de que a situação de saúde de grupos e pessoas apresentam diferenças significativas.

As importantes diferenças dos fatores individuais são essenciais para identificar que pessoas pertencentes a um grupo muitas vezes estão submetidas a risco maior, e, no caso das pessoas idosas, as diferenças nos níveis de saúde relacionam-se a fatores como o grau de equidade na distribuição de renda e acesso

às oportunidades.

A1 *"(...)É que na época a gente não dá bola, a gente pensa que tamo exibindo o cigarro no dedo era importante, sabe. Hoje eu peço muito pros filhos para de fumar. (...) Eu só não queria era sofrer essa falta de ar, essa coisa, tanto que eu falava "a morte de repente é a coisa mais prazerosa que pode ter". É só esse problema, né. Falta de ar mesmo".*

MJ *"Dona Maria José, senhora tá com uma saúde de ferro', falei Graças a Deus. Que que deu, não deu, não deu nada grave, não, né?, ele falou 'Não, muito pelo contrário, deu uma coisa maravilhosa, a senhora vai ser mãe'. Eu Que? To grávida?, ele falou assim 'Senhora tá grávida'. (...) aí Martinha 'Zezé, que que deu no exame?'. Aí eu falei assim Deu essa desgraça aí. Sabe? Como que eu vou fazer, Martinha? Deu essa, deu esse inferno, essa desgraça aí, eu to grávida. Ela falou 'Mas Zezé, cê tem quatro menino, quem sabe é uma menina'. É nada, falei pra ela assim, É nada. É outro sem vergonha. É outro homem, não tem nada de menina aqui, não. Bom, passou, aí eu fui, aí eu fui, eu falo eu choro porque eu acho que eu que sou culpada da Rafaela ser desse jeito sabe por quê? (...)até o oitavo mês eu vinha quatro vez por dia aqui, no nono mês, que ela nasceu em dezembro, era época de CALOR, aquela coisa, meu pé ficava desse tamanho. (...) Eu tava tendo uma situação financeira muito difícil tamém.Tá entendendo? E aconteceu isso. Então tem hora que eu olho nela, eu fico com dó porque eu falo assim "Isso aqui, às vezes ela, ela tá assim, foi da geração. Essa, essa, essa, essa depressão que tava ni mim, e eu gerando ela, passou pra ela". Cê tá entendendo? Eu já pedi perdão pra Deus, eu, eu tenho que pedir, eu acho que eu tenho mais é que pedir perdão pra ela. Não adianta porque a, eu olho nela eu fico, eu fico com dó dela. Ela não tem ânimo, se eu te falar que ela tem ânimo, ela não tem ânimo pra nada".*

V *"(...) mas só que agora tá acontecendo que eu tô vendendo a casa, vou sair, a gente, vou sair pra ir morar junto com ela, que eu tô sozinho né, então pra mim ficar sozinho ainda mais agora que vai chegando mais a idade, né. Então já é mais difícil, né. E prejudica muito ela também, ela nem fica lá e nem fica aqui".*

6 DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos na etapa quantitativa da pesquisa, algumas verificações podem ser realizadas em consonância com o questionário sociodemográfico e WHOQOL-Bref.

Com base nos **resultados sociodemográficos**, pode-se verificar, tendo em vista os dados mais relevantes da coleta da amostra envolvendo 100 pessoas, que as condições de vida refletem algumas tendências contemporâneas vivenciadas pelo grupo social formado por pessoas idosas na constituição da sociedade.

Conforme WHO (2005), as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares, resultando na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. A partir da idade de 80 anos, a média mundial é de menos de 600 homens para cada 1.000 mulheres. Nas regiões mais desenvolvidas, as mulheres de 80 anos ou mais representam mais que o dobro do número de homens. Assim, justifica-se a prevalência na participação de mais mulheres nos locais de pesquisa do que homens.

Para caracterizar isso, logo na Tabela 1 de caracterização dos idosos participantes da pesquisa, encontram-se em sua maioria 93% do sexo feminino e apenas 7% do sexo masculino, caracterizando uma sobrevida maior das mulheres em quase todos os lugares. Conforme Almeida *et al.* (2015), a feminização da velhice, ou seja, a predominância das mulheres na população idosa, apresenta vários fatores positivos e/ou negativos para a própria mulher assim como para seus familiares, pensando-se em um maior risco social que possa vir a enfrentar e, uma junção e reestruturação do espaço relacional considerando a rede de apoio familiar. Ainda de acordo com Almeida *et al.* (2015), a mulher idosa no processo de feminização é acompanhada de mudanças e transformações positivas e negativas, e isso faz com que seja um momento que ela mereça atenção especial. É um momento do dever e do significado da sociedade, do Estado e da família na contribuição para ações de redução das desigualdades sociais, culturais e de gênero, visando à não exposição a situações de vulnerabilidade e risco social nessa fase da vida. Cita como ação concreta importante o estímulo à educação dos idosos na intenção de reduzir as desigualdades em partes financeiras, crescendo assim o seu conhecimento, os seus direitos enquanto idosos e até mesmo o acesso ao mercado de trabalho. É importante que essas ações se estendam para todas as pessoas idosas, homem ou mulher. Ao mesmo tempo e com grande relevância, as mulheres idosas que vivem sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e ao

isolamento social (WHO, 2005). A dependência dos filhos, a solidão, a perda de habilidades, o cansaço, as restrições advindas dos problemas de saúde, as dores e a menor aceitação pela sociedade, são questões que dificultam a saúde no envelhecer. Quanto a situações de isolamento, relacionado ao estado civil 54% dos entrevistados se encontram viúvos, entre homens e mulheres, porém o número de mulheres sozinhas é maior.

De acordo com Almeida *et al.* (2015), a predominância das mulheres nessa fase da velhice implica consequências tanto para a própria mulher quanto para a família, não só pelo maior risco social envolvido, mas também pela reestruturação do espaço relacional, pois a mulher idosa é um elo para a rede de apoio familiar.

Assim, foi averiguado nas entrevistas que por diversas vezes as mulheres idosas em sua maioria passaram a viver de forma independente, assumindo o papel de chefe de família e, assim, ao invés de serem cuidadas tornavam-se “cuidadoras”; mas com trocas intergeracionais não satisfatórias.

Perante este cenário, Almeida (2015) ressalta em seu estudo que as mulheres idosas podem ter maior probabilidade de vivenciar situações de risco social e de ficar expostas a fatores de vitimização quanto à sua integridade psicossocial, isso pode ser justificado pela dificuldade de acesso a serviços de apoio não oferecidos de maneira satisfatória a essa população. Como exemplos, Almeida *et al.* (2015) menciona o desemprego, as doenças crônicas, a violência e negligência doméstica, pobreza, etc. Rodrigues, Gonçalves e Teixeira (2011) afirmaram que o risco social também está intimamente ligado ao rompimento de direitos (educação, saúde, trabalho, lazer, cuidado).

Almeida *et al.* (2015) ainda salienta que é muito importante a participação das idosas em grupos de convivência, centros de lazer, rodas de conversa, entre outras atividades voltadas para o público senescente, uma vez que tais atividades contribuem para o bem-estar e qualidade de vida das mulheres, dinamizam-lhes o cotidiano, reduzindo a sensação de solidão e inutilidade perante a família e a própria sociedade e ampliando sua rede de amizades e contatos, além de agregar um forte capital social.

Em relação à situação atual e de escolaridade dos idosos participantes, de acordo com as Tabelas 2 e 3, é relevante que 70% deles, a maioria, estejam aposentados e 44% recebam uma renda atual de ½ a 1 salário. Conforme Alvarenga *et al.* (2009), para a grande maioria dos idosos brasileiros a aposentadoria significa

uma condição socioeconômica precária, acarretando diminuição da qualidade de vida e dificuldades em suprir as necessidades básicas, agravando-se o empobrecimento. Em consonância com a renda baixa, o grau de instrução pessoal de 59% dos entrevistados é o primeiro grau incompleto, quanto a isso, Solar e Irwin (2010) apontam que a posição socioeconômica pode desencadear a da vida adulta dos filhos. Constitui-se esse fator também um forte determinante de renda, ou seja, a transição da posição socioeconômica dos pais (recebida) para a posição socioeconômica da vida adulta do filho (própria) possibilita empregos e rendas futuros. Ainda Solar e Irwin (2010) afirmam que medir o número de anos de educação ou níveis de realização pode não trazer informações sobre a qualidade da experiência educacional, conjeturando que provavelmente será mais importante conceituar o papel da educação em resultados de saúde especificamente relacionados ao conhecimento, habilidades cognitivas e habilidades analíticas.

No entendimento de Solar e Irwin (2010), a educação pode ser conceituada dentro do delineamento do curso de vida como um indicador que mede em parte a posição socioeconômica da primeira infância. Ela abrange a transição da posição socioeconômica dos pais para a posição socioeconômica da vida adulta deles e também é um forte determinante de futuro emprego e renda, capta as influências de longo prazo das circunstâncias iniciais da vida na saúde do adulto e suas influências. E a grande maioria dos respondentes tem escolaridade muito baixa, o ensino fundamental incompleto (59%). Comparando-se com 8% que têm segundo grau completo e 10% que têm superior completo, a distância cultural e de possibilidades entre os que têm baixíssima escolaridade e aqueles que possuem acima do segundo grau é muito grande, o que incrementa as condições de vida desfavoráveis dessa maioria.

Desse modo, com uma renda baixa justifica-se a Tabela 7 sobre a inserção no trabalho: geração de rendas e gastos familiares dos idosos em que 90% do trabalho doméstico é desempenhado pelo próprio idoso e, quando a condição financeira aperta e o “dinheiro não dá”, 52% responderam que reduzem algum gasto necessário, para assim suprir as necessidades do mês sem pedir ajuda ou ficar devedor em alguma conta. Tais dados mostram que a maioria das pessoas idosas envolvida nesta pesquisa está ainda empenhada no trabalho doméstico e reduz gastos quando em situações de necessidades devido à baixa renda, retratando as questões adversas da aposentadoria e de como lidar com o empobrecimento e a

posição socioeconômica ocupada. WHO (2005) afirma que os pobres de todas as idades apresentam um risco maior de doenças e deficiências e os idosos são ainda mais vulneráveis, não tendo acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde. Acrescenta ainda que comumente tais idosos não possuem bens ou fazem parte de famílias com renda baixa ou incerta.

No que concerne à população idosa, esta insere-se no grupo de vulnerabilidade social, seja pela má situação socioeconômica advinda, na maioria dos casos, da baixa escolaridade e da pobreza, seja por não ter acesso a serviços, tratamentos e tecnologias de saúde de qualidade, com todos os efeitos negativos que decorrem disso, inclusive a própria morte. Como ressaltam Fiorati, Arcêncio e Souza (2016), as iniquidades que afetam a saúde humana apresentam-se em uma realidade na qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhorias tecnológicas são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos expondo essa organização social e político-econômica deficitária.

Busato *et al.* (2014), em um estudo sobre autopercepção da saúde em idosos, indicaram que a predominância de baixo índice de escolaridade pode favorecer uma maior vulnerabilidade na população idosa acompanhada de uma autopercepção negativa da saúde, além dos limites da própria pessoa idosa em lidar com as especificidades dessa etapa da vida. O nível de dependência que o idoso tem, a má situação socioeconômica, a rede de apoio social limitada, precárias condição de saúde para o acesso e a utilização dos serviços de saúde, tudo isso repercutirá na vida do idoso. Por isso, as autoras ainda consideram um bom caminho para melhorar o estado de saúde da população idosa dar-lhes voz, ouvir deles como percebem a sua saúde, para então auxiliá-los a ter acesso aos serviços de saúde.

Conforme Tabelas 4 e 5 sobre renda, composição familiar e domicílio dos idosos participantes, podemos identificar que 40% dos idosos entrevistados vivem sozinhos e 39% residem com mais uma pessoa. Os recursos disponíveis para manter a casa são bastante favoráveis, no entanto resta uma porcentagem baixa (38%) para a manutenção do automóvel quando necessário. Quanto à moradia, 73% declararam ter residência própria, mostrando que quanto mais ativos e bens acumulados ao longo da vida maior será o nível de bem estar desfrutado (SOLAR; IRWIN, 2010).

De acordo com Nunes, Barreto e Gonçalves (2012), o engajamento social é dimensionado pela participação em atividades de lazer, tais como sair com os

amigos e grupos de recreação, envolver-se em atividades culturais, exercer trabalhos sociais, etc. São atividades que ativam o companheirismo e a socialização, além de contribuir na saúde física e mental. Estudos apontam que o engajamento social preserva a função cognitiva dos idosos e reduz a mortalidade independentemente do nível de apoio emocional e instrumental. Dessa forma, as pessoas que relatam a sua saúde como ruim, até mesmo por terem pouco acesso às atividades relacionadas ao lazer e à cultura apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aquelas que relatam a sua saúde como muito boa. O lazer e a cultura são áreas de atividades humanas relegadas pelas políticas públicas, pouco valorizadas e pouco abordadas pela administração pública. No entanto, foram apontadas como requerendo ações administrativas pelos entrevistados, como mostra a porcentagem em que 93% dos idosos responderam como pontos importantes a serem melhorados em seus bairros e cidade (Tabela 6).

Referindo-se ao quesito segurança pública (Redes de inserção social, vizinhança e comunidade - Tabela 6), os idosos indicaram-no como um segundo ponto a ser melhorado segundo as respostas aos questionários com 57% dos entrevistados. A moradia e a vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem-estar do jovem e do idoso. Para WHO (2005), a localização, incluindo a proximidade de membros da família, serviços e transporte pode reforçar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento. Existe uma tendência maior, até mesmo em países desenvolvidos, de idosos viverem sozinhos, principalmente mulheres mais velhas e viúvas ou separadas, a maioria em situação de pobreza. As pessoas idosas que vivem em ambientes inadequados à idade apresentam um risco maior de isolamento social e de ficar doente. Araujo *et al.* (2012) reforçam que as relações com o grupo familiar e amizades na comunidade onde moram propiciam uma sensação de pertencimento, e esse fator tem sido reconhecido como fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. As redes de apoio social, portanto, podem ser tidas como essenciais para a manutenção da saúde emocional ao longo de todo o ciclo de vida.

Confirma-se dentro da rotina diária que frequentar grupos de socialização ou amigos é um fator considerado importante para todos e principalmente para os idosos. A representação social permite avaliar de que forma o social interfere na construção do sujeito e como esse sujeito afeta o meio em que vive. Para que representações sociais sejam construídas, os sujeitos devem estar inseridos em

grupos sociais, sentirem-se pertencentes a esse grupo. Um programa de envelhecimento ativo deve proporcionar a interação entre os membros, facilitar a troca de conhecimentos que influenciam suas atitudes e suas formas de pensar (FERREIRA, 2017). Inúmeros trabalhos têm mostrado o valor das relações sociais para o envelhecimento ativo e saudável. No Brasil, um estudo do projeto Bambuí mostrou forte associação entre a insatisfação com a rede social e autoavaliação ruim da saúde (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

Ainda se referindo as redes de inserção social, vizinhança e comunidade, na Tabela 8, frequentam grupos de socialização ou amigos 64% dos entrevistados em suas rotinas diárias, enquanto 49% declaram “ficar em casa”. Frequentar grupos de socialização ou amigos, como se comprova, é um fator social de extrema relevância para idosos que vivem em comunidade. No entender de Geib (2012), as redes sociais são constituídas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações e clubes recreativos, os quais permitem que os grupos de pessoas estabeleçam relações de solidariedade e confiança, que caracterizam o capital social. Dessa maneira, especialmente para as pessoas idosas, as redes constituem o único recurso disponível para amenizar as dificuldades da vida diária e até mesmo os problemas de saúde existentes. O empobrecimento do capital social tem sido apontado como um determinante social da saúde. Quando se empobrecem as redes sociais, também enfraquecem a interação social e a participação comunitária dos idosos e consequentemente os riscos de isolamento social e os estilos de vida limitados podem surgir. E mais uma vez referindo-nos ao grupo maior de mulheres idosas que responderam às entrevistas, este dado pode representar um movimento de superação, pois buscam nos grupos de convivência de pessoas idosas um meio de combater a solidão, o sedentarismo e se rendem à importância e conscientização de um envelhecimento saudável.

Associado a isso, vale retomar nessa discussão o conceito de capital social, que vai além dos recursos individuais, ou seja, emerge das redes sociais, conforme citado acima, relacionando o movimento de superação com a busca de grupos para convivência e redução do sedentarismo. O capital social ou coesão social implica justamente nas decisões que os grupos ou indivíduos tomam em relação ao seu estilo de vida e hábitos comportamentais, e essas escolhas devem ocorrer dentro do contexto social.

O capital social facilita a cooperação para atingir um benefício mútuo com relações de confiança, reciprocidade, respeito e integração. O engajamento em ações coletivas seria uma forma de cooperar para a busca desses benefícios coletivos e para isso é imprescindível que aconteça uma articulação institucional e entre as comunidades para haver mais experiências de integração social, reconhecendo as necessidades da população idosa e contribuindo para o fortalecimento desse capital social (SOLAR; IRWIN, 2010). Seria fundamental então esse trabalho articulado para o fortalecimento da comunidade e sua influência positiva para a saúde humana, em especial na etapa da velhice em que os vínculos sociais solidários de cooperação recíprocas são necessários.

Enquanto 60% dos entrevistados buscam os serviços de saúde quando apresentam algum problema de saúde, conforme dados das Redes de inserção social (Tabela 9), e 44% recorrem aos serviços públicos de saúde (Sistema de proteção social - Tabela 10) cabe enfatizar a necessidade desses serviços de proteção à saúde proporcionalmente à demanda e de políticas públicas que os ofereçam gratuitos para pessoas de baixa renda e sem condições de pagar um convênio. No caso das pessoas entrevistadas, sendo essas idosas, a saúde é mais fragilizada e ocorre o aparecimento de doenças crônicas, as mais comuns. É o que Sousa *et al.* (2017) cita em seu estudo acerca do planejamento em saúde como um processo de construção exigente e meticuloso, mas essencial para o trabalho com a comunidade. O diagnóstico de saúde e o estabelecimento das prioridades existentes apresentados aos profissionais da área para suas funções na comunidade e a previsão de temáticas pertinentes com a “multicausalidade”.

Entende-se, portanto, que dar prioridade significa estabelecer uma hierarquia dos problemas identificados e lançar propostas de intervenções. Ferreira *et al.* (2017) abordam em seu estudo que a difusão de estratégias e práticas que estimulem hábitos saudáveis constitui uma alternativa para uma velhice com menor acometimento por doenças crônicas ou comprometimentos funcionais.

Na Tabela 11 e última elaborada dos dados do questionário sociodemográfico encontram-se os itens apoio e tipo de apoio recebidos pelos entrevistados. A família é declarada como quem dá mais apoio ao idoso em caso de necessidade (55%), seguido dos amigos numa porcentagem de 28%. Enquanto o tipo de apoio mais frequente de acordo com as respostas é o apoio emocional, sendo esse de 72% entre todos os entrevistados. É pertinente observar que a família, apesar de ter a

porcentagem maior em relação ao apoio oferecido, não aparece como uma alta porcentagem, demonstrando com isso um pouco do desgaste das relações ou omissão dos familiares.

As relações sociais, conforme os diversos estudos que compõem esta pesquisa, exercem forte influência na saúde, e nessas relações as pessoas sempre esperam pela reciprocidade, então, quando isso não é possível, as pessoas sentem-se dependentes, com peso sobre a saúde física e emocional. Segundo WHO (2005), as autoridades, ONGs, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários liderados por idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, visitas, cuidadores familiares, etc.

Ferreira *et al.* (2017) apontam em sua pesquisa que um estudo realizado na Turquia diagnosticou que níveis elevados de apoio social da família ou de amigos e a prática de atividades da vida diária ajudam a melhorar a qualidade de vida e reduzir a depressão. Tais resultados ratificam o fato de que ser independente e participar socialmente afeta de forma positiva a qualidade de vida de idosos.

A partir dessa pesquisa acima citada, é possível verificar que obter apenas o apoio e suporte familiar, mas sem outras relações estabelecidas é reflexo de uma comunidade pouco coesa, o que remete ao capital social, já aqui abordado, em que a organização social é especificamente mais efetiva com base na cooperação e reciprocidade, contribuindo para o desenvolvimento e evolução pessoal e coletiva. É necessário que essa população idosa que se respalda quase sempre na família tenha outros suportes para sua integração social, é preciso contar com ações coletivas na busca de benefícios mútuos. Com isso, o capital social vai sendo amplamente fortalecido dando oportunidade de desenvolvimento de todas as dimensões: econômicas, culturais, políticas, sociais e da saúde.

Partindo para os dados obtidos no questionário **WHOQOL-Bref**, um questionário que o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) definiu:

> Qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No processo de envelhecimento, são analisados e avaliados os seis domínios propostos pelo grupo WHOQOL, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-

> ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais) (WHO, 1998 *apud* DAWALIBI *et al.,* 2013, p. 395).

A versão brasileira do WHOQOL-Bref (GRUPO WHOQOL, 1998), traduzida e validada pelo respeitado grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo. O WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios da qualidade de vida, e cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente do indivíduo. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global (FLECK *et al.,* 2000), conforme os Quadros 2 e 3 em que aparecem os domínios e facetas.

De acordo com o Quadro 5, analisando o domínio físico dos participantes da pesquisa, é pertinente observar a faceta que responde à dor e desconforto na qual mais da metade (53%) declarou que a dor física os impede (bastante ou extremamente) de fazerem o que precisam e 47% responderam que a dor física os impede mais ou menos de executar suas tarefas. À medida que a população envelhece, a demanda por medicamentos que retardem e tratem doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida deverá aumentar diz WHO (2005). Conforme Carrapato, Correia e Garcia (2017), o equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental, e biológica/genética conhecida internacionalmente. Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre estes foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde. Para isso, é necessário que os serviços de saúde melhorem e ações do governo estejam voltadas para essa demanda, facilitando o acesso aos medicamentos essenciais e seguros, eficazes como as drogas atuais e novas. A parceria neste esforço, portanto, conforme WHO (2005) assinala, precisa incluir governos, profissionais da saúde, indústria farmacêutica, terapeutas tradicionais, empresas e organizações que representem os idosos.

Vianna (2015) ressalta que estudar as relações entre determinantes sociais e saúde é estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distais, sociais, econômicos e políticos e os mais proximais, que mantêm relação direta com o modo de vida, sendo específicos os fatores que interferem na situação de saúde de grupos e de pessoas. Portanto, o modo de vida de cada grupo social influencia na

saúde e aqui especificamente tratando-se de uma população idosa, mais fortemente, em razão da situação socioeconômica e da escolaridade baixas, que a fazem mais vulnerável.

No que concerne à capacidade para o trabalho, ao mesmo tempo que 69% dos participantes idosos declararam estarem satisfeitos com o seu desempenho, uma quantidade considerável (31%) demonstrou baixa satisfação. O que sinaliza que as limitações impostas pelo envelhecimento realmente interferem na qualidade de vida e no desempenho de atividades diárias das pessoas com idade igual a 60 anos ou mais. Conforme Nogueira (2010), a capacidade funcional alude à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. O declínio da capacidade funcional dos idosos pode ocorrer por diversos motivos, daí a importância da identificação precoce de qualquer indício para a prevenção da dependência funcional nessa faixa etária. Reforça-se, portanto, a prioridade da implantação de medidas de intervenção e prevenção, por meio de políticas públicas planejadas e também no que tange à atuação de profissionais especializados.

Nesta faixa etária é comum o aparecimento de doenças crônicas, tendência ao isolamento e vulnerabilidade a fatores de ordem social. Assim, Lourenço e*t al.* (2012) em seu estudo estimam que as doenças crônicas são as mais constantes nos idosos de 80 anos ou mais, o que influenciará nas atividades de vida diária afetando a sua independência e autonomia. Estudiosos como Lenardt e Carneiro (2013) acrescentam que, além das doenças crônicas aumentarem a prevalência das incapacidades, o próprio envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema do organismo - o que se denomina envelhecimento funcional.

Na definição de Lenardt e Carneiro (2013, p. 14), a capacidade funcional é “a condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio”. No Brasil é pouca a preocupação com as questões pertinentes ao idoso longevo. É claro, que também essa perda de autonomia e o declínio funcional também se referem aos DSS, pois idosos mais vulneráveis, em condições socioeconômicas desfavoráveis, estarão mais suscetíveis a precárias condições de saúde e funcionalidade.

Para que isso aconteça, cabe aos serviços do setor por meio das políticas públicas a busca por um melhor engajamento na intervenção e promoção da saúde dessa faixa etária. Desse modo, a recomendação inicial e primordial para a

preservação da capacidade funcional da população idosa é o envolvimento de profissionais da saúde com foco na funcionalidade do idoso, bem como a elaboração de um plano de cuidado individualizado, que contemple as especificidades deles, para além das características meramente fisiológicas.

No Quadro 6 é apresentado o domínio psicológico, nele é possível verificar que na faceta “sentimentos positivos”, apesar de 49% dos entrevistados afirmarem que aproveitam a vida, 51% aproveitam de forma regular (mais ou menos, muito pouco e nada); portanto, mais da metade não estão considerando que sabem aproveitar a vida na etapa em que vivem. Já na faceta “sentimentos negativos”, 62% declararam algumas vezes ter sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão. Assim, a satisfação global é sentida pelos idosos de acordo com os seus afetos positivos e negativos, vivenciados no decorrer da vida e durante o processo de envelhecimento. Dawalibi *et al.* (2013) explicam em seu estudo, de forma clara, que se processam interligações mútuas entre as variáveis antecedentes, que são os riscos socioeconômicos e biológicos (pobreza, baixa escolaridade, doenças somáticas, depressão, etc.), as moderadoras de autorregulação do self (autoconceito, autoestima, estratégias de enfrentamentos, etc.) e as de critério de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e domínios de afetos positivos e negativos).

Portanto, obter uma boa qualidade de vida fazendo prevalecer apenas sentimentos positivos traduz um modo de compreender a realidade na variável de critério de bem-estar subjetivo, que pode ser adquirida ao longo do curso da vida, especialmente no processo de envelhecimento humano, sua evolução e sabedoria, etapa essa muitas vezes difícil de ser encarada, por exemplo, com perdas e limitações.

No domínio das “Relações sociais” abordado no Quadro 7, a faceta “atividade sexual” tem relevância o fato de 90% das pessoas entrevistadas se declararem nem satisfeitas/nem insatisfeitas e até muito insatisfeitas, enquanto apenas 10% delas responderam estar satisfeitas com a vida sexual. Tentando compreender um pouco melhor esses 90%, uma porcentagem de 77% se declararam nem satisfeito/nem insatisfeito, o que em algumas falas significava não terem uma vida sexual ativa por diversos motivos, mas principalmente esse dado aparece nos depoimentos de mulheres e mulheres viúvas, e, dessa forma, ora manifestavam ter uma vida sexual inativa, ora afirmavam não sentirem falta de atividade sexual. Assim, pode se inferir

que esses 77% que se manifestaram ‘nem satisfeito/nem insatisfeito’ podem ser explicados por motivos semelhantes: não desenvolverem mais vida sexual ativa, nem apresentarem volição para tal atividade. Normalmente pode ocorrer uma privação dos sentimentos de alegria, satisfação e prazer, o que a distância do mundo e de si mesmo, predominando no seu cotidiano a monotonia e a inatividade. Conforme Arakaki *et al.* (2011), faz-se necessário que as pessoas idosas percebam, aceitem e aprendam a conviver com a manifestação de suas emoções, convivendo com seus limites e reciclando seus hábitos para assumirem novos projetos e perspectivas de vida, visto que a afetividade é basicamente o que nos torna vivos e capazes de enfrentar novos desafios.

Por parte dos profissionais de saúde quanto à abordagem dessa temática, esta é pouco debatida e exige maior preparo e disponibilidade quando o assunto é “sexualidade”, necessitando de mais tempo para questões e de se usar uma linguagem simples. A feição de alguns idosos ao responderem à questão relacionada à sexualidade mostrou vergonha e esquiva de falar sobre o tema. Conforme Viana e Madruga (2010), o envelhecimento do corpo acarreta algumas mudanças. Aos olhos de algumas pessoas a idade avançada e intimidade sexual não se ajustam. A sexualidade consiste em parte importante do relacionamento, e a idade da pessoa não deve excluí-la dessa possibilidade. Pensando em idosos que se mantêm ativos ao longo da vida, bons hábitos de saúde devem estabelecer e desenvolver um envelhecimento com qualidade.

Apesar de tudo, a sexualidade na velhice parece continuar associada à disfunção e insatisfação. Segundo Oliveira (2012), obviamente que o idoso deve estar ciente das modificações orgânicas que irá sofrer, mas essa preocupação não deverá ser obsessiva. Sendo assim, o sexo na terceira idade poderá ser vivido plenamente e de forma feliz se o idoso o encarar com a naturalidade que o caracteriza.

Nos escores das questões relacionadas ao Domínio do “Meio Ambiente”, apontados no Quadro 8, pode ser constatada uma frequência de respostas significativas às condições em que esses idosos vivem, se relacionam e usufruem de ambientes em seus bairros. Portanto, quanto à faceta “Segurança física e proteção”, 53% estão satisfeitos, enquanto 47% estão regularmente seguros em suas vidas diárias. Na faceta “recursos financeiros”, 13% têm dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, enquanto 87% deles apresentam condições de médias para

nenhuma. Segundo Geib (2012), as moradias permanecem mais nas periferias urbanas, onde as defasagens nos serviços de educação, saúde e saneamento prevalecem nessas áreas dos municípios. Ou seja, com a pobreza e a exclusão social, aumentam as desigualdades sociais, tornando-se difícil, quando se fala em pobreza extrema e fome, fazer com que essas desapareçam. Rodrigues e Neri (2012) demonstraram em seu estudo que os idosos apresentam grande dependência dos serviços de saúde devido a doenças, incapacidades e déficits físicos e cognitivos atribuídos ao envelhecimento. Os idosos mais pobres utilizam mais os hospitais públicos, e aqueles com melhores condições econômicas, os serviços particulares. Os idosos com renda maior usam os serviços da rede privada de atendimento médico e odontológico. Assim, as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, na determinação da vulnerabilidade individual, se expressam pelas condições deficitárias de saúde física e psicológica em idosos comunitários com 65 anos ou mais.

Além disso, Geib (2012) traz em seu estudo que a desigualdade de renda persiste entre os idosos brasileiros. No Nordeste, 68% dos idosos residem em casas ou domicílios com renda familiar per capita abaixo de um salário mínimo, enquanto no Sul e no Sudeste este percentual está abaixo dos 35%. O Brasil situa-se em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda. Esses dados são considerados relevantes para esta pesquisa, pois confirmam as condições vulneráveis com que as pessoas idosas vivem socialmente, condições que limitam o processo de envelhecimento saudável e de boas condições vitais.

Dentro dos determinantes sociais estruturais da saúde, a classe social que o indivíduo ocupa, no caso, a pessoa idosa, tem consequências importantes para a vida cotidiana. Solar e Irwin (2010) indicam que diferenças nos padrões de vida material são consideravelmente o agente intermediário mais importante. Os padrões materiais de vida tem grande significado para o estado de saúde dos grupos marginalizados, como mostrado nesta pesquisa em que participam pessoas idosas e por isso vulneráveis. Vários aspectos da habitação têm influência direta na saúde: a estrutura das moradias; e condições internas, como contaminação úmida, fria e interna. Os efeitos indiretos da habitação e os da posse da habitação atuam sobre eles - incluindo os impactos da riqueza e os efeitos da vizinhança e ambiente em que se localizam -, e são vistos como cada vez mais importantes. Dentro dos determinantes estruturais, a classe social que a pessoa idosa ocupa tem

consequências importantes para a vida dos indivíduos. O que é esperado de acordo com Rodrigues e Neri (2012) traduz-se no estudo das condições individuais, econômicas e sociais de vulnerabilidade da população idosa. Em consonância ao acesso e uso dos serviços de saúde, auxiliando assim no planejamento de ações de atenção à saúde da pessoa idosa e no subsídio de políticas de saúde e educação adequadas a todos, pensando no envelhecimento como um processo de curso de vida natural. E, assim, o sistema de saúde pode abordar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não apenas melhorando o acesso equitativo aos cuidados, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o estado de saúde, por isso Solar e Irwin (2010) vê o próprio sistema de saúde como um determinante intermediário, inserido na organização da prestação dos serviços.

Ainda no Quadro 8 relacionado a “participação em oportunidades de recreação e lazer”, 33% apontaram ter boas oportunidades enquanto 67% apresentam média, muito pouco ou nenhuma oportunidade de lazer no seu cotidiano. Concomitantes a oportunidades de lazer, surgem os “cuidados com a saúde”, em que uma soma de 96% estão mais ou menos satisfeitos a muito insatisfeitos com o acesso aos serviços de saúde disponíveis, enquanto apenas 4% se declararam satisfeitos com os serviços de saúde. O envelhecimento ativo, abordado por Paúl (2005), é uma tarefa do curso de vida. Enfatiza que a sociedade deve buscar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, tais como atividades de prevenção e promoção de saúde, atividades psicoeducativas, atividades físicas, de recreação e de socialização, além de outras. Buscar ainda promover uma vida social, solidária e voluntária, na qual a rede de suporte social exerça seu papel afetivo, de solidariedade e justiça, dando segurança social ao longo da velhice, assistindo ao idoso e amparando-o como cidadão em variadas situações de vida, em busca da equidade social.

Solar e Irwin (2010) comentam, conforme Diderichsen (2004), sobre como lidar com as desigualdades na saúde, indicando como reduzir o nível de desigualdade entre os pobres para reduzir os efeitos da pobreza sobre a saúde; reforçar os fatores de redução da vulnerabilidade quando está a saúde exposta a condições severas; tratar e reabilitar os problemas de saúde existentes; proteger contra as consequências sociais e econômicas da doença e fortalecer políticas no contexto do capital social.

Almejando uma qualidade de vida mais favorável, consequência de um envelhecimento saudável e ativo, de um envelhecimento com independência e autonomia, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da capacidade do idoso - segundo Ferreira *et al.* (2012), tornam-se metas do governo e de todos os setores da sociedade. São ideais de vida também para os idosos manter o bem-estar e lidar com o adoecimento, por isso eles devem cultivar um estilo de vida que preserve a velhice em boas condições, e ao lado deles essas condições devem ser perseguidas ativamente por quem lida com as mudanças inerentes à velhice.

No Quadro 9, no domínio das “Relações Pessoais”, quando perguntado o quanto estão satisfeitos com a própria saúde, enquanto 58% disseram estar satisfeitos, significativos 42% estão pouco satisfeitos a insatisfeitos. Conforme Fiorati, Arcêncio e Souza (2016), entre as iniquidades que incidem sobre a saúde humana, encontra-se a realidade social e político-econômica em que a qualidade dos serviços de saúde e o acesso a eles são distribuídos de forma desigual entre as pessoas e grupos. O sistema de saúde, de acordo com Solar e Irwin (2010), pode atuar diretamente sobre as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não apenas melhorando o acesso equitativo aos cuidados, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o estado de saúde. Assim também, de acordo com esses autores, o capital social influencia a saúde pelos mecanismos de apoio social que as relações oferecem aos envolvidos nelas, e, portanto, deve ser pensado uma ampliação das relações sociais e das normas de reciprocidade. A abordagem de rede considera o capital social em termos de recursos emergentes das redes sociais, o que vai determinar as decisões que os grupos ou indivíduos tomam conforme o estilo de vida e hábitos comportamentais, e devem estar dentro do contexto social que tais escolhas acontecem.

A World Health Organization (2005) aborda três pilares básicos: participação, saúde e segurança, para a estrutura política destinada ao envelhecimento ativo, e relacionado à saúde almeja que os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio sejam reduzidos; e os fatores de proteção, elevados. Sendo assim, as pessoas poderão viver por mais tempo e com mais qualidade e, com isso, na fase da velhice, menos serviços assistenciais e tratamentos médicos serão necessários. E àqueles mais necessitados de acesso aos serviços de saúde, como os idosos, deve estar garantido um melhor

atendimento. Desse modo, baseado nos Princípios das Nações Unidas para Idosos (WHO, 2005), considera-se ideal para a estrutura política destinada ao envelhecimento identificar e interpretar como fatores determinantes do envelhecimento agem sobre as pessoas e populações.

Finalizando a etapa quantitativa de discussão do Whoqol-Bref, é importante trazer o conceito de qualidade de vida, concebido por Dawalibi *et al.* (2013), o qual se relaciona à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, suporte familiar, atividade intelectual e de autocuidado, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (VECCHIA *et al.*, 2005). Portanto, há uma gama de aspectos que diz muito sobre a vida de uma pessoa, sua saúde e qualidade de vida, evidenciando a necessidade de melhores recursos por parte das políticas públicas do setor e principalmente de uma menor desigualdade social: trata-se de seres humanos, com pleno direito de usufruir de melhores condições assistenciais, cultura e lazer, segurança, saúde e participação social. Em suma, é um conceito ainda subjetivo e sujeito ao nível sociocultural, que deriva de um longo caminho para chegar à equidade social.

Stuart e Soulsby (2011a) apresentam o conceito de saúde como cidadania global, sendo um elemento importante para o tratamento da pobreza e das desigualdades na saúde. A essa focalização mundial em saúde, educação, crescimento econômico e ambiente social seguro e de satisfação, o primeiro-ministro Blair denominou "respeito". Conforme os autores a saúde deve ser compreendida como um direito da cidadania, tão importante quanto o princípio utilitário da saúde.

A Revisão dos Determinantes Sociais da Saúde, segundo Marmot *et al.* (2012), orienta sobre o que é possível e o que funciona, a ser visto dentro das circunstâncias e configurações específicas de cada país, são recomendações práticas e focadas. Portanto, apresentam uma resposta aberta a todos em garantir a cobertura universal dos cuidados de saúde, e outra em focar nos tipos de comportamentos (tabagismo, dieta, etc.). No entanto, os autores argumentam que nem todos os países contemplam integralmente esse desenvolvimento social, econômico e de saúde. Marmot *et al.* (2012) discutem que as desigualdades em saúde dentro dos países são evitáveis, e reduzi-las para que sejam supridas as necessidades humanas é uma questão de justiça social.

Diante dos resultados obtidos nas **histórias de vidas,** foi possível observar um índice significativo de vulnerabilidade social expressadas principalmente pelas condições precárias de vida em que se encontram as pessoas idosas entrevistadas tomando por base os indicadores socioeconômicos, os indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social, e as dificuldades materiais e psicossociais. Em relação a essas entrevistas, observa-se, na categoria analítica "Cotidiano dos idosos com base nos indicadores socioeconômicos e dificuldades materiais e psicossociais vividas" a subdivisão em quatro categorias empíricas: "baixa escolaridade; estágio da vida produtiva baseado na fase de aposentadorias; renda baixa; condição de moradia, ambiente, acessibilidade física, locomoção e mobilidade urbana" e às subcategorias "aposentadoria com renda baixa e insuficiente" e "inexistência do benefício (principalmente às mulheres)". A coesão do conjunto dessas categorias apresentadas inclina para uma ruptura e ameaça em se manter um equilíbrio e ajuste das prioridades para uma boa qualidade de vida.

Trata-se de pessoas idosas vulneráveis hoje ou que em algum momento de suas vidas enfrentaram algum tipo de vulnerabilidade. Das pessoas entrevistadas, 90% apresentam baixíssima escolaridade (primeiro grau incompleto) e 10% baixa escolaridade (primeiro grau completo); portanto, esse dado já indica dificuldades a serem superadas. A grande maioria havia residido na zona rural (80%) e deixaram a escola nos anos iniciais para trabalhar e ajudar em casa, adquirindo responsabilidades de um adulto muito precocemente.

Concomitante com a baixa escolaridade, essas pessoas apresentam uma renda baixa, dependendo de aposentadoria, e algumas pessoas entrevistadas do sexo feminino nem mesmo conseguiram se aposentar, valendo-se, portanto, da renda do marido ou ajuda dos filhos. Ferreira et al. (2017) apontam em seu estudo que a condição financeira de idosos, o pouco poder aquisitivo afeta a qualidade de vida, o acesso a bens e serviços, por exemplo, além da alimentação de qualidade e lazer. Desse modo, também ficou evidente entre os entrevistados as dificuldades de mobilidade e acessibilidade a atividades sociais e de integração social.

Interessante quando Solar e Irwin (2010) retratam que a educação detém a transição da posição socioeconômica dos pais para a posição socioeconômica da vida adulta e também é um forte determinante de futuro emprego e renda, ou seja, a baixa escolaridade se torna um determinante social para o potencial futuro de uma pessoa.

O fator moradia também está presente como categoria empírica em pelo menos 60% dos entrevistados, que vivem em condições precárias, pagam aluguel ou têm o desejo de reformar a casa e não conseguem. Ferreira et al. (2017) destacam que os determinantes sociais da saúde estão atuando em muitos pontos desta classe, sobretudo em relação a dificuldades financeiras e sociais, as quais desdobram as representações e oportunizam o aparecimento das desigualdades e iniquidades presentes na população idosa. Desse modo, essas dificuldades sugerem que a promoção do envelhecimento com qualidade de vida é um desafio permanente e requer estratégias capazes de modificar comportamentos em prol de um envelhecimento saudável.

Em relação às subcategorias apresentadas nessa primeira categoria, “aposentadoria com renda baixa e insuficiente” e “inexistência do benefício (principalmente às mulheres)”, as dificuldades advindas com a aposentadoria provocam grande desgaste no âmbito psicossocial e de sobrevivência financeira para a pessoa idosa, o que foi comprovado nas pessoas idosas entrevistadas. Apesar de todos os entrevistados não terem procurado o mercado de trabalho informal como uma forma de aumentar a renda e reduzir as dificuldades diárias, os relatos são de condições difíceis para a vida diária, de sobrevivência com o mínimo de recursos e, em alguns casos, dependendo de ajuda dos filhos para o sustento. Conforme WHO (2005), o emprego, que é um fator determinante por toda a vida adulta, tem grande influência sobre a preparação, sob o aspecto financeiro, do indivíduo para a velhice.

No entender de Alvarenga *et al.* (2009), aposentar requer planejamento para reorganizar o tempo para novas experiências e atividades na vida familiar, no lazer, na vida sócio-comunitária, ou, ainda, em um serviço voluntário. Do mesmo modo, a falta de planejamento pode acarretar a dificuldade em adaptar-se à nova situação de vida, levando ao negativismo, ao isolamento e à relutância em abordar qualquer assunto que lembre a aposentadoria.

Guimarães (2012) afirma que os trabalhadores idosos, seja pela perda da força física, seja pelo desconhecimento ou inadaptação às novas técnicas, se tornam muitas vezes desacolhidos, e a aposentadoria aparece como uma maneira de produzir certa rotatividade da mão de obra no trabalho, por meio da troca de gerações.

Nas histórias coletadas, a aposentadoria é vista como uma grande fonte de tensão, devido à dificuldade em atender às necessidades básicas do dia a dia. De acordo com Alvarenga *et al.* (2009), para muitos dos idosos brasileiros a aposentadoria implica uma condição socioeconômica inadequada, levando ao rebaixamento de sua qualidade de vida.

Das pessoas idosas entrevistadas, 60% vivem de suas aposentadorias e 40% necessitam da ajuda do marido e/ou filhos. Também foi observado que 40% dos entrevistados ajudam os filhos mesmo estando aposentados e vivendo em com poucas condições financeiras. E 30% sendo mulheres idosas vivem com a situação de inexistência deste benefício, por não terem conseguido se aposentar. Portanto, a baixa renda é fica evidenciada entre as pessoas idosas entrevistadas.

Sales *et al.* (2016) abordam que as modificações psicológicas repercutem no modo como o ser humano se adapta a cada nova situação em sua rotina, como, por exemplo, se dá com as mulheres idosas, em virtude da perda de vínculos tanto por afastamento como por viuvez. Já as modificações sociais são confirmadas pelas limitações do poder físico, resultado da redução da produtividade, da condição socioeconômica e da aposentadoria.

Na categoria analítica “Cotidiano dos idosos com base nos indicadores de inserção em redes sociais de suporte e capital social” teve origem três categorias empíricas: “relação familiar insatisfatória”; “ausência de participação social e comunitária, carência de um capital social”; “acessibilidade psicossocial na comunidade e sociedade defasadas”.

De acordo com Paúl (2005), o apoio social refere-se a três medidas: integração social, apoio recebido e apoio percebido. É pertinente examinar essas medidas, pois durante as entrevistas de histórias de vida elas surgiram nas falas dos entrevistados. A integração social é precária, sendo 100% com uma participação social pouco ativa e insatisfatória na avaliação deles. O apoio recebido principalmente no que se refere ao da família mostra-se insuficiente, em termos de atenção e auxílio na presença e condições físicas e financeiras, e quanto ao apoio percebido é nítida a percepção de carência e pouca afetividade recebida de familiares e amigos. Só reforça o que aqui já foi trazido sobre o isolamento na velhice, momento em que as rupturas e perdas ocasionam a falta de novas perspectivas.

Trata-se, portanto, de uma tendência da cultura brasileira e predomina nas relações sociais, as quais são permeadas pelas manifestações individualistas, sem iniciativas coletivas para ações sociais baseadas em vínculos de solidariedade e apoio mútuo e recíproco entre os membros de uma comunidade, desmotivando o fortalecimento de um capital social.

As medidas de apoio estrutural, além de preventivas, também têm um cunho de efeito direto e contínuo em prol do envelhecimento e uma proteção através do respaldo às necessidades eventuais. Os entrevistados expressaram o déficit no suporte social devido às poucas opções gratuitas de atividades, grupos e redes sociais oferecidas pelos bairros e cidades.

Ferreira *et al.* (2017) fazem uma verificação geral relacionada ao cotidiano dos idosos com a caracterização de práticas promotoras de qualidade de vida destacando as atitudes associadas aos hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas diárias, participação social, convívio e interação nos grupos de convivência. Tais tarefas cotidianas realizadas com independência e autonomia, apoio e contato familiar, priorizando a importância do sono e repouso, assim como atividades de lazer acompanhadas por pessoas queridas, elevam a qualidade de vida.

Portanto, ressaltar a importância da sustentação da relação familiar, apoio social recebido e percebido, integração social e alimentar, as redes sociais sempre ativas constituem uma categoria primordial se buscar um sentido na velhice que elimine a sensação de vazio e solidão, ao mesmo tempo que recupera valores e laços familiares perdidos, confirmando, pois, que os relacionamentos sociais se fazem importantes para as pessoas em geral, em todo ciclo vital, principalmente na velhice.

Iniciando uma terceira categoria analítica que inclui as “Dificuldades materiais e psicossociais vividas no curso da vida como determinantes sociais da saúde”, tem-se na categoria empírica “dificuldades que geram prejuízos socioeconômicos e de desenvolvimento pessoal e o não fortalecimento de vínculos nas redes de suporte sociais”.

As dificuldades materiais e psicossociais advindas das condições de vida dependem primordialmente dos seguintes fatores: moradia, vizinhança, e também estresses vividos na vida cotidiana desencadeados nas relações sociais. A saúde no envelhecer dependerá das condições satisfatórias e estilos de vida alternativos também determinados socialmente. Ademais, as pessoas podem também sofrer

determinações sociais de saúde desde sua gestação e que vão interferir até à velhice.

Dessa forma, as dificuldades materiais e psicossociais vividas desde a infância (fome, morte precoce de progenitores, trabalhar pesado na roça, abandono escolar e trabalho infantil, entre outros fatores emergentes nas falas abaixo) é que determinam inclusive os estilos de vida que as pessoas passam a ter e que vão intervir na saúde da pessoa - são as determinações sociais.

De acordo com WHO (2005), precisamos compreender melhor os caminhos que explicam como estes amplos fatores determinantes afetam a saúde e o bem-estar no processo de envelhecimento. Considera que vale a pena avaliar a influência dos fatores determinantes durante o curso de vida, de forma a aproveitar as transições e "janelas de oportunidade" e estimular a saúde, participação e segurança em seus diferentes estágios. Por exemplo, as relações afetivas seguras na infância atuam na capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade durante todos os estágios da vida. Portanto, a participação ativa no cuidado da própria saúde se faz importante e jamais é tarde demais para se adotar estilos de vida saudáveis. Praticar atividades físicas adequadas, ter uma alimentação saudável, abster-se do fumo e do álcool, e fazer uso de medicações de forma consciente podem prevenir doenças e o declínio funcional, contribuindo para a longevidade e a qualidade de vida.

E, por diversas vezes, ocorre o contrário do que foi mencionado acima, a pessoa idosa tem um estilo de vida com hábitos ruins durante um longo período de sua vida, como na juventude e vida adulta, e depois quer reverter os prejuízos um pouco tarde para isso, onde já se instalou um quadro crônico ou algum problema de saúde mais grave.

Solar e Irwin (2010) entendem que a perspectiva do curso de vida reconhece explicitamente a importância do tempo na compreensão das relações causais entre exposições e resultados no curso de vida individual, nas tendências das doenças em nível populacional. A adoção de uma perspectiva de vida direciona a atenção aos determinantes sociais da saúde e seus efeitos em todos os níveis de desenvolvimento - infância, adolescência e vida adulta - sendo eles base para a saúde ou para um desenvolvimento mais tardio da doença. Deter-se na perspectiva do curso de vida auxilia compreender como esses processos temporais estão

associados a etapas anteriores e como se manifestam nas tendências da doença quando observadas.

Nessa categoria, portanto, é nítido o desencadear de um sofrimento psíquico e de enfermidades na saúde por fatores oriundos na infância, desenvolvimento e vida adulta, e consequentemente dificuldades materiais e psicossociais presentes em pelo menos 60% dos entrevistados. Reitera-se, portanto, a importância do apoio e das relações familiares e sociais para um envelhecer de forma saudável.

Na epidemiologia do curso da vida, as exposições socialmente padronizadas durante a infância, adolescência e vida adulta precoce sujeitam os adultos ao risco de doença e determinam-lhes a posição socioeconômica. Da mesma forma, as desigualdades sociais em adultos, saúde e mortalidade, os fatores socioeconômicos em estágios anteriores de vida podem atuar ou influenciar nos indivíduos, pois, conforme Kuh *et al.* (2003) fazem parte de cadeias biológicas ou psicológicas de risco.

Miguel (2015), em reflexões acerca de Robert Castel (2000), sobre os conceitos de “risco” e “vulnerabilidade social” entendem que a estruturação de sistemas de proteção social decorre da necessidade de redução dos riscos, inseguranças e incerteza provenientes da convivência dos indivíduos em sociedade. É justamente neste sentido que a consolidação e ampliação dos sistemas de proteção social do Estado Social apresenta-se como elemento fundamental da coesão social. Segundo Castel (2000), os sobrantes são inúteis ao mundo, porque não alcançam um lugar na sociedade produtiva, e não têm um mínimo de estabilidade. Ainda que Castel (2000) se refira ao sujeito ainda em atividade produtiva, a população idosa na maioria das vezes se encaixa nesse perfil, é desvalorizada quando envelhece, não se encaixa no mercado de trabalho e, quando se aposenta, não é motivo de estabilidade financeira, o que gera tensão e preocupação em uma fase da vida que deveria ser de tranquilidade.

E na última categoria analítica “Determinantes sociais da saúde mental do idoso”, confirma-se por meio das histórias de vida coletadas que os determinantes sociais exercem influência significativa nas condições de vida e saúde no ciclo de vida do ser humano, as quais, no envelhecimento, podem se agravar.

Ferreira (2017) traz em seu estudo que a fragilidade de saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento ocasionam o enfraquecimento da interação social e a participação comunitária dos idosos, com riscos de isolamento

social e estilos de vida limitados. Desse modo, a adequação de projetos e programas sociais de atenção à saúde e a inserção das pessoas idosas nesses grupos de convivência gratuitos ofertados pelo SUS, governo, universidades e ONGs especialmente trazem benefícios para a interação, bem como contribuem para mudanças no estilo de vida e manutenção de um envelhecimento bem-sucedido.

Para Almeida-Filho (2004) a condição de vida diz respeito às condições materiais indispensáveis à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais, que são feitas essencialmente para o consumo social. Assim, a distribuição desigual de renda e de acesso aos recursos socioeconômicos influenciam nas condições de vida e de saúde dessa população idosa estudada. Do mesmo modo, também interações conflituosas, rompimento de laços pessoais e solidão e falta de apoio familiar imprimem marcas para toda a vida e sujeitam socialmente a saúde mental do ser humano a problemas psicológicos, como a depressão.

Também, os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, deveriam estar presentes na assistência a longo prazo (WHO, 2005). Por conseguinte, é notório que as iniquidades existentes nas condições de vida são constituídas por estados existenciais impeditivos de uma vida digna e de respeito, principalmente quando se pensa na pessoa idosa que busca tranquilidade e saúde no envelhecer. Solar e Irwin (2010) assinalam que a renda também tem um efeito cumulativo ao longo da vida, e é o indicador de posição socioeconômica, que pode se mudar a curto prazo, salientando que a questão do dinheiro pode influenciar na saúde e na obtença de recursos. Enfim, o nível de renda afetará significativamente o estado de saúde por meio da falta de recursos materiais que são solicitados pelos comportamentos e estilos de vida.

Ainda segundo WHO (2005), as populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são consideradas propensas à inatividade. Para dirimir esse problema, o papel das políticas e programas deveria ser de estimular esses grupos a se tornarem mais ativos, notadamente no envelhecimento quando se acirram essas contradições. É essencialmente necessário oferecer ambientes seguros para atividades comunitárias, como caminhadas, por exemplo, incentivando a atividade física, as atividades culturais, as quais são motivo de reivindicação diante da omissão e da falta de apoio. Somente assim os problemas de mobilidade urbana, condições locais de moradia, e

participação social se tornarão um pouco mais eficientes, e passarão a existir para a população mais carente, que sente necessidade de também usufruir desses direitos.

Em suma, o que fica evidente na coleta qualitativa, mais específica e detalhada, é que as histórias de vida dos idosos com todos os percalços vividos contribuíram para a influência dos DSS, alguns ficaram em condições um pouco melhores; no entanto, na amostra prevalece um equilíbrio no desenvolvimento, ou seja, as dificuldades iniciais na história de vida prevaleceram no decorrer e até os dias atuais.

De acordo com Stuart e Soulsby (2011b), um relatório recente da OMS mostra que os problemas de saúde mental são responsáveis por quase um terço da incapacidade crônica que afeta a população mundial e constitui cinco das dez principais causas de incapacidade. Mais de 450 milhões de pessoas em todo o mundo têm problemas mentais, neurológicos ou comportamentais. E, no caso do grupo aqui estudado, a faixa etária da população idosa necessita de proteção e tratamento adequado para esse tipo de enfermidade.

Conforme Solar e Irwin (2010), desde a era de Alma-Ata, a OMS reconheceu uma ampla gama de setores com potencial para influenciar os determinantes da saúde e, em alguns casos, as estruturas subjacentes responsáveis pela distribuição desigual dos determinantes entre os grupos sociais. Os setores são relevantes e incluem agricultura, alimentação e nutrição; a educação; gênero e direitos das mulheres; mercado de trabalho e política de emprego; bem-estar e proteção social; comércio e política industrial; cultura e mídia; meio ambiente, água e saneamento; habitat, habitação, uso da terra e urbanização. E assim, o impacto de cada determinante social na saúde varia dentro de um determinado país de acordo com diferentes contextos socioeconômicos.

E, dessa forma, conforme Buss (2007), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em erigir uma estrutura de determinações entre os elementos mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações bem como estudar como esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é simplesmente uma relação direta de causa-efeito. Outro importante desafio relaciona-se à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as distinções no estado de saúde dos indivíduos não abrangem as diferenças entre

grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Nesse sentido, por meio da presente pesquisa verificou-se que um grupo de pessoas de determinada faixa etária, a população idosa, tem sua saúde mental infuenciada por DSS específicos que, por sua vez, apresentam efeitos específicos nessa faixa etária. E isso se processa em virtude de pertencerem à etapa do envelhecimento, ou seja, estão em um grupo vulnerável, já que determinantes sociais como as circunstâncias de escolaridade e socioeconômica e de inserção em redes atingem mais esse grupo etário que outros, mais jovens, capazes de mobilidade social ou de inserir-se ainda em atividades laborais e sociocomunitárias.

Stuart e Soulsby (2011b) fazem referência a um planejamento e a implementação simultânea de estratégias e programas coerentes para lidar com as iniquidades em saúde, o desafio é global e a motivação para essa atividade pode emergir com as políticas e programas que combatam as manifestações de doenças infecciosas e não-infecciosas das desigualdades em saúde, e ao mesmo tempo as manifestações de pobreza e a privação social. Sendo assim, não basta agregar os determinantes de saúde apontados em estudos com indivíduos para identificar os determinantes de saúde no nível da sociedade. Buss (2007) ressalta que as importantes diferenças de mortalidade entre classes sociais ou grupos ocupacionais não conseguem ser explanados pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois, se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo, etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase absolutos. Em síntese, o desafio pela equidade em saúde é constante, com resultados parciais e gradativos, mas é um trabalho que precisa ser pensado e estimulado por meio de pesquisas, estudos, iniciativas e ações promotoras de práticas saudáveis para vida do ser humano e da comunidade em geral.

Em busca de analisar a influência dos determinantes sociais da saúde mental do idoso, com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social fica claro com esta pesquisa desenvolvida que os DSS ligados aos fatores socioeconômicos e de inserção em rede de suporte social tem influência significativa na saúde mental do idoso.

Referente a isso, verificou-se, conforme demonstrado, que os DSS baseados em classe social, fatores socioeconômicos, escolaridade, ocupação e renda têm influência sobre a saúde mental dos idosos entrevistados, pois os mais vulneráveis segundo esses fatores (socioeconômicos) apresentaram baixo aproveitamento em

relação à vida e baixa satisfação com a própria saúde, com recursos financeiros mais precários, segurança física e proteção regulares, além de acesso limitado à escola, o que teve um reflexo significativo nas condições de vida atuais. Ficou evidente pelas falas dos idosos as poucas oportunidades e condições para que pudessem estudar, levando-os a deixar a escola cedo para atividades remuneradas e auxílio em casa, fator esse determinante nas condições de vida devido à baixa escolaridade, pois a grande maioria deles se manifestaram emocionalmente com pesar pela vida de dificuldades, além de se sentirem em condições inferiores e com uma aposentadoria insatisfatória.

Verificou-se, igualmente, que os determinantes sociais ligados ao capital social e inserção em redes de suporte social exerce também influência sobre a saúde mental dos idosos entrevistados. Aqueles que se encontram em situação de maior isolamento relataram sofrimento devido à pouca ajuda recebida dos filhos e familiares, pouca interação com família, amigos e sociedade, solidão, dificuldades nos recursos de saúde por atendimentos precários e não humanizados, sendo repetidas as falas de carência na atenção, cuidado e oportunidades de acesso à serviços públicos, direitos esses que não lhe são concedidos. São condições de extrema vulnerabilidade em uma fase da vida que gostariam de usufruir de condições estáveis, tranquilidade e um envelhecimento pleno de atenção, respeito e dignidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar as influências dos determinantes sociais da saúde mental do idoso, com base nos indicadores socioeconômicos e de inserção em redes de suporte social. A pesquisa foi desenvolvida em dois locais: o Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI), de Batatais e o outro o Programa de atividades para o envelhecimento do Círculo Operário da Vila Tibério (COVT), de Ribeirão Preto, com pessoas idosas frequentadoras desses serviços. Os resultados foram obtidos mediante aplicação de dois questionários: na etapa quantitativa, sobre a caracterização sociodemográfica e qualidade de vida Whoqol-Bref, e na etapa qualitativa entrevistas de histórias de vida pelo critério de saturação.

A pesquisa evidenciou que as mulheres vivem majoritariamente sozinhas por serem viúvas e mais propensas ao isolamento social, portanto, mais vulneráveis em situações cotidianas, por enfrentarem restrições advindas com as limitações da velhice, dependência dos filhos, muitas vezes ausentes, e não apoiam no enfrentamento das dificuldades. Nesse sentido, a fragilidade já está presente no simples fato da solidão, e na velhice elas se tornam mais vulneráveis, dadas as precárias condições estruturais detectadas pelo estudo e o pouco acesso aos direitos e oportunidades para um envelhecer saudável.

Um fator extremamente relevante nesse estudo é a condição socioeconômica do idoso principalmente em decorrência da aposentadoria: é perceptível que a renda baixa desmotiva e dificulta-lhe a sobrevivência, provocando altos índices de vulnerabilidade social, impedindo o acesso aos serviços essenciais aos cuidados básicos na saúde, contrariando um envelhecimento tido como saudável, momento em que busca uma vida tranquila e estável. Essa condição socioeconômica pode ter sido influenciada pelos anos de escolaridade e formação desse idoso, as poucas oportunidades de estudo e de mercado de trabalho, com interferência em sua saúde.

Os dados coletados nesta pesquisa foram significativos quanto ao curso da vida e as influências recebidas, a pessoa idosa que relembra sua história de vida descreve a infância como um período de dificuldades em que a passagem pela escola foi rápida para iniciar o trabalho e ajudar em casa. Alguns autores estudiosos dos DSS informam que a educação é frequentemente usada como uma medida genérica da posição socioeconômica e muitas vezes determinam os desfechos em saúde. A posição socioeconômica, por sua vez, é interpretada como reflexo do lugar ocupado na sociedade, criando uma “hierarquia social” em relação à posição social,

renda e parte intelectual, o que desfavorece a pessoa idosa que pouco estudou e trabalha em uma função simples e de renda baixa, sem vida social, porque as condições financeiras não a permitem. E, por sua vez, na etapa do envelhecimento, é perceptível que os diferenciais socioeconômicos subestimam a pessoa aposentada, excluindo-a, sendo que a exposição cumulativa interfere no quadro de saúde dessas pessoas.

Desse modo, analisou-se a perspectiva do curso de vida reconhecendo a importância do tempo na compreensão das relações causais de exposições e dos desfechos no curso da vida pessoal e individual, de acordo com as tendências das doenças em nível populacional. A adoção de uma perspectiva de vida direciona a atenção para como os determinantes sociais da saúde atuam em todos os níveis de desenvolvimento das pessoas, as tendências da doença observadas ao longo do tempo no nível populacional. Concordamos nesta pesquisa com os autores no que diz respeito às defasagens que a exposição acarreta dando início aos processos de doenças, desde as influências na infância até as possíveis intervenções na vida adulta.

Quando citado nessa pesquisa sobre a capacidade funcional da pessoa idosa, fica claro que o baixo conhecimento e habilidades obtidos por meio da educação podem afetar o funcionamento cognitivo de uma pessoa, ou seja, a pouca escolaridade e poucos recursos de atividades físicas e socialização também atuam na capacidade funcional da pessoa idosa. São recursos saudáveis e necessários, e, dentro da posição social ocupada, com melhores condições socioeconômicas e boa escolaridade, podem usufruir melhor dos recursos disponíveis.

Manter as pessoas idosas independentes funcionalmente é o primeiro passo para alcançar uma melhor qualidade de vida. Para tanto, é primordial o planejamento de programas específicos de intervenção, visando à eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Almeja-se com essa pesquisa a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que intercedam na manutenção da capacidade funcional destes idosos, considerando que a capacidade funcional provém de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida adotado e seguido.

No que concerne à vida social, o engajamento social do idoso justificou-se conforme as oportunidades eram oferecidas; nesse caso, o círculo de convivência

social de boa parte dos entrevistados estava provido de diversas atividades e ocupações a serem desempenhadas. Em contrapartida, as pessoas idosas em condições de maior vulnerabilidade não mantinham boa participação social pelas poucas oportunidades concedidas, isolamento social e até mesmo pouca convivência familiar. Nas entrevistas de histórias de vida, houve maior expressão de um contato social reduzido, poucos grupos sociais a frequentar, predominando a presença de membros da família, quando esses se faziam presentes. Quando citado que o engajamento social preserva a função cognitiva dos idosos e reduz a mortalidade, independentemente do nível de apoio emocional e instrumental, vê-se a importância de fazer parte de grupos recreativos, envolver-se em atividades culturais e de lazer, assim como em trabalhos sociais, para manutenção de uma rede social sempre ativa. O descontentamento e a falta das atividades relacionadas ao lazer e cultura foram unânimes entre todas as pessoas idosas entrevistadas.

Como conceituado nesse estudo, o capital social tem-se mostrado relevante, mas no caso das pessoas idosas as relações sociais e consequentemente a participação social vem se reduzindo; e essa população necessita de oportunidades econômicas, condições melhores na saúde e educação, liberdade política, poder social, e também de incentivos e estímulos a suas iniciativas. O capital social sozinho não consegue atingir o desenvolvimento econômico. Mas constituem a cultura e o capital social os seus componentes: as pessoas, seus familiares e os grupos, e quanto mais forte o entrosamento desses elementos melhores relações são produzidas. Para a pessoa idosa, a rede social é um vínculo essencial, e ela pode ser composta pela família e amigos. Nessa fase, geralmente com os netos e demais pessoas as relações são mais numerosas, isso fortalece a motivação em seguir e cria-se um laço afetivo sólido dessa rede social, passando a se sentirem partes da sociedade.

As ações de prevenção e promoção de saúde, citadas aqui anteriormente como desafio, teriam como objetivo não só contribuir para a manutenção da capacidade funcional do idoso, mas também fortalecer a participação social, as relações sociais e o capital social da população idosa.

Com base no referencial teórico desse estudo, que segue o modelo dos DSS da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Munidal da Saúde (WHO, 2008), e na análise compreensiva dos diferentes modelos de DSS, concluiu-se que os determinantes estão diretamente na base da produção das

iniquidades sociais e desencadeiam influência negativa na saúde de pessoas idosas, distintos grupos e amostras de populações, e dependendo do nível podem levar até à morte precoce. As condições de vida que apresentam iniquidades sociais, decisivamente, não permitem uma existência digna.

As condições precárias de vida, as redes de inserção social, vizinhança e comunidade são fatores determinantes na vida do idoso, as quais carecem de maiores ajustes direcionados à suas fragilidades e limitações. São pessoas que não se sentem seguras, sendo muitas vezes desrespeitadas nos próprios bairros a que pertencem, não se sentem à vontade em fazer uma caminhada na pracinha do bairro ou no bosque da cidade por não terem segurança, se sentirem frágeis ante as ameaças urbanas atuais. O medo é um prejuízo na vida da pessoa idosa, a aflição de passar por uma situação estressante, traumática ou de insegurança os priva de usufruir de uma vida comum, prazerosa e tranquila. É uma linha tênue que encaminha o idoso para a solidão, porque nela existe um pouco de segurança, preferem isolar-se para não correrem riscos. É emergente a mudança de paradigmas das redes de inserção social, vizinhança e comunidade em desenvolver um novo olhar para essa população, proporcionando um envelhecimento saudável e com melhores condições de vida e saúde.

A conscientização dessa faixa etária por meio dos grupos de convivência social é um trabalho de extrema importância para evitar que o isolamento social seja encarado como natural. Nas entrevistas também notou-se a busca por esses grupos, principalmente por parte das mulheres mais velhas, de contato social, tentativas persistentes de evitarem o isolamento. Pensando nos estilos de vida adquiridos no decorrer de uma vida, não é tarde para buscar novos hábitos e formas de pensar. A convivência nessa idade requer mudança nos estilos de vida, e, sendo pessoas maduras e independentes, podem se abrir a novas experiências, não deixando o sedentarismo ganhar força, permitindo que a mudança aconteça.

Ressaltamos a importância de uma mudança cultural da sociedade brasileira rumo a uma sociedade mais coesa, mas solidária e menos indiferente ao outro e, principalmente, ao idoso. Essa transformação implica também criação de oportunidades coletivamente construídas para a formação de um capital social e a criação de um sistema recíproco de ajuda e apoio aos membros dessa comunidade. A abertura de canais de participação consolidaria as redes de cooperação entre os grupos da sociedade, condição necessária, mas ainda pouco visualizada, para que

as questões de interesse público sejam enfrentadas e transformadas garantindo o acesso a políticas públicas de qualidade. Acreditamos que o Brasil precisa trilhar um longo caminho para reverter essa configuração de desigualdades, facilitando o acesso a bens de consumo coletivo de responsabilidade estatal, como saúde e educação, mediante um acesso equitativo.

Faz-se emergente também um novo olhar das políticas públicas para o sistema de saúde, esse por sua vez, deve proporcionar atendimento digno ao usuário. O atendimento adequado ao idoso não é prioridade, e quando ocorre deixa a desejar. Uma grande parcela dos entrevistados declarou não ter um convênio médico e assim depender de atendimentos nos serviços do sistema público de saúde. O sistema de saúde é um elemento-chave na estrutura do modelo dos DSS da CSDH da OMS, portanto um sistema de saúde que apresenta falhas no atendimento integral aos usuários favorece as iniquidades em saúde. No Brasil, o SUS é considerado pela OMS como um dos melhores modelos do mundo; entretanto, governanças e interesses privados acabam desencadeando um progressivo sucateamento do sistema, com uma cobertura insuficiente da Atenção Primária à Saúde e sem a devida atenção na coordenação dos níveis diversos da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, no caso da população desse estudo, quanto maior a demora em suprir as necessidades de saúde da pessoa idosa, a situação pode se agravar e a vulnerabilidade aumentar. Além de pouco investimento nessa faixa etária, percebe-se que os serviços de saúde ainda estão focalizados em uma atenção clínica dirigida somente às condições agudas, como doenças infectocontagiosas, ainda com alto índice no Brasil, deixando as doenças crônicas sem a devida prioridade. Essa situação pode gerar fatores de iniquidade em saúde

Para o a pessoa idosa, o sistema de saúde mental precisa criar estratégias e ações específicas, estabelecendo um olhar mais profundo às patologias da população, a qual apresenta especificidades, como, por exemplo, a depressão, predominante na população idosa, que necessita de apoio, atenção, medicação e acompanhamento psicoterapêutico. Foi constatado nos serviços de saúde mental intervalos espaçados no acompanhamento médico, com muito prejuízo para eficácia do tratamento. Em suma, como já citado, o empenho para a saúde do idoso necessita incluir todos os setores da sociedade: governos, profissionais da área, sociedade civil e demais, bem como de organizações parceiras nessa causa.

Nessa linha da produção social da saúde, as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social estão expostas à imensas desigualdades nesse setor, que geram demandas especiais de assistência para o tratamento de doenças crônicas, deficiências e doenças mentais. No Brasil, há a urgente necessidade de ações multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital, trabalhando estilos de vida com vistas a diminuir fatores de risco em grupos vulneráveis, minimizar iniquidades e obter resultados positivos de saúde na velhice. É necessário um movimento de mudança e aprofundamento de estratégias para a população que envelhece e carece de condições de saúde mais adequadas, especialmente a respeito da saúde mental do idoso, que influencia diretamente em suas escolhas de vida, participação social e qualidade de vida. Já que o estado de saúde individual é decorrente de sua posição social no decorrer da vida, constituindo-se a ação dos DSS na perspectiva do “curso da vida”, percebe-se como são necessárias ações que enfrentem as iniquidades sociais, tendo em vista a constante busca da equidade em saúde.

Espera-se, portanto, que novos estudos sejam desenvolvidos dentro da temática para aprofundar o conhecimento dos DSS da população idosa, principalmente no Brasil. As limitações do estudo encontradas foram proporcionais à amostra, pois apesar de ter abrangido duas cidades diferentes com a coleta em dois serviços para idosos, poderia abarcar outros serviços, cidades ou regiões, para um contato maior com realidades e serviços distintos, ampliando os estudos e olhares. O trabalho com a pessoa idosa ainda é pouco disseminado e tem-se pouco investimento constraste com o crescente aumento da população idosa; portanto, mais pesquisas gerariam maiores olhares e possíveis investimentos em tratar dessa fase da vida prevenindo e promovendo a saúde. Também as iniquidades sociais são fatores limitantes desta pesquisa porque quanto mais baixa a escolaridade, as condições socioeconômicas são menos favorecidas. A pobreza é claramente um dos principais determinantes dos diferenciais de saúde em todos os lugares, sendo necessário a redução da pobreza e o desenvolvimento econômico dos países, pois a saúde é um direito social para a dignidade humana, equidade e justiça social.

Entretanto, apesar das limitações, acredita-se que este estudo apresenta potencial de generalização, podendo contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre os DSS no Brasil, além de ser um tema ainda novo e pertinente ao relacionar os DSS com a saúde mental do idoso, apresentando resultados que confirmam a existência das iniquidades sociais nessa área, principalmente quanto ao idoso

sujeito vulnerável, dependendo do estilos de vida vivido por ele. Confirma-se, portanto, a necessidade de formulação de políticas públicas para essa população idosa focadas em suas reais necessidades, que incrementem o conhecimento de práticas de atuação profissional e ações mais eficazes para um envelhecimento saudável e ativo. Para o enfrentamento das iniquidades é necessário vislumbrar o horizonte da saúde, educação, crescimento econômico, um ambiente social seguro e um conjunto de liberdades que envolvam aspectos como segurança humana, bem-estar e satisfação social, e sobretudo o capital social.

REFERÊNCIAS

ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 32-39, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ALMEIDA, A. V. **O processo de feminização da velhice no município de Viçosa, MG**: características, relações e risco social. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2015. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/6290/texto%20completo.pdf?sequence>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ALMEIDA, A. V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>. Acesso em: 8 mar. 2019.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a09v9n4.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2018.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a09v43n4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ANDRADE, A. N. **Fragilidade em idosos**: análise conceitual. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5184/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ARAKAKI, E. H. H. et al. A importância da afetividade na terceira idade na perspectiva da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16., 2011, Campo Grande. **Anais...** Campo Grande: SENPE, 2011. p. 553-555. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0123.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2018.

ARAUJO, C. K. et al. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Rev. Jovens Pesqui.**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/2868/2033>. Acesso em: 9 mar. 2019.

ARMENGOL, L. R. El etiquetado de pacientes en atención primaria. El caso de la cronicidad. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 49, n. 9, p. 508-509, 2017. Disponível em:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-etiquetado-pacientes-atencion-primaria--S0212656717306960>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (Texto para Discussão, 1034). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1034.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BERQUÓ, E.; BAENINGER, R. **Os idosos no Brasil**: considerações demográficas. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos de População, 2000. (Textos NEPO, 36). Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_37.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

BORDE, E.; ARKEMAN, M.; PELLEGRINI FILHO, A. Mapping of capacities for research on health and its social determinants in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2081-2091, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2081.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BOTH, T. L. et al. Consideração sobre o idoso aposentado: uma intervenção da terapia cognitivo-comportamental como instrumento de preparação à aposentadoria. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, p. 90-101, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2793>. Acesso: 20 dez. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**: lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, DF: MDSCF, 2010. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BULCÃO, C. B. et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. **Ciênc. Cogn.**, Niterói, v. 1, p. 54-75, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/21/334>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BUSATO, M. A. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 625-635, 2014. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/downloads/2736.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CAMARANO, A. A. **Brazilian population ageing**: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMELO, L. V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 280-293, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/en_1980-5497-rbepid-19-02-00280.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CAMPOS, J. B.; D'ALENCAR, R. S. A velhice nos caminhos da informalidade: trabalhando para viver ou vivendo para trabalhar? **Memorialidades**, Ilhéus, v. 3, n. 5/6, p. 49-66, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/165>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2017.v26n3/676-689>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M. B.; BÓGUS, L; YAZBEK, M. C. (Org.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2000. p. 17-50.

_____. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

COSTA, A. P.; AMADO, J. **Análise de conteúdo suportada por software**. Ludomelia: Portugal, 2018.

COSTA, R. S. et al. Social support in the context of poverty: a study of the elderly with cognitive impairments and their family caregivers. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3787-3794, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2149>. Acesso em: 20 dez. 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2018.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: FAPESP, 2012.

DIDERICHSEN, F. **Resource allocation for health equity**: issues and methods. Washington DC: The World Bank, 2004.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FERREIRA, M. C. G. **Representações sociais de qualidade de vida por idosos**: contribuição para o cuidado de enfermagem. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/852732.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FERREIRA, M. C. G. et al. Social representations of older adults regarding quality of life. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 806-813, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0806.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FIORATI, R. C. et al. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1458-1470, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1458.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

FIORATI, R. C. et al. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequitiesworldwide. **Gac. Sanit.**, Madrid, v. 32, n. 3, p. 304-314, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>. Acesso em: 6 fev. 2019.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 24, art. e2687, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2018.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

FRANÇA, L. H.; STEPANSKY, D. V. **Educação permanente para trabalhadores idosos**: o retorno à rede social. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: _____. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 3-25.

GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)**. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

GUIMARÃES, I. B. Os idosos em um contexto de trabalho e de disposições. **Mediações Rev. Ciênc. Soc.**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 108-125, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/viewFile/14024/11835>. Acesso em: 5 fev. 2017.

HARGREAVES, J. R. et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to actions. **Am. J. Public Health**, New York, v. 101, n. 4, p. 654-662, 2011. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2010.199505>. Acesso em: 6 fev. 2019.

INOUYE, K. et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n3/19.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência de Notícias. **PNAD 2016**: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes>. Acesso em: 6 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**: cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/batatais/panorama>. Acesso em: 20 dez. 2018.

JUÁREZ-RAMÍREZ, C. et al. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 4, p. 284-290, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/08.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KASSOUF, A. L. O que conhecemos sobre trabalho infantil? **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 323-350, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/neco/v17n2/v17n2a05.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, D. (Ed.). **Social capital and health**. New York: Springer Science, 2008.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/55/10/693>. Acesso em: 20 jan. 2018.

KUH, D. et al. Life course epidemiology. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 57, n. 10, p. 778-783, 2003. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/jech/57/10/778.full.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 13-20, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31299>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LIMA, A. M. M. **Saúde e envelhecimento**: o autocuidado como questão. 2003. 329 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a10v1227.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LIMA, O. B. A. et al. O idoso frente ao processo de envelhecimento: produção científica em periódicos online no âmbito da Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 15., 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: CBCENF, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/2554512-O-idoso-frente-ao-processo-de-envelhecimento-producao-cientifica-em-periodicos-online-no-ambito-da-saude1.html>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LINARI, J. A. **Programa pré-aposentadoria**: o recomeço de uma nova vida - crise ou oportunidade? O caso Cesp. 2004. 196 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.

LOURENÇO, R. A. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Braz. J. Health Biomed. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=187>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/25.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Q.**, New York, v. 79, n. 3, p. 387-427, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751199/>. Acesso em: 6 fev. 2019.

MARMOT, M. G. et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **Lancet**, London, v. 380, art. 9846, p. 1011-1029, 2012. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61228-8/fulltext>. Acesso em: 6 fev. 2019.

MIGUEL, R. As reflexões de Robert Castel sobre os conceitos de “risco” e “vulnerabilidade social”. In: JORNADA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, Maranhão. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2015. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3730908/mod_resource/content/1/CASTEL%201%20%282%29.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2018.

MOENE, K. O.; WALLERSTEIN, M. Inequality, social insurance, and redistribution. **Am. Polit. Sci. Rev.**, Cambridge, v. 95, n. 4, p. 859-874, 2001. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3117718>. Acesso em: 3 nov. 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Paris: ONU, 1948.

_____. **A ONU e as pessoas idosas**. [S.l.]: ONU, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 20 maio 2019.

NARDI, T. C.; OLIVEIRA, R. G. A Terapia cognitivo-comportamental e o envelhecimento. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. (Org.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 507-520.

NERI, A. L. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Átomo-Alínea, 2006.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

NOBREGA, M. M.; ANJOS, R. M.; MEDEIROS, A. C. T. Fatores determinantes da qualidade de vida do idoso: uma revisão integrativa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 5., 2017, Maceió. **Anais...** Maceió: CIEH, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD2_SA8_ID2699_23102017131338.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

OLIVEIRA, L. S. P. **Atitudes sexuais e idadismo na terceira idade**. 2012. 55 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67964>. Acesso em: 20 dez. 2017.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PAÚL, C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociol. Rev. Fac. Letras Univ. Porto**, Porto, v. 15, p. 275-287, 2005. Disponível em: <ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2018.

PAVARINI, S. C. I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 1-6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_15.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Rev. Bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505>. Acesso em: 20 jan. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMASCO-GUTIÉRREZ, M. et al. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. **Gac. Sanit.**, Barcelona, v. 31, n. 5, p. 432-435, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301935>. Acesso em: 20 dez. 2017.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2019.

RODRIGUES, L.; GONÇALVES, M. E.; TEIXEIRA, G. E. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG)**. 2011. Disponível em: <https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/107807/mod_folder/content/0/Artigos%20Estudo%201/2010_Luciene%2C%20Unimontes_Indicadores%20de%20vulnerabilidade%20e%20risco%20social%20para%20as%20fam%C3%ADlias%20pobres%20cadastradas%20no%20Minist%C3%A9rio%20de%20Desenvolvimen.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 9 mar. 2019.

RODRIGUES, M. et al. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. **Rev. Bras. Orientac. Prof.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 53-62, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

SALES, J. C. S. et al. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1840-1846, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13564/16352>. Acesso em: 6 fev. 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a12v24n4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I.; BRITO, T. R. P. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 496-503, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a10.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, A. C. A. P. **Vulnerabilidade humana e envelhecimento**: o que temos a ver com isso. São Paulo: Portal Edições Envelhecimento, 2015.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Rev. Eletrônica**, Campina Grande, v. 16, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>. Acesso em: 15 out. 2018.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 867-877, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/v14n35a12.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: Social determinants of health discussion paper 2: Debates, policy and practice, case studies). Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 maio 2019.

SOUSA, F. A. M. R. et al. Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006460.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 6, p. 1176-1185, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1176.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2019.

SOUZA, L. B. **A condição de vida de famílias em vulnerabilidade social e sua potencial relação com a saúde mental e o desempenho ocupacional escolar de crianças e adolescentes**. 2017. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 697-704, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a07.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

STUART, K.; SOULSBY, E. J. L. Reducing global health inequalities. Part 1. **J. R. Soc. Med.**, London, v. 104, n. 8, p. 321-326, 2011a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150102/>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Reducing global health inequalities. Part 3: Collaboration and funding. **J. R. Soc. Med.**, London, v. 104, n. 11, p. 442-448, 2011b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206714/>. Acesso em: 20 dez. 2017.

TEIXEIRA, L. et al. Centenarians in Europe. **Maturitas**, Limerick, v. 104, p. 90-95, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378-5122(17)30592-3>. Acesso em: 20 dez. 2017.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento na agenda pública brasileira. **Rev. Polít. Públicas**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 113-136, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3733>. Acesso em: 20 dez. 2017.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL-Bref**: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: WHO, 1996.

_____. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychol. Med.**, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998a.

_____. **WHOQOL user manual**. Geneva: WHO, 1998b.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 20-27, 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade na velhice e qualidade de vida. **Rev. Bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p. 26-35, 2010. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/735>. Acesso em: 10 mar. 2019.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes sociais de saúde**: processo saúde doença. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: WHO, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2018.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

_____. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

_____. **Social determinants of health**: report by the secretariat, 132nd session. Geneva: WHO, 2012a. Disponível em: <https://www.who.int/social_determinants/B_132_14-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 jan. 2018.

_____. Outcome of world conference on social determinants of health. In: _____. **Sixty-fifth world health assembly**. Geneva: WHO, 2012b. p. 15-17. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/dgnp/pdf_files/a65_rec1-en.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

YILMAZ, F.; TEKIN, R. N. Effects of early life factors on the health and quality of life of older adults. **Psychogeriatrics**, Tokyo, v. 18, n. 1, p. 30-35, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/psyg.12278>. Acesso em: 20 dez. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Usuário dos Programas para o Envelhecimento

Título da pesquisa: **"Determinantes Sociais da Saúde mental do idoso"**

Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Camila Maria Fernandes Fantacini

Orientadora: Profª. Drª Regina Célia Fiorati

Estamos convidando o Sr (SRa) para participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência de problemas sociais e econômicos na Saúde Mental do Idoso, analisando a situação financeira e o suporte dos laços sociais na vida dessas pessoas. O Sr (Sra) será convidado (a) a responder a um questionário que analisa a situação social e financeira, outro que vai colher informações sobre o estado de saúde, e podendo ser convidado, ainda, para uma entrevista para contar sobre sua vida.

Os dois questionários, e entrevista serão realizados em horário de acordo com sua disponibilidade e em local onde se sinta confortável para responder as perguntas, podendo durar até uma hora e trinta minutos. Os dois questionários, e entrevista serão disponibilizados caso o participante achar necessário e arquivados após a conclusão da pesquisa.

Essa pesquisa é importante para favorecer avanços no conhecimento sobre quais problemas sociais podem afetar a saúde mental e o bem-estar de pessoas idosas. Sua participação na pesquisa pode fazê-lo se sentir desconfortável ao responder os questionários e a entrevista. Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento, pedimos que seja comunicado ao pesquisador, para que se possam tomar providências para voltar a se sentir confortável. O Sr (Sra) pode também solicitar a interrupção da mesma.

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante os questionários e a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas com fim de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. O CEP-EERP/USP tem horário de funcionamento das 10:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:00h em dias úteis e o telefone para contato: (16) 3315 9197, no respectivo endereço Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38 - Ribeirão Preto-SP.

Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora Camila Maria Fernandes Fantacini (camilafantacini@usp.br ou 16 99175 9166). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

_____

Camila Maria Fernandes Fantacini

Eu,_____,
concordo em participar da pesquisa: **"**Determinantes Sociais da Saúde mental do idoso".

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2017.

_____

Assinatura

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

1.IDENTIFICAÇÃO:

Número de ID: _____

Nome: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Endereço:_____ ___Bairro: _____

Telefone/Celular: _____

Cidade de Origem: _____

Raça:

( ) branca ( ) preta ( ) parda ( )amarela ( )indígena

Data de nascimento: _____

Estado civil:

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

( ) divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) ( ) união estável

( ) outro: _____

Profissão: _____

2. MERCADO DE TRABALHO

a) ***Qual é sua situação atual de trabalho?***

( ) Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada
( ) Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada
( ) Funcionário Público
( ) Conta própria ou autônomo
( ) Aposentado
( ) Desempregado
( ) Outra. Qual? _____

b) ***Quanto você recebe?***

( ) até ½ salário mínimo (R$ 468,50)
( ) mais de ½ salário até 1 salário mínimo (R$ 468,50 a R$ 937,00)
( ) de 1 salário até 2 salários (R$ 937,00 a R$ 1.874,00)
( ) de 2 salários até 3 salários (R$ 1.874,00 a R$ 2.811,00)
( ) de 3 salários até 5 salários (R$ 2.811,00 a R$ 4.685,00)
( ) acima de 5 salários (R$ 4.685,00 ou mais)

c) Quantas horas por dia você costuma trabalhar?
( ) 6 horas p/dia
( ) 8 horas p/dia
( ) Mais de 8 horas p/dia
( ) Trabalho só de vez em quando
( ) Não trabalho mais

d) Em caso de desemprego:
Do que você e sua família vive? _____

3. EDUCAÇÃO

Grau de instrução pessoal:
( ) sem estudo
( ) primeiro grau incompleto (ensino fundamental)
( ) primeiro grau completo (ensino fundamental)
( ) segundo grau incompleto (ensino médio)
( ) segundo grau completo (ensino médio)
( ) ensino técnico incompleto
( ) ensino técnico completo
( ) superior incompleto (faculdade)
( ) superior completo (faculdade)

4. FAMÍLIA

a.) Qual a renda de sua família (soma dos salários de todos os membros/pessoas)?
( ) até ½ salário mínimo (R$ 468,50)
( ) mais de ½ salário até 1 salário mínimo (R$ 468,50 a R$ 937,00)
( ) de 1 salário até 2 salários (R$ 937,00 a R$ 1.874,00)
( ) de 2 salários até 3 salários (R$ 1.874,00 a R$ 2.811,00)
( ) de 3 salários até 5 salários (R$ 2.811,00 a R$ 4.685,00)
( ) acima de 5 salários (R$ 4.685,00 ou mais)

b.) Membros da família
- Número de pessoas? _____
- Você tem alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não
- Tem algum filho com algum tipo de deficiência? ( ) Sim ( ) Não

5. DOMICÍLIO

a.) Condição de domicílio:
( ) Casa própria
( ) Alugada
( ) Cedida.
( ) Outros _____

b.) Situação da moradia:

RECURSOS DISPONÍVEIS	SIM	NÃO
Na sua casa tem escoamento de esgoto sanitário?		
Você tem acesso a água canalizada?		
Na sua casa tem coleta de lixo?		
Na sua casa tem energia elétrica?		
Você tem telefone fixo?		
Você tem televisão?		
Você tem geladeira?		
Você tem fogão?		
Você tem filtro de água?		
Você tem rádio?		
Você tem televisão a cores?		
Você tem automóvel?		
Você tem máquina de lavar roupa?		
Você tem computador?		
Você tem acesso a internet?		
Você tem celular?		

REDES DE INSERÇÃO SOCIAL , VIZINHANÇA E COMUNIDADE

1. Estrutura física do bairro em que vive:

a.) Seu bairro tem:
( ) Escolas;
( ) Serviços de saúde;
( ) Locais de lazer (esporte, praças, clubes e outros);
( ) Locais de cultura (cinema, teatro, música e outros);
( ) Ambiente seguro.

b.) Que aspectos são positivos (bons) no seu bairro?
( ) Tranquilidade
( ) Segurança
( ) Lazer e cultura
( ) Serviços de saúde e escolas adequados
( ) Serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

c.) Que aspectos são negativos (ruins) no seu bairro?
( ) Falta de tranquilidade
( ) Insegurança
( ) Falta de lazer e cultura
( ) Poucos serviços de saúde e escolas
( ) Poucos serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

d.) O que precisa melhorar?
( ) Segurança
( ) Serviços de saúde
( ) Escolas

( ) Cultura e lazer
( ) Serviços básicos

2. Geração de renda e gastos familiares:

a) Quem faz o trabalho doméstico em sua casa?
( ) O Senhor (a)
( ) Seu companheiro (a)
( ) Filhos
( ) Funcionária contratada
( ) Diarista

b) A renda familiar atual é suficiente para:
( ) Alimentação e roupas
( ) Alimentação, água e luz
( ) Alimentação, água, luz e gás
( ) Agua, luz, gás e telefone
( ) Recursos de saúde

c) O que você faz quando o dinheiro não dá?
( ) Deixa de pagar alguma conta
( ) Pede ajuda a algum filho ou familiar
( ) Reduz algum gasto necessário, como por exemplo, alimentação
( ) Utiliza meios de conta para pagamento futuro
( ) Não houve necessidade

d) Quais são os principais gastos familiares?
( ) Alimentação
( ) Roupas
( ) Agua, luz e gás
( ) Telefone
( ) Recursos de saúde

3. Organização familiar:

a.) Quem é a sua família (quem você considera como sendo parte de sua família)?
( ) Cônjuge
( ) Filhos
( ) Filhos e netos
( ) Cônjuge e filhos
( ) Sou sozinho

b.) Qual é a sua rotina diária da sua família (o que você faz, seus filhos... diariamente)?
( ) Ficar em casa
( ) Visita os filhos com frequência
( ) Recebe visitas dos filhos e netos
( ) Frequenta grupos de socialização ou amigos
( ) Cuida de netos ou sobrinhos. Quantos?

Idade dos netos: _____

4. Redes de inserção social

a.) Em caso de algum problema/dificuldade (problemas de saúde, cuidado com seus filhos, falta de dinheiro), o que você faz? A quem você recorre?
( ) Recorre a ajuda dos filhos
( ) Recorre a ajuda de amigos ou vizinhos
( ) Não busca/tem ajuda
( ) Se problemas de saúde busca os serviços de saúde
( ) Se falta de dinheiro, recorre ao banco

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL:

5. Acesso aos mecanismos de proteção social - públicos e privados e Políticas Sociais - serviços e benefícios sociais:

a.) Quais locais você conhece e mais utiliza de seu bairro?
( ) Posto de saúde
( ) Hospital
( ) Serviços básicos
( ) Todos os locais acima citados
( ) Nenhum desse locais acima citados

b.) Você utiliza algum programa assistencial do governo?
Exemplos: Benefício de Prestação Continuada (BPC), LOAS e Aposentadoria, ou Benefício doença?
( ) Não
( ) Sim. Qual: _____
Valor: _____

REDES SOCIAIS DE APOIO

6. Redes sociais:

a.) Em caso de necessidade, quem te dá mais apoio?
( ) Família
( ) Vizinhos
( ) Amigos
( ) Parentes
( ) Não tem a quem recorrer

b.) Que tipo de apoio você recebe deles?
( ) Financeiro
( ) Apoio emocional
( ) Recursos na saúde
( ) Ajuda nas AVDs
( ) Não recebe ajuda

APÊNDICE C - WHOQL - Bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?_____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?_____.

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista de História de Vida

A pessoa idosa será convidada a discorrer sobre sua biografia[1], sobre sua saúde no curso da vida e no contexto atual (desde seu nascimento passando pela infância, juventude, vida adulta até o momento atual):

[1]Pequenas e mínimas intervenções serão feitas pelo pesquisador para trazer a narrativa do participante para o foco da biografia narrada.

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O impacto dos determinantes sociais na Saúde Mental do Idoso
Pesquisador: CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 72255917.6.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.316.655

Apresentação do Projeto:
Apreciado anteriormente.

Objetivo da Pesquisa:
Apreciado anteriormente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Apreciado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Apreciado anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Além dos documentos já apresentados, foram incorporados ao Protocolo de Pesquisa:
- Ofício de resposta, com indicação das alterações realizadas;
- Projeto de Pesquisa e Formulário de Informações Básicas do Projeto - PB, com alterações solicitadas, a saber, a descrição dos riscos/desconfortos/inconvenientes a que podem estar expostos os participantes da pesquisa.

Recomendações:
Não há recomendações adicionais.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.216.455

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora descreveu claramente QUAIS os possíveis riscos/desconfortos/danos/inconvenientes a que a pesquisa pode expor seus participantes, por menores ou menos prováveis que sejam, atendendo assim às recomendações feitas por este CEP por ocasião da avaliação anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_864864.pdf	25/09/2017 16:23:33		Aceito
Outros	Oficio_modificacoes_CEP_3.pdf	25/09/2017 16:21:17	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	25/09/2017 16:20:45	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Historia_Vida.pdf	03/09/2017 15:12:53	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_CASI.pdf	03/09/2017 15:02:00	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/07/2017 19:29:52	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento.pdf	16/07/2017 19:29:20	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	14/07/2017 20:11:38	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	13/07/2017 23:56:14	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2017 23:41:25	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.316.655

Outros	Questionario_Sociodemografico.pdf	10/07/2017 11:29:22	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Outros	escala_qualidade_vida_WHOQOL_100.pdf	10/07/2017 11:26:11	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito
Outros	Carta_autorizacao_Circulo_Operario.pdf	20/04/2017 16:53:15	CAMILA MARIA FERNANDES FANTACINI	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO B - Carta de Autorização de Realização da Pesquisa
Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI)

Claretiano
CENTRO UNIVERSITÁRIO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Pe Sergio Ibanor Piva, reitor acadêmico do Claretiano – Centro Universitário, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O impacto dos determinantes sociais na saúde mental do idoso", sob responsabilidade da pesquisadora Camila Maria Fernandes Fantacini, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP, com os idosos ex-participantes do Programa Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CASI) de Batatais que acontecia até final de 2016. A coleta de dados, se dará nas dependências do Claretiano – Centro Universitário, local em que o Programa ocorria. Solicito que, como contrapartida a essa autorização, a pesquisadora responsável, Camila Maria Fernandes Fantacini, apresente os resultados da pesquisa aos componentes da mesma ao final da execução do estudo e ao serviço de Assistência Social do Claretiano.

Batatais - SP, 01 de setembro de 2017.

Prof. Dr. Pe. Sergio Ibanor Piva
Reitor
Claretiano – Centro Universitário

ANEXO C - Carta de Autorização de Realização da Pesquisa Círculo Operário De Vila Tibério (COVT)

CÍRCULO DE TRABALHADORES CRISTÃOS DE VILA TIBÉRIO

C.N.P.J.: 45235082/0001-01 - Utilidade Pública Estadual Nº 15.188 - Utilidade Pública Municipal Nº 1413

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, ***Zoraide Lopes Ramos*** presidente do **Círculo de Trabalhadores Cristãos de Vila Tibério de Ribeirão Preto,** em nome da equipe, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O impacto dos determinantes sociais na saúde mental do Idoso", sob responsabilidade da pesquisadora Camila Maria Fernandes Fantacini, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP. Além disso, autorizo a coleta de dados, a qual se dará nas dependências do Círculo Operário e com os participantes idosos. Solicito que, como contrapartida a essa autorização, a pesquisadora responsável, Camila Maria Fernandes Fantacini, apresente os resultados da pesquisa à equipe do Círculo Operário de Trabalhadores Cristãos de Vila Tibério ao final da execução do estudo.

Ribeirão Preto - SP, 12 de abril de 2017.

Zoraide Lopes Ramos
Presidente
Círculo de Trabalhadores Cristãos de Vila Tibério

RUA DR. LOYOLA, 535 – VILA TIBÉRIO – RIB. PRETO/SP - CEP: 14050-070
E-mail : circulooperariorp@hotmail.com - Telefone: (16) 34420647 - (16) 30436022