Envelhecimento

IMPACTO E DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

MARISTELA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MARISTELA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA

**Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas
públicas de saúde**

BAURU

2013

MARISTELA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA

**Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas
públicas de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dr. José Roberto Pereira Lauris.

Versão corrigida

BAURU

2013

Silva, Maristela Aparecida dos Santos

**Si38e Envelhecimento: impacto e desafios para as
políticas públicas de saúde/ Maristela Aparecida dos
Santos da Silva – Bauru, 2013.**

125p. : il. ; 31cm

**Dissertação. (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de
Bauru. Universidade de São Paulo.**

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru- FOB_USP

**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processo
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.**

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP

Protocolo nº182/2011

Data: 09/03/2012

O meu fim evidente era atar as duas pontas da vida, restaurar na velhice a adolescência. Pois, senhor, não consegui recompor o que foi nem o que fui. Em tudo, se o rosto é igual, a fisionomia é diferente. Se só me faltassem os outros, vá: um homem consola-se mais ou menos das pessoas que perde, mas falta eu mesmo, e esta lacuna é tudo.

Carmem Lucia TindóSecco (1994)

DEDICATÓRIA

Com muita saudade, dedico à memória de minha avó Margarida Ferraz, meu amigo e sogro José Olímpio e o meu pai Doricirio dos Santos

Dedico esse trabalho também, em especial, a todos que com tanto carinho me receberam em suas casas. A minha vida nunca mais foi a mesma depois de conhecer e ouvir as histórias de cada um de vocês.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos Anjos.

À minha família, meus três tesouros: marido Moacir e meus filhos Victor e Richard.

À minha mentora e amiga Marlene.

Aos anjos visíveis: Angela Xavier, Patricia Mattos, Zélia Lopes Bueno e Eduardo Liporacci

Às minhas amigas: Andrea e Thaisa

Às pessoas que tenho grande carinho: Marta, Rosa e Silvia

A todas as pessoas que direta/indiretamente contribuíram para a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao orientador Professor Dr. José Roberto Pereira Lauris pelo carinho e paciência.

À doutoranda: Patrícia Matos

Reinauguração

Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.

Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir enquanto as coisas em redor se derretem e somem como nuvens errantes no universo estável.

Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos gulosos a um sol diferente que nos acorda para os descobrimentos.

Esta é a magia do tempo.

Esta é a colheita particular que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante, no acreditar na vida e na doação de vivê-la em perpétua procura e perpétua criação.

E já não somos apenas finitos e sós.

Carlos Drummond de Andrade

CREPÚSCULO

A metáfora mais bonita que conheço para a velhice é o crepúsculo, o pôr-do-sol. O crepúsculo é lindo. Faz pensar. No crepúsculo tomamos consciência da celeridade do tempo.

As cores rapidamente passam do azul para o verde, convertem-se em amarelo, abóbora, modificam-se para o vermelho, ocultam-se em roxo e desaparecem diante dos olhos no negro.. No crepúsculo sentimos o tempo fluir rapidamente.

Por isso muitas pessoas têm medo dele. A famosa “happy-hour” foi inventada como terapia para a tristeza do fim de tarde e começo da noite. No crepúsculo nos tornamos poeta se muitos escreveram sobre ele: Cecília Meireles, Fernando Pessoa, Browning, Wordsworth. No taoísmo, “Tao” é representado por um rio em que se deve navegar sem remar, flutuando ao sabor das águas, sem opor resistência, porque é inútil nadar ao contrário. Alan Watts, em seu lindo livro “O Tao – o caminho das águas”, escreveu o seguinte:

Especialmente à medida que se vai ficando velho, torna-se cada vez mais evidente que as coisas não possuem substância, pois o tempo parece passar cada vez mais rápido, de forma que nos tornamos conscientes da liquidez dos sólidos; as pessoas e as coisas ficam parecidas com reflexos e rugas efêmeras na superfície da água.

Vou lançar um livro sobre a velhice. O seu título é “As cores do crepúsculo – a estética do envelhecer”. O crepúsculo como metáfora do envelhecer. Há beleza no crepúsculo. Há beleza no envelhecer. Algumas das coisas que você encontrará nele: O voo dos pássaros à tarde, Quero viver muitos anos, O blazer vermelho, As viúvas, Os velhos se apaixonarão de novo, Violinos velhos tocam música, O aposentado, A solidão, Um único momento...

Rubem Alves

RESUMO

O envelhecimento está associado a profundas mudanças, novos comportamentos, expectativas e valores com pontos divergentes atuando nesse processo. O objetivo desse estudo foi conhecer o fenômeno do envelhecimento em área adstrita da Estratégia de Saúde da Família do município de Bauru-SP, para melhor compreender a ocorrência dessa demanda emergente e estruturante socialmente. Para tanto, buscou-se também detectar as condições de saúde geral dessa população específica com o intuito de saber quais agravos que mais os afetam; avaliar a satisfação dos idosos nos atendimentos dos serviços públicos de saúde e os direitos a eles inerentes, e identificar as percepções e significações do envelhecimento para esses sujeitos. Optou-se pelos métodos de pesquisa quantitativa, utilizando-se de parte do Questionário Brazil Old Age Scudule - BOA, e qualitativa, utilizando-se de formulários elaborados pela pesquisadora. O universo da pesquisa foi de 170 sujeitos, pessoas consideradas idosas, com 60 anos ou mais de acordo com o Estatuto do Idoso, Lei 10.4741, de outubro de 2003, residentes no bairro Santa Edwirges e cadastrados na Unidade Básica de Saúde no Município de Bauru - SP. Obteve-se os seguintes resultados analfabetismo,(27,0%), em relação a saúde geral dos idosos confirmou-se as doenças prevalentes, hipertensão (50,0%) diabetes (17,2%) e colesterol (13,1%), a saúde auditiva apontou para ocorrência de queixa de zumbido (28,7%): saúde bucal com (39,3%), edentulismo (96,7%) problema na mastigação (41,0%), os idosos demonstraram satisfação com a vida em geral (70,5%) e satisfação com os atendimentos na Unidade de Saúde da Família.(75,4%). Referente à autopercepção do envelhecimento, confirmou-se os resultados antevistos em estudos como: experiência negativa, desvalorização, socialmente estigmatizada e estereotipada em torno da doença, com nuances negativas, dificuldades nos relacionamentos familiares e pessoais, sentimentos desfavoráveis provocando a vulnerabilidade psíquica. deixando explícito o desamparo. Sendo. imprescindível um novo olhar para essa realidade da vida em comum e para que isso ocorra é necessário entender as fases da vida e com ela a existência humana.

Palavras Chave: Envelhecimento, Idoso, Longevidade e Saúde.

ABSTRACT

Aging: impact and challenges for public health policies

The ageing process is related to deep changes, new behavior, expectations and values, with different references happening in this process. The aim of this study is to know the ageing phenomenon in the 'Estratégia Saúde da Família' area, to have a better comprehension of the happening of it's socially, structuring and increasing demand. For this, it was necessary to detect the general health conditions of this specific population, in order to know which diseases are affecting them the most, evaluate the satisfaction of the elderly with the public health service and also the rights they have, and identify the perceptions and symbolism of the ageing process in this people. It was opted to use of quantitative methods of research, using a part of the questionnaire 'Brazil Old Age Scudule – BOA' and qualitative methods, by means of forms created by the researcher. The universe of the research was composed of 170 people considered elderly, of 60 years of age or more, living in 'Santa Edwirges' neighbourhood and registered in the 'Unidade Básica de Saúde' located in Bauru-SP, Brazil, according to the Statute of the Elderly, law number 10.474 from October 1st, 2003. We obtained the following results literacy (27.0%) than the overall health of elderly people it was confirmed prevalent disease, hypertension (50.0%) diabetes (17.2%) and cholesterol (13.1%), hearing health pointed to the occurrence of tinnitus (28.7%) with oral health (39.3%), tooth loss (96.7%) problem in chewing (41.0%), the elderly showed satisfaction with life in general (70.5%) and satisfaction with care in the Family Health Unit. (75.4%). Concerning the perception of aging, it was confirmed in studies on expected results as: negative experience, devaluation, socially stigmatized and stereotyped around the disease, with negative nuances, difficulties in family relationships and personal feelings unfavorable causing psychic vulnerability. making explicit the helplessness. Being. imperative a new look to this reality of life in common and for this to occur it is necessary to understand the stages of life and with her human existence.

KEYWORDS: Ageing Process, Elderly, Longevity and Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Sujeitos Participantes da Pesquisa.....	41
Tabela 2	-	Grau de instrução dos idosos participantes	51
Tabela 3	-	Percepção sobre satisfação com a vida em geral	51
Tabela 4	-	Percepção dos principais motivos de insatisfação com a vida.....	51
Tabela 5	-	Percepção sobre a saúde em geral.....	52
Tabela 6	-	Percepção sobre os problemas de saúde	52
Tabela 7	-	Relatam os principais problemas de saúde.....	52
Tabela 8	-	Percepção sobre a saúde visual	53
Tabela 9	-	Percepção da saúde auditiva	53
Tabela 10	-	Percepção sobre a saúde bucal e estado geral dos dentes	53
Tabela 11	-	Se faltam dentes (falta de dentes ou ausência de dentes)	54
Tabela 12	-	Locais que procuram quando precisam de atendimento médico.....	54
Tabela 13	-	Dificuldades para ir ao médico	54
Tabela 14	-	Percepção sobre serviços médicos/ e o que mais desagrada	55
Tabela 15	-	Locais que procuram para tratamento odontológico/ não fazem acompanhamento odontológico há muito tempo	55
Tabela 16	-	Se ainda trabalham e de onde tiram o sustento	56
Tabela 17	-	Proprietários de imóveis que residem	56
Tabela 18	-	Síntese estatística das respostas à pergunta “O que é envelhecer?”.....	57
Tabela 19	-	Síntese estatística das respostas à pergunta “Em que momento da vida sentiu que estava envelhecendo?”	58
Tabela 20	-	Síntese estatística das respostas à pergunta “Como está sendo este período de envelhecimento?”	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPC	Benefício de Progressão Continuada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCOR	Instituto do Coração
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Envelhecimento e Impacto Demográfico Populacional.....	19
2.1.2	Envelhecimento Populacional.....	20
2.1.3	Dimensão Biológica do Envelhecimento.....	22
2.1.4	Dimensão Psicológica do Envelhecimento	24
2.1.5	Dimensão Social do Envelhecimento	25
2.1.6	O Ser Social e o Serviço Social.....	27
2.1.7	Política Nacional de Saúde dos Idosos Direitos e Proteção	29
2.1.8	Estratégia Saúde da Família.....	30
3	PROPOSIÇÃO	33
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1	Campo da Pesquisa	39
4.1.1	Procedimentos Éticos	40
4.1.2	Sujeitos da Pesquisa	40
4.1.3	Formulação da Pesquisa	41
4.1.4	Método quantitativo	42
4.1.5	Método qualitativo.....	43
4.1.6	Entrevista.....	44
4.1.7	Definição: Análise de Conteúdo	45
4.1.8	Descrição dos procedimentos e etapas	46

5	RESULTADOS	49
5.1	Resultados Quantitativos	51
5.2	Resultados Qualitativos	57
6	DISCUSSÃO	59
7	CONCLUSÕES	79
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE	97
	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Cerca de 78 milhões de pessoas nascem a cada ano no mundo, uma taxa de crescimento considerada bastante acelerada. Parte desse crescimento populacional se deve ao aumento da expectativa de vida ao nascer. (ONU, 2011) O Brasil, como quinta nação mais populosa do planeta, possui mais de 190 milhões de pessoas e esse número demonstra um crescimento de 12,3% na última década, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010).

Nesse sentido, de acordo com os órgãos internacionais, a demografia populacional brasileira está em ritmo acelerado de envelhecimento, em que a participação dos idosos com 60 anos teve um aumento significativo e entre aqueles ainda mais velhos, o aumento foi considerado maior. (IBGE, 2010)

Indicam-se, como razão para o aumento dessa expectativa de vida de homens e mulheres as melhorias nas condições de vida em geral, ressaltando o avanço da medicina e o atendimento médico-social à população. (PASCHOAL, 2005) A propagação do aumento do envelhecimento da população foi difundida inicialmente pela Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde (2002) que tiveram um papel fundamental quanto à análise e comunicação desse impacto, juntamente com planos de ação e medidas estimuladoras com o objetivo de enfrentamento dessa nova realidade.

Considerado como um fenômeno estruturante da sociedade contemporânea, o envelhecimento está associado às profundas transformações, revelando-se um indutor de novos comportamentos e relações. (QUARESMA, 2006) Essa mudança traz consigo divergências e dessincronização entre a idade biológica e a idade social. Tais desacordos, segundo teorias, decorrem do pouco conhecimento existente sobre esse fenômeno, pois o envelhecimento é visto apenas pela dimensão existencial, sendo necessária para tal uma visão multidimensional. Estas dimensões fazem parte de um processo de desenvolvimento nas etapas da vida. (COSTA, 2003)

A dimensão biológica como uma alteração irreversível e inevitável, deixando marcas pela diminuição das taxa metabólica entre outros fatores somatórios; a dimensão psicológica que traz consigo mudanças nos comportamentos e atitudes

diante de determinadas circunstâncias, processo complexo influenciado por fatores individuais e com repercussões contundentes na saúde mental; a dimensão social, com a constatação do envelhecimento da população brasileira, notadamente não preparada para enfrentar as questões ligadas à longevidade.(COSTA, 2003; COSTA, 2003; YAZBEK, 2003)

A exacerbação da desigualdade social torna o envelhecimento um agravo para a sociedade oferecendo a esta população uma chance marginal de sobrevivência. (YAZBEK, 2003) Observam-se, entretanto, avanços quanto às conquistas desta faixa etária a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e muitas outras leis, decretos e diretrizes nacionais e internacionais com o intuito de proteger, promover e assegurar o direito ao envelhecimento digno e saudável da pessoa humana. (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006)

Nesta abordagem, e diante do exposto, fez-se importante conhecer o fenômeno do envelhecimento e suas dimensões em área adstrita da Estratégia da Saúde da Família. Como resposta a estes pressupostos é que se orientou o projeto, através da fundamental atuação do Serviço Social na concretização dos direitos por meio de uma prática dinâmica, de contexto em constante transformação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e Impacto Demográfico Populacional

De acordo com estimativas da Organização das Nações – Unidas – ONU, entre 1999 e 2011 a população mundial passou de 6 para 7 bilhões, apesar do ritmo de crescimento ter desacelerado nos últimos anos (VARELLA, 2011).

Neste ritmo, cerca de 78 milhões de pessoas nascem a cada ano no mundo – o equivalente as populações do Canadá, Austrália, Grécia e Portugal juntos, proporcionalmente um ritmo ainda considerado acelerado. (ONU, 2011) Parte desse crescimento populacional se deve ao aumento da expectativa de vida ao nascer, pois as pessoas passaram a viver em média 20 anos a mais nos últimos 60 anos. A expectativa média de vida no mundo passou de 48 para 69 anos. (ONU, 2011)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010), o Brasil representa uma das maiores populações do mundo e isto é constatado no resultado do Censo 2010 em comparação com o Censo 2000, indicando o aumento de 20.933.524 pessoas. Esse número demonstra que o crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, inferior ao observado na década anterior cujo índice foi de 15,6% entre 1991 e 2000. (IBGE, 2010)

A demografia brasileira, de acordo com as informações citadas, demonstra um panorama de desaceleração do ritmo populacional em concordância com os índices da ONU (2011), porém a participação de idosos na população brasileira teve um aumento significativo. O número de pessoas com mais de 60 anos passou de 14,8 milhões em 1999, para 21, 7 milhões em 2009 (IBGE, 2010) e entre os mais velhos o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto que em 2009 a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros (IBGE, 2010). Segundo estimativas do órgão (2010), esse contingente atingirá 32 milhões em 2025 e fará do país o sexto em número de idosos no mundo.

A expectativa de vida da população brasileira é de 76 anos para homens e 78 anos para mulheres com destaque para a “feminização” da pirâmide etária. Esse

retrato do envelhecimento faz parte da Síntese de Indicadores Sociais (2010), que é um conjunto integrado de indicadores o qual permite avaliar não só a qualidade de vida, o nível de bem-estar das pessoas, famílias e grupos sociais, como também a efetivação de direitos humanos e o acesso a diferentes serviços, bens e oportunidades. (IBGE, 2010)

Nesse sentido, pressupõe-se que o aumento na expectativa de vida das pessoas decorra das melhorias nas condições de vida, de trabalho, do nível educacional e de escolaridade e ressaltando o avanço na medicina, assim como, sejam naturalmente recorrentes do atendimento às necessidades de saúde da população. (PASCHOAL, 2005) Contudo, importante destacar que esta expectativa é decorrente também da variação da taxa de mortalidade e natalidade, considerados como índices inversamente proporcionais, ou seja, com o decréscimo da mortalidade e o aumento do índice de longevidade (IBGE, 2010) sendo, portanto, uma transição demográfica de processo único e irreversível.

Diante disso, é importante reconhecer que os estudos demográficos fundamentam esses argumentos e colocam para os órgãos governamentais e sociedade as projeções sobre o envelhecimento da população, e, sobretudo, demonstram através dos dados os desafios no que tange em suprir as necessidades desse contingente de idosos em um futuro bem próximo.

2.1.2 Envelhecimento Populacional

A propagação do fenômeno do envelhecimento e de suas questões foi inicialmente promovida pelos órgãos internacionais como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU) , que tiveram papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade. (OMS, 2005) Entre essas medidas, duas tinham destaque especial; no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável, no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade. (GOLDMAN, 2004)

A primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento ocorreu em 1982, a qual gerou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Esse

plano gerou ações em assuntos como: saúde e nutrição, proteção aos consumidores idosos, habitação, meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda, emprego, educação e também a coleta e análise de dados de pesquisa. (ONU - BRASIL, 2013) A Assembleia Geral aconteceu no ano de 1991 e elegeu como prioridade o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas no tocante à independência, participação, cuidado autorrealização e dignidade. No ano seguinte à realização da Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, dando sequência aos planos e ações, foi declarado o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso.

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002, aprovou um Plano de Ação o qual solicitava à comunidade internacional que abordasse plenamente a relação entre pessoas idosas e desenvolvimento e desafiasse as ideias convencionais da sociedade quanto à velhice. (ONU, 2002) O documento afirma claramente que a velhice não é um problema, mas sim uma conquista, e que não se trata meramente de uma questão de segurança social e de bem-estar, mas sim de desenvolvimento global, de políticas econômicas e mudanças de atitude. (ONU, 2002)

Importante salientar que, pela primeira vez os governos concordaram que era necessário integrar a velhice aos quadros de desenvolvimento social, econômico e de direitos humanos. Por isso, no ano de 2004 o tema do Dia Internacional da Pessoa Idosa foi “Pessoas Idosas numa Sociedade Intergeracional”, reconhecendo o papel das pessoas mais velhas na família, comunidade e sociedade.

Por esse motivo, no décimo aniversário do Ano Internacional da Família, o tema sublinha igualmente que os jovens de hoje, constituintes do maior grupo de jovens de todos os tempos, serão idosos no ano de 2050, formando então o maior grupo de pessoas idosas desde sempre.

Na Cúpula Mundial de 2005, dirigentes políticos reafirmaram a sua determinação em assegurar a realização dos objetivos acordados nas grandes conferências e cúpulas das Nações Unidas, nomeadamente os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, no qual os Estados se comprometeram não somente a velar pela segurança das pessoas idosas, mas também em proporcionar-lhes meios para participarem plenamente da vida econômica, política e social da sociedade, terá um papel importante nesse esforço.

No ano de 2006, a determinação desenvolvida foi “Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas: promover as estratégias mundiais da ONU”. Esse foi um apelo a todas as comunidades para que trabalhassem em prol de políticas e programas suscetíveis de permitir que as pessoas idosas vivessem num ambiente que melhorasse suas capacidades, promovesse sua independência e lhes proporcionasse apoio e cuidados adequados, à medida que envelhecessem.

O envelhecimento é hoje um fenômeno estruturante das sociedades contemporâneas, está associado às profundas transformações sociais, econômicas e culturais indutoras de novas formas da relação de reciprocidade sociedade/sujeito. (QUARESMA, 2006) Nesse contexto, a mesma autora (2006) pontua que tanto em termos da sociedade, como de cada pessoa, este processo revela-se profundamente desafiante, e isso se deve ao fato de novos comportamentos, expectativas e valores que nos oportunizam mais anos de vida e produzem novas formas de sociabilidade e convivência. Além disso, esses anos a mais de vida são a experiência de não sermos mais daqueles que têm todo o futuro e o tempo para si; é o fato de que, em relação à tua verdade, haverá um depois. (GORZ, 2009)

O impacto nas formas de viver e experimentar novas fases da existência é algo que conhecemos mal, por tratar-se de um fenômeno recente na evolução da vida, rápido e de complexidade crescente. (QUARESMA, 2009) Por isso, é perceptível uma crescente dessincronização entre o percurso das idades e o processo de desenvolvimento humano, ou seja, a idade biológica e a idade social têm pontos divergentes. (QUARESMA, 2009) Essas divergências decorrem da falta de conhecimento desse fenômeno, em que é necessário se ter uma visão dimensional do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos. (NETTO & PONTES, 2005) A partir de então esse fenômeno não deve ser visto apenas dentro de uma perspectiva, haja vista que essa dimensão existencial modifica a relação do homem com o seu tempo, com o seu mundo e a sua história. (BEAUVOIR, 1990)

2.1.3 Dimensão Biológica do Envelhecimento

O envelhecimento, como etapa da vida, é um processo biológico inevitável. Trata-se das alterações morfológicas e funcionais, doenças crônicas e implicações

nas atividades físicas nos sujeitos. Fundamentalmente, marca-se o envelhecimento biológico pela diminuição da taxa metabólica, o que se reflete na lentidão do intercâmbio de energia do organismo. (COSTA, 2003) A energia do organismo quando usada em excesso não é totalmente recuperada, uma vez que o aumento da idade celular é decorrente de menor capacidade para a divisão celular, resultando em desaceleração funcional, ou seja, lentidão do intercâmbio de energia. (COSTA, 2003)

O fenótipo do envelhecimento é representado por marcadores típicos como perda de peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos e pele enrugada. É reflexo de um somatório de alterações somáticas que mais rápida ou mais lentamente estarão presentes em todos os idosos. (NETTO & BORGONOV, 2005)

Outros pesquisadores afirmam que, em termos físicos, o envelhecimento normal pode ser considerado um declínio diferencial, relacionado ao tempo, das funções biológicas tanto do organismo como um todo quanto das suas partes, resultando na morte. (BRINK, 2001) No sentido da definição das alterações biológicas, o mesmo autor (2001) define que as influências sobre o envelhecimento podem ser divididas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são a constituição genética individual que determina a longevidade máxima e os extrínsecos são as exposições ambientais que afetam a sobrevivência do indivíduo no ambiente. (BRINK, 2001)

O envelhecimento biológico é um fenômeno universal e comum a todos os seres vivos, mas ainda hoje perduram dúvidas acerca deste mecanismo que acarreta modificações profundas no organismo e na vida das pessoas. Intrincados são os caminhos que levam o indivíduo a envelhecer biologicamente, independente de concepções sobre a própria natureza do envelhecimento, cujas perdas funcionais tendem a ser lineares em função do tempo. (NETTO & BORGONOV, 2005)

Enfim, o envelhecimento, se analisado somente como uma questão biológica, não revela seu papel social. O que vale enfatizar é que além da sua especificidade biológica, localiza-se uma história e insere-se num sistema de relações sociais. (MERCADANTE, 2005)

2.1.4 Dimensão Psicológica do Envelhecimento

Verificar o processo de envelhecimento cunhado em uma ótica psicológica é aceitar seu movimento dinâmico e sua complexidade, visto que não se trata apenas de descrever as mudanças ocorridas nessa fase, mas de buscar reconhecimento e informações sólidas e cientificamente fundamentadas. (COSTA, 2003)

Sabe-se que com a chegada da velhice várias alterações vão sendo acrescentadas ao corpo, acarretando também consequências psicológicas, as quais modificam comportamentos e atitudes diante de determinadas circunstâncias. Por isso que o envelhecimento psicológico, paralelamente às mudanças físicas que ocorrem durante o processo, é extraordinariamente complexo, muito influenciado por fatores individuais. (COSTA, 2003)

Em decorrência dessas alterações, a noção de identidade da pessoa idosa passa então a ser analisada a partir da perspectiva da complexidade, o que indica dificuldades para sua explicação e compreensão, sem possibilidade de escapar da ambigüidade. (MERCADANTE, 2006) Nesse sentido, a não compreensão da teia que envolve todos os aspectos da vida poderá ter uma repercussão contundente para a saúde mental. (GATTO, 2005) Pois o que rege a existência do ser humano, tanto no início da vida como em seu decorrer (...) é a necessidade de ser, de continuar a ser humano, de sentir-se real, de habitar num mundo real. (DIAS, 2005) A retomada da criatividade pode possibilitar transformações e atribuições de novos significados às experiências vividas, frustradas ou simplesmente sonhadas. (ARCURI, 2006)

Essas experiências vividas consistem em mudanças de características qualitativas não só quantitativas o que se leva a crer que cada período etário caracteriza-se por comportamentos e papéis singulares. (COSTA, 2003) Desde então, nessa perspectiva, o envelhecimento pode ser considerado uma fase do desenvolvimento como outra qualquer, visto que esse fenômeno não pode ser visto como algo estático, mas sim como um movimento contínuo e dinâmico, carregado de subjetividades outras. (NERI, 1995)

Enfim, a visão de homem como ser em contínuo processo de transcendência implica a existência dessa possibilidade transformadora com a possibilidade de desvendar e desabrochar mundos sempre novos. (LOPES, 2005) Para tanto, a

estrutura da psicologia possibilita a compreensão da dimensão no enfrentamento desse processo de envelhecimento da população brasileira a partir de uma ótica construtivista, voltada para o desenvolvimento do ser humano e para o ser humano.

2.1.5 Dimensão Social do Envelhecimento

O caráter social de uma representação explica-se não só pelo fato de ser compartilhado nos grupos, mas também, por ser socialmente construído e produzido. (TEIXEIRA, 2006) Assim, um novo sujeito se produz, porém não na contraposição de uma alteridade jovem, mas na produção de uma “subjetividade” negadora da identidade estigmatizadora. (MERCADANTE, 2005) Estigma é um conceito desenvolvido por Goffman (1988) como um fenômeno social que pode ser constatado com base em, pelo menos, uma dentre três manifestações culturais possíveis: as abominações culturais do corpo, o de defeitos de caráter e a proveniência social.

Nesse sentido, define-se o perfil identitário da representatividade ideológica da sociedade, sendo também partilhado pelos próprios idosos. (MERCADANTE, 2005) Entretanto, ao partilhar da mesma ideologia, segundo o autor (2005), as diferenças e qualidades pessoais são então levantadas e apresentadas para definir um ser singular que se contrapõe à categoria genérica de velho, ou seja, o velho não sou “eu”, o velho é o “outro”, sobre a relação do eu e outro profundamente estigmatizadora, Beauvoir (1990 p. 353) chama atenção em seu texto:

É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamamos de velha pela primeira vez.

Apesar de o envelhecimento ser visto apenas como um fenômeno biológico, a forma como cada pessoa envelhece está determinada por questões subjetivas, condicionada a outras questões como hereditariedade, aspectos sociais, culturais, incluindo-se a história de vida. (SANTOS, 2003) Como em todas as dimensões humanas, o envelhecimento faz parte dessa dimensão que modifica as relações. Por

outro lado, o homem não vive seu estado natural, como em qualquer idade seu estatuto lhe é imposto pela sociedade. (BEAUVOIR, 1990) Dessa forma, a sociedade estabelece ao homem o seu lugar e o seu papel, principalmente quando envelhece, e ainda mudam de acordo com o contexto social em que ele está inserido. (VERAS, 1995)

Como tempo impreciso, a realidade é de difícil percepção, porém em algumas pesquisas, e também nesse estudo, é demonstrado como os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano a partir de perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos. (SALDANHA, ARAUJO & FELIX, 2006)

Nesse caso, o envelhecimento humano passa a ser um sobrepeso para o sujeito, pois a ênfase social continua a ser dada à juventude e a capacidade de produção, ou seja, ser velho representa afastamento do mundo social. Porém, deveser levado em conta comprovadamente o aumento na expectativa de vida, e salientar uma importante questão a ser considerada; a necessidade de desnaturalizar o fenômeno do envelhecimento e considerá-lo como uma categoria social e culturalmente construída. (MINAYO, 2002 APUD VERAS, 1995)

Além disso, é fundamental ressaltar também o desejo do homem de viver o máximo possível, completar a vida de forma digna e sem sofrimento, encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição das capacidades, assim como, continuar a participar das decisões que envolvam a comunidade e prolongar conquistas e prerrogativas sociais como propriedade, autoridade e respeito. (MINAYO, 2002 APUD SIMMONS, 1945)

Contudo, para que isso ocorra o homem deve estabelecer no mundo vínculos sólidos, fundar uma família e construir uma situação favorável, pois quem envelhece deveria saber que sua vida não está em ascensão nem em expansão, mas num processo interior inexorável que produz uma contração da vida. (ARCURI, 2005 APUD JUNG, 2000) Nesse estreitamento da vida, pode-se dizer que viver é envelhecer, envelhecer é viver. A vida gera, alimenta e consome e durante esse decurso passamos por constantes ciclos de renovação e todos conhecem a veracidade desse processo. (ARCURI, 2005)

O fato é que o envelhecimento é um fenômeno global e no Brasil esse processo está ocorrendo com maior rapidez, exigindo maior adequação às

condições de vida desse grupo etário. Todavia, é notório que ao envelhecer existe toda uma trama social e cultural que permeia a realidade e a vivência social das pessoas em todos os seus aspectos. (MINAYO & COIMBRA, 2004)

Neste contexto, o agravamento da desigualdade social vem pesando duramente sobre a sociedade que vê seu tecido social desagregar-se sem perspectiva imediata de recomposição, uma vez que os problemas sociais se sobrepõem nessa fase da vida. (YASBEK, 2003) As condições socioeconômicas do idoso brasileiro refletem a desigualdade social existente no país, o qual oferece a seus cidadãos chances marginais em garantir as seguranças mínimas para uma existência humana social e digna. (YASBEK, 2003)

Igualmente, vale ressaltar o papel da espiritualidade como uma consciência de identidade pessoal em relação ao poder superior dentro do contexto cultural abrangente. Segundo os autores John J. Brink e Spencer Van Wilking (2001), o papel da religião é amplamente determinado pelas atitudes individuais, como aceitação, ambivalência ou rejeição que são desenvolvidas e expressas dentro de normas sociais.

2.1.6 O Ser Social e o Serviço Social

No campo das ciências humanas, o homem é o ponto de partida e de chegada da investigação científica, assumindo dessa forma a totalidade, produto e produtor das próprias relações. (MIRANDA, 1993) O homem é o ponto de partida de todo conhecimento da realidade imediata, ou seja, “o concreto vivente”. Nesse contexto, do concreto vivente, cada ser social se caracteriza por sua participação no seu tempo histórico, sua representatividade, especificidade e fatores determinantes das relações sociais. (MINAYO, 2004) As relações sociais passam pela realidade social, ou seja, por um mundo de luzes e sombras em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais.

Da realidade social instaura-se a importância da pesquisa e do conhecimento, tão pleno quanto possível, das condições em que se dá a construção dessa prática de viver dos sujeitos. O desvendar dessa construção passa por um trânsito entre a forma de ser e a forma de aparecer, passa pelo político, pelo histórico e pelo social. (MARTINELLI, 1999)

O homem vive em estreita comunicação com outros homens, com uma comunidade, com uma sociedade à qual se vincula por inúmeros elos, implicando assim a determinação sócio-histórica. (MIRANDA, 1993) No entender dessa autora (1993), isso significa que compreender o caráter social e o caráter geral de todo movimento implica conceber que da mesma forma que a sociedade produz o homem como o homem, ela é produzida por ele.

Olhando para esse movimento, constata-se a importância de se trabalhar com o ser humano acima de qualquer compartimentação, visualizar a experiência cotidiana de cada homem não de forma banalizada, ao contrário, deve-se levar em conta o viver histórico dos sujeitos. (MARTINELLI, 1999) Visualizar o cotidiano não como o passar dos dias, mas sim como espaço político de construção de vivências, onde se elaboram não só os problemas concretos do viver humano, mas também os sentimentos, emoções, crenças e valores. (MARTINELLI, 1999)

Vivenciando essa conjuntura, vale ressaltar as modificações sofridas pela sociedade brasileira frente a novas situações históricas da experiência humana, o envelhecimento populacional, conduzindo e tornando-se parte da realidade factual, redefinindo a perspectiva temporal, vivencial, social, cultural, conceitos e concepções dos indivíduos.

Do ponto de vista sociológico, o idoso é um emergente ator social, com poder de influir no seu destino, sendo um novo construtor de cultura, radicalizando novas situações, com um papel insubstituível e nada poderá ser como antes. (MINAYO & COIMBRA, 2002) Por outro lado, ao pensar na situação atual e refleti-la no futuro próximo, ainda sobreposta pelo imaginário social, “o envelhecimento como problema” tem levado as sociedades a subtraírem dos idosos seu papel de pensar seu próprio destino.

Nesta perspectiva, com uma nova configuração da paisagem humano/social que emerge na sociedade brasileira e no mundo, a atuação do Serviço Social deve acontecer nesse processo relacionado à produção social da vida, na intervenção em situações sociais que afetem as condições concretas em que vive a população. (YAZBEK, 2003)

São múltiplas as mediações/dimensões constituintes do tecido de relações sociais que envolvem esse processo de produção e reprodução social da vida em suas expressões materiais e espirituais. Dimensões com as quais se defronta

cotidianamente o Serviço Social e em relação às quais se posiciona, quer do ponto de vista explicativo, quer do interventivo, considerados nesta abordagem como dimensões de uma mesma totalidade. (YAZBEK, 2003)

Por isso, a compreensão teórico/metodológico da realidade, fundada no acervo intelectual que se constitui a partir das principais matrizes do pensamento social e de expressões nos diferentes campos do conhecimento humano, é processo que se constrói na interlocução com o próprio movimento da sociedade. (YAZBEK, 2003) Em suma, o homem como ser social determinado, considerando a história como parte do processo global (SOARES, 2010).

Nesse contexto, fundamenta-se a formação profissional do Assistente Social entendida como um processo dialético, portanto aberto, dinâmico e permanente, incorporando as contradições decorrentes da inserção da profissão. Importante evidenciar que toda ação profissional do Serviço Social é respaldada pelo Código de Ética do Assistente Social, alicerçado nos Princípios Fundamentais: o reconhecimento da liberdade como valor ético central, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. (CRESS, 2004)

2.1.7 Política Nacional de Saúde dos Idosos Direitos e Proteção

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas e colocadas em prática. Destarte, a partir de avanços e conquistas com a Constituição de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por lei Orgânica da Saúde nº8080/90, por esse direito constitucional infere-se: no Artigo 2º “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício”, com acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988, BRASIL, 2006)

Esses direitos foram assegurados como Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria 1.395/GM –1999 - que tem como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas. (BRASIL, 1999)

O Pacto pela Saúde, Portarias MS/GM nº 399 de 22/2/06 e nº 699, de 30/3/06, configura-se como um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios. Preveem garantias e ações prioritárias sobre a situação de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2006)

Dentre as metas compactuadas neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Destaca-se a Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Essa Portaria define que a atenção à saúde dessa população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referências a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. (BRASIL, 2006) A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), além disso, os princípios gerais da Atenção Básica. (BRASIL, 2004)

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006)

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), através da atenção básica na estratégia de saúde da família procura-se oferecer à pessoa idosa uma rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais e as diversidades do envelhecer.

2.1.8 Estratégia Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, sendo entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e operacionalizado mediante a implementação de equipes multiprofissionais que atuam em unidades de

saúde e prestam serviço no nível da Atenção Básica em Saúde do SUS. (BRASIL, 1994)

No município de Bauru, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu no ano de 2002, atendendo inicialmente uma população de 4 mil habitantes da região leste da cidade, sendo que, a segunda unidade de saúde da família (USF) foi implantada em outubro de 2006. (BRASIL, 2006)

A segunda Unidade de Saúde da Família, local deste estudo, conta com sete equipes multiprofissionais, compostas cada uma por: um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACSs); quando ampliadas, essas equipes passaram a contar também com um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico de saúde bucal (TSB).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Esse estudo teve como objetivo geral:

- Conhecer o fenômeno do envelhecimento e suas dimensões em área adstrita da Estratégia Saúde da Família.

Propôs como objetivos específicos:

- I. Detectar as condições de saúde geral dessa população específica com o intuito de saber quais os agravos que mais os afetam;
- II. Avaliar a satisfação dos idosos nos atendimentos dos serviços públicos de saúde e os direitos a eles inerentes;
- III. Identificar as percepções e significações do envelhecimento para esses sujeitos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Campo da Pesquisa

Essa pesquisa foi realizada no Bairro Santa Edwiges, região norte do Município de Bauru, estado de São Paulo, que conta com uma Unidade do Programa de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, sendo entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e operacionalizado mediante a implementação de equipes multiprofissionais que atuam em unidades de saúde e prestam serviço no nível da Atenção Básica em Saúde do SUS. (BRASIL, 1994)

No município de Bauru, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu no ano de 2002, atendendo inicialmente uma população de 4 mil habitantes da região leste da cidade, sendo que, a segunda unidade de saúde da família (USF) foi implantada em outubro de 2006.(BRASIL, 2006)

A segunda Unidade de Saúde da Família, local deste estudo, conta com sete equipes multiprofissionais, compostas cada uma por: um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACSs); quando ampliadas, essas equipes passaram a contar também com um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico de saúde bucal (TSB).

O cadastramento das famílias realizado pelas equipes de saúde na ESF foi um dos motivos levados em consideração quanto à escolha do local para a realização desse estudo. Outro motivo de fundamental importância foi a expressiva população idosa residente na área coberta pela ESF, e por fim a localização periférica do citado bairro e a sua situação de vulnerabilidade.

O primeiro contato com o campo de estudo foi através da assistente social da ESF que nos recebeu e ouviu toda a explanação dos objetivos da pesquisa naquele local e, após os esclarecimentos, foram apresentados os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), edificando, assim, os objetivos e a finalidade do estudo.

Foi-nos facultado o uso do cadastro da unidade de saúde com as informações necessárias através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os nomes, endereços, idade e ano de nascimento dos idosos, visto que, cada (ACS) é responsável por uma área e micro área, sendo importante ressaltar o favorecimento e colaboração dos mesmos na disponibilização dos dados.

A partir de então, com os dados cadastrais em mãos, todas as informações foram inseridas em planilha Excel, em ordem alfabética, por endereços,. Importante salientar que a pesquisa de campo foi realizada pela aluna pesquisadora nos domicílios de cada idoso, nos meses de junho a novembro.

4.1.1 Procedimentos Éticos

A realização desse estudo deu-se a partir da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, Processo 182/2011.

4.1.2 Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa traz os seus objetivos claros em relação à visão da pesquisadora, entretanto é indispensável averiguar a visão dos pesquisados.

Martinelli (1999) defende que à medida que se quer analisar a percepção da população, torna-se imprescindível o contato direto com o sujeito da pesquisa, por isso, a população escolhida para esse estudo foi de pessoas consideradas idosas, 60 anos ou mais de acordo com o Estatuto do Idoso, Lei 10.4741, de outubro de 2003, residentes na área de abrangência da USF e cadastradas pela equipe de saúde da família, tendo como critério de seleção a condição do idoso não ter nenhum tipo de convênio médico e ser usuário unicamente do sistema público de saúde e não ser considerado presumidamente incapaz de responder ao questionário em razão das condições de saúde física e mental.

O universo da pesquisa, de acordo com as informações do cadastro da Equipe de Saúde da Família (EqSF) foi de 555 idosos de ambos os sexos. Baseado nesse total, e mantendo-se uma margem de erro máxima de 5%, determinou-se uma amostra mínima de 170 sujeitos. Foram cedidas pela EqSF informações cadastrais

de 188 idosos residentes na área de abrangência, sendo que 122 participaram efetivamente do estudo.

Importante informar que a não efetivação da totalidade exigida na amostra deu-se em razão de endereços não localizados, ocorrências de idosos presumidamente incapazes de responder por motivo de saúde física e/ou mental e falecimento.

Mediante as circunstâncias, pode-se afirmar que as demandas, carências e necessidades da população somente poderão ser conhecidas e identificadas à medida que estejamos realmente escutando o que o outro tem a nos dizer e não apenas trabalhando com indicadores, tabelas e índices. (MARTINELLI, 1999)

Tabela 1- Idosos participantes do estudo

GENÊRO	Participantes	%
Masc	41	29,7
Fem	81	66,3
Total	122	100,0

A tabela acima demonstra a totalização dos sujeitos pesquisados e denota a participação do gênero feminino, sendo importante ressaltar, a feminização da população idosa, decorrente do grande contingente de viúvas, confirmando a característica demográfica do país. (IBGE, 2010)

4.1.3 Formulação da Pesquisa

Esse estudo é essencialmente quantitativo, porém o uso da metodologia qualitativa tornou possível o enriquecimento dos dados, de forma a oferecer subsídios para melhor compreensão das dimensões do envelhecimento na vida dos entrevistados e, deste modo, oportunizar o redimensionamento do conhecimento por meio das respostas aos objetivos propostos na pesquisa.

Para Minayo (2000) existem diferentes formas de perceber a realidade social através das metodologias quantitativa e qualitativa. Nesse caso, as diferenças entre quali-quanti redimensionam a validade da pesquisa em si de modo que essa interação permita ao pesquisador realizar um cruzamento de suas conclusões e ter

maior confiabilidade em seus dados. Para Goldenberg (1998), então, pensar em pesquisa quantitativa e em pesquisa qualitativa significa, sobretudo, pensar em duas correntes paradigmáticas que têm norteado a pesquisa científica no decorrer de sua história. (MINAYO, 2000)

4.1.4 Método quantitativo

Dias (1999) define que o método quantitativo se caracteriza por utilizar da quantificação na modalidade de coleta de informações e no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, sendo apropriada quando se realiza estudos com amostra de uma população. De acordo com o mesmo autor (1999), esse método de pesquisa assegura a dimensão dos problemas, de forma a evidenciar a realidade da população pesquisada.

Por esse método, realizou-se o levantamento dos dados da amostra com um estudo de caráter transversal, observacional, exploratório e descritivo, utilizando-se para essa entrevista parte do questionário multidimensional como estudo comunitário na população idosa– (Brazil Old Age Scedule) traduzido por Veras (2008).

Esse instrumento de coleta apresenta-se subdividido em itens:

- Item I – Identifica informações sobre gênero, idade, naturalidade, grau de instrução e estado conjugal do idoso, assim como a composição geral que ele (a) vive e o nível de satisfação em relação a sua vida;
 - Item II – Versa sobre saúde física e busca verificar a autopercepção do entrevistado em relação ao seu estado geral de saúde se comparado aos últimos anos de vida e com outras pessoas de sua faixa etária, seus problemas de saúde específicos que afetam os padrões funcionais do idoso;
 - Item III – Trata da utilização de serviços médicos e odontológicos visto que, o propósito dessa parte do questionário é obter informações quanto ao conhecimento dos direitos e sobre o grau de satisfação por parte dos idosos em relação à instituição e serviços que ele faz
-

uso, dos problemas em ter atendidas às suas necessidades médicas e odontológicas;

Item IV – As condições socioeconômicas dos idosos na situação de trabalho/aposentadoria, se ainda possui vínculo no mercado de trabalho, sua condição atual, regularidade da fonte de renda e grau de satisfação dos idosos em relação às suas necessidades básicas.

Importante sublinhar a não utilização de todas as informações resultantes da pesquisa quantitativa, mas sim, apenas dos dados considerados relevantes para o estudo, por conseguinte os dados abalizados como irrelevantes a presente pesquisa serão aplicados em outros trabalhos. Os dados foram descritos por mim de frequência absoluta (n) e relativa (%).

4.1.5 Método qualitativo

Nesse contexto, a fim de oportunizar o entendimento dos objetivos, assim como o enriquecimento do estudo, adotou-se também a metodologia qualitativa. Essa metodologia é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. (MINAYO, 2004) Portanto, faz-se relevante para melhor compreender o envelhecimento, suas dimensões, favorecendo dessa forma o entendimento do significado individual e coletivo desse fenômeno, bem como, os seus valores culturais, as representações sociais dos idosos entrevistados e as suas relações como atores sociais.

Entretanto, o interesse nessa metodologia vai além da interpretação dos termos, das significações que as pessoas trazem consigo, mas também, da compreensão do envelhecimento em si para aqueles que o vivenciam, (Turato, 2005), podendo redimensionar o conhecimento sobre o assunto e sobremaneira responder aos objetivos gerais propostos na pesquisa.

Para melhor compreender essa conjuntura, o instrumento adotado foi um formulário elaborado pela pesquisadora com três perguntas abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer a respeito do tema proposto, sem

respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, prática usual entre as ciências humanas. (MINAYO, 2000)

A partir dessa possibilidade colocada pelo instrumento, apoiado por embasamentos teóricos, e essas perguntas vêm ao encontro da necessidade de obter informações sobre a autopercepção e significação que os indivíduos guardam sobre o envelhecimento, tendo em vista que esse fenômeno muitas vezes é apontado apenas como um gerador de declínio irreversível e/ou também como uma simples passagem do tempo. Mas se o envelhecimento for analisado somente nesses termos acima, não revelará as suas dimensões, visto que a análise da diversidade evidencia relações desiguais, formas diferenciadas de pensamentos e comportamentos que ocorrem com os indivíduos. (MERCADANTE, 2005)

O envelhecimento consiste em algo complexo, de difícil entendimento, não há uma resposta simples a ser dada na opinião de Morin (1996). Completa ainda que (1996) não existe para o conceito “envelhecimento” uma chave que possa abrir as portas e que consiga analisar situações psíquicas, existenciais, sociais, econômicas e políticas (MORIN, 1996 APUD MERCADANTE, 2005).

Por isso e apesar disso, ressalta-se a importância de realizar esse estudo subsidiado pelo método qualitativo por meio das perguntas elaboradas pela pesquisadora, possibilitando dessa forma aprimorar a apreensão de conhecimentos em respostas aos objetivos do estudo, no qual se optou pela análise de conteúdo com embasamento teórico de Laurence Bardin (2010).

4.1.6 Entrevista

A entrevista tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. (MINAYO, 2004 APUD. KAHN&CANNELL, 1962) Nesse sentido, mediante a entrevista, podem ser obtidos dados, informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjettivos”, e só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Por meio da contribuição desses atores sociais realizou-se as entrevistas com a coleta dos discursos através de roteiro pré-estabelecido, utilizando-se da escrita

para anotação das respostas, que na opinião de Boni e Quaresma (2005) é possibilitadora de uma abertura e proximidade maior, o que permite ao entrevistador aprofundar-se em assuntos mais delicados e complexos como o referido estudo sobre envelhecimento.

Nesse contexto, todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas residências dos idosos, em ambiente favorável, o que foi propício para a observação da realidade social da população estudada e, assim, poder interpretar o pensamento e sentimento em um ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana dos atores. Esse tipo de entrevista contribui muito na investigação subjetiva, o que determina os significados pessoais dos entrevistados, suas atitudes e comportamentos perante o envelhecimento. (LEME, 2005)

4.1.7 Definição: Análise de Conteúdo

A Análise de Conteúdo foi desenvolvida nos Estados Unidos a partir do início do século XX, e o material analisado era essencialmente jornalístico. O primeiro nome que de fato ilustra a história da análise de conteúdo é o de H. Lasswell que fez análise de imprensa e propaganda desde 1915. (BARDIN 2010)

O ponto de partida para a definição da análise de conteúdo foi de Berelson (1968), há cerca de quarenta e cinco anos, e continua a ser, visto que, essa análise é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. (BARDIN, 2010)

Posteriormente foi definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, o conteúdo das mensagens. Segundo Laurence Bardin (2010), podem ser indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] das mensagens.

A maioria dos autores refere-se à análise de conteúdo como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. (CAREGNATO & MITTU, 2006)

No entendimento de Martinelli (1999), a análise de conteúdo é uma técnica de compreensão, interpretação e explicação das formas de comunicação (escrita, oral

ou icônica). Logo, essas formas de comunicação podem conter elementos que representem o conteúdo da mensagem, mediante processo intersubjetivo das experiências da realidade interpretativa controlada pelas codificações sociais. (SIMÕES, 2009)

4.1.8 Descrição dos procedimentos e etapas

O método aparece como uma ferramenta para a compreensão do significado que os atores sociais exteriorizam nos discursos, permitindo ao pesquisador, segundo Silva et al (2005), o entendimento das representações que os indivíduos apresentam em relação a sua realidade e a interpretação que fazem dos significados a sua volta. Funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos discursos, portanto de um tratamento de informação contida nas mensagens.

Para tanto, a análise por categorias é um conjunto das técnicas da análise de conteúdo, que cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramentos dos textos em unidades e em categorias segundo agrupamentos analógicos. (BARDIN, 2010)

Em posse dos dados coletados, a análise dos conteúdos organizados passa primeiramente pela etapa de uma leitura exaustiva do conjunto de textos a serem analisados. Esses dados, ainda na forma bruta, precisam ser preparados para se tornarem utilizáveis na construção de saberes. (BARDIN, 2010)

Em seguida, os dados coletados são recortados de acordo com os temas, quando os relatos são decompostos para melhor expressar sua significação. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo ou passar ao largo das ideias essenciais. Após os recortes dos dados, iniciam-se a composição das unidades de análise que consistem em fragmentos dos discursos, manifestos como palavras, expressões, frases ou ainda ideias referentes ao tema, sendo, portanto, um meio de expressão do sujeito. (BARDIN, 2010) Para finalizar a análise, trabalha-se com a alocação dos conteúdos e sua categorização a partir de um processo interativo em que uma análise mais profunda dos recortes é realizada, com base em critérios discutidos e incorporados, para escolher a categoria que convém melhor a cada uma. (BARDIN, 2010)

A categorização é um processo de agrupar os dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhanças ou analogias, fundamentadas em um critério, e estas devem representar conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmo. (MORAES, 1999) No presente estudo optou-se por agrupamento de elementos com significados próximos, possibilitando assim a formação de categorias.

Enfim, considerando os critérios para a análise de conteúdo, Minayo (2000) consolida sua opinião sobre a importância de conhecer a pesquisa em seu sentido amplo e as possibilidades que se colocam no campo das metodologias e dos procedimentos operacionais em que nenhuma metodologia se aplica por si só, pois ela é sempre relacional e depende de procedimentos.

Nesse sentido, a constância entre a metodologia e os procedimentos se define em todos os seus aspectos, sempre fundamentada na abordagem dialética a qual se adotou.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Resultados Quantitativos

Tabela 2 – Grau de instrução dos idosos participantes do estudo.

Grau de Instrução.	n	%
1 Nenhuma	33	27,0
2 Primário	79	64,8
3 Ginásio	7	5,7
4 Curso sup.	3	2,5
Total	122	100,0

Tabela 3- Percepção sobre a satisfação com a vida em geral.

Você está satisfeito com sua vida em geral?	n	%
Não	36	29,5
Sim	86	70,5
Total	122	100,0

Tabela 4- Percepção dos principais motivos de insatisfação com a vida.

Motivo de insatisfação (Saúde).	n	%
Não	64	52,5
Sim	58	47,5
Conflitos		
Não	99	81,1
Sim	23	18,9
Problemas Econômicos		
Não	110	90,2
Sim	12	9,8
Total	122	100,0

Tabela 5 - Percepção sobre a saúde geral.

Em geral, diria que sua saúde está:	n	%
Boa	73	59,8
Ótima	10	8,2
Ruim	39	32,0
Total	122	100,0

Tabela 6 - Percepção sobre os problemas de saúde.

Atualmente tem problema de saúde?	n	%
Não	21	17,2
Sim	101	82,8
Total	122	100,0

Tabela 7 - Relatam os principais problemas de saúde.

Quais os principais problemas de saúde?	n	%
Hipertensão		
Não	61	50,0
Sim	61	50,0
Diabetes		
Não	101	82,8
Sim	21	17,2
Colesterol		
Não	06	86,9
Sim	16	13,1
Total	122	100,0

Tabela 8 - Percepção sobre a saúde visual.

Em geral, como está sua visão? (com ou sem óculos)	n	%
Ruim	70	57,4
Boa	41	33,6
Ótima	7	5,7
Péssima	4	3,3
Problema de visão atrapalha no dia a dia?		
Não	65	53,3
Sim	57	46,7
Total	122	100,0

Tabela 9 - A percepção da saúde auditiva.

Em geral, diria que a sua audição está:	n	%
Boa	79	64,8
Ruim	32	26,2
Ótima	7	5,7
Péssima	4	3,3
Total	122	100,0
Problema de audição atrapalha no dia a dia?		
Não	87	71,3
Sim	35	28,7
Total	122	100,0

Tabela 10 - Percepção sobre a saúde bucal e estado geral dos dentes.

Em geral, qual é o estado dos dentes?	n	%
Ruim	48	39,3
Bom	48	39,3
Péssimo	23	18,9
Ótimo	1	0,8
Não sabe	2	1,6
Total	122	100,0

Tabela 11 - Se faltam dentes. (Falta de dentes ou ausência de dentes)

Estão faltando alguns dos seus dentes?	n	%
Não	4	3,3
Sim	118	96,7
Tem algum dente postiço, dentadura ou ponte?		
Não	29	23,8
Sim	93	76,2
Tem algum problema de dente que o atrapalha para mastigar e engolir os alimentos?		
Não	72	59,0
Sim	50	41,0
Total	122	100,0

Tabela 12 - Locais que os idosos procuram quando precisam de atendimento médico.

Quando precisa de atendimento médico, onde e quem procura?	n	%
AME	2	1,6
Hospital Estadual	5	4,1
Pronto Socorro	27	22,1
P. Saúde da Família	83	68,0
UPA	5	4,1
Total	122	100,0

Tabela 13 - Dificuldades para ir ao médico.

Tem dificuldade para ir ao médico?	n	%
Não respondeu	2	1,6
Não	74	60,7
Sim	46	37,7
Total	122	100,0
Dificuldade de acesso/demanda.		
Não	90	73,8
Sim	32	26,2
Dificuldade de locomoção		
Não	111	91,0
Sim	11	9,0
Total	122	100,0

Tabela 14 - A percepção sobre os serviços médicos/ e o que mais desagrada nesses atendimentos.

Está satisfeito com o serviço médico que utiliza normalmente?	n	%
Não	30	24,6
Sim	92	75,4
tempo de espera para ser atendido		
Não respondeu	1	0,8
Não	79	64,8
Sim	42	34,4
O tratamento oferecido pelo pessoal não médico.		
Não sabe	1	0,8
Não	105	66,1
Sim	16	13,1
Total	122	100,0

Tabelas 15 - Locais que procuram para tratamento odontológico/ Não fazem acompanhamento odontológico há muito tempo.

Quando precisa de tratamento dentário, onde e quem procura?	n	%
Dentista Particular	95	77,9
Instituição gratuita Pública	27	22,1
Não procuram dentista há muito tempo?		
Não	21	17,2
Sim	101	82,8
Total	122	100,0

Quanto à aferição do tipo de ocupação que os idosos participantes do estudo tiveram durante a vida, observou-se grande concentração em atividades agrícolas (34,4%) e serviço doméstico com 18%, função esta exercida em sua maioria por mulheres, pedreiro (3,3%) e comércio (2,5%). As demais profissões citadas ficaram fragmentadas.

Tabela 16. Se ainda trabalham e de onde tiram o sustento.

Atualmente trabalha (qualquer atividade reprodutiva remunerada).	n	%
Não respondeu	3	2,5
Não	96	78,7
Sim	23	18,9
De onde tira o sustento (do seu trabalho)?		
Não	99	81,1
Sim	23	18,9
Tira o sustento da aposentadoria.		
Não	61	50,0
Sim	61	50,0
Tira o sustento da pensão e ajuda.		
Não	81	66,4
Sim	41	33,6
Tira o sustento de outras fontes.		
Não	103	84,4
Sim	19	15,6
Total	122	100,0

Tabela 17 - Proprietários do imóvel que residem.

É proprietário do imóvel que reside?	n	%
Não	24	19,7
Sim	98	80,3
Total	122	100,0

5.2 Resultados Qualitativos

Para as questões abertas foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo com a criação de categorias a partir das respostas obtidas.

Tabela 18 - Síntese estatística das respostas à pergunta “O que é envelhecer?”

CATEGORIA	RESPONDENTE (Quantidade numérica de idosos)	PERCENTUAL (%)
A- Dicotomia entre saúde e doença; perder a saúde / ficar doente	12	9,8
B- O passar dos anos; avançar da idade; passagem cronológica transfigurada numa imagem negativa.	25	20,0
C- Envelhecer é normal; sentido natural da vida.	31	25,4
D - Preocupação; tristeza; sofrimento; falta de forças para enfrentar os problemas da vida.	26	21,3
E- Não reconhece o “envelhecer”	08	6,5
F- Não respondeu	20	19,3

Tabela 19 - Síntese estatística das respostas à pergunta “Em que momento da vida sentiu que estava envelhecendo?”

CATEGORIA	RESPONDENTE (Quantidade numérica de idosos)	PERCENTUAL (%)
A- Com o avançar da idade; passar dos anos.	36	29,5
B- Despedida / perda de pessoas próximas	11	9,0
C- Sinais físicos do tempo / cabelo branco; pele enrugada.	06	4,9
D- Não percebe /sente o envelhecimento.	25	20,0
E- Sinais de cansaço / falta de forças; desânimo diante da vida.	13	10,6
F- Não respondeu	14	11,4

Tabela 20 - Síntese estatística das respostas à pergunta “Como está sendo este período de envelhecimento?”

CATEGORIA	RESPONDENTE (Quantidade numérica de idosos)	PERCENTUAL (%)
A- Bom; tranquilo.	63	51,6
B- Aceitação; conformismo.	08	6,5
C- Período difícil; tristeza.	16	13,1
D- Presença dos problemas de saúde	10	9,8
E- Indiferença; desânimo.	17	13,9
F- Não respondeu	08	6,5

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Ao analisar os dados do presente estudo, quanto o grau de instrução observou-se que 27% dos entrevistados não possui nenhuma escolaridade e 64,8% somente o primário, apesar da maioria dos entrevistados terem se declarado alfabetizados. Diante do quadro alarmante, o analfabetismo é um problema real no Brasil, principalmente se pensado em relação às pessoas idosas, os mais atingidos. De acordo com os resultados desse estudo, confirma-se a afirmativa de Peres (2009) o qual revela que o analfabetismo pode ser considerado um dos exemplos mais graves de exclusão educacional.

Na opinião do mesmo autor (2009) essa exclusão impede o acesso à cultura escrita e um conjunto de informações necessárias aos exercícios da cidadania, por isso mesmo as ações de alfabetização são emergenciais. Para a Constituição de 1988, todos os cidadãos têm direito à educação pública e gratuita, independente de idade, sexo, cor, nacionalidade ou qualquer outra diferença (BRASIL, 1988). Conforme se observa, o analfabetismo não é somente um “problema de velhos” mas também afeta outros grupos de idade, visto que é um problema atrelado à situação de vulnerabilidade social e econômica sobreposta pelo racial.

Observa-se na tabela 3, que 70,5% autodeclararam satisfeitos com a vida em geral. Entretanto, estudos mencionam o envelhecimento como perda quanti e qualitativa, apesar disso, verificaram-se nos dados coletados um percentual significativo de satisfação. A satisfação com a vida está registrada na literatura como precursora do envelhecimento bem sucedido, o que a valoriza como indicador importante a ser estudado. De acordo com esses resultados e na opinião de Messy (1995), a satisfação com a vida pode ser considerada ponto positivo no envelhecer. Sendo assim, confirmada, por Brock; Weyer (1972) é a satisfação com a vida, valorizando a percepção do indivíduo. Esse conceito tem merecido atenção da literatura científica contemporânea, ficando como sugestão para futuros estudos.

Na tabela 4 verificou-se os principais motivos de insatisfação com a vida, os resultados demonstram que o principal motivo 47,5% refere-se aos problemas de saúde. No entender de Netto & Borgonovi (2005) esses fatores são um reflexo de somatório de alterações somáticas que mais rápida ou mais lentamente estarão

presentes em todos os idosos. Porém, nota-se a consciência crônica do próprio envelhecimento associada à saúde, que na opinião de Messy (1995) as alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam necessariamente doença, porém a probabilidade de surgimento de doenças nesta faixa etária aumenta devido à vulnerabilidade decorrente de inúmeros fatores. A discordância de Beauvoir (1990) pois, acredita ser fato indiscutível. Para ela o corpo tem bem explícitas as etapas da vida, em que, muitas vezes, o homem idoso padece de dores precisas ou difusas que tiram todo o prazer de sua existência. (1990) Em concordância com os dizeres da autora (1990) a resposta dos entrevistado que para eles o envelhecer constitui-se de significados materiais sentidas no próprio corpo com a falta de saúde.

Neste estudo evidenciaram-se também outros fatores considerados pelos entrevistados como sendo motivo de insatisfação, 18,9% os conflitos nos relacionamentos pessoais, no que ficou evidenciado para os idosos estudados como uma representação de fatores determinantes nas relações em si e para os outros, ou seja, a vida não vivida, mas sim experimentada na dor do sofrimento não identificado. Observa-se que as consequências com o impacto do envelhecimento não permeia somente as questões nas esferas públicas, mas também e principalmente as condições sociais e familiares que cercam esse idoso, levando-se em consideração que o país está envelhecendo em um contexto de extrema fragilidade. No argumento de Castilho (2006) a velhice fragilizada, de difícil superação, quando a convivência não ocorre, está ligada diretamente à dinâmica das relações, ao seu contexto cultural e social. Entretanto, o envelhecimento tornou-se produto de uma representação social excludente, e como tal, tem se negligenciado as condições de risco por omissões. A OMS (2005), deixa explícito que a ausência de ação adequada em relação ao bem-estar dos idosos contribui para prolongar e/ou piorar seu estado de saúde no sentido de que os conflitos atingem diretamente a saúde dos mesmos. Monteiro (1997) compreende isso como sendo uma construção social da exclusão, para ele a sociedade não é composta de indivíduos, mas a que a constitui é o sistema e suas relações sociais, onde convivem seus indivíduos.

De acordo com os dados aferidos nesse estudo 9,8% dos problemas econômicos são motivo de insatisfação para os idosos, demonstrando a condição econômica dessa faixa etária. Conforme nos dizeres de Almeida (2005), se

atentarmos para as condições de vida de muitos brasileiros com sessenta anos ou mais, será possível observar o grande hiato que separa a realidade de tudo que é desejado e esperado, nos mais diversos âmbitos da existência humana. A condição econômica vivenciada por maior parte dessa faixa etária vem de encontro com o que descreve Beauvoir (1990) que o homem ao envelhecer parece não ter nem as mesmas necessidades nem os mesmos sentimentos que os outros homens, já que se basta uma miserável esmola para a sua sobrevivência.

Analizou-se nesse estudo a autopercepção atual da saúde em geral dos participantes, ficando demonstrado que 59,8% se autorrefere em bom estado de saúde e 32,0% se autorrefere em estado ruim de saúde. Contudo, a partir dos resultados nesse estudo dos dados analisados constatou-se que 82,8% dos entrevistados relatam sofrer algum tipo de problema de saúde. Esse estudo demonstra que 50% das pessoas entrevistadas são hipertensas.

Segundo Drager (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com importantíssimo impacto econômico e social. A prevalência aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos de idade é hipertensa), sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais crônicas entre os idosos (DRAGER, 2010).

Faria (2002) afirma que o hipertenso torna-se mais suscetível a desenvolver diabetes. Estudo de base transversal também registra esta relação. Souza et al. (2003) estimaram em seus estudos que o risco de apresentar diabetes é três vezes maior em indivíduos hipertensos, sendo essa associação preocupante, tendo em vista que a hipertensão nos diabéticos aumenta o risco de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e aterosclerose.

Neste estudo, a prevalência de diabetes autorreferida foi de 17,2%. Doença crônica não transmissível, de grande relevância para a saúde pública e para a sociedade, é comum e de incidência crescente, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Além dos custos financeiros, o diabetes também acarreta outros custos associados e suas complicações são hoje prioridade de saúde pública (BRASIL, 2006). Conforme Lebrão et al. (2003), o diabetes constitui ainda um fator de risco para a doença arterial coronariana e pode contribuir

para o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda com evolução para a insuficiência cardíaca. (VLAGOPOULOS, 2005)

De acordo com as análises, o colesterol foi autorreferido por (13,1%) e observa-se que doenças cardiovasculares representam, no seu conjunto, a mais importante causa de morte nos indivíduos de ambos os sexos, com mais de 65 anos de idade.(INCOR, 1999)De acordo com os objetivos proposto nesse estudo, nesse contexto, é relevante pontuar o envelhecimento populacional como sendo desafiante e impactante para as políticas públicas de saúde.

Concernente aos problemas visuais autorreferidos, pode-se verificar os percentuais: idosos que consideraram ter visão ruim (57,3%); consideraram ter visão boa (33,6%); visão considerada ótima (5,7%) e consideraram ter visão péssima (3,3%). Quanto a sofrer alguma interferência do problema visual autorreferida, (53,3%) afirmam não sofrer interferência do problema visual no dia a dia, enquanto (46,7%) declararam sofrer interferência.

Para Macedo (2008), a perda da acuidade visual é um processo natural do envelhecimento associada à redução e alteração fisiológica das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças da retina que podem alterar o estilo de vida dos idosos e sua independência funcional. Entretanto, sabe-se que existem inúmeras outras alterações que contribuem para a queda do idoso, assim como, para a diminuição da qualidade de vida do mesmo.

No presente estudo verificou-se também a saúde auditiva dos participantes de forma autorreferida e obtiveram-se os seguintes dados: (62,3%) consideraram sua audição boa e (27,9%) ruim. Observou-se ainda que 27,9% dos idosos relataram incômodos auditivos no dia a dia.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 278 milhões de pessoas no mundo têm moderada à profunda perda auditiva em ambos os ouvidos, sendo que este número vem sofrendo acréscimo rápido devido ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida. Nota-se que a porcentagem na acuidade auditiva é a mesma do incômodo no dia a dia, sendo importante ressaltar que, grande parte das reclamações de incômodo refere-se ao “grilo” e /ou “apito” dentro do ouvido o que por um médico é traduzido como “zumbido”. (SANCHES & FERRARI, 2004) As autoras(2004) relatam a percepção consciente de um som que se origina nos ouvidos ou na cabeça do paciente, sem a

presença de uma fonte externa geradora desse som. De acordo com pesquisas, o zumbido severo é considerado o terceiro pior sintoma que pode acometer o ser humano (2004).

Quando interpelados sobre a autopercepção da saúde bucal e estado geral dos dentes, ficou demonstrado que 39,3% estão com os dentes em bom estado, 39,3% em estado ruim, 18,0% em péssimo estado e 0,8% em condições ótimas. Muitos são os fatores que podem colaborar para a perda da qualidade de vida. Com o envelhecimento, algumas alterações ocorrem na boca, por isso a saúde bucal é merecedora de muita atenção, principalmente associada a pessoas idosas, porque é um local que de alguma maneira nos mostra como vai a saúde em geral. (BRASIL, 2005)

Por isso, torna-se relevante pontuar o investimento realizado pelo Governo Federal na inclusão da reabilitação protética na atenção básica de saúde, dessa forma será possível avançar na superação do quadro atual. (BRASIL, 2004) Importante ressaltar que saúde bucal é um fator indispensável para o envelhecimento saudável, porém na opinião de Simões et al (2009) as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham são refletidas nitidamente na saúde bucal. E ainda, essas autoras (2009) pontuam que os idosos expostos a situações de vulnerabilidade social estão mais sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Observa-se que o programa de saúde bucal brasileiro, por muitos anos, priorizou a criança em detrimento de outras faixas etárias. Assim, geralmente, os tratamentos para os adultos e idosos ocorriam e ainda ocorrem em determinados serviços resolvidos com extrações. (BRASIL, 2005)

Nesse contexto, a partir da análise dos dados, ficou demonstrado relevante e significativo percentual do edentulismo nos idosos participantes do estudo (96,7%). Vindo a confirmar teorias acima citadas. Entretanto, de acordo com Simões et al (2009) o edentulismo é considerado por muitos um fenômeno natural do envelhecimento, no que pode-se entender dessa colocação é o reflexo da falta de orientação nos cuidados com a saúde bucal em todas as idades.

No qual levantamentos epidemiológicos indicam e confirmam que extrações dentárias durante o curso da vida têm como consequência elevado percentual de edentulismo observados entre os idosos. (BRASIL, 1988; PINTO 1999) Por outro

lado, de acordo com o Ministério da Saúde (2005), sabe-se ser maior o acesso ao cirurgião dentista nos serviços de saúde, bem como maior a disponibilidade de informação para a população, principalmente na última década, com a implantação da ESF.

O uso de prótese, conforme análise, reflete o edentulismo, pois (76, 2%) declararam fazer uso de algum tipo de prótese. Tavares (2008) declara que o reflexo da condição da saúde bucal autorreferida, em que (41%) alegaram dificuldades na mastigação, ocasiona alterações da digestão alimentar e o risco de acidentes com os alimentos. Antunes (2003) lembra ainda que a relação da capacidade mastigatória, dieta e condição nutricional no idoso é bidirecional, podendo causar perda de peso por problemas nutricionais, além disso, impacto na qualidade de vida.

O aumento da expectativa de vida deve ser acompanhada por necessidades odontológicas cada vez mais complexas e em maior quantidade na opinião de Rivaldo et al. (2008) ele discute ainda no âmbito da saúde bucal a importância em abordar particularidades do idoso na escolha da conduta mais apropriada e na resposta ao tratamento, de maneira a contribuir na melhora da qualidade de vida desse contingente de idosos.

Foram aferidos também os locais que os participantes da pesquisa procuram quando necessitam de atendimento médico: AME (1,6%), H.E (4,1%), PSM (22,1%), ESF (68,0%) e UPA (4,1%). Como desafio aos cuidados da saúde dos idosos, existe a Atenção Básica/Saúde da Família para atender adequadamente essa faixa etária crescente da população, com objetivos específicos no cuidado da saúde primária. Para tanto, a ESF foi planejada e reorganizada com o intuito de fomentar a qualidade de vida a partir da promoção da saúde e promover um envelhecimento saudável à população. (BRASIL, 2006)

Por isso, pesquisou-se o atendimento dispensado aos idosos no qual (60,7%) alegaram não ter dificuldades e (37,7%) disseram ter dificuldades. Dessa forma procurou-se averiguar quais as dificuldades apontadas; acesso/demanda 26,2% e dificuldade de locomoção (9,0%).

Vale lembrar que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido à população em condições de igualdade, não importando gênero, situação econômica, social e cultural ou religiosa pontua Puntai (2004). Confirmando essa garantia a

saúde como direito fundamental do ser humano, com acesso universal e equânime. (BRASIL, 1990) Diversos, outros instrumentos jurídicos e governamentais foram instituídos para garantir-lhes seus direitos à saúde. (BRASIL, 1994; BRASIL, 1999; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006)

Para Pellegrine & Junqueira (1996) na prática, porém, esse direito de acesso universal está longe de ser concretizado, talvez pela desvalorização do idoso como ser humano. Evidencia-se nessa colocação a estigmatização da pessoa idosa quanto aos direitos adquiridos, no que coloca-se em cheque a seguridade do respeito à dignidade da pessoa humana.

Sabe-se que inúmeras são as leis protetivas que asseguram os direitos de acesso e tratamento de saúde à pessoa idosa, todavia, essa dificuldade pode advir do significativo aumento da população nessa faixa etária, assim como, pressupõe-se a falta de profissionais para atender essa população.

Quanto a dificuldades de locomoção, as equipes de profissionais prestam atenção integral nos atendimentos domiciliares, assegurados pela Portaria 1.395/99 do Ministério da Saúde, visando à promoção e manutenção ao máximo da capacidade funcional dos idosos, trabalhando a prevenção das doenças e a recuperação da saúde. (BRASIL, 1999)

Concernente à satisfação nos atendimentos na Unidade de Saúde, (75,4%) demonstraram-se satisfeitos e (24,6%) alegaram insatisfação. Os cuidados dispensados aos idosos participantes são vistos como bom, embora não tenham atendimento prioritário como observado abaixo. Aguiar e Nascimento (2005) colocam que a instauração da Política Nacional de Saúde do Idoso Brasil (2006) representou um ganho para o grupo de idosos principalmente em termos de cobertura medico-assistencial. Entretanto segundo esses autores (2005) o que se coloca em cheque na atualidade se refere a oferta de serviços diversificados e qualificados, e ainda com profissionais capazes de acolher essa demanda no sentido da operatividade do saber.

Aferidos os motivos da insatisfação, (34,4%) apontam o tempo de espera para serem atendidos e (13,1%) os atendimentos dos não médicos. Confirma-se então a alegação da não priorização nos atendimentos que nesse contexto e segundo pesquisadores Satarfield, (2004) et al e Esperidião (2006) ressaltam a avaliação da

qualidade de serviços de saúde assim como, a percepção e satisfação dos usuários como importantes itens a serem analisados.

Salientam ainda (2004) que a Estratégia Saúde da Família, os profissionais são responsáveis pela prestação de serviços destinados a atenção básica de saúde nos municípios, onde, em muitos casos, trata-se da única opção de atendimento à população. Importante salientar sobre o tratamento dispensado à esses usuários em especial, como desenvolver ações considerando-o em sua integralidade bio-psico-social, o acolhimento pressupõe-se que o serviço de saúde seja organizado de forma centrada para receber, escutar, orientar, encaminhar e acompanhar o idoso. Significando assim, um atendimento humanizado das relações, caracterizando o primeiro ato de cuidado. (BRASIL, 2004)

Verificou-se entre os participantes sobre onde fazem acompanhamento odontológico, e conforme os dados coletados (77,9%) em consultório particular, (22,1%) em locais públicos e gratuitos. Segundo Nery et al, (2010), a ESF propõe a reorganização da atenção básica dentro da compreensão integral do processo da saúde e doença através da implantação de equipes multiprofissionais, ampliando a assistência e acesso às ações odontológicas Nery et al (2010).

Para ampliar o acesso às ações odontológicas, equipes de saúde bucal foram inseridas na ESF. Dentre suas atribuições, está a atenção diferenciada ao idoso, constituindo-se grupo vulnerável, marcado pelo histórico de exclusão. (BRASIL, 2004c; COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006)

O presente estudo avaliou qual a frequência com que a população participante faz acompanhamento odontológico, ficando nítido, por meio de resultados significativos, que (82,8%) há muito não comparecem ao consultório odontológico e que somente (17,2%) fazem acompanhamento. Apesar da grande necessidade, a utilização de serviços odontológicos pelos idosos no Brasil é baixa devido a várias barreiras de acesso, incluindo aspectos subjetivos, culturais, históricos, socioeconômicos e organizacionais. (MATOS; GIATTI, LIMA-COSTA, 2006; MOREIRA *et al.*, 2005) Para tanto, dentre as atribuições das equipes multiprofissionais da ESF, constam o estímulo e a execução de medidas de promoção de saúde, atividades educativas e preventivas e ações básicas de vigilância epidemiológica. (BRASIL, 2004c, COSTA ; et al., (2006)

Conforme aferido nos resultados acima citado, considerável parcela dos pesquisados declararam fazer acompanhamento odontológico com profissionais da área privada em detrimento ao público, entretanto, declararam também permanecer muito tempo sem acompanhamento odontológico. Pressupõe-se que a falta de tratamento se deva ao alto custo relacionado à situação econômica dos idosos. Nesse contexto, Pucca Jr. (2002) aponta que este quadro precário é decorrente não só do processo de envelhecimento por si, mas principalmente de um conjunto de agravos diferenciados que atingem os idosos de maneira distinta durante a vida. Sendo a situação econômica dos participantes uma delas.

Que pode ser demonstrada a partir da aferição do tipo de ocupação destes durante o chamado “período produtivo da vida”. Observou-se grande concentração em atividades agrícolas (34,4%) e serviço doméstico (18%). Há ainda aqueles que declararam trabalhar (18,9%), na condição de responsáveis pelo sustento da família, com fundamental participação na renda familiar.

Beauvoir (1999) cita o mais escandaloso tratamento destinado à velhice, uma vez que a sociedade só se preocupa com os indivíduos na medida em que produzem força de trabalho, sem considerar que, na medida em trabalhamos envelhecemos, nem sempre tendo autonomia para escolher a forma como viver.

Verificou-se que (50,0%) dos participantes obtêm seu sustento da aposentadoria. Indiscutível reconhecer o direito à sobrevivência, condição prévia de trabalhador formal ou informal do setor rural, doméstico e ou braçal, entre outros.

Conforme Veras (2007) é obviamente incomum o ser humano perceber que envelhece diuturnamente enquanto trabalha. Ressalta ainda (2007) que a aposentadoria não é observada como direito conquistado e sim como o momento da mudança de papel social quase sempre estigmatizador. Os idosos, no Brasil, vivem com frequência angustiados com a desvalorização das aposentadorias e pensões pela questão econômica em si, mas, sobretudo em decorrência da perda de valor social. O que muitas vezes é o que dá concretude ao envelhecimento/velhice (Veras, 2007).

Em conformidade com o resultado dessa pesquisa, o mesmo ocorre com os que têm como fonte de renda a pensão. Foram (33,6%) que declararam outras fontes, sendo 15,6% referentes ao Benefício de Prestação Continuada –(BPC-LOAS) que é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da

Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. (CRESS, 2003)

Para Demo (2003), é um dever assegurar a todos o suficiente para viver com dignidade. Quem não trabalha também tem direito a uma parte da riqueza social. É estabelecer a comensurabilidade entre os cidadãos e os bens que necessita para não viver na miséria. Por isso, é relevante a informação resultante da pesquisa, em que (80,3%) da população estudada declararam residir em imóvel próprio, e, a título de enriquecimento das informações, os imóveis foram construídos comunitariamente com ajuda de familiares e amigos e outros adquiridos por financiamento do governo federal/estadual.

Estamos em plena transição do envelhecimento populacional, e o contexto atual requer reflexão, compreensão e acima de tudo entendimento desse processo. Nesse sentido, Souza et al (2010) pontuam o envelhecimento como fenômeno natural e processual, que vai do útero ao túmulo. Envelhecemos porque vivemos e muitas vezes sem nos darmos conta disso.

O processo de envelhecimento, segundo Souza et al. (2010), comporta as fases da velhice, mas não se esgota nela. A qualidade de vida e, conseqüentemente a qualidade do envelhecimento se relaciona com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que está inserido.

Mediante a pesquisa, pode-se observar que cada indivíduo expressa o seu entender sobre envelhecimento, associando-o a fatos ou a algo que tenha uma explicação plausível. Busca, dessa forma, nos convencer e/ou convencer-se a si próprio. Para Arantagy e Posternak (2005) o fato está relacionado ao ideal de homem que é apregoado, pois desse modelo depende a imagem da velhice e sua valorização ou desvalorização perante a sociedade. Esse ideal manifestado pela sociedade foi apreendido também nos fragmentos dos discursos de forma a perceber-se envelhecendo no momento da projeção da imagem, em meios de sentimentos difusos, como demonstrado nesta fala: *“Quando olhei no espelho com os cabelos brancos, nossa! Estou ficando velho”!*

Os conceitos sobre o tema “envelhecimento” são distintos, o testemunho corrobora Elias (2001) quando discute a experiência do envelhecimento: “não é fácil

imaginar que nosso próprio corpo, tão cheio de frescor e muitas vezes de sensações agradáveis, pode ficar vagaroso, cansado e desajeitado, não podemos imaginá-lo e, no fundo, não o queremos.” O que fica evidente nos dizeres do autor (2001) e na apreensão das respostas dos entrevistados é que o envelhecer constitui-se com significados materiais sentidos no próprio corpo com a falta de saúde, como exemplificado: “*é triste porque era muito ativo quando tinha saúde*”.

Entretanto, no conjunto e na opinião dos autores Aguiar e Nascimento (2005) a saúde e a doença dos idosos transitam de um discurso no qual o olhar está voltado para os processos orgânicos e em caso de falência garantem a saúde denunciando a doença. Preza-se que a falta de saúde não pode ser analisada em decorrência tão somente e específico do envelhecimento.

Na discussão de Uchoa e colaboradores (2004) as representações dos idosos sobre o corpo e a saúde problematizam estereótipos em torno da velhice e doença, a percepção dos mesmos quando atribuem significado às suas experiências. Apesar da convivência com doenças e agravos, suas histórias de vida revelam ganhos e não apenas limitações, evidenciando a capacidade de enfrentamento e o apoio familiar e social como diferencial na vivência. (UCHOA, 2004)

Dessa forma, a aceitação das etapas da vida como algo natural e tranquilo, demonstração de que o envelhecer não é um problema a ser resolvido e sim um tempo a ser vivido. Apesar disso, ressalta-se a preocupação dos entrevistados quando da análise do conteúdo, demonstram que envelhecer é com o passar dos anos transformando essa passagem cronológica e atemporal transfigurada na imagem negativa, e nos fragmentos “*é terrível a idade*!”. Evidencia-se o envelhecer em termos estéticos como um encontro inopinado do imaginário e do simbólico como portadores de um retrato negativo. Salienta-se a opinião de Monteiro (2005) que ninguém pode escapar do envelhecer e que essa é a nossa natureza e completa, vivencia-se hoje estâncias de temporalidade, a juventude e o envelhecer são sem dúvida posições bem demarcadas. Então, no horizonte da compreensão, a temporalidade permanece sempre inacessível, compreender o tempo a partir do tempo. (MONTEIRO, 2005)

Em relação a esse fato na opinião de Aguiar e Nascimento (2005) as idades da vida são uma criação arbitrária e uma construção sociocultural, no qual segundo os autores (2005) são representadas e simbolizadas de maneira culturalmente

distintas, uma vez que a idade da vida não correspondem apenas às etapas biológicas como visto nesse estudo.

E assim, compreender o tempo como pertença existencial. Despontado nas respostas dos entrevistados como um contexto histórico em formato de normalidade, mas para eles não importa o tempo, nada muda, ficando explícito nos fragmentos *é que chegou a velhice, é aceitar e desfrutar o que ela oferece*. Portanto, percebe-se a dificuldade da compreensão sobre o espaço/tempo. O que converge com a colocação de Monteiro (2005) quando se compreensão que os passos estão em nós, e nós que estamos nele, deixamos de sofrer a angústia da passagem, e aceitamos o processo inexorável do envelhecer. Nesse sentido, no imaginário social, o envelhecer está associado ao fim da etapa; é sinônimo de sofrimento e solidão, doença e morte, não se vê algum prazer de viver nessa fase da vida. Porém, adverso à colocação acima, Kuznier e Lenardt (2010) afirmam que a ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela constatação de que as fases mais avançadas da vida podem ser momentos propícios para novas conquistas, em busca do prazer e da satisfação pessoal.

No entanto, pontua Scott (2002), a sociedade constrói diferentes práticas e representações sobre o envelhecimento. E isso nas respostas dos pesquisados são fatores determinantes nas relações em si, a vida não vivida e sim experimentada na dor do sofrimento não identificado: *“a velhice não é fácil, ainda mais sozinho, é duro, falo isso por causa do meu irmão, nunca fale que não precisa de alguém.”*

Do ponto de vista de Messy (1999) entre envelhecer e morrer se insinua o sofrimento, o que torna o envelhecimento intolerável e esconde a ideia de uma morte por velhice. Já na concepção de Monteiro (2005) muitas das vezes, a causa crescente de tristeza não está no envelhecer e sim na vulnerabilidade biopsicossocial na qual o sujeito se encontra na velhice.

Sendo assim, o processo do envelhecimento apresenta variações construídas socialmente nos diferentes grupos sociais, de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores segundo Heck e Langdon (2002). Em concordância, evidenciou-se essa visão de mundo quando das respostas dos entrevistados negar-se ao que não é oferecido, mas imposto, a implacabilidade do tempo: *“não entendo isso na minha cabeça não passa”!*

Envelhecer não significa necessariamente ser idoso., existem preocupações quanto a isso. Para Beauvoir (1990) é um fenômeno biológico com reflexos profundos na psique do homem, perceptíveis pelas atitudes típicas da idade não mais jovem nem adulta da idade avançada. Messy (1999) apoia e pontua, podemos ser velhos, ver-nos como velhos sem nunca nos sentirmos velhos. Ao contrário disso, Derbert (1998) coloca os perigos decorrentes desses pensamentos, no qual a ideia de juventude eterna permanece incorporada pelos idosos e nega o envelhecimento, no que pode dificultar a vivência desta etapa da vida, ao transformar os problemas da idade em uma rejeição. De fato preocupante.

Constatou-se nas falas dos entrevistados que o envelhecimento apresenta-se por meio de inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento. (PASCOAL, 2006)

Procurou-se, então, aferir na segunda pergunta com os entrevistados em que momento da vida sentiram que estavam envelhecendo. Sabe-se, entretanto que o envelhecimento é um processo que se desenrola com desgastes, limitações crescentes, perdas físicas e de papéis sociais, Motta (2002).

De acordo com as respostas ficou evidenciada a relação quando afirmam perceber-se envelhecendo com o avançar da idade., quando dos discursos *“A idade mostra o envelhecimento.”*

A mesma autora (2002) relata que as perdas são tratadas principalmente como problema de saúde, expressa na sua maioria na aparência do corpo. Concomitante a esses dizeres Aguiar e Nascimento (2005) esse discurso em relação a idade avançada é representado como algo relativo ao funcionamento harmônico do corpo, mas entretanto segundo os mesmos autores (2005) por sua natureza contraditória, tais representações também apontam para a relação da saúde com as condições de vida.

No desenrolar da vida nos são colocadas inúmeras situações. Entre essas situações segundo Messy (1999) a relação do envelhecer com a morte, pois na sua opinião não é possível falar de uma sem a outra. E nesse sentido, a resposta dos idosos, defrontar-se consigo mesmo no arrebentar dos vínculos de pertencimento, ninguém no fundo crê na finitude: *“quando meu companheiro morreu”*; *“Quando os filhos foram casando e indo embora”*. Sentiu-se estar envelhecendo a partir da redução do suporte social e do sentimento de pertencimento.

Diante disso, sabe-se que um dos maiores problemas da pessoa idosa é a solidão, na afirmativa Queiroz e Netto.(2007)fruto da viuvez, perda de amigos e aposentadoria. Em concordância ao que foi pontuado, Aguiar e Nascimento (2005) expressam suas opiniões de que a aposentadoria aparece como marcador de “sentir-se velho”. Outro fator relacionado a isso é que ao envelhecer há uma redução de adaptabilidade social, ocasionada muitas vezes pela própria aposentadoria e conseqüentemente pelo poder aquisitivo, além do isolamento social provocada pela perda de familiares e amigos. (PASCHOAL, 2006).

É possível perceber nos relatos dos idosos que os problemas apontados estão relacionados à qualidade de vida e aos vínculos desenvolvidos ao longo dela. Para enfrentar essas dificuldades, na opinião de Aranha (2007), e para ter um envelhecimento de maneira bem sucedida, tudo dependerá dos recursos de que dispõem para enfrentar as dificuldades, principalmente os recursos internos, e estes dependem de uma série de fatores, como a história de vida e como cada um entende o processo do envelhecimento.

Entendimento e enfrentamento, esse processo depende de recursos internos de cada um, mas o fato é que em alguns casos não há a identificação de estar velho e, em outros pelo desejo de não ficar velho, então aduzindo as respostas evidenciou-se influir o destino e dessincronizar-se do tempo: “*eu não acho que a gente vai ficando, não me sinto velha!*”; deixando explícito a negação. Nesse caso, segundo os autores Kuznier e Leonard (2010) as conotações positivas e/ou negativas dependendo do contexto no qual está inserido. Estima-se também, nesse sentido uma possível influência da condição socioeconômica dos indivíduos, nesse caso, a dinâmica das atitudes e dos valores culturais da sociedade. Segundo Neri (2006) os valores podem estar sendo apresentados e compreendidos de forma distinta, possibilitando assim, a dupla forma de apresentar e interpretar a negação do envelhecimento.

A respeito de como está sendo este período de envelhecimento, pode-se observar a distinção nas respostas dos participantes. Segundo os discursos, fatores pessoais e ambientais determinam de que maneira e como valorizar essa etapa da vida, denotando-se um empoderamento na vida desses entrevistados, quando comparada à temporalidade do ontem e do hoje. O decurso da vida, na realidade aquisitiva do ponto de partida a reta de chegada: “*está bom porque tenho bons*

amigos"; *"está bem melhor do que antes"*; *"está bem não como novo, mas vai levando."* No entender de Paschoal (2000), avaliar a própria vida para saber se é boa ou ruim é um processo intrapsíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e sentimentos. Fica evidente a representação do viver em plenitude, a compreensão das intempéries da vida em relação à idade e tudo que os cerca. Estudos têm mostrado que autopercepções mais positivas se associam à saúde funcional ao longo do tempo. (LEVY et al, 2002)

O sentimento de pertença nos relacionamentos sociais e familiares, assim como a veemente presença da religiosidade/espiritualidade na transcendência subjetiva da fé, relacionando o bem-estar com o estar com Deus. A religiosidade para muitos é uma ponte de dimensão plena do ser humano tendo em vista a conectividade dos aspectos positivos, no qual, segundo Frankl (1989) valoriza o potencial humano até em sua forma mais elevada possível.

Defronta-se nessas respostas com um misto de saudade e complacência com os momentos que vivência, pois para os idosos captar o sentido da vida é achar –se no trânsito do pensamento entre o passado e o presente, mas sem esquecer-se da realidade: *"sinto saudade mas sei que isso faz parte da vida"*. Assim, é de considerável relevância os dizeres de Beauvoir (1990) cada um é para si mesmo um sujeito único, e inúmeras vezes o espanto quando o destino comum se torna o nosso. Em qualquer momento do ciclo da vida, o bem-estar e a autoestima dependem não apenas do controle percebido sobre o desenvolvimento futuro, mas também da disponibilidade para aceitar o próprio passado (inalterável) e para assumir sem nostalgia nem lamentações os percursos de uma vida uma vez desejados, mas nunca atingidos. (FONSECA, 2005)

O sentimento revelado, a relação com o mundo, com o outro e consigo mesmo, a opinião dos participantes quanto ao momento que vivencia dentro desse processo a inconsistência permeada pela inconstância do vivenciar, revelada no seguinte fragmento do discurso: *"está muito ruim, pensa que depois que ficou velha não presta pra mais nada; bastante inconstante fase muito ruim"*. Conforme se observa nesse estudo e segundo Souza (2002) essas são as vivências e evidências a respeito de si mesmo, tornando-se evidente o descarte da sua autopercepção como indivíduo nesse processo. A perda da qualificação pelo próprio fato de saber-

se velho não se define por mais nada e também não sabendo mais quem é, o que acontece com frequência (Beauvoir, 1990).

Essa péssima relação pode interferir no seu cotidiano de forma a provocar situações diversas, mas principalmente acarretar exclusão do meio social e familiar. Paralelo a esse sentimento de perda e descarte, demonstrado na categoria acima, as manifestações no corpo são evidenciadas nos relatos. Mesmo ocorrendo em contextos diferenciados, essas manifestações entre o sentir e o existir colocam a pessoa em um mundo de difícil entendimento e compreensão, ou seja, a subtração do valor e a degeneração da matéria. Mahler (1968) refere o processo de separação/individuação em paralelo com o próprio desenvolvimento, partindo de uma simbiose inicial para depois finalizar numa quase simbiose associada a estágios terminais de doença física antecedentes da morte. (SILVA, 2005) Ou seja, subtrair-se da vida, em vida, com a morte: "*entendi que morri; triste não tenho outra palavra triste*". Enfim, considera-se os sentimentos associados com a vivência de uma vinculação íntima, vazio, abandono. O desenrolar da vida humana configurada de comportamento defensivo, a realidade em si, posta além das aparências demonstrando desprezo pelo questionamento, tal sentimento explícito na negação em responder as perguntas sobre o envelhecimento. No tocante às dificuldades nos relacionamentos familiares e pessoais, apontadas no estudo, são seguramente situações extremadas e preocupantes, que afetam os idosos de forma contundente em seu cotidiano com sentimento de angústia, medo, ansiedade, baixa autoestima e desinteresse pela vida. Essa condição de sentimentos desfavoráveis permeada por conflitos e insegurança é fatalmente uma das causas que provoca a vulnerabilidade psíquica, atingindo-os na forma mais sensível e tocante do viver, a subjetividade, deixando explícito o desamparo.

É imprescindível um novo olhar para essa realidade da vida em comum, e para que isso ocorra é necessário entender as fases da vida e com ela a existência humana.

O fato é que o envelhecimento populacional é uma realidade e não pode ser apregoado de forma negativa, já que todos os viventes, sem exceção, passarão por ela, independentemente da aceitação ou não. Essa demanda considerada emergente pede urgência nas tomadas de decisões quanto à estruturação da sociedade para uma nova/velha condição de vida.

Para isso, deve-se considerar prioritário o cumprimento da legislação quanto à priorização nos atendimentos e manutenção dos cuidados assegurados pela família e governo. A valorização do ser humano na figura do mais velho, diga-se de passagem, mais sábio/ vivido, a desmitificação do estigma do envelhecimento junto à sociedade.

Aos profissionais em geral, mas principalmente os que comungam na área da saúde, conhecer as dimensões do envelhecimento é essencial, prioritário e humano, partindo do princípio da primordiabilidade da dignidade humana.

O tema sobre envelhecimento possui abrangência em diferentes áreas do saber, e é importante lembrar que as interpretações sobre o desenrolar da vida humana não são estáticas, principalmente se tratando da constituição do envelhecimento e conhecer essas dimensões constituem desafios a serem enfrentados. Visto que, com o aumento da expectativa de vida, os processos relacionados ao envelhecimento precisam ser estudados pelas diversas áreas de saúde, com enfoque interdisciplinar, a fim de possibilitar a promoção da saúde e prevenção das doenças.

Portanto, pertinente considerar a importância da pesquisa e a continuidade da mesma, pois o conhecimento, em seu sentido amplo de saber, será sempre responsável por oferecer às pessoas meios melhores de vivenciar a vida em todas as faixas etárias.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Apresentam-se, a partir deste momento, as conclusões do presente estudo, sintetizando-se os principais resultados quantitativos obtidos de acordo com o proposto nos objetivos. Apesar de o estudo ter sido realizado de forma autorreferida, de modo geral os resultados confirmam que o envelhecimento é impactante e desafiante para a saúde pública. Já estavam previstas algumas evidências constatadas como a confirmação da saúde como problema principal, abarcando alta prevalência em hipertensão, diabetes e colesterol, alteração no campo visual e saúde auditiva, salientando para este último o percentual de queixas quanto ao zumbido. Lembrando que esses problemas inerentes ao envelhecimento e/ou não repercutem diretamente em outros problemas sociais, políticos econômicos biológicos e psicológicos.

Outros pontos a salientar referem-se ao edentulismo e a falta de acompanhamento/tratamento odontológico, conduta que leva a problemas na mastigação, evidenciando a falta de informação. Apesar das dificuldades de acesso/demanda, assim como a insatisfação quanto ao atendimento dos não médicos, ficou demonstrado que a maioria da população entrevistada está satisfeita com os atendimentos dispensados pelas Unidades Básicas de Saúde. Fundamental considerar nesse estudo a disponibilização por parte das equipes de saúde, da Unidade Básica de Saúde, para melhor esclarecer/informar os idosos e familiares.

Existe a preocupação política concernente a legislação e diretrizes no amparo a essa faixa etária, mas está longe de ser atingida na sua efetividade. As condições de saúde dessa população estudada principalmente no que se refere a saúde bucal constitui motivos de cuidados, e de novos estudos, tendo em vista que os resultados apresentados não é decorrente só do processo de envelhecimento.

No que se refere à autopercepção do envelhecimento, confirmou-se os resultados antevistos em estudos como: experiência negativa, desvalorização, socialmente estigmatizada e estereotipada em torno da doença.

Relevâncias desse estudo quanto à identificação das percepções dos sujeitos entrevistados. Pontos a destacar: referem-se a não aceitação do envelhecimento, evidenciando a idiosincrasia demonstrada a partir de comportamento defensivo e

sentimento de desprezo com base na negação e/ou recusa de responder. Junto a essa situação de não aceitação, a solidão, viuvez e a saída dos filhos de casa, acontecimentos que podem ocorrer paralelamente. Revela-se, a partir daí, a percepção do envelhecimento com nuances negativas, pois é nessa faixa etária que geralmente ocorrem as mais diversas perdas, evidenciado um processo de ligação com o fim.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUIAR. M.G.G.; NASCIMENTO, M.A.A. **Texto sobre envelhecimento/** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade da Terceira Idade. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento. V8, n3, 2005 . Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php>. Acesso em: 20.abr. 2013

ALMEIDA, V.L.V. de. Velhice e projeto de vida: possibilidade e desafios. In: CÔRTE, B. (Coord.). **Complexidade: Velhice, envelhecimento**. São Paulo: ed. Vetor, 2005. Cap.5, p. 93-110.

ARANHA, VC. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 255-265

ARATANGY, L.R.; POSTERNAK, L. **Livro doa avós: na casa dos avós é sempre domingo?** São Paulo: Artemio. 2005

ARCURI,I.G. Velhice: da gerontofobia ao desenvolvimento Humano. In: CÔRTE, B (Coord.). **Complexidade: Velhice, envelhecimento**. São Paulo: ed. Vetor, 2005. Cap.2, p. 35-55

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Título original: Analyse de Contenu. Tradução, Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Ed. Edições 70 Lda. 279 p.2010 4ª edição.

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

BONI, V. QUARESMA, S.J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais..** Revista eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 nº1 (#), janeiro-julho/2005, p.68-80. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese> . Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL, 1988. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf. Acesso em: 2 nov. 2011.

BRASIL, 1990 - **Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080, de setembro de 1990**. Brasília. Senado Federal. Disponível em: www.saude.gov.br/sas/ddga/Procnorm/Lei8080.htm. Acesso em: 28 nov. 2011.

BRASIL. Casa Civil - **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Política Nacional do Idoso: Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Presidência da República; 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 28 nov. 2011.

BRASIL. 1999. **Portaria n. 1395/99. De 10 de dezembro de 1999**. Brasília. Senado Federal. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf. Acesso em: 08 nov.2011.

BRASIL 2000. **PORTARIA Nº 396 DE 12 DE ABRIL DE 2000.. Brasília. Senado Federal. Disponível em:** <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8526-396.html>. Acesso em: 10 dez. 2012

BRASIL.2002. **Lei.10741/03. De 01 de outubro de 2003**. Brasília. Senado Federal. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=237486>. Acesso em: 08 nov. 2011.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 10 jan.2013.

BRASIL.2006. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília. Senado Federal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 08 nov. 2011.

BRASIL. 2006. **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Brasília. Senado federal. Disponível em:** <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> . Acesso em: 10. Jan. 2013

BRASIL. 2006. Portaria G.M. Nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Brasília. Senado Federal. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm> . Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf. Acesso em: 08 nov. 2011.

BRINK, J. J.; WILKING, S. V. Aspectos espirituais do envelhecimento. In: REICHEL, W. (Coord.). **Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento**. Trad. Marcelo Alves Chagas, et al. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 2001. cap.64, p. 586-589.

BROCK, R.R.; WEYER, G. A concise life-satisfaction-index questionnaire for the use with single, elderly, female welfare recipients. **Zentralbl Bakteri**, v.156, n.2, p.290-298, 1972.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 679-684. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>. Acesso em: 30.abr. 2013.

CASTILHO, T. **Seminário velhice fragilizada**. O idoso fragilizado e a família: representações, preconceitos, conflitos e solidariedade. Sesc. São Paulo. nov. 2006. Disponível em: www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/370.rtf. Acesso em: 28 abr. 2013.

CHAIMOWICZ F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev Saúde Pública 1997, 31(2): 184-200.

COSTA, G. de A. C. Triplíce visão do envelhecimento. **Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice**. TEXTO – ARTIGO – SOBAMA – 15-03-03(1). 2003.doc. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer>. Acesso em: 02 de nov. 2011.

COSTA JFR, CHAGAS L de D, SILVESTRE RM, organizadores. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 11. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

DEBERT. G.G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999. 266p.

DIAS, C. Grupo focal: **técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa**. 1999. Disponível em: www.reocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf. Acesso em: 20 mar. 2013

DIAS, E.O.A. A ilusão originária. **Viver, mente & cérebro**. Coleção memória da psicanálise. V. 5. 2005.

DRAGER, F.L; PEDROSA, R.P.Diagnóstico e classificação da hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: <http://www.medicinet.com.br/conteudos/revisões>. Acesso. 17.abr. 2013. 2010

Elias N. **A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.

ESPERIDIÃO MA, TRAD LAB. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais**. *CAD Saúde Pública* 2006, 22(6): 1267-76.

FARIA AN, Zanella MT. **Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso**. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002; 46:137-42.

FONSECA, A. **O envelhecimento bem sucedido**. In C. Paúl & A. Fonseca. Ed. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi. 2005.

FRANKI, V. E. **Um sentido para a vida**. Psicoterapia e humanismo. Tradução de V. Hugo Lampeta. 10ªed. Aparecida, SP: Santuário, 1986.

GATTO, I.de B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: NETTO, M.P (Coord.). *Gerontologia. A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Ed.Atheneu, 2005. Cap.11, p.109-113.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Notas sobre manipulação da identidade deteriorada. 4ed. Rio de Janeiro. Zahar, 1998

GOLDMAN, S.N. **“As dimensões sociopolíticas do envelhecimento”**. In: PY, L. et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. Cap.3, p.61-81.

GORZ, A. O envelhecimento. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702009000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 08 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702009000100002>.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: **a percepção do sujeito idoso**. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2931-2940. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600031>.

HECK, R.M. LANGDON, E.J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo M.S., Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 129- 151.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272. Acesso em: 02 nov. 2011.

INCOR. Instituto do coração. **Baixo colesterol**. Coleção 1999. São Paulo. Disponível em: www.idosossolidarios.com.br/.../122%20-%20COMER%20EMBUTIDO .Acesso em: 20 abr.2013

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. Rio de Janeiro: Vozes. 2000. 423p.

KAHN, R.L. & CANNELL. C.F. **The dynamics of interviewinl**: Theory, technique and cases. New Yor. John Wiley.1962.

KALACHE, A.. **Envelhecimento populacional** no Brasil:. UMA Realidade nova Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v 3, n. 3, Setembro de 1987. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000300001&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de maio de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>.

KUZNIER, T.P.; LIENARD, M.H. O idodo hospitalizado e o significado do envelhecimento. Disponível em: 2010. <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewDownloadInterstitial/29/76> . Acesso: 12. Abr.2013

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

LEBRÃO, M.L. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Laurenti R, organizadores. **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL. Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social/ (organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo), 9ª Região – Diretoria Provisória – 2º ed. Ver. Ampl. e atual. Até dezembro de 2005. São Paulo: O Conselho, 2006.

LEME, M. A.V. S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M. T. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 46-57.

LEVY, B.R. SLADE, M.D. & KASL, S.V. Longitudinal benefit of positive selfperceptions of aging on functional health. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. 2002. p.409-417.

MACEDO, B.G. et al. **Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos**. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.3, p. 65-70, julho/setembro, 2008.

MATOS DL, GIATTI L, LIMA-COSTA MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: **um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Cad Saúde Pública 2004, 20(5): 1290-7. Disponível em: www.cidadesp.edu.br/old/revista.../pdf/./unicid_23_143_153.pdf . Acesso em: 12 abr. 2013

MERCADANTE, E.F. Velhice: uma questão complexa. In: CÔRTE, B (Coord.). **O Envelhecimento e velhice**: Um guia para a vida. São Paulo: ed. Vetor, 2006. Cap. 2, p. 49-73.

MESSEY, J., **A pessoa idosa não existe**. Uma abordagem psicanalítica da velhice. Tradução de José de Souza e Mello Werneck. 2ª Ed. 1999. 159p.

MARTINELLI, M.L., **Pesquisa Qualitativa**: um instigante desafio. 1ª Edição. São Paulo: Veras Editora; 1999. 143p.

MINAYO MC de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. 269p.

MINAYO, M.C.S. COIMBRA JR, C.E.A. **Antropologia, Saúde e envelhecimento**. In: MINAYO, M.C.S. COIMBRA JR, C.E.A, (Org). 1ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002.209p.

MINAYO, M.C., COIMBRA, Jr. C.E.A. Introdução: **entre a liberdade e a dependência**: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S.;COIMBRA Jr. C.E.A, **organizadores. Antropologia,saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 11-24.

MINAYO MC de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco. 2004. 269p

MINAYO, M.C.S.; O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualittiva em saúde**. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro. Abrasco, 2000.

MIRANDA, I. L. **O indivíduo representativo**: considerações sobre as relações entre valores individuais e considearações sociais. 1993. Disponível em: www.revistas.usp.br/paideia/article/download/46436/50192. Acesso em: mar.. 2013.

MONTEIRO, P.P. Somos velhos porque o tempo não pára. In: CÔRTE, B (Coord.). **Complexidade: Velhice, envelhecimento**. São Paulo: ed. Vetor, 2005. Cap.3, p. 57-82.

MONTEIRO, M.B.Cada **cabeça sua sentença**. Oeiras, PT: Celat, 1997

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação. Porto Alegre, v.22. n.37. 1999. Disponível em: C:\Users\judc5\Desktop\artigos\ Análise de Conteudo.htm. Acesso em: 05. Abril

MOREIRA, R. da S.; NICO, L.S.; SOUSA, M.da L. R. de. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n12, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>Acesso em: 05 Maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200013>

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D.F. (Org.). **Novos paradigmas**, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artmed, 1996. 294p.

MOREIRA, R.S. NICO, L.S, TOMITA, N.E, RUIZ, T. A. saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21(6):1665-1675.

MOTTA, A.B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.S, COIMBRA Jr.C.E.A, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 37-50.

NERI, A.L. **E por falar em boa velhice**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2000.

NERI, AL. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: Viana de Freitas E et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1316-1323

NERY, N.G.; MARCELO, V.C.; DANTAS, M.A.A. A satisfação de idosos quanto a Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em saúde bucal. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**. V.14, nº 1, 2010, p.43-50. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/3786/4733>. Acesso em: 08 abr. 2013.

NETTO, M.P.; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: _____ (Coord.). Gerontologia. **A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ed.Atheneu, 2005. Cap. 4, p. 44-59.

NETTO, M.P.; PONTE, J.R. Aspectos Psicanalíticos do envelhecimento normal. In: _____ (Coord.). Gerontologia. **A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ed.Atheneu, 2005. Cap. 12, p. 114-123

ONU-(Organização das Nações Unidas). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ONU. Relatório preparado pelo Conselho Econômico e Social para o comitê preparatório da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, 2004

OMS. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005

ONU BR. E as pessoas idosas. Disponível em <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/> Acesso em: 03.maio.2013. 2011

ONU. Envelhecimento no Século XXI ; celebração e desafio. Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf> . Acesso em 03.maio.2013 .2012

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PASCOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO (Coord.). Gerontologia: **A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ed.Atheneu, 2005. Cap. 3, p. 26-43

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

PELLEGRINE, V.M.C. JUNQUEIRA, V. Trajetórias das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: PAPALÉO NETTO M. Gerontologia: **A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p. 373-82.

PERES, M. "A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semi-árido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo" **Revista de Educação e Ciências Humanas**, Belo Horizonte/MG, n. 10, ano V, out, 2009.

PUCCA JR.; G. A Saúde Bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: NETTO, P.M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada**. São Paulo: Atheneu, cap. 4, p. 297-310. 2002

PUSTAI, O.J. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In: DUNCAN BB, SCHIMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, PEREIRA AH, MACHADO ARL, VAZ AJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004. p. 69-75

QUARESMA, M. de L. B. Envelhecimento: Questões de gênero. In: CÔRTE, B. (Coord.). **Complexidade: Velhice, envelhecimento**. São Paulo: ed. Vetor, 2005. Cap.1, p.21-34

Queiroz. Z.P.V.; Netto MP. Envelhecimento bem-sucedido: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. In: Papaléo Netto M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 807-815.

RIVALDO, E.G. et al. **Envelhecimento e saúde bucal** Stomatos. 2008. Disponível em: <http://www.ulbra.br/odontologia/stomatos/v14n26jan-jun2008/39.sbucal.pdf> . Acesso em: 05.maio. 2013.

SALDANHA, A. A.W.; FELIX, S.M.F.; ARAUJO, L.F. Representações sobre a Hids na velhice por coordenadores de grupo da terceira idade. Psico-USF, v.13, n1, p. 95-103. Jan-jun 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a12.pdf> . Acesso em: 11 abr. 2013.

SANCHES, T.N., FERRARI, G.M. dos S., et al. SAMELLI, A.G., Zumbido: avaliação, diagnóstico e reabilitação. **Abordagens atuais**. (Coord), SAMELLI, A.G., São Paulo. Lovise. 2004. p. 17.

SANTOS, S.S.C.. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin Gerontology and the Edgar Morin presuppositions. **Textos Envelhecimento** [online]. 2003, vol.6, n.2, pp. 77-91. ISSN 1517-5928.

SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In MINAYO, M.C.S. COIMBRA JR, C.E.A. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002. p. 203-127.

SECCO, C.L.T. Além da idade da razão. Longevidade e saber na ficção brasileira. Graphia. Rio de Janeiro. 1994. 246p.

SILVA, C., GOBBI, B., SIMÃO, A. O uso da análise de conteúdo. Como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, América do Norte, 7, abr. 2011. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/210/207>. Acesso em: 06 Mai. 2013.

SILVA, M.E. Saúde mental e idade avançada. In: PÁUL, C. & FONSECA, A. **Envelhecer em Portugal**. Lisboa. Climespsi. 2005, p.37-156.

SIMMONS, L.W. The role of the aged in primitive society. **New Heaven**: Yale University Press, 1945.

SIMÕES, Darcilia. Iconicidade verbal. **Teoria e Prática**. Edição online. Rio de Janeiro: Dialogarts, 2009. Disponível em www.dialogarts.uerj.br. Acesso em 04. Abril

SOARES, da C.C.A. **Breve comentário: ontologia do ser social**, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, mayo 2010. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/08/casc2.htm. Acesso em: 01 maio.2013

SOUZA, E.R, MINAYO, M.C.S.; XIMENES, L.F.; DESLANDES, S.F. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 191-209.

SOUZA, L.J, CHALITA, F.E.B.; REIS, A.F.F., TEIXEIRA, C.L., GICOVATE, N. C.; BASTOS, A, et al. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes**, RJ. Arq Bras Endocrinol Metab 2003; 47:69-74.

SOUZA, R.F.de; MATIAS, H.A.;BRETAS, A.C.P. .Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2835-2843. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600021>. Acesso em: 20 abr.2013.

STARFIELD B. Atenção primária: **equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª. Edição. (Tradução: Fidelity Tranlations.) Brasília,

UNESCO Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

TAVARES, D.M.S.; DRUMONT, F.R.; PEREIRA, G.A. **Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba**, Minas Gerais. Texto & Contexto. Enfermagem, V.7. n.2. abr.-jun. 2008. p. 342-349.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro

TURATO, M.B. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.3, pp 507-514. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.

UCHOA, E., FIRMO, J.O.A., LIMA-COSTA, M.F.F., Envelhecimento e saúde: **experiência e construção** cultural.In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.849-53, 2004.

VARELLA, J. **Mundo chega a 7 bilhões e atinge a metade da sua capacitação-Internacional-R7**. Disponível em: [Htp://noticias.r 7.com/internacional/notici...ga-a-metade-da-sua-capacidade-20111031.html](http://noticias.r7.com/internacional/notici...ga-a-metade-da-sua-capacidade-20111031.html). Acesso em: 02 nov. 2011.

VERAS,R.D. S. Perfil do idoso brasileiro .**Questionário BOAS**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008. 100p. Disponível em:http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf. Acesso em: 10 mar. 2012

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará. 1995.

VERAS, R. P. Fórum Envelhecimento Populacional e as Informações de Saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad Saude Publica** 2007; 23(10):2463-2466

VIANA, de F., E *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 147-153.

VLAGOPOULOS, P.T.; TIGHIOUART, H.; WEINER, D.E.; GRIFFITH. J.; *et.al* . Anemia como um fator de risco para a doença cardiovascular e por todas as causas de mortalidade em diabetes: o impacto renal crônica. **J Am Soc Nephrol** 2005; 16:3403-10.

YASBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

APÊNDICE

1- O que é envelhecer?

CATEGORIA A	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Constitui-se o envelhecer com significados materiais sentidas no próprio corpo com a falta de saúde. Uma associação dicotômica entre a saúde/doença.</p> <p><i>Dicotomia entre saúde e doença; perder a saúde / ficar doente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Muitas dores e doenças. -Se for com saúde é bom. -Passar a idade com saúde. -É triste porque era muito ativa quando tinha saúde. -Começam as dores. -Ruim por causa da doença. -É ter saúde, mas para mim é dor. -O que eu fazia, não posso fazer agora. Problema desáude. -Perder a saúde, a capacidade de tudo o que fazia. -Se pudesse estar enxergando. -Tempo, trabalhar bastante, enfermidade.

CATEGORIA B	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Envelhecer com o passar dos anos transformando essa passagem cronológica e atemporal transfigurada na imagem negativa.</p> <p><i>O passar dos anos; avançar da idade; passagem cronológica transfigurada numa imagem negativa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -É o passar dos anos. -Acho que é o passar dos anos. -É o aumento da idade. -É bom chegar a idade. -É idade avançada. -Passar o tempo. -É da vida, é idade. -É bom chegar a idade. -É a idade. -Acho que os anos vão aumentando e as forças diminuindo. -Passar dos anos. -A gente vai ficando de idade e vai envelhecendo. -É ficar velha, vai se acabando. -Idade. -É terrível a idade. -Idade. - É durar muito tempo. -A cada dia que passa cabelos brancos. -No decorrer dos anos. -Ficar velho. -Idade. - Ficar velho. -É uma... cabelo branco e sentir cansado. -É ficar mais velho.

CATEGORIA C	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>O contexto histórico despontado em formato de normalidade no que é assim mesmo e tem que ser, não importa quanto tempo nada muda.</p> <p><i>Envelhecer é normal; sentido natural da vida.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Um período bom da vida. -É uma honra, envelhecer com dignidade. -É normal. -É normal. -É normal, estou feliz, me sinto bem. -É normalda vida. -É natural da vida, e não acho que tenho essa idade. -A vida é assim mesmo, mas, não me incomoda... -Normal da vida. -É opção de vida, é velho quem quer. -É ficar bem e viver bem. -É uma vitória. -Normal. -É que chegou a velhice, é aceitar e desfrutar o que ela oferece. -É bom estar vivendo. -Nada mal, tem que envelhecer um dia e morrer. -Está bom, estou com saúde, estou andando e faço exercícios todos os dias. -Faz parte da natureza. -É muito bom porque vivi até agora... -Eu acho que está no tempo, pra trás a gente não vai, tem que ir pra frente. -Todo mundo tem que envelhecer, é só não esquentar. - Acho que com o tempo você tem que envelhecer, a velhice não mudanada, é uma coisa boa, lutei para chegar até ela, ela não me prejudicou, sou ativa. -Acho que é o final da vida, não é? Deve ser! -Acho que é um privilegio, porque tem muita gente que morre novo, viver é um privilegio principalmente com saúde. -Acho que envelhecer está na cabeça de cada um. -Vai ficando velho, velho, velho e puf!!! Morre... -É um processo normal. - É coisa da vida, todo mundo envelhece, consequência. -Não sei... normal.

CATEGORIA D	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>A representatividade de fatores determinantes nas relações em si e para os outros, a vida não vivida e sim experimentada na dor do sofrimento não identificado.</p> <p><i>Preocupação; tristeza; sofrimento; falta de forças para enfrentar os problemas da vida.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Não sei... não pode fazer o serviço. - Não é bom. -É ficar fraco. -Sofrimento. -É problema com o filho, é doença. -É pensar nos problemas. -É muita preocupação. -É preocupação com a vida e com os filhos. -Trabalho, preocupação. -É perder a força da vida, ficar esquecida. -É duro. -É sofrimento. -É uma tribulação, são problemas emocionais. -Sofrimento. -É muito ruim. -É a gente ficar preocupada, nervosa, tem muitos problemas. -É mais preocupação com a vida e com os filhos. -Bom não é, mas... vai fazer o que?! Tem que se conformar. -É nervoso, passa dificuldades. -É uma pessoa que se preocupa muito por causa do envelhecimento. -A velhice não é fácil, ainda mais sozinho. É duro, falo isso por causa do meu irmão, nunca falar que não precisa de ninguém. -É ruim, muitos problemas. -É péssimo. -Fica difícil. -É coisa muito triste não poder trabalhar, mas as pessoas não querem dar serviço. -Acho que é passar por descaso, falta de respeito.

CATEGORIA E	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Negar-se ao que não é oferecido, mas imposto, a implacabilidade do tempo.</p> <p><i>Não reconhece o “envelhecer</i></p>	<ul style="list-style-type: none">-Não sinto nada, me acho bonita.-É... tanto faz, já curtimuito a minha vida.-Não me sinto velha, não sei o que é.-Não vejo passar, para mim tanto faz.-Mais velha, desanimada, a idade deixa desanimada, tem que se conformar.-Não existe isso!-Eu nem sei o que é envelhecer.-Não queixo de envelhecer.-Uma parte é boa... e outra ruim.-Não entendo isso, na minha cabeça não passa.-Não sei.-Não respondeu.-Não respondeu.-Não sei responder.-Não sei.-Não sei.-Não sei.-Não sei.-A gente vai envelhecendo, ai chega a hora que vai envelhecendo mesmo.-Não tenho ideia, não me sinto velha.-Ficar velho é...-Não sei.-Não respondeu.-Não sei.-Não respondeu.-Não sei.-Não respondeu.-Não sei.-Não respondeu.-Não sei responder.-Não posso responder, não entendo.-Não sei.

2 - EM que momento da vida sentiu que estava envelhecendo?

CATEGORIA A	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>O momento de perceber-se envelhecendo ficou evidenciado com o avançar da idade.</p> <p><i>Com o avançar da idade; passar dos anos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Com 68 anos. -Depois dos 50 anos de idade. -De uns 10 anos para cá. -Senti o envelhecimento com 65 anos na mudança de cidade. -Senti a partir dos 65 anos. -Esses dias que fui arrancar um pé de mandioca e não consegui. -Com 60 anos senti que estava ficando cansada. -Quando completei 65 anos. -Aos 48 anos. -A idade mostra o envelhecimento. -Depois dos 50 anos. -De uns 55 anos para cá a memória ficou esquecida. -No momento em que parei de trabalhar. -De uns 2 anos para cá senti que estou envelhecendo. -Aos 45 anos, trabalhando na roça. -Quando comecei a ficar cansada. -Depois dos 30 anos com as doenças. -Depois dos 70 anos. -Há muito tempo. -Quando cheguei... sou mãe de 9 filhos adotivos, de tanto criar filho dos outros. -De uns 40 anos para cá. -Quando estava com 60 anos. -Com 55 anos. -Depois que passei dos 65 anos senti que as coisas já tinham mudado. -Costumo falar que não tenho mais 15 anos, tem bastante 500 acima disso. -Depois dos 50 anos percebi que não é mais a mesma coisa. -Quando passei dos 50 anos. -Senti cansada com o serviço. -Sempre penso, mas não é causa para entristecer "a bíblia diz que na velhice ainda vão dar frutos"- -Me sinto envelhecida. -não! Me sinto experiente. -A gente era novo, estou sentindo que estou ficando velho. - A partir dos 60 anos de idade. -Quando as forças vão acabando.

	<ul style="list-style-type: none"> -Quase todos os dias. -Senti que estava enfraquecendo. - Foi depois dos 70 anos. -Com 50 anos. -A partir dos 45 anos. - Com 50 anos. -Com 50 anos. -Senti que tem coisa que eu fazia hoje não dá mais. -Quando tava com 50 anos já vi que tava. -Mais ou menos com 60 anos achei que estava ficando... -Dos 50 anos para cá. -Depois dos 50 anos. -Com 60 anos. -Quando tinha 60 anos. -Aos 50 anos me achava jovem, depois me achei velho. -Senti que estava ficando velho faz tempo.
--	---

CATEGORIA B	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Defrontar-se consigo mesmo no arrebentar dos vínculos de pertencimento. Ninguém no fundo crê na finitude.</p> <p>.</p> <p><i>Despedida/perda de pessoas próximas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Com a perda dos meus pais (sentimento de perda). -Pensamento, problemas com os filhos (problemas). -Quando estava sofrendo, cuidando do meu filho. -Quando fiquei viúva. -Trabalhando demais e depois da morte do meu marido. -Quando os filhos foram casando e indo embora. -Quando o meu companheiro morreu. -Depois que fiquei viúva. -Comecei nova a me sentir acabada e a perda de 4 filhos. -Desde que casei a coisa não correu bem para mim, o marido bebia, a morte do filho e muitas coisas. Tudo vai mudando e... -A gente sente sim, depois que parei de trabalhar.

CATEGORIA C	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Perceber-se no momento da projeção da imagem, em meios de sentimentos difusos.</p> <p>. <i>Sinais físicos do tempo / cabelo branco; pele enrugada.</i></p>	<p>-Quando olho a pele toda enrugada.</p> <p>-Quando me olhei no espelho há pouco tempo.</p> <p>-Quando começaram a aparecer os cabelos brancos.</p> <p>-Quando olho no espelho.</p> <p>-Quando o cabelo começou a branquear.</p> <p>-Quando comecei a pintar os cabelos, quando olhei no espelho com os cabelos brancos. "Nossa estou ficando velho"!</p>

CATEGORIA D	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Influir o destino e dessincronizar-se do tempo.</p> <p><i>Não percebe /sente o envelhecimento</i></p>	<p>-Nunca.</p> <p>-Não me sinto envelhecendo.</p> <p>- Não percebi.</p> <p>-Nem senti, para mim está bom.</p> <p>-Não senti ainda, meu pique é muito grande.</p> <p>-Não percebi, trabalhei tanto... vai passando.</p> <p>-Não... nem vi chegar.</p> <p>- Não senti.</p> <p>-Nunca pensei no assunto.</p> <p>-Nunca pensei no assunto.</p> <p>-Nunca senti que estava envelhecendo.</p> <p>-Não senti que estava envelhecendo porque trabalhava muito.</p> <p>-Não senti de sentir que estava envelhecendo</p> <p>-Ainda não pensei nisso.</p> <p>-Ainda não senti nada.</p> <p>-Ai, eu não sei, acho que a gente vai ficando mais cansada, né?! Não é mais como a gente era.</p> <p>-Não me considero velha.</p> <p>-Nunca senti.</p> <p>-Nunca pensei que estava envelhecendo, não sou velho.</p> <p>-Momento nenhum.</p> <p>-Ainda não senti.</p> <p>-Nunca senti que estava envelhecendo.</p>

CATEGORIA E	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Ainda a negação...</p> <p><i>Não respondeu</i></p>	<p>-Não respondeu. -Não sei. -Não sei. -Não sei. -Não respondeu. -Não sei. -Não sei responder. -Eu não?! -Não sei. -Não respondeu. -Não respondeu. -Não respondeu. -Não respondeu. -Não sei. -Não respondeu. -Ainda não.</p>

PERGUNTA - 3 COMO ESTÁ SENDO ESTE PERÍODO DE ENVELHECIMENTO?

CATEGORIA A	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>O decurso da vida, na realidade aquisitiva do ponto de partida a reta de chegada.</p> <p><i>Bom; tranquilo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Normal. -Estou vivendo bem. -Estou bem. -Este período está sendo bom. -Está bom, já chegou o tempo. -Está bom. -Está bom, estou sempre com Deus. -Está bom. -Está bom, melhor do que antes. -Está bom. -Acho que está bom, saio para ir à igreja. -Bom. -Acho que está bom -Está bom -Período ótimo. -Está bom porque tenho bons amigos. -Está bem. -Está bem. -Está bom. -Está bom. -Está bem. -Período bom. -Está bom. -Período bom. -Está bem. -Está bem. -Está bom, graças a Deus. -Está sendo a mesma coisa. -Acho que normal. -Está sendo um período bom. -Normal, né!Normal. -Está bem controlada. -Está bem calmo, não tenho do que reclamar. -Está bem. -Com naturalidade. -Normal. -Tá boa, tudo bem, -Está sendo bom, -Está bom, já chegou o tempo. -Está sendo um período bom. -Estábem, única coisa é o esquecimento. -Está sendo ótimo, gosto de trabalhar, sou ativa. -Período bom. -Está boa. -Boa. -Está bem, não como novo, mas vai levando. -Está sendo boa. -Está boa. -Acha que está sendo tudo bem. -Sinto-me bem. -Está bem. -Está bem -Não tenho do que reclamar, está excelente.

	<ul style="list-style-type: none"> -Está sendo bom. -Uma maravilha. -Mais ou menos. -Está a mesma coisa. -Normal, não houve diferença. -Tá bom. -Está bem. -Tranquilo. -Está bem. -Está bem.
--	--

CATEGORIA B	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Captar o sentido da vida é achar –se no trânsito do pensamento entre o passado e o presente, mas sem esquecer-se da realidade, o futuro.</p> <p><i>Aceitação; conformismo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tem que aceitar o que é. -Acho que mesmo assim não está muito ruim. -Sinto saudade, mas sei que isso faz parte da vida. -Ainda me sinto bem, pois não tem opção de outra vida. -Uma vida triste, não pelo envelhecimento, mas pelos acontecimentos. -Estou mais ou menos. -É se conformar com o corpo fraco e de sofrimento com dor... -Olha! A gente vai ter que se conformar que está envelhecendo! -Com muitos problemas.

CATEGORIA C	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>A inconsistência permeada pela inconstância do vivenciar.</p> <p><i>Período difícil; tristeza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Um período muito difícil, me sinto muito triste. -Está muito ruim, pensam que depois que ficou velha não presta pra mais nada. -Muito triste, porque não sai e não pode fazer mais nada. -Meio abalado. -Bastante inconstante, fase muito difícil, necessidades, doenças e não tem gosto de sair de casa. -Um pouco difícil. -Bom não está, só problema na vida da gente. -muita doença que a gente não sabe o porquê, muitos problemas. -Está bem, o que precisa é ter saúde. -Triste é ficar sem saúde para trabalhar e sentir humilhada de receber o BPC. -É muito ruim. -Estou aborrecido, porque queria ver as coisas

	conforme eu quero. -Está péssimo... (a relação conjugal).
CATEGORIA D	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Tudo perpassa na causa, mas não evidenciara o motivo, o tempo não pára.</p> <p><i>Indiferença; desânimo</i></p>	<p>-Está mais ou menos, tirando as dores tudo vai dando certo.</p> <p>-Está tudo bem, tirando os problemas de saúde tudo bem...</p> <p>-Ficar sem fazer nada causa problema de saúde, não é pela velhice e sim pela saúde</p> <p>-Está sendo bom em vista dos problemas de saúde.</p> <p>-Acho que estou bem, desde que consiga controlar a pressão</p> <p>-Está mais cansativo, não tenho vontade de trabalhar, fraqueza.</p> <p>-Um período de cansaço.</p> <p>-Está bem.</p> <p>-Por enquanto está no começo, não tenho problema de saúde nenhum, está tudo bem.</p> <p>-É muito problema de saúde, me sinto mais fraco.</p> <p>-Está bem ainda, tenho saúde.</p>

CATEGORIA E	FRAGMENTOS DOS DISCURSOS
<p>Subtrair-se da vida, em vida , com a morte.</p> <p><i>Período difícil; tristeza.</i></p>	<p>-Mais ou menos, vai vivendo.</p> <p>-Regular.</p> <p>-Nada.</p> <p>-Está razoável.</p> <p>-Está bom, só fico triste porque meu marido não me respeita.</p> <p>-Tem dia que tá tranquilo, mas tem dia que tem muita preocupação.</p> <p>-Um vai bem, outro mal.</p> <p>-Está mais ou menos.</p> <p>-Tá bom, eu nem ligo pras coisas... vai pelejando com a vida.</p> <p>-Pra mim tanto faz, tanto fez, não me sinto velha e sim solidão.</p> <p>-Sempre do mesmo jeito, sempre lutando com a vida, se parar de trabalhar não come então... tem que trabalhar.</p> <p>-Está regular.</p> <p>-Não faz diferença.</p> <p>-Mais ou menos.</p> <p>-Entendi que morri.</p> <p>-Triste, não tenho outra palavra a dizer... triste.</p> <p>-Não me sinto velho.</p> <p>-A vida leva como quer.</p>

ANEXOS

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Comitê de Ética em Pesquisa

Processo nº 182/2011

Bauru, 9 de março de 2012.

Senhora Professora,

Informamos que após o envio da documentação solicitada, o projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Envelhecimento: impacto e desafio para a política pública de saúde"**, de autoria de Maristela Aparecida dos Santos, sob sua orientação, foi novamente analisado em reunião realizada no dia **29 de fevereiro de 2012**.

O CEP-FOB/USP considerou o projeto APROVADO lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- que sejam encaminhados ao CEP-FOB/USP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado;
- que sejam notificados ao CEP-FOB/USP, com a devida justificativa, qualquer modificação na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores;
- na apresentação do relatório final, incluir todos os TCLEs e/ou termos de doação de dentes devidamente assinados e rubricados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Eládio Augusto Cardoso de Faria
Coordenador

Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Docente do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73

e-mail: cep@fob.usp.br – Fone/FAX (0xx14) 3235-8356

<http://www.fob.usp.br>

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Fonoaudiologia

Parecer

Título do trabalho : « Envelhecimento : impacto e desafio para a política pública de saúde »

Pesquisadora : Maristela Ap dos Santos da Silva (mestranda do programa de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da FOB-USP.

Orientador : Prof Dr José Roberto Pereira Lauris

O projeto tem por objetivo verificar a resolubilidade da política pública de saúde para a população idosa, frente as dimensões de envelhecimento, por meio de estudo transversal observacional, com aplicação de questionário. Este questionário será aplicado pela pesquisadora na residência dos idosos, ou seja, acima de 60 anos. O público alvo são os 555 idosos cadastrados na ESF do Bairro Santa Edwiges.

Diante do objetivo e a forma que a metodologia de coleta de dados está apresentada, o projeto pode ser aplicado nesta população, uma vez que não envolve a atuação dos profissionais que atuam na ESF.

Na análise final do projeto, é fundamental ressaltar a importância do encaminhamento do mesmo para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da FOB, assim como da Prefeitura Municipal de Bauru.

Prof.ª Dr.ª Andréa Cintra Lopes

Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde junto ao Pro-Saúde

Ilmo Sr

Prof Dr José Roberto Pereira Lauris

Orientador

CC: Prof Dr Flavio Augusto Cardoso

DD. Presidente da Comissão Pro-Saúde

FOB-USP

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73

e-mail: pgfono@fob.usp.br - Fone (0xx14) 3235-8232/3235-8332 - Fax (0xx14) 3223-4679

<http://www.fob.usp.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 13 de fevereiro de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas públicas de saúde”** de autoria de Maristela Aparecida dos Santos da Silva, sob orientação do Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris e co-orientação da Pro^{fa}. Dr^a. Magali de Lourdes Caldana, foi analisado pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização nesta instituição. Não obstante esta aprovação, enfatizamos a necessidade do referido projeto estar devidamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto à CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, antes do início da pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Dr. José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde

Dra. Maria Lígia Gerduillo Pin
Secretária Municipal de Saúde - Substituta
CROSP: 47.625 - RG: 17.792.284-9
Decreto Municipal nº 10.934 de 05/05/2009

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No ano de 2012 será realizada uma pesquisa para constatar se a política pública de saúde abarca de forma satisfatória todas as necessidades dos idosos, assim como, conhecer a realidade da situação como é tratado a pessoa idosa, e saber mais sobre o processo de envelhecimento.

Será realizada pela pesquisadora uma palestra voltada para o “envelhecimento” no Posto de Saúde no bairro Santa Edwirges a todos os idosos participantes ou não da pesquisa.

Não haverá malefícios, os nomes serão preservados, e somente os resultados serão divulgados.

Não haverá qualquer custo para os senhores referente a esta pesquisa. A responsável por este estudo é a Mestranda Maristela Aparecida dos Santos da Silva, do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, que se encontra à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas antes e depois da realização deste estudo (Tel: 014-97263571) e para reclamações e/ou denuncia, com o Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru/SP. (Tel: 14-32358356).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pela profissional em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 7º do Código de Ética Profissional de Fisioterapia).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas públicas de saúde**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA****I. INFORMAÇÕES GERAIS****1. Sexo do Entrevistado:**

1. Masculino
2. Feminino

2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? anos

1. Não Sabe/ Não .Respondeu

3. Em que país o(a) Sr.(a) nasceu?

1. Brasil
2. Outros países (especifique)
3. Não.Sabe /Não .Respondeu

4. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu?

Nome do estado

1. Região Norte
2. Região Nordeste
3. Região Sudeste
4. Região Sul
5. Região Centro-Oeste
6. Não Sabe./Não Respondeu

5. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora nesta cidade? (número de anos)

1. Não Sabe /Não .Respondeu

6. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não
- 3 Não Sabe./Não Respondeu

7. Qual é sua escolaridade máxima completa?

1. Nenhuma
2. Primário
3. Ginásio ou 1º grau
4. 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
5. Curso superior
6. Não Sabe./Não Respondeu

8. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

1. Casado/morando junto
 2. Viúvo (a)
 3. Divorciado(a) / separado (a)
 4. Nunca casou
 5. Não Sabe./Não Respondeu
-

9. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a) / morando junto? _____
(número de anos)

10- Não Sabe./Não Respondeu

10. Qual a idade de sua (seu) esposa (o) ? _____ anos de idade

1- Não Sabe./Não Respondeu

11. O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)

número de filhos...../ filhas/número total de filhos/as.....

1-. Nenhum

2-. Não Sabe./Não Respondeu

12. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? pessoas.

1- mora só.

2-. Não Sabe./Não Respondeu

13. Quem são essas pessoas?

1. Esposo(a) / companheiro(a)

2. Pais

3. Filhos

4. Filhas

5. Irmãos/irmãs

6. Netos (as)

7. Outros parentes

8. Amigos

9. Empregado (a)

14. Como o (a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

1. Satisfeito (a)

2. Insatisfeito (a)

3. Não Sabe./Não Respondeu

15. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

1. Problema econômico

2. Problema de saúde

3. Problema de moradia

4. Problema de transporte

5. Conflito nos relacionamentos pessoais

6. Falta de atividades

7. Outro problema (especifique)

8- Não Sabe./Não Respondeu

II . SAÚDE FÍSICA

16. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

1. Ótima

2. Boa

3. Ruim

4. Péssima

5. Não Sabe./Não Respondeu

17. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior
4. Não Sabe./Não Respondeu

18. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

1. Melhor
2. Igual
3. Pior
4. Não Sabe./Não Respondeu

19. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe./Não Respondeu

20. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
4. Não Sabe./Não Respondeu

21. Há quanto tempo?

- 1
- 2
- 3
5. Não Sabe./Não Respondeu

22. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe./Não Respondeu

23. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:

1. Ótima
 2. Boa
 3. Ruim
 4. Péssima
 5. Não Sabe./Não Respondeu
-

24. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

1. Sim
2. Não
- 3 Não Sabe./Não Respondeu

25.. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima
5. Não Sabe./Não Respondeu

26. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe./ Não Respondeu

27. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?

1. Ótimo
- 2 Bom
4. Ruim
5. Péssimo
6. Não Sabe./Não Respondeu

28. Está faltando algum dos seus dentes ?

1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
- 3 A maioria ou todos os dentes estão faltando
4. Não Sabe./Não Respondeu

29. O(a) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe./Não Respondeu

30. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar e engolir os alimentos?

1. Sim
 2. Não
 3. Não Sabe./Não Respondeu
-

III . UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

30. Quando o Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

Nome de onde ou a quem procura

1. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
2. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
3. Outros (especifique)
4. Não Sabe./Não Respondeu

31.. O Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?

1. Porque não precisou
2. Dificuldade de locomoção/transporte
3. Dificuldade de acesso/demanda reprimida
4. Dificuldade financeira para pagar
5. Porque não tem ninguém para levar
6. Porque tem medo de ir ao médico
7. Por outra razão(especifique)
8. Não Sabe./Não Respondeu

32. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe ./Não Respondeu.

33. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

1. O custo dos serviços médicos
2. O custo dos medicamentos que são prescritos
3. Os exames clínicos que são prescritos
4. A demora para a marcação das consultas /exames
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório
6. O tratamento oferecido pelos médicos
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico
8. Outros problemas (especifique)
9. Não Sabe /Não Respondeu

34. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?:

Nome de onde ou a quem procura

- 1 Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo.
 - 2 Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
 - 3 Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
 - 4 Dentista particular
 - 5 Outros (especifique)
 7. Não Sabe./Não Respondeu.
-

35. O Sr.(a) não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

1. Porque não precisou
2. Dificuldade de locomoção/transporte
3. Dificuldade de acesso/demanda reprimida
4. Dificuldade financeira para pagar
5. Porque não tem ninguém para levar
6. Porque tem medo de ir ao dentista
7. Por outra razão(especifique)
8. Não Sabe /Não Responde

36. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):

1. Consultou o médico no consultório ou em casa
2. Fez exames clínicos
3. Fez tratamento fisioterápico
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação
6. Esteve internado em hospital ou clínica
7. Foi ao dentista
8. Não Sabe /Não Respondeu

37. O(a) Sr.(a) toma remédio?

1. Sim
2. Não
8. Não Sabe /Não Respondeu

38. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

- 1.....
- 2.....
- 2.....

39.Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

1. Problema financeiro
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....
5. Não Sabe/ Não Respondeu

40. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?

1. Nenhuma
 2. Esposo(a) / companheiro(a)
 3. Filho
 4. Filha
 5. Outra pessoa da família
 6. Outra pessoa de fora da família (indique qual)....
 7. Não Sabe./Não Respondeu.
-

IV. RECURSOS ECONÔMICOS

41. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida? o tipo de trabalho

1. Nunca trabalhou
2. Dona de casa
3. Não Sabe./Não Respondeu

42. Por quanto tempo? Número de anos:.....

1. Não Sabe./Não Respondeu..

43. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe /Não Respondeu

44. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?anos

1. Não Sabe./Não Respondeu

45. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de:

- 1.. do seu trabalho
2. da sua aposentadoria
3. da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)
4. da ajuda de parentes ou amigos
5. de aluguéis, investimentos
6. de outras fontes.....
7. Não Sabe /Não Respondeu

46. Em média, qual é a sua renda mensal? valor líquido-

- 1 rendimento mensal
2. Não Sabe / Não Respondeu

47. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer – valor aproximado.....

1. O entrevistado vive sozinho e não tem.....
2. Rendimento, mensal
3. Não Sabe ./Não Respondeu.

48. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento) pessoas

1. Não Sabe ./Não Respondeu.
-

49. Por favor, informe me se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:

1. Água encanada
2. Eletricidade
3. Ligação com a rede de esgoto
4. Geladeira/congelador
5. Rádio
6. Televisão
7. Vídeo – cassete
8. DVD
9. Computador
10. Telefone
11. Automóvel
12. Não Sabe /Não Respondeu

50. O(a) Sr.(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
3. Alugado pelo entrevistado
4. Morando em residência cedida sem custo para o entrevistado
5. Outra categoria (especifique)
6. Não Sabe /Não Respondeu.

51. Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

1. Melhor
2. A mesma
3. Pior
4. Não Sabe /Não Respondeu

52. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:

1. Dá e sobra
2. Dá na conta certa
3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito
5. Não Sabe /Não Respondeu

53. Observação do entrevistador:

Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?

1. Ótima
 2. Boa
 3. Ruim
 4. Péssima
-

V- AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO.

1 O que é envelhecer?

2- Em que momento da vida você sentiu que estava envelhecendo?

3-Como está sendo este período de envelhecimento para você?