



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado em Saúde Pública



Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES
IDOSAS PARTICIPANTES DE GRUPOS
DE CONVIVÊNCIA**

RECIFE
2007

VIVIANE CRISTINA FONSECA DA SILVA JARDIM

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES IDOSAS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Brito

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- J37p Jardim, Viviane Cristina Fonseca da Silva.
Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda – PE /Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim. —Recife: V. C. F. da S. Jardim, 2007.
108 f.: il.
- Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2 de abril de 2007.
- Orientadora: Ana Maria de Brito.
1. Idoso. 2. Perfil de saúde. 3. Envelhecimento. I. Brito, Ana Maria de. II. Título.

CDU 613.98

VIVIANE CRISTINA FONSECA DA SILVA JARDIM

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES IDOSAS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em: 02 de abril de 2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Maria de Brito
NESC/CPqAM/Fiocruz

Profa. Dra. Ana Paula Marques de Oliveira
Depto. Medicina Social – UFPE

Profa. Dra. Constança Simões Barbosa
NESC/CPqAM/Fiocruz

RECIFE
2007

Dedicatória

*Às pessoas que alicerçam minha vida:
meus pais, Manoel e Dione
meu esposo, Álvaro Jardim*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça de me permitir alcançar este objetivo.

Aos meus pais, por serem meus primeiros mestres na arte de viver.

Ao meu esposo, pelo apoio e ajuda incondicional em todas as etapas deste curso.

A Dra. Yara Gomes, coordenadora do curso de mestrado, pelas muitas palavras de incentivo e por acreditar na minha capacidade.

A Dra. Ana Brito, pelas orientações oportunas na construção deste trabalho.

Aos meus professores, da alfabetização ao curso de mestrado, pelas contribuições importantes para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os colegas de curso, pelas alegrias e angústias compartilhadas.

A todos os funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, especialmente à Nalva, Nilda e Janice, da secretária acadêmica; Sr. Wilson, do apoio técnico; Jefton, da recepção; Márcia, Sr. Vavá, Virgínia e Mégine da biblioteca.

A minha querida amiga, D. Nídia, presidente do grupo de Jardim Brasil, pelo seu carinho e disponibilidade durante toda a pesquisa de campo.

A Dra. Lourdes Portela, presidente da FAIPE, por acreditar neste trabalho, incentivando os grupos a participarem da pesquisa.

Às lideranças dos grupos de convivência, especialmente à Cremilda e Janete do grupo N. S. das Dores; D. Dalva, do grupo Anos Dourados; Adail, D. Rosa e Evandro do grupo Renascer; Ivone e Lucidalva do Grupo São Joaquim.

A todas as idosas que participaram da pesquisa, pela confiança em fornecer informações sobre suas vidas, importantes na concretização deste trabalho.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e à CAPES, pelo auxílio financeiro.

*“É graça divina começar bem.
Graça maior é persistir na
caminhada certa. Mas graça das
graças é não desistir nunca”.*

(D. Hélder Câmara)

RESUMO

O aumento acelerado de idosos no Brasil requer ações urgentes voltadas à promoção de um envelhecimento saudável, na qual a produção de conhecimento na área vem a contribuir para subsidiar o planejamento destas ações. Assim, este estudo teve como objetivo principal conhecer o perfil epidemiológico e o grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda-PE. O desenho do estudo caracterizou-se como exploratório do tipo corte transversal; a amostra foi composta de 207 mulheres idosas, selecionadas por sorteio aleatório simples; sendo utilizado um instrumento multidimensional: *O Brazil old age Schedule – BOAS*. As análises dos dados permitiram as seguintes conclusões: a população estudada caracteriza-se por idosas jovens numa faixa etária de 60-69 anos (57%); a maioria são viúvas (44%), com baixo nível de escolaridade, uma vez que 43% cursou até o primário; a maioria possui filhos (88,9%); residindo em domicílios multigeracionais e apresentando um elevado grau de satisfação com a vida. A maioria das idosas (73,9%) tem uma percepção positiva da sua saúde geral; apresentando problemas atuais de saúde (59,5%), em que as doenças crônicas não transmissíveis foram prevalentes, destacando-se em 1^o ordem a hipertensão arterial referida por 66,3% das idosas. A maior parte são usuárias dos serviços médicos de instituições públicas de saúde (55,6%) e dos serviços dentários privados (43%), encontram-se satisfeitas com os serviços utilizados e acreditam ser a filha a principal pessoa para prestá-lhes cuidados em caso de doença. A população estudada apresenta bons indicadores de autonomia e independência funcional, uma vez que as idosas são capazes de realizar sozinhas as atividades da vida diária (AVD). Apresentam um bom nível de socialização, interação social e ocupação do seu tempo livre, são independentes financeiramente da sua família, possuindo renda própria e desempenhando um importante papel de provedoras da família, oferecendo dinheiro e moradia.

Palavras chaves: Idoso, Perfil de Saúde, Envelhecimento.

ABSTRACT

The fast growing of the elderly population in Brazil requires urgent actions toward the promotion of a healthful aging process, in which the construction of knowledge in the area should contribute to subsidize the planning of these actions. Thus, this study had as main objective to know the epidemiologist profile and the degree of autonomy of the elderly women in the same coexistence groups, in the city of Olinda – PE. The main line of study was characterized by an exploratory transversal cut research. The sample was composed by 207 elderly women, selected by simple random raffle; a multidimensional instrument was used: The *Brazil old age Schedule – BOAS*. The analysis of data has drawn the following conclusions: the studied population is characterized by early elderly women in an age range between 60 – 69 (57%); the majority is widow (44%), with low level of formal education, where 43% had attended up to the elementary school; the majority has children (88,9%); living in a multi-generation household, and showing a high degree of satisfaction with life. The majority of the elderly women (73,9%) has a positive perspective of their health in general; currently having health problems (59,5%); being the majority of these health problems chronic non-infectious diseases and high blood pressure was the most referred one by 56% of these women. Most of them are using the medical services of public institutions of health (55,6%) and private dental services (43%), and they are satisfied with the services provided and believe that their daughters are the main persons to help them in case of illnesses. The studied population presented good level of autonomy and functional independence as they are able to perform their everyday chores (AVD). They presented a good level of socialization, social interaction, and the use of their free time. They are also financially independent from their families, having their own income, thus holding an important role of breadwinners of their families, providing money and housing.

Key Words: Old age, Health profile, Aging.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao seu principal cuidador em caso de doença e/ou incapacidade. Olinda-PE, 2006.....61
- Gráfico 2-** Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a categoria do imóvel que reside. Olinda-PE, 2006.....69
- Gráfico 3-** Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo situação econômica atual comparada a 50 anos de idade. Olinda-PE, 2006.....70
- Gráfico 4-** Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo principal problema do seu dia-a-dia. Olinda-PE, 2006.....71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Projeção do índice de idosos em países desenvolvidos e alguns países em desenvolvimento.....	21
Tabela 2- Projeção da população idosa no Brasil.....	22
Tabela 3- Distribuição da amostra de mulheres idosas em relação aos grupos de convivência. Olinda-PE, 2006.....	44
Tabela 4- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a sua situação pessoal e familiar. Olinda-PE, 2006.....	50
Tabela 5- Distribuição das idosas de grupos de convivência de acordo com o grau de parentesco entre a idosa e as pessoas com as quais residem Olinda-PE, 2006.....	51
Tabela 6- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a percepção da saúde. Olinda-PE, 2006.....	52
Tabela 7- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos principais problemas de saúde relatados. Olinda-PE, 2006.....	53
Tabela 8- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a capacidade motora e ocorrência de queda ou tombo. Olinda-PE, 2006.....	54
Tabela 9- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a percepção dos sentidos da visão e da audição. Olinda-PE, 2006.....	55
Tabela 10- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a percepção da saúde bucal. Olinda-PE, 2006.....	56
Tabela 11- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo freqüência de incontinência urinária. Olinda-PE, 2006.....	57

Tabela 12- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação à utilização dos serviços de saúde. Olinda-PE, 2006.....	58
Tabela 13- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao uso dos serviços de saúde nos últimos 3 meses. Olinda-PE, 2006.....	59
Tabela 14- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação à utilização de ajudas ou apoios. Olinda-PE, 2006.....	59
Tabela 15- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a utilização de medicamentos. Olinda-PE, 2006.....	60
Tabela 16- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao grau de autonomia e independência na realização das AVD. Olinda-PE, 2006.....	62
Tabela 17- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo as atividades realizadas no tempo livre. Olinda-PE, 2006.....	63
Tabela 18- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos aspectos sociais de suas vidas. Olinda-PE, 2006.....	64
Tabela 19- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos aspectos econômicos de suas vidas. Olinda-PE, 2006.....	66
Tabela 20- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a sua renda mensal em salários mínimos. Olinda-PE, 2006.....	67
Tabela 21- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a renda familiar mensal em salários mínimos. Olinda-PE, 2006.....	68
Tabela 22- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação às condições do domicílio. Olinda-PE, 2006.....	68
Tabela 23- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação às suas principais necessidades / carências. Olinda-PE, 2006.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades da Vida diária

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária

BOAS – Brazil Old Age Schedule

CPqAM – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

FAIPE – Federação das Associações de Idosos de Pernambuco

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

SESC – Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnATI – Universidade Aberta à Terceira Idade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.2 A velhice, o envelhecimento e o ser idoso.....	16
1.3 Envelhecimento populacional: transição demográfica e epidemiológica.....	20
1.4 Idoso: políticas de atenção, família e trabalho.....	28
1.5 Grupos de convivência: alternativas de sociabilização para o idoso.....	36
2 OBJETIVOS	42
2.1 Objetivo geral.....	42
2.2 Objetivos específicos.....	42
3 MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1 Desenho do estudo.....	43
3.2 Local e População do estudo.....	43
3.3 Seleção da Amostra.....	44
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	44
3.5 Procedimento de coleta de dados.....	47
3.6 Processamento e análise de dados.....	48
3.7 Considerações Éticas.....	48
4 RESULTADOS	49
4.1 Caracterização geral da amostra.....	49
4.2 Problemas de saúde que afetam a qualidade de vida das idosas.....	51
4.3 Utilização dos serviços de saúde.....	57
4.4 Atividades da vida diária.....	61
4.5 Recursos sociais.....	64
4.6 Recursos econômicos.....	65
4.7 Necessidades e problemas que afetam as idosas.....	70
5 DISCUSSÃO	72

6 CONCLUSÕES.....94

7 RECOMENDAÇÕES.....96

8 REFERÊNCIAS.....97

APÊNDICE

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

Durante toda a minha trajetória de vida sempre tive um contato muito próximo com pessoas idosas, na minha família com minha avó paterna na qual tive sua presença constante na minha infância; minha avó e meu avô materno, os quais ainda hoje tenho a presença na família; bem como, desde adolescente participando dos trabalhos pastorais da igreja, que me deu oportunidade de conviver bastante com este grupo etário. Esta convivência me fez crescer admirando e respeitando os idosos. Ao cursar enfermagem tive a oportunidade de conviver, durante as aulas práticas nos hospitais públicos, ainda mais com pessoas idosas, porém de uma maneira bastante diferenciada, pois estes idosos se encontravam fragilizados pela doença e na maioria das vezes sofrendo pelo abandono da família. Cada momento que tinha com estas pessoas idosas e a cada assistência que a elas prestava, enquanto estudante de enfermagem, percebi que a doença maior dos idosos não é a doença física e sim a doença moral de uma sociedade que não valoriza a pessoa idosa. Na minha vontade de saber mais sobre o idoso, percebi uma limitação do curso de enfermagem em suprir esta necessidade, daí fui ao encontro de cursar a disciplina isolada de gerontologia, no curso de terapia ocupacional, que me forneceu um embasamento importante neste assunto.

Enquanto enfermeira sanitária sempre coloquei entre as prioridades as ações básicas direcionadas para o idoso, a fim de prevenir seqüelas e incapacidades, garantindo um pouco de qualidade de vida para o idoso, uma vez que, para o completo bem estar do idoso requer intervenções bem mais estruturais.

No curso de mestrado não tive dúvida enquanto ao tema a ser abordado, queria trabalhar com a temática envelhecimento. Diante de vários artigos lidos, percebi a necessidade de estudos que abordassem aspectos epidemiológicos desta população, uma vez que é de grande importância se conhecer de que esta população adoece e morre, para a implementação de ações que visem melhorar a qualidade de vida deste idoso. Decidi por descrever o perfil de mulheres idosas que participam de grupos de convivência, em Olinda, pelo contato que já tenho com estes idosos, facilitando a pesquisa. E também, para contribuir com os estudos sobre esta população realizados em Recife (UNATI) e Fernando de Noronha. Porém, através de um grupo diferenciado que são os idosos mais independentes por procurarem uma rede de apoio social.

A maior intenção deste estudo é fornecer indicadores que servirão de caminho para os gestores implantarem ações que visem além de tudo a qualidade de vida do idoso. Acreditando ser um caminho, este trabalho tem a esperança de que envelhecer será visto como uma conquista valorizada pela sociedade, família e Estado. O jovem de hoje é o idoso de amanhã, por isso o envelhecimento deve ser levado a sério o mais rápido possível.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A velhice, o envelhecimento e o ser idoso

*“Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma. Até quando o corpo pede um pouco mais de alma. A vida não pára”
(Lenine)*

O ciclo vital é formado pelo nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte. O envelhecimento, fazendo parte deste ciclo, é um processo inerente a todos os seres vivos, sendo a velhice uma conquista daqueles que ultrapassaram os desafios da vida e conseguiram alcançar esta fase. Papaléo Netto e Borgonovi (1996) definem o envelhecimento como um processo dinâmico, progressivo, no qual há modificações morfológicas, bioquímicas e psicológicas que terminam por levar à morte.

O envelhecimento, como processo normal do ciclo da vida, não é um processo homogêneo. Minayo e Coimbra Jr. (2002) explicam que o envelhecimento não é um processo homogêneo porque cada pessoa vivencia essa fase da vida de maneira diferente. É importante considerar o envelhecimento como um processo heterogêneo, em que os aspectos sociais, econômicos e culturais interagem na vida de cada idoso em particular, proporcionando uma forma individual de envelhecer. Esta heterogeneidade é expressa também pelas variações regionais de um país como o Brasil, que possui regiões de grande pobreza e regiões industrializadas altamente desenvolvidas, onde o processo de envelhecer apresenta-se de formas diferentes nestas regiões (VERAS, 1994).

Néri (1991) afirma que o envelhecimento é um processo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais, devendo ser entendido em suas várias dimensões. Do ponto de vista biológico, a velhice é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (CALDAS, 2002). Segundo Papaléo Netto e Ponte (1996), até o ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de um órgão para outro, como também entre idosos de uma mesma idade.

O envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis é, também, cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época (SECCO, 1999).

Embora seja importante definir velhice, diversos autores apontam para a dificuldade de apresentar uma definição precisa, ressaltando a importância das abordagens tanto biológica como psicológica, antropológica, sociológica e cronológica; nenhuma destas abordagens isoladamente consegue delimitar precisamente a velhice, devido a grande complexidade do tema. Reforça Silveira (2002) que existem múltiplas definições para a velhice, cada uma enfatizando um aspecto da vida humana, seja ele físico, psicológico, existencial ou social.

Segundo Mercadante (1996), a velhice para ser compreendida em sua totalidade deve ser analisada não somente como um fator biológico, mas também como um fator cultural. Uchôa et al. (2002) definem a cultura como um universo de significado que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a sua própria existência. A abordagem antropológica para o entendimento da velhice leva em consideração os aspectos culturais na representação da velhice, enfatizando Geertz (1989) que a cultura consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos que levam as pessoas a desenvolverem determinadas ações. Nesta abordagem, a velhice é entendida de forma diferente entre os grupos sociais, em que a construção cultural de cada grupo determina como este percebe a velhice.

Na sociedade ocidental, o envelhecer no imaginário social está associado com o fim de uma etapa, é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. O negativismo em torno do processo do envelhecimento é algo que foi construído historicamente na sociedade. Segundo Scott (2002), a sociedade constrói diferentes práticas e representações sobre a velhice. Heck e Langdon (2002) afirmam que o processo do envelhecimento apresenta variações que são construídas socialmente nos diferentes grupos sociais, de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores.

No aspecto sociológico, a velhice é entendida como a construção dos papéis sociais que estes idosos exercem perante a sociedade, a família e o Estado. Minayo e Coimbra Jr. (2002) ressaltam a necessidade de desnaturalizar o fenômeno velhice e considerá-lo uma categoria social e culturalmente construída.

Do ponto de vista social, a velhice foi tratada a partir da segunda metade do século XIX como uma etapa da vida caracterizada pela decadência e ausência de papéis sociais (DEBERT, 1999). Mercadante (1996) afirma que, na nossa sociedade, ser velho significa está excluído de vários lugares sociais, um destes é o mercado de trabalho. Segundo Mazo et al. (2004), a aposentadoria para o idoso é um fato que muda consideravelmente a sua vida, pois a falta de ocupação pode acarretar sentimentos de inutilidade, de exclusão do mesmo como ser produtivo, onde esta exclusão pode começar pela própria família.

A exclusão social do idoso tem sido alimentada pela ideologia produtivista que sustenta a sociedade capitalista industrial, na qual predomina a visão que se uma pessoa não é capaz de trabalhar e ter renda própria, não serve para uma comunidade ou país. Jardim et al. (2006) relata que muitos estudos mostram que a velhice é tratada como um problema social. Segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002), a velhice no imaginário social sempre foi pensada como uma carga econômica, tanto para a família quanto para a sociedade. Esta noção tem levado a sociedade a negar aos seus idosos o direito de decidir os seus próprios destinos, o que é uma exceção quando se fala do papel do pajé na sua comunidade, bem como, o idoso poderoso e rico na sociedade ocidental.

É importante ressaltar que são evidentes as mudanças que esse grupo social crescente promoveu nos diversos setores sociais: político, trabalho, economia e cultura; atribuindo novo significado ao seu espaço, percebido, muitas vezes, como de decadência física e inatividade. A construção da identidade de cada idoso depende da forma como este se encontra inserido no seu espaço social.

Considerando o envelhecimento como processo heterogêneo, para fins de análise e comparabilidade de dados é necessário definir velhice. Porém, fazer uma delimitação do que é ser velho numa sociedade não é algo fácil. Os critérios utilizados para o entendimento da velhice e do envelhecimento requerem a contribuição de diversas áreas do conhecimento. Porém elas por si só não demarcam o sentido completo da velhice, pois definir velhice por um único critério é desconsiderar minúcias importantes no seu entendimento.

No critério cronológico, leva-se em consideração a idade do indivíduo no entendimento da velhice. Segundo a lei 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, considera-se pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com Mazo et al. (2004), a idade cronológica delimita o marco inicial da velhice, mas na maior parte das vezes, não corresponde à idade biológica do indivíduo. Embora o critério cronológico seja muito utilizado pelos formuladores de políticas públicas para delimitar a parcela da população que será incluída em determinado programa social, esta classificação do idoso apresenta também suas limitações não levando em consideração aspectos importantes relacionados ao envelhecimento, como as condições sócio-culturais em que vivem estes idosos.

As diferentes abordagens buscam preencher lacunas no entendimento da velhice e do envelhecimento, com contribuições importantes para a construção da definição da velhice. Mesmo sabendo-se da importância das outras áreas de conhecimento para a definição da velhice e do envelhecimento, para fins de análise e comparabilidade de dados, este trabalho utilizará o critério cronológico como delimitador da velhice. Paschoal (1996) destaca que embora o critério cronológico seja o menos preciso, é o mais utilizado sempre que existe a necessidade de delimitar a população em estudo, ou para fazer uma análise epidemiológica, ou para fins de planejamento e oferta de serviços.

1.2 Envelhecimento Populacional: transição demográfica e epidemiológica

*“Tudo que se vê, não é,
igual ao que agente viu a um segundo.
Tudo muda o tempo todo no mundo.”
(Lulu Santos)*

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, característico tanto dos países desenvolvidos, quanto dos países em desenvolvimento. Porém, segundo Kalache et al. (1987), os mecanismos que levaram ao envelhecimento populacional nestes tipos de países deram-se de formas distintas.

Nos países desenvolvidos o aumento no número de idosos ocorreu de forma gradual, acompanhado da melhoria das condições de vida da população por meio da implementação de políticas sociais que garantiram a qualidade de vida do idoso. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o crescimento da população idosa acontece de forma acelerada e com reduzidos investimentos em políticas voltadas para esta população; estando a maioria dos idosos inserida em ambiente de pobreza e grande desigualdade social, o que constitui um desafio a ser enfrentado pela família, sociedade, Estado e pela saúde pública contemporânea (LESSA, 2004; LIMA-COSTA, 2003; PASCHOAL, 1996).

Observando o índice de idosos no período de 2000-2050, verifica-se, na Tabela 1, que no ano 2000, os países desenvolvidos como Itália, Alemanha, Japão, França, Canadá e Estados Unidos, apresentaram os maiores índices de idosos. Entre os países da América Latina, a Argentina ocupou a 1^o posição em índice de idosos com 35,7% e o Brasil a 2^o posição com 19%.

Ressaltam Garrido e Menezes (2002) que países como a China, Japão, países da Europa e da América convivem a muito tempo com o elevado número de pessoas idosas, bem como com os problemas associados ao envelhecimento. Alertando Kalache et al. (1987) que até 2025 um número crescente de idosos estarão vivendo, também, em países menos desenvolvidos, e estima-se que entre os dez países no mundo com elevado número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, com o Brasil ocupando a 6^o posição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1999).

Os dados da Tabela 1 confirmam que a cada década o aumento no índice de idosos é crescente tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Porém, percebe-se que nos países em desenvolvimento o aumento no número de idosos acontece de forma mais acelerada, como exemplo o Brasil que passará de 19% de idosos no ano 2000 para 92,5% em 2050, aproximando-se do índice de idosos de países desenvolvidos como o Estados Unidos com 110,9% e o Canadá com 117,5%.

Tabela 1- Projeção do índice de idosos em países desenvolvidos e alguns países em desenvolvimento

Países	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Itália	121,2	149,1	191,1	232,5	268,7	248,4
Alemanha	104,9	145,9	161,7	200,5	228,6	211,6
Japão	107,4	134,2	176,3	185,4	190,7	192,4
França	83,4	92,1	113,9	128,7	138,3	138,4
Canadá	59,3	68,0	87,8	109,8	117,4	117,5
EUA	57,1	63,4	81,5	100,9	108,7	110,9
China	26,5	34,9	50,7	70,6	95,9	94,2
Brasil	19,0	26,1	39,2	58,3	74,9	92,5
Argentina	35,7	40,5	50,7	61,8	71,8	91,3

Fonte: United Nations (1998)

Moreira (2002) refere que Países da América Latina também vêm apresentando um crescente processo de envelhecimento da sua população. Países como os do cone sul apresentam um número elevado de pessoas idosas no total de sua população, como exemplo: o Uruguai com 14,8% de homens e 18,4% de mulheres com 60 anos ou mais. Destacando que na América Central, como Honduras, Nicarágua e Guatemala, os idosos correspondem a 5% da população total.

O processo de mudança na estrutura etária com o predomínio no número de idosos, denominado de envelhecimento populacional, é também uma característica crescente no Brasil. Segundo dados do IBGE (2005), o crescimento no número de idosos vem acontecendo de forma progressiva no país. De acordo com as informações do censo demográfico de 2000, a projeção populacional do Brasil em 2030, é de uma população total de 237,7 milhões de habitantes, um incremento de 39,6% nos próximos 30 anos. De acordo com a Tabela 2, percebe-se que a participação da população idosa, nestes 30 anos, é bastante significativa. A população idosa que em 2005 representava 8,9% da população total, em 2030, deverá corresponder a 17,1% no Brasil (IBGE, 2005).

Tabela 2 – Projeção da população idosa no Brasil

Ano	População Idosa	
	Valor absoluto	Valor relativo
2005	16.286.716	8,9
2010	19.282.048	9,8
2015	23.230.292	11,2
2020	28.321.801	12,9
2025	34.476.068	15,1
2030	40.472.801	17,1

Fonte: IBGE (2005) - Síntese de Indicadores Sociais 2004

Embora seja nítida a tendência de crescimento no número de idosos nas últimas décadas, é importante destacar que o envelhecimento populacional no Brasil acontece de forma desigual entre as suas regiões (TELAROLLI JR. et al., 1996). As regiões Sudeste e Sul do Brasil apresentam as maiores proporções de idosos em relação as suas respectivas populações totais, 10,5% e 10,4% respectivamente. A região Nordeste, comparada as regiões Norte (6,0%) e Centro-Oeste (7,4%), apesar de guardar grandes desvantagens em relação às condições sócio-econômicas e de saúde, vem também experimentando um aumento significativo de sua população idosa. Em 2003, a região Nordeste já possuía a terceira maior proporção de idosos do país, com 9,2% (IBGE, 2005).

Parahyba (2005) ressalta que a mudança na estrutura etária da população com o aumento no número de idosos, denominada de transição demográfica, tem como principais fatores: a queda da taxa de mortalidade e a redução da taxa de fecundidade a partir da década de 1940. Carvalho e Garcia (2003) contrapõem afirmando que a queda da fecundidade na década de 60 foi a principal responsável pelo envelhecimento da população no Brasil e não a queda da mortalidade. Pois, com o declínio da fecundidade, o número de nascimentos tendeu a cair, iniciando um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide, levando ao envelhecimento da população.

Uma outra explicação possível para o envelhecimento populacional no Brasil é dada por Carmo et al. (2003) quando ressaltam que o mesmo ocorreu a partir da segunda metade do século XX devido a uma queda mais acentuada nas taxas de natalidade, do que nas taxas de mortalidade, provocando uma diminuição do crescimento populacional e conseqüentemente um aumento na expectativa de vida ao nascer, que passou de 45 anos em 1950, para 68,5 em 2000.

Verifica-se que o declínio da fecundidade nos Países europeus ocorreu de forma sustentada e em um ritmo menor que no Brasil, acompanhado da cobertura de sistemas de proteção social e melhoria das condições de vida da população (KALACHE et al., 1987; CARVALHO; GARCIA, 2003; CHAIMOWICZ, 1997). Destaca Chaimowicz (1997) que na França a redução da fecundidade levou 115 anos, na Suécia 85 anos e nos EUA 66 anos, fazendo com que o envelhecimento populacional ocorresse de modo gradativo nestes países. No Brasil, o mesmo fenômeno ocorrerá em apenas 30 anos, sendo responsável pelo acelerado processo de envelhecimento da população.

Enquanto que nos países desenvolvidos o declínio da fecundidade, responsável pelo envelhecimento populacional, veio associado à melhoria das condições de vida da população. No Brasil, o declínio da fecundidade está mais associado aos avanços alcançados na saúde médico-sanitária, com a introdução na década de 1960 dos métodos contraceptivos e nos anos 80 com a propagação da esterilização feminina, e também, da melhoria das condições de vida da população.

De acordo com dados do IBGE (2005), a taxa bruta de fecundidade da população do Brasil entre 1993 e 2003 declinou de 2,6 para 2,3 filhos por mulher. Ainda de acordo com os dados do IBGE (2005), no Brasil, em 2003, das 48,3 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade) 63% tinha pelo menos um filho e a proporção de mulheres nesta faixa etária com mais de três filhos apresentou uma redução de quase um ponto percentual em relação a 2002.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional também é desigual entre os sexos, não acontecendo de forma proporcional. Pereira et al. (2002) apontam que as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida em relação aos homens, fenômeno conhecido como feminização da velhice. Lima-Costa (2003) lista como principais fatores da feminização da velhice: o reduzido consumo de álcool e tabaco; a maior percepção pelas mulheres das doenças; maior busca pelos serviços de saúde e diferenças de exposição a risco, onde acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são mais frequentes em homens. Attias-Donfut (2004) ressalta que, embora as mulheres vivam mais que os homens, elas envelhecem em piores condições. Segundo Camarano (2001), as mulheres idosas estão mais sujeitas as deficiências físicas e mentais quando comparadas aos homens.

As intensas transformações ocorridas na estrutura populacional brasileira, com o predomínio no número de idosos, refletem em uma mudança no perfil epidemiológico do país, que passa de um perfil prevalente de doenças infecto-parasitárias, para um quadro de doenças crônico-degenerativas, típicas da população idosa (VERAS, 2003).

A transição epidemiologia pela qual o Brasil vem passando é também diferenciada dos países industrializados, bem como dos países como o Chile, Cuba e Costa Rica (SCHRAMM et al. 2004). Segundo Silva Jr et al. (2003), acontece, no Brasil, uma diminuição progressiva de mortes por doenças infecto-parasitárias, que em 1930 representavam 45,6% das mortes, e em 2001 representaram apenas 5,6%. Observando-se, também, um aumento de 11,8% para 31,1% no número de mortes por doenças do aparelho circulatório, entre 1930 e 2001.

No Brasil, a diminuição de mortes por doenças infecto-parasitárias, diferentemente dos países industrializados, está relacionada aos avanços que se teve na saúde (como a descoberta dos antibióticos e das vacinas, entre outros avanços) evitando mortes na primeira infância, aumentando a expectativa de vida da população e contribuindo para o envelhecimento desta.

Costa et al. (2000) referem que o envelhecimento, no Brasil, tem sido associado a uma prevalência de doenças crônicas, incapacidade e morte. Dentre as causas de mortes por doenças crônico-degenerativas destacam-se as doenças cardiovasculares com 49,9% dos casos, incluindo-se também as doenças cardíacas, o câncer, o diabetes, a hipertensão e as doenças auto-imune (SILVA JR. et al., 2003).

A proporção de doenças crônico-degenerativas é maior entre as mulheres (75%) do que entre os homens (62%). Lima-Costa (2003) aponta que entre as principais morbidades por doenças crônicas, as mais referidas pelos idosos são: a hipertensão (44%) e a artrite (38%), seguidas pelas doenças do coração, diabetes, asma, doença renal crônica, câncer e cirrose.

As doenças crônico-degenerativas também são responsáveis pelos maiores números de internações hospitalares, se destacando as doenças do aparelho circulatório (acometem 28,6% dos homens e 30,1% das mulheres), do aparelho respiratório (acometem 20,4% dos homens e 18,7% das mulheres) e do aparelho digestivo (LOYOLA-FILHO et al., 2004). A prevalência destas doenças reflete em custos elevados para o sistema de saúde. Segundo Silva Jr. et al. (2003), os gastos com internações do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2002 revelaram que as doenças crônico-degenerativas representaram 76,7% desses gastos, com uma soma de R\$ 4,1 bilhões.

É importante ressaltar que embora seja evidente uma redução na mortalidade por doenças infecto-parasitárias, esta não é acompanhada da redução da morbidade. Segundo Nunes (1999), as doenças infecto-parasitárias continuam representando números significativos nas taxas de internações hospitalares do País. Schramm et al. (2004) reforçam que mesmo com a prevalência de doenças degenerativas, no Brasil, as doenças transmissíveis continuam a desempenhar um papel importante.

Diante do atual perfil de morbi-mortalidade observado no Brasil, não se pode considerar que esteja ocorrendo uma transição epidemiológica e sim uma superposição de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, ou seja, o surgimento de outras doenças transmissíveis, como a AIDS juntamente com as doenças não-transmissíveis, como a hipertensão (SILVA JR. et al., 2003). A superposição das doenças não transmissíveis e as transmissíveis, no Brasil, reflete na dificuldade para lidar com esta nova situação epidemiológica que, segundo Chaimowicz (1997), o novo perfil epidemiológico se sobrepõem sem substituir o perfil anterior.

Segundo Barreto et al. (2003), o atual perfil epidemiológico do Brasil se caracteriza pela presença de doenças crônicas e degenerativas somada ao aumento de doenças infecto-parasitárias, aumento da violência e doenças emergentes ou reemergentes. De acordo com Carvalho et al. (1998), o perfil epidemiológico do Brasil está no contexto de iniquidade social, devido às estruturas políticas e econômicas da sociedade.

É importante destacar o impacto que as doenças crônico-degenerativas geram para o idoso, a família, o sistema de saúde e toda sociedade; sendo responsáveis pelos altos custos econômicos e sociais. Podendo levar à morte prematura e incapacidade definitiva nos idosos, refletindo numa sobrecarga para os sistemas de saúde, que não se planejaram para lidar com tal situação. Segundo Papaléo Netto e Ponte (1996), as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento em conjunto com a prevalência de doenças crônicas predis põem o idoso à dependência e perda de autonomia.

O envelhecimento com dependência é um problema que deve ser enfrentado pela saúde pública, pois representa um importante fator de risco para a mortalidade no idoso. Conhecer a capacidade funcional é um importante indicador de saúde, pois permite avaliar a qualidade de vida do idoso. Gordilho et al. (2000, p. 48) definem a capacidade funcional como: “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”.

Néri (2001) e Paschoal (1966) definem independência funcional como a capacidade que o indivíduo tem de realizar sozinho as atividades da vida diária. A autonomia é entendida por Diogo (1997) como a forma de liberdade pessoal, na qual os indivíduos têm a capacidade de decisão e comando sobre suas ações. Assim, para ser autônomo o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar.

O grau de dependência no idoso, segundo Lima-Costa (2003), é dimensionado pela habilidade e independência para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD). Atividades estas destacadas por Caldas (2003) como: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) – vestir-se, alimentar-se, banhar-se; Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD), que é a capacidade do idoso levar a vida independente na comunidade – realizar tarefas domésticas, fazer compras, administrar a própria medicação, manusear o dinheiro; e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que é a auto-motivação – trabalho, atividades de lazer, contatos sociais.

A qualidade de vida na velhice está associada a manutenção da autonomia e independência do idoso. As doenças crônicas, responsáveis pela morte e dependência em idosos, podem ser controladas por meio de ações de prevenção e controle, visando reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades; aliviar a gravidade e prolongar a vida com qualidade para o idoso.

Como problema de saúde pública, para enfrentar a elevada prevalência de doenças crônicas, é importante a reestruturação tanto do sistema básico de saúde, quanto do sistema hospitalar; no sentido de promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce das incapacidades geradas por estes agravos (RAMOS et al., 1993).

Segundo Kalache et al. (1987), o maior problema a enfrentar com o envelhecimento populacional é lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades estão direcionadas a outros grupos etários da população. Para lidar com o desafio de agregar a longevidade à qualidade de vida é urgente a elaboração de políticas públicas urgentes, que visem garantir melhores condições de vida para o idoso.

1.3 Idoso: políticas de atenção, família e trabalho

*“O mais importante na vida não é a situação em que estamos, mas a direção para qual nos movemos.”
(Oliver Wendell)*

O envelhecimento populacional, que ocorre de forma crescente no Brasil e diante da grande desigualdade social em que os idosos estão inseridos, torna-se um desafio a ser enfrentado por toda sociedade. Segundo Pontes (2006), o maior desafio social não é o envelhecimento em si, mas a necessidade e urgência em se implementarem mudanças nas políticas públicas, sociais, econômicas e de saúde, visando assegurar a proteção integral ao idoso.

Destaca Borges (2003) que as políticas públicas no Brasil voltadas para o segmento idoso se fazem presentes na Constituição Federal (CF) de 1988; na lei 8.742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); na lei 8.842/94 - Política Nacional do Idoso; e, atualmente, na lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso. Estas leis, em sintonia com a Constituição Federal preconizam um modelo descentralizado de gestão pública com envolvimento das esferas federal, estadual e municipal; tendo o município um papel fundamental na implementação e execução de políticas sociais que possam garantir a qualidade de vida do idoso.

Para que os direitos sejam efetivamente garantidos à população idosa são necessárias políticas sociais em diversas áreas como: saúde, assistência social e previdência. É através da garantia dos direitos elementares ao idoso, que eles reconstruem a sua cidadania, redefinindo os seus papéis sociais.

A Constituição Federal de 1988 é uma importante conquista na garantia dos direitos sociais, dispondo sobre um conjunto de política social no setor da seguridade social, da saúde e da previdência social. Nesta constituição, a velhice é tratada não apenas no aspecto previdenciário, mas entendida como um direito à vida, que precisa ser vivida com dignidade, considerando a pessoa idosa merecedora de proteção especial (PONTES, 2006).

Na saúde, a Constituição Federal de 1988 representou um marco importante na redefinição de prioridades das ações estatais nesta área. O artigo 196 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL, 1988, p. 125)

O artigo 198 da Constituição Federal tratou de forma inédita e inovadora o tema da saúde, ficando delineada as ações de saúde e o contorno de um novo modelo de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) como rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde, norteadas pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O SUS veio para garantir o acesso universal e igualitário à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS veio romper com uma política de saúde descomprometida com a população. Com o antigo INAMPS só tinham acesso aos tratamentos médicos hospitalares os que contribuían com a previdência social, ficando grande parte da população, que não tinham condições econômicas de pagar e não estavam inseridos no mercado formal do trabalho (como os idosos), delegada ao atendimento de caridade realizado pelas santas casas de misericórdia (ALBUQUERQUE, 2006).

O capítulo constitucional da saúde foi regulamentado pelas leis federais 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde que “regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde” (art. 1º); tratando da organização, da gestão e da direção do SUS; e a lei 8.142/90 que dispõem sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. O processo de concretização do SUS é impulsionado pelas normas operacionais, propostas pelo Ministério da Saúde (MS), visando promover a descentralização das ações e serviços de saúde, reforçando os princípios de regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990).

Pautada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e ações de saúde, é que a atenção integral à saúde do idoso será efetivada através do SUS. Segundo Albuquerque (2006), o SUS deve assegurar atendimento especial a grupos populacionais específicos como os idosos, crianças, adolescentes, gestantes e pessoas portadoras de deficiências físicas; não indo de encontro ao princípio da igualdade no acesso às ações de saúde, pois, em situações desiguais, a aplicação deste princípio deve significar a prestação de atendimento prioritário.

Reforça Pontes (2006) que como no processo fisiológico do envelhecimento a pessoa se torna mais frágil e os problemas de saúde se tornam freqüentes, implicando maiores dificuldades para o idoso; é importante a adoção de medidas que visem equilibrar as condições e possibilidade dos idosos em relação aos demais grupos etários.

Para cumprimento dos princípios norteadores do SUS, através da Portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, foi instituída no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, que apresenta 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, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas” (BRASIL, 2004).

Para efetivação desta política, é preciso que além da adequação das redes de saúde com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestação de assistência integral à saúde do idoso; ações de saúde que visem à promoção e prevenção se fazem necessárias, uma vez que os idosos possuem patologias crônico-degenerativas que podem comprometer a sua autonomia e independência. Ressalta Albuquerque (2006) que como as doenças crônico-degenerativas, freqüentes nos idosos, exigem longos períodos tratamento, a internação é a pior ação de saúde para atender as necessidades de saúde do idoso.

O artigo 194 da Constituição Federal 1988 dispõe sobre a seguridade social definindo-a como: “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social.” (BRASIL, 1988, p. 193).

Faria Junior (1997) refere que uma nova organização das políticas de previdência, de saúde e de assistência social, representa um avanço importante na melhoria das condições de vida da população, destacando que, enquanto os serviços de saúde são universais a toda a população e a previdência àqueles mediante pagamento mensal, a assistência social é direcionada a quem dela necessitar, independente da contribuição.

O artigo 203 da Constituição Federal trata da assistência social, que garantem o direito de um salário mínimo mensal aos portadores de deficiência e aos idosos que não possuem meios de subsistência. Para regulamentar este direito é que foi elaborada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei 8.742/93, e a Política Nacional de Assistência Social, onde assegura a garantia de benefícios e serviços, gratuidade e não-contributividade, a redistributividade quanto ao mecanismo de financiamento, descentralização e participação quanto à forma de organização política-institucional. Assegurando aos idosos carentes um salário mínimo mensal. Esta lei garante que o acesso aos benefícios e serviços de saúde pelo idoso passa a ser um direito legal, em que o Estado tem o dever de fazer cumprir estes direitos (BRASIL, 1993).

Borges (2003) afirma que os direitos sociais têm características diferenciadas, devendo ser concebidos perante a necessidade dos usuários, com uma missão de reduzir as desigualdades sociais, estimular a inclusão dos cidadãos no universo de bens, serviços e direitos.

A Política Nacional do Idoso, regulamentada pela Lei 8.842/94, visa: “Assegurar os direitos sociais ao idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 1999)

A aprovação da lei que estabelece a Política Nacional do Idoso tem como característica um maior reconhecimento da autonomia do idoso e do seu papel como agente social e político. Segundo Lima (1999), com esta lei os programas voltados para a terceira idade se tornaram um modelo aceito e implementado pelo Estado, consolidando-se numa alternativa de política social. São preconizadas nesta lei ações direcionadas nos setores de saúde, educação e previdência social. No setor saúde, garante-se ao idoso o direito do atendimento prioritário no SUS, a realização de programas de saúde e medidas profiláticas específicas, a elaboração de normas padronizadas para o atendimento geriátrico e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso.

Na prática, os direitos assegurados aos idosos pela regulamentação legal acima destacada, não são na sua totalidade respeitados. Por isso, a Lei 10.741/03, que institui o Estatuto do Idoso, é uma importante conquista, consolidado e ampliando direitos às pessoas idosas, a fim de assegurar a plena cidadania das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Ressalta Silva (2005) que é comum em países onde os direitos sociais não são respeitados a criação de estatutos na tentativa de proteger grupos mais vulneráveis.

Destaca Pontes (2006) que o idoso, no estatuto, passa a ter direitos específicos e diferenciados dos demais grupos etários, merecendo de uma atenção especial em função da sua idade avançada.

Devido à necessidade de ser assegurada ao idoso uma maior atenção por parte da família, do poder público e da sociedade, o estatuto do idoso é um instrumento de grande importância para a conscientização de toda as partes acerca de suas responsabilidades para com os idosos, contribuindo para a efetiva inclusão social do idoso (BEZERRA, 2006). Segundo Pontes (2006), a construção da cidadania da pessoa idosa é observada na medida em que se permite a sua participação ativa na sociedade, e não à margem dela.

A família é a maior conhecedora das necessidades, dificuldades e anseios dos seus membros, devendo, por isso, ser a primeira a os proteger (SOUZA, 2006). Na Constituição Federal de 1988, a família, a sociedade e o Estado são chamados a assumir a proteção social ao idoso, conforme preceitua o seu art. 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade defendendo sua dignidade bem-estar, garantindo-lhe o direito a vida.” (BRASIL, 1988, p. 140)

Segundo Britto da Motta (1998), a família é uma trama de relações sociais entre indivíduos que constroem sua identidade de gênero como homens e mulheres, de variados grupos de idade que se constituem como gerações e se identificam como crianças, jovens, adultos ou velhos. O papel da família perante o idoso é de fundamental importância na construção da sua identidade, uma vez que a família se apresenta como a primeira organização social.

Com a revolução industrial e o predomínio do capitalismo, a família sofreu intensas mudanças na sua estrutura. Cabral (1998) aponta como causas destas transformações, o fenômeno de urbanização e a inserção das mulheres no mercado de trabalho que teve como consequência a diminuição da fecundidade, reduzindo o tamanho das famílias.

De acordo com Cabral (1998) as mudanças no perfil demográfico pelo qual o Brasil vem sofrendo geram um impacto sobre a organização da família, redefinindo os papéis sociais de seus membros. O aumento da longevidade produz efeitos na estrutura familiar como a convivência prolongada entre as gerações, onde a família representa para o idoso um importante suporte na velhice (VERAS et al., 1987).

No processo normal do envelhecimento são freqüentes algumas perdas e limitações no idoso, tanto no aspecto social quanto no aspecto biológico. Sendo as alterações biológicas próprias do envelhecimento aquelas que mais interferem na capacidade funcional do idoso. A família se torna um suporte importante para o idoso, uma vez que, segundo Caldas (2003), a seguridade social que tem a finalidade de assegurar a saúde, a previdência e assistência social, não têm conseguido cumprir seu papel. De acordo com Camarano et al. (1999) devido a diminuição de recursos do Estado, da desmontagem do sistema de proteção social e das dificuldades de emprego, parte do cuidado ao idoso recai sobre a família.

No art. 3 do Estatuto do Idoso é apontado o dever da família na proteção ao idoso, relatando que: “Um importante papel na proteção constitucional do idoso é exercido pela família. A entidade familiar, que é considerada a base da sociedade, tem o dever de coibir a violência, o abandono e a discriminação no âmbito de suas relações” (BRASIL, 2003, p. 1093).

É também na família que o idoso reafirma seu papel enquanto ser social. Barros (2004) reforça a importância da família como valor social e fundamental na sociedade para a construção da identidade do idoso.

As mudanças que ocorrem em conseqüência do processo de envelhecimento populacional são evidentes tanto na estrutura familiar, como na estrutura social e no mercado de trabalho. Numa sociedade capitalista que valoriza a força física para a produção de bens de consumo, a perda do papel social do idoso começa pela aposentadoria. Teixeira (2001) reforça que a aposentadoria, um sonho tão almejado pelo trabalhador, ao coincidir com a velhice, acaba por transforma-se num problema, à medida que passa a contribuir para o agravamento da perda do papel social ou mesmo da exclusão social do idoso. Segundo Borges (2003) a aposentadoria para o idoso representa a sobrevivência com rendimentos mais escassos, tornando-os mais dependentes das políticas sociais.

Uma vez que o benefício recebido pelo idoso não é suficiente para a sua sobrevivência, a aposentadoria não significa o fim de uma atividade profissional e o início do usufruto do tempo livre (PEIXOTO, 2004). Os baixos salários, advindos da

aposentadoria no Brasil, estão entre os principais responsáveis pela manutenção do idoso no mercado de trabalho. Porém, com baixos níveis de escolaridade os idosos exercem pequenas atividades, muitas vezes insalubres e mal remuneradas.

Sendo o trabalho um direito fundamental da pessoa humana, é assegurado no Estatuto do Idoso o direito sobre o exercício de atividade profissional, que respeite as suas condições físicas, intelectuais e psíquicas (BRASIL, 2004). Segundo Pinheiro (2006), a inserção do idoso em atividade profissional que lhe seja prejudicial configura-se num desrespeito ao princípio da dignidade humana, por mais necessário e importante que o rendimento do trabalho represente para a sua sobrevivência e a da própria família.

Além da necessidade financeira, de acordo com Teixeira (2001), para o idoso a reinserção no mercado de trabalho representa, também, uma alternativa de garantir a sua renovação como indivíduo, redefinindo a sua cidadania. Caldas (1997) ressalta que o trabalho promove a inserção do indivíduo no sistema de relações econômicas e sociais, representando um lugar na hierarquia de classes e grupos. É importante ressaltar que o trabalho é capaz de trazer inúmeros benefícios à vida do idoso na medida em que não se torne uma obrigação necessária, mas prazer e realização pessoal.

A reinserção dos aposentados no mercado de trabalho adquire um caráter relevante, sendo uma forma de resgatar a importância e valorização do idoso. Segundo Peixoto (2004), observa-se uma progressiva reinserção dos aposentados brasileiros no mercado formal e informal de trabalho, onde muitos retornam a vida produtiva para ajudar a família. Ressalta Chaimowicz (1997) que a aposentadoria do idoso, no Brasil, reflete a pobreza em que se envelhece neste país.

O envelhecimento populacional pelo qual o Brasil está passando exige da sociedade mudanças nos seus padrões e costumes. E do Estado um redirecionamento de suas políticas voltadas para a inclusão social do idoso, através da promoção de ações que venham resgatar a valorização e integração do idoso na família, no trabalho e na sociedade de uma forma geral.

Muitas foram as reivindicações que fizeram com que as leis que visem assegurar os direitos aos idosos fossem criadas. Porém, o distanciamento entre a lei e a realidade dos idosos no Brasil ainda é alarmante, sendo importante debater em torno do tema, pois só com a sociedade organizada é que podemos dar um novo olhar ao processo de envelhecimento.

1.4 Grupos de convivência: alternativas de sociabilização para o idoso

“o segredo da existência humana consiste não só em viver, mas ainda em encontrar motivo de viver.”

(Dostoiévski)

Na sociedade ocidental, com o crescente capitalismo, que valoriza-se a força e a juventude, a velhice é associada com o fim de uma etapa, sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. Leiva de Lucca (2003) afirma que na sociedade ser velho é ser incapaz de produzir.

O negativismo em torno do processo de envelhecimento é algo que foi construído historicamente na sociedade, onde a imagem do velho frágil, incapaz, solitário, dependente, retraído foi ganhando força nos diferentes grupos sociais e, muitas vezes, foi sendo absorvido pelos próprios idosos. Gáspari e Schawrtz (2005) ressaltam que na fase da velhice o idoso enfrenta uma crise de identidade que afeta a sua auto-estima positiva, na qual pode estar presente o sentimento de não aceitação de si mesmo. A velhice carregada de estereótipos é responsável pela exclusão do idoso na sociedade e na família, levando à perda do seu papel social, interferindo na sua auto-estima e fazendo com que se isole do convívio social.

Na atualidade, a imagem estereotipada do idoso vem perdendo força na medida em que os mesmos vão construindo as suas próprias teias de relações sociais por meio de espaços de sociabilização, que contribuem para a construção positiva da velhice pelo idoso. Leite et al. (2002) reforçam que na medida em que as pessoas, ao freqüentarem espaços sociais, adquirem mais conhecimentos e compartilham seus saberes, a imagem da velhice monótona, sofrida, estereotipada perde aos poucos sua força.

Muitas são as alternativas de inserção do idoso nos espaços sociais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reafirmar a sua cidadania. Segundo Araújo e Carvalho (2004), os grupos de convivência se mostram como projeto alternativo crescente, proporcionando aos idosos o exercício de seus papéis de cidadãos, contribuindo para o aumento da auto-estima e da motivação das pessoas envelhecidas. Lima (1999) destaca que uma imagem positiva da velhice vem sendo resgatada, também, por meio de programas como as Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs) e grupos de aposentados. Reforçando que estas estratégias de ressocialização do idoso aparecem como meio de enfrentamento da velhice estereotipada socialmente. Segundo Barros (1998), a expressão “terceira idade” vem configurar um novo significado à velhice, ativa e independente.

Na velhice é comum a diminuição gradativa da capacidade funcional do idoso, bem como o aparecimento das doenças, interferindo na sua saúde física. Como forma de minimizar os efeitos do processo de envelhecimento, manter o idoso ativo e inserido no seu meio social é uma forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o idoso. Portella (2004) afirma que os grupos de “terceira idade” estão engajados nesta proposta de um envelhecer saudável.

No Brasil, a primeira experiência na formação de grupos de convivência ocorreu no SESC/ Carmo São Paulo, em 1963, com o objetivo de formar grupos de aposentados e atender as necessidades internas daquele grupo; onde ofereciam atividades organizadas, a fim de manter as pessoas ativas, ocupadas com algo que vinhessem ao encontro de suas necessidades de conviver, estar com as outras pessoas, trocar sentimentos e experiências (PORTELLA, 2004)

Os grupos de convivência desempenham importante função de suporte social ao idoso, que segundo Leite et al. (2002), oferecem suporte emocional e motivação para os idosos, na medida em que compartilham alegrias, tristezas e conhecimentos, sendo um espaço de realização de atividades diversas e ao mesmo tempo uma oportunidade para conversar, sorrir e estar com outras pessoas.

Resende et al. (2006) afirmam que o suporte social é importante, pois reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a vida pelas pessoas. Para o idoso, a aposentadoria representa, muitas vezes, a perda do seu papel enquanto ser produtivo, podendo levar ao isolamento e a depressão.

Os espaços sociais de inserção do idoso proporcionam a manutenção dos laços sociais que segundo Resende et al. (2006), estimula o significado pela vida, ajudando a minimizar o estresse e permitindo uma melhora no seu estado físico. França e Soares (1997) destacam que a interrelação permite aos idosos quebrar preconceitos, resgatar sua autonomia, atualizar-se em relação aos novos conhecimentos e tornarem seres participantes da sociedade.

De acordo com Lima (1999) o lazer é o principal instrumento para a promoção de um envelhecimento saudável. Gáspari e Schawartz (2005) afirmam que como os idosos estão livres das obrigações trabalhistas, tendo maior parte do seu tempo livre, o lazer desempenha um papel importante para o idoso. Ações voltadas para o preenchimento do seu tempo livre, permitem libertar os idosos de estereótipos sociais que o rotulam.

Os grupos de convivência representam espaços de sociabilização dos idosos, lugar em que se reúnem para fazer atividades diversas como: ginástica, dançar, cantar, conversar, viajar, freqüentar fóruns de debates e seminários, trocar experiências; bem como é uma forma de lutar contra a estagnação social da velhice, contribuindo para um envelhecer saudável (PORTELLA, 2004). França e Soares (1997) ressaltam que estes programas intergeracionais trazem enormes benefícios aos mais velhos que aprenderão juntos, através da experiência do lazer e do prazer, dos processos reflexivos ou, simplesmente, ao interagirem com outras pessoas.

O envelhecimento populacional no Brasil exige ações urgentes (no setor social, político e econômico) direcionadas a este grupo etário, crescente no país. Segundo Cartaxo et al. (2004) o envelhecimento passa a exigir da sociedade uma reflexão em seus padrões e costumes, e do Estado a implementação de políticas voltadas à inclusão do idoso.

O desenvolvimento de ações voltadas à população idosa como os centros de convivência, UnATIs, assistência especializada à saúde, entre outras, tornam-se necessidades crescentes. Segundo Veras e Caldas (2004), os programas voltados para a inserção do idoso têm propósitos comuns, como de rever estereótipos e preconceitos com relação a velhice, promover a auto-estima, o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem sucedida.

No contexto de fornecer suporte social aos idosos, em Pernambuco foi criada, em 2002, a Federação de Apoio ao Idoso de Pernambuco (FAIPE), a qual destina-se a coordenar e desenvolver trabalhos juntos aos grupos de convivências de idosos no Estado de Pernambuco. A FAIPE foi idealizada a partir da extinção Legião Assistencial de Recife e da Casa de Assistência Social que até então trabalhavam com idosos. A FAIPE é dirigida por uma diretoria eleita de 3 em 3 anos (por voto secreto), composta por: presidente e vice, tesoureira, secretária, conselho deliberativo e fiscal. Tem como proposta congregar associações e grupos em todos os municípios do Estado, levando-os a exercer plenamente sua cidadania. Para isso, mantêm parcerias com instituições diversas, universidades, escolas, igrejas, clubes e profissionais sensíveis ao crescimento acelerado do envelhecimento em todo o Brasil.

Segundo a presidente da FAIPE, Dra. Lourdes Portela, em Pernambuco existem 60 grupos de convivência, dos quais 40 são cadastrados na FAIPE. O chamamento para o movimento acontece por meio de ações desenvolvidas pela federação junto aos idosos, junto aos próprios grupos e através da imprensa, em que a presidente deu algumas entrevistas.

A FAIPE, considerada como uma rede de apoio social ao idoso, tem como objetivos básicos: dar apoio a inserção social e educação permanente do idoso, promover a integração de grupos na cidade e região, trabalhar a prevenção para uma velhice saudável e formar parcerias visando envolver toda a sociedade com o envelhecimento populacional. Todo primeiro dia útil de cada mês a diretoria da FAIPE realiza reuniões com as diretorias dos grupos cadastrados, onde são repassadas as atividades agendadas no mês. Atualmente a FAIPE localiza-se na rua Riachuelo no centro da cidade do Recife.

No município de Olinda, quatro grupos de convivência são cadastrados na FAIPE: o grupo de terceira idade Nossa Senhora das Dores, que se localiza no bairro de Jardim Brasil; o grupo de convivência Anos Dourados, situado em 7RO cohab; o grupo de terceira idade São Joaquim, localizado em Ouro Preto e o grupo de convivência de idosos Renascer, localizado em Rio Doce.

Os grupos são compostos, na sua maioria, por mulheres idosas que se reúnem uma vez por semana para fortalecer os laços de amizade, conversar, dançar, fazer tricô, jogar dominó, dentre outras atividades. Em parceria com a FAIPE e demais instituições, são organizadas e desenvolvidas nos grupos uma série de ações, tais como: seminários, cursos, oficinas especializadas, ciclos de palestras, atividades de lazer e recreação, atividades físicas (em parceria com a Prefeitura de Olinda), viagens, piqueniques, participação em eventos sócio-culturais e em festejos tradicionais (Carnaval, Páscoa, São João, Dia do Idoso, Natal, Ano Novo, aniversariantes do mês, entre outros).

Os grupos recebem verba ou material para trabalhos manuais e lanche do Ministério da Ação Social, através das prefeituras. No entanto, essas verbas têm indicação quanto ao seu uso e deve ser prestado contas ao órgão indicado pela prefeitura. Também, os idosos contribuem com uma quantia mensal de R\$ 3,00 para as despesas do grupo. Nos grupos são trabalhadas a educação em saúde com a parceria de profissionais da área, o exercício da cidadania com o apoio da FAIPE, sendo incentivada a participação dos idosos no conselho municipal e estadual, visando o cumprimento do Estatuto do Idoso.

Em torno do envelhecer saudável é que os grupos de convivência estudados no município de Olinda estão envolvidos. Cada um com suas singularidades e particularidades vão construindo a identidade do ser idoso redefinindo o seu papel enquanto ser social. Gáspari e Schawrtz (2005) afirmam que imagens estereotipadas socialmente do idoso vão perdendo espaço para a crescente participação e adesão às inúmeras oportunidades que são oferecidas ao segmento idoso nos espaços públicos e privadas, formais e informais.

Embora seja crescente o aumento da população idosa no Brasil, ainda são poucas as informações sobre este grupo populacional. Mesmo sendo crescente, no País, o número de publicações científicas sobre o tema, ressalta Lima-Costa (2003) que a grande maioria desses estudos não focaliza o caráter epidemiológico. Apesar do Nordeste ser uma região com uma significativa parcela de idosos, são poucos os estudos epidemiológicos realizados sobre esta população, principalmente em Pernambuco, mesmo com alguns estudos de relevância já realizados em Recife (BARRETO,1999) e em Fernando de Noronha (PAIVA, 2004).

Conhecer o perfil de morbi-mortalidade dos idosos no País é um importante suporte para a prestação de serviços eficazes em termos de custos e planejamento. Frente ao exposto, este trabalho se propõe a responder a pergunta: Qual o perfil epidemiológico mulheres idosas participantes de grupos de convivência no município de Olinda-PE?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico e o grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência no município de Olinda, Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a situação pessoal e familiar das idosas segundo as variáveis: idade, escolaridade, estado civil, composição geral do domicílio e grau de satisfação com a vida;
2. Mensurar a morbidade auto-referida por doenças crônico-degenerativas;
3. Identificar o grau de autonomia e independência no desempenho das atividades diárias;
4. Analisar necessidades e problemas que afetam as idosas, bem como, a utilização dos serviços de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Estudo exploratório do tipo corte-transversal. Este tipo de investigação produz “instantâneo” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, produzindo indicadores de saúde globais para o grupo investigado, apresentando como vantagens: o baixo custo, o alto potencial descritivo e a simplicidade analítica (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

3.2 Local e População do Estudo

A população em estudo foi composta de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda, Pernambuco. A cidade de Olinda, distante 6 km de Recife (capital do Estado), é a terceira cidade mais populosa de Pernambuco com 367.902 habitantes, dos quais 32.840 são idosos (8,9% da população total). A população da cidade se encontra distribuída em 40,8 km², significando uma densidade demográfica de 9.010,6 habitantes por km². Por apresentar uma taxa de urbanização de 98%, a cidade é predominantemente urbana (IBGE, 2007).

Para a realização da pesquisa, foram escolhidos os grupos de convivência que são cadastrados na FAIPE. Esta população apresenta um total de 554 idosos que estão distribuídos em quatro grupos de convivência, localizados nos seguintes bairros: Jardim Brasil com 156 idosos cadastrados, Ouro Preto com 109 idosos cadastrados, 7RO Cohab / Ouro Preto com 91 idosos cadastrados e Rio Doce com 189 idosos cadastrados. Os bairros apresentam as seguintes distribuições de população: Rio Doce com 44.176 habitantes, dos quais 10,1% são idosos; Ouro Preto com 28.736 habitantes, dos quais 11,3% são idosos; e Jardim Brasil com 15.795 habitantes, dos quais 9,7% são idosos (OLINDA, 2007).

Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser do sexo feminino, participar de um dos grupos de convivência estudados e concordar em participar do estudo com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 Seleção da Amostra

A amostra calculada foi de 185 mulheres idosas. Para definir o tamanho da amostra, foi estabelecido um nível de confiança de 95% com uma frequência esperada de 3%. A amostra foi extraída pelo método aleatório simples, sendo distribuída proporcionalmente ao número de idosos cadastrados nos grupos. No total foram entrevistadas 207 mulheres idosas (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de mulheres idosas em relação aos grupos de convivência. Olinda-PE, 2006.

Localidade	N° Pessoas	N° Amostra	Entrevistadas
Jardim Brasil	156	52	61
Rio Doce	198	66	75
Ouro Preto	109	34	36
7° RO- COHAB	91	33	35
Total	554	185	207

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, validado no Brasil: o *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) (ANEXO A). O BOAS é um questionário multidimensional, desenvolvido para pesquisas com populações idosas, baseado em vários outros instrumentos de padrões aceitáveis de validade e confiabilidade (VERAS et al., 1988). Através da aplicação do BOAS foi possível coletar dados a respeito da situação pessoal e familiar do idoso, da saúde física, do grau de autonomia para o desempenho das atividades diárias e da utilização dos serviços de saúde pelo idoso.

O BOAS foi um instrumento desenvolvido a partir do estudo de Duke University, pela pesquisadora Gerda Fillinbar, com o objetivo de trabalhar com várias dimensões da vida do idoso como a saúde física e mental, atividades do dia-a-dia e aspectos sociais e econômicos. A utilização de um questionário estruturado de confiabilidade e validade testadas, como o BOAS, apresenta como vantagem a racionalização de tempo do pesquisador na realização de um novo instrumento. A desvantagem é que o questionário multidimensional por ser um instrumento longo que envolve vários aspectos da população pesquisada, torna sua análise complexa e focaliza no perfil geral da população idosa, e não num aspecto específico da vida do idoso (VERAS et al., 1988).

O questionário é dividido em nove seções composto por 78 perguntas. Para fins dos objetivos deste estudo foram utilizadas as seções I, II, III, IV, V, VI e VIII, abaixo explicadas.

A primeira página do questionário contém uma ficha de identificação com nome, endereço, telefone, nome do entrevistador e data da entrevista. Seguindo orientações do manual:

A seção I traz **Informações Gerais**, é composta de 09 perguntas que visam fornecer informações sobre idade, alfabetização, educação e estado civil da pessoa idosa, a composição geral do domicílio e o grau de satisfação do entrevistado com a vida. Permitindo conhecer a situação pessoal e familiar do idoso.

A seção II trata da **Saúde Física**, é composta de 23 perguntas visando a opinião do idoso sobre seu estado geral de saúde. São incluídas perguntas sobre problemas de saúde específicos que afetam os padrões funcionais do idoso.

A seção III trata da **Utilização de Serviços Médicos e Dentários**, é composta de 15 perguntas que fornecem informações sobre o conhecimento e direito de uso dos serviços, uso real e o grau de satisfação da parte do idoso com uma variedade de serviços médicos. Esta seção possui perguntas planejadas para estabelecer que ajuda ou assistência relacionada a questões de saúde do idoso pode obter de sua família ou de outros.

A seção IV trata das **Atividades da Vida Diária**, é composta de 6 perguntas onde a primeira pergunta se subdividem em 15 itens, os quais indicam graus relativos de autonomia funcional para a realização de atividades da vida diária. As demais questões têm como objetivo constatar a existência de assistência real e potencial para estas atividades e identificar a pessoa que ajuda mais o idoso. Podendo ser feita uma avaliação quanto ao grau de dependência e relativa adaptação do idoso a seu ambiente físico e social.

A seção V trata dos **Recursos Sociais**, é composta de 7 perguntas com o objetivo de produzir informações que servirão de suporte para avaliar aspectos sociais da vida e dimensões da satisfação com a vida de idoso, incluindo participação social, grau de isolamento social e padrões gerais de interação familiar e atividade sociocultural.

A seção VI trata dos **Recursos Econômicos**, é composta de 17 perguntas com o propósito de obter informações sobre a situação de emprego e/ou aposentadoria do idoso. As perguntas são direcionadas a situação de pensionista e pessoas aposentadas, a idade na qual o idoso aposentou-se ou tornou-se pensionista, e o(s) tipo(s) de pensão(ões) recebido(s). As informações obtidas nesta seção serão importantes para analisar a situação econômica das pessoas idosas em uma área determinada.

A seção VIII refere-se às **Necessidades e Problemas que afetam os idosos**, contém 2 perguntas que visam fornecer uma indicação mais específica do tipo de necessidades vivenciadas pelos idosos em suas vidas diárias, como são atendidas estas necessidades, e os problemas que elas consideram mais importantes.

É importante ressaltar que o questionário BOAS apresenta seções que permitem conhecer aspectos importantes da vida do idoso que contribuirão para o planejamento das ações voltadas para esta população. Embora, este questionário tenha sido validado em outras realidades, para este estudo foi aplicado um piloto numa amostra de idosos do município de Recife, como forma de avaliar a sua adequação à realidade onde será feita a pesquisa.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da entrevista pessoal frente a frente. Veras (1994) afirma ser a melhor forma de aplicar um questionário, apesar de maior custo e tempo requerido pelo pesquisador, este método permite que se estabeleça uma relação entrevistado-entrevistador, fornecendo maior confiabilidade nas respostas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e quatro estudantes universitárias, as quais foram devidamente treinadas para utilização do instrumento. Foi realizado um treinamento com as entrevistadoras em que foram apresentados o objetivos do trabalho e a forma de aplicação do instrumento. As entrevistadoras entraram em contato com o questionário para se familiarizar, trabalhando com entrevistas simuladas, a fim de esclarecer as dúvidas que fossem surgindo durante a aplicação e reafirmar os padrões a serem seguidas por todas.

De forma a obter a autorização para a realização da pesquisa, foi entregue uma cópia do projeto à FAIPE e às presidentes dos grupos de idosos de Olinda. Bem como, foi apresentado aos grupos os objetivos e a proposta do trabalho. Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) /Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (ANEXO B), de posse da lista de nomes e endereços fornecida pelas presidentes dos grupos, foi possível realizar o sorteio das pessoas a serem entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2006. Sendo previamente agendadas por telefone e de acordo com a disponibilidade das idosas, eram realizadas nos locais da reunião dos grupos e nos dias de ginástica, no início ou no final de suas atividades. A realização de cada entrevista levou em média 50 minutos, incluindo a apresentação, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e aplicação do questionário (ANEXO A).

3.6 Processamento e Análise de Dados

Os dados coletados foram processados e analisados mediante a utilização dos softwares EPI-Info (Versão 6.04) e Excel 1997. Para a análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva. Na construção de tabelas e gráficos, foram utilizados critérios de seleção por indicadores e agrupamento das variáveis.

3.7 Considerações Éticas

Atendendo às normas éticas da resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CPqAM/FIOCRUZ, tendo sido aprovado (ANEXO B). O projeto também foi enviado e explicado a FAIPE e aos grupos estudados. As mulheres idosas, selecionadas aleatoriamente, foram esclarecidas a respeito dos objetivos da pesquisa e convidadas a participar como voluntárias. Sua participação foi formalizada através da assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Foi garantido pelo pesquisador o sigilo e o anonimato das informações fornecidas pelas entrevistadas.

4 RESULTADOS

De acordo com os objetivos propostos, serão apresentados os resultados da pesquisa realizada com uma amostra de 207 mulheres idosas participantes de quatro grupos de convivência, no município de Olinda-PE. Para facilitar a compreensão, as análises dos dados seguirão a seqüência por seção do questionário BOAS, conforme descrito anteriormente na metodologia.

4.1 Caracterização geral da amostra

Os dados referentes a situação pessoal e familiar das idosas entrevistadas são apontados na Tabela 4. Os dados revelam que a maioria das idosas entrevistadas (57,1%) encontram-se na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade, caracterizando uma população de idosas jovens.

Quanto à alfabetização, os resultados revelam um baixo nível de escolaridade da população estudada, uma vez que a maioria (43%) cursou até o primário, e apenas 8,7% o nível superior.

Observa-se que 43,1% das entrevistadas são viúvas e apenas 12,1% nunca casaram. Em relação às idosas casadas (26,6%), os resultados apontam para uma união média de 39,8 anos de casadas (desvio padrão de 11,8 anos). A média de idade do cônjuge é de 70,5 anos de idade (desvio padrão de 7,2 anos) (dados não tabulados).

Apenas 23 (11,1%) das idosas não possuem filhos. Das 184 (88,9%) que possuem filhos, cerca de 64% possuem até 4 filhos.

Em relação ao arranjo domiciliar, ou seja, o número de pessoas que residem com as idosas, observa-se que a maioria reside com 2 a 5 pessoas (51,2%); sendo significativo o número de idosas que residem só (18,8%).

Resultados revelam um elevado grau de satisfação com a vida em torno de 90,3% das idosas. Entre as que referiram insatisfação com a vida (n=20), o principal motivo de insatisfação foram os problemas econômicos, de saúde e conflitos pessoais (dados não tabulados).

Tabela 4 – Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a sua situação pessoal e familiar. Olinda-PE, 2006.

SITUAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR	n	%	% Acumulada
FAIXA ETÁRIA			
60 – 64 anos	44	21,3	21,3
65 – 69 anos	74	35,8	57,1
70 – 74 anos	50	24,1	81,2
75 e mais	39	18,8	100,0
ESCOLARIDADE			
Nenhuma	19	9,2	9,2
Primário	89	43,0	52,2
1º Grau	37	17,9	70,1
2º Grau	44	21,2	91,3
Superior	18	8,7	100
ESTADO CONJUGAL			
Casada / morando junto	55	26,6	-
Viúva	91	44,0	-
Divorciada / Separada	36	17,4	-
Nunca Casou	25	12,0	-
Nº DE FILHOS			
1 a 2	62	33,7	33,7
3 a 4	55	29,9	63,6
5 a 6	32	17,4	81,0
7 e mais	35	19,0	100,0
ARRANJO DOMICILIAR			
Mora só	39	18,8	18,8
1 pessoa	51	24,6	43,4
2 a 5 pessoas	106	51,2	94,6
6 a 10 pessoas	11	5,4	100,0
GRAU SATISFAÇÃO COM A VIDA			
Satisfeita	187	90,3	-
Insatisfeita	20	9,7	-
TOTAL	207		

Em relação ao grau de parentesco das pessoas que residem com as idosas, é verificado que 50% residem com filhos e/ou filhas e apenas 1,2%, respectivamente, com amigos e empregada (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição das idosas de grupos de convivência de acordo com o grau de parentesco entre a idosa e as pessoas com as quais residem. Olinda-PE, 2006.

GRAU DE PARENTESCO	N	%
Esposo	56	33,3
Filhos (as)	84	50,0
Netos	8	4,8
Parentes	17	10,1
Amigos	2	1,2
Empregada	2	1,2
TOTAL	168	100,0

A percentagem desta variável tomou por base a hierarquia de membros

4.2 Problemas de saúde que afetam a qualidade de vida das idosas

Os dados da Tabela 6 são referentes à percepção das idosas entrevistadas em relação a sua saúde. Observa-se que a maioria das entrevistadas se consideram saudáveis, pois cerca de 74% classificam a sua saúde como ótima e boa. Na comparação da saúde atual com os últimos 5 anos, em torno de 40% relataram permanecer a mesma coisa. Foi expressivo o percentual de idosas que faz referência a uma piora em seu estado de saúde (36,2%), embora 24,2% afirmam estar melhor do que antes. Quando solicitado que comparassem sua saúde com outras pessoas da sua idade, a maioria das entrevistadas 69,7% acreditam ter uma saúde melhor, e apenas 6,3% sentem-se pior que outras pessoas da mesma idade.

Tabela 6– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a percepção da saúde. Olinda-PE, 2006.

PERCEPÇÃO DA SAÚDE	n	%	% acumulada
Classificação			
Ótima	36	17,4	17,4
Boa	117	56,5	73,9
Ruim	39	18,8	92,7
Péssima	15	7,3	100,0
Comparação com últimos 5 anos			
Melhor	50	24,2	-
Mesma coisa	82	39,6	-
Pior	75	36,2	-
Comparação pessoas da mesma idade			
Melhor	144	69,7	-
Igual	48	23,2	-
Pior	13	6,3	-
Não Sabe*	2	1,0	-
TOTAL	207	100,0	

* Não Respondeu

Com relação aos problemas de saúde (Tabela 7), a maioria (84,5%) refere problemas atuais de saúde, sendo que cerca de 79% apresentam de um a dois problemas.

Dentre os principais problemas de saúde referidos, as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT) apresentam-se com um alto percentual, em que 56% referem hipertensão arterial e 16,4% diabetes mellitus. Destaca-se também, a osteoporose (16,4%) e os problemas articulares (15,0%). Das 175 idosas que referiram problemas de saúde, a maioria (70,3%) relata que estes problemas não atrapalham realizar as coisas que precisa ou quer fazer.

Tabela 7– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos principais problemas de saúde relatados. Olinda-PE, 2006.

PROBLEMAS DE SAÚDE	n	%
Nº de Problemas de saúde		
Um	82	46,9
Dois	56	32,0
Três	37	21,1
Morbidade referida *		
Hipertensão	116	66,3
Diabetes	34	19,4
Problemas Articulares	31	17,8
Sistema circulatório	24	13,7
Osteoporose	21	12,0
Coluna	19	10,9
Doenças digestivas	13	7,4
Problemas de audição	11	6,3
Doenças do coração	8	4,6
Problemas de visão	6	3,4
Outros	21	12,0
Prejuízo a capacidade Funcional		
Sim	52	29,7
Não	123	70,3
TOTAL	175	100,0

* Admite respostas múltiplas

Os dados sobre a auto-avaliação da capacidade motora e a ocorrência de quedas estão mostrados na Tabela 8. Observa-se que a maioria (51,2%) refere problemas nas articulações. Quando foi perguntado se nos últimos três meses, anterior a pesquisa, tinham levado quedas ou tombos, apenas 18,8% das idosas afirmaram que sim. Entre estas, 25,6% (n=10) não conseguiram levantar sozinha, sendo a média de tempo que ficaram no chão de quatro minutos. Ainda em relação a capacidade motora, apenas uma idosa referiu a falta de membros. (dados não tabulados).

Tabela 8– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação à capacidade motora e ocorrência de queda/tombo. Olinda-PE, 2006.

CAPACIDADE MOTORA	n	%
Problemas de Mobilidade		
Sim	53	25,6
Não	154	74,4
Problemas articulares		
Sim	106	51,2
Não	101	48,8
Quedas nos últimos 3 meses		
Sim	39	18,8
Não	168	81,2
TOTAL	207	100,0

Em relação à percepção das idosas sobre os sentidos da visão e da audição, os dados da Tabela 9 revelam que 60,4% consideram sua visão entre ótimo e bom, e apenas 13,0% em péssimo estado. Das que consideram sua visão como ruim e péssima, a maioria 58,5% (n=48) afirma que este problema atrapalha na realização das suas atividades (dados não tabulados). No que se refere à audição, 81,6% informam estar entre ótimo ou bom estado, e apenas 4,4% consideram sua audição péssima. Das que consideram sua audição ruim ou péssima a maioria refere não interferir na sua capacidade funcional (dados não tabulados).

Tabela 9- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a percepção dos sentidos da visão e audição. Olinda-PE, 2006.

PERCEPÇÃO DOS SENTIDOS	N	%	% acumulada
VISÃO			
Ótima	21	10,1	10,1
Boa	104	50,2	60,3
Ruim	55	26,6	86,9
Péssima	27	13,1	100,0
AUDIÇÃO			
Ótima	57	27,5	27,5
Boa	112	54,1	81,6
Ruim	29	14,1	95,7
Péssima	9	4,3	100,0
TOTAL	207	100,00	-

Quanto à percepção das idosas sobre a sua saúde bucal, 58% consideram o estado geral dos dentes entre ótimo e bom. No geral quase 80% referem a falta da maioria dos dentes, destas, 92,8% fazem uso de dentaduras/dente postiço e 19,3% têm problemas para mastigar os alimentos (Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a percepção da saúde bucal. Olinda-PE, 2006.

PERCEPÇÃO DA SAUDE BUCAL	n	%	% acumulada
Estado geral dos dentes			
Ótimo	23	11,2	11,2
Bom	97	46,9	58,1
Ruim	54	26,0	84,1
Péssimo	33	15,9	100,0
Quantidade de dentes			
Poucos dentes estão faltando	44	21,3	-
A maioria dos dentes está faltando	163	78,7	-
Uso de dentaduras/ dente postiço			
Sim	192	92,8	-
Não	15	7,3	-
Problema de mastigação dos alimentos			
Sim	40	19,3	-
Não	167	80,7	-
TOTAL	207	100,0	-

Do total das 207, 74 (35,7%) afirmaram ter incontinência urinária, ou seja, ocorrência de perda espontânea de urina (dados não tabulados). Destas, conforme mostra a Tabela 11, cerca de 36% referem uma freqüência de pelo menos uma vez por mês.

Tabela 11- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo frequência de Incontinência urinária. Olinda-PE, 2006.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	N	%	% acumulada
Pelo menos uma vez por mês	26	35,1	35,1
Pelo menos uma vez por semana	7	9,5	44,6
Pelo menos uma vez por dia	22	29,7	74,3
NS/NR*	19	25,7	100,0
TOTAL	74	100,00	-

* Não Sabe / Não Respondeu

4.3 Utilização dos serviços de saúde

Na Tabela 12 são apresentados os resultados da utilização dos serviços médicos e odontológicos pela população estudada. Relacionado a utilização dos serviços médicos, observa-se que mais de 50% buscam os serviços públicos de saúde e apenas 8,2% médicos e/ou clínicas particulares. É bastante elevado o grau de satisfação das idosas em relação aos serviços médicos utilizados (85,3%). Das 30 entrevistadas que referiram insatisfação com os serviços médicos utilizados, 73,3% (n=22) utilizam os serviços públicos de saúde; 23,3% (n=7) os planos de saúde e 3,4% (n=1) serviços médicos particulares (dados não tabulados).

Entre os problemas que mais desagradam as idosas na utilização dos serviços médicos, consideram-se a demora para marcação de consultas e exames (38,6%), o tempo de espera para ser atendida no consultório (20,8%), o tratamento oferecido pelo médico (10,1%). Apenas (2,0%) citaram outros motivos como: falta de médico, de medicação e de dentista (dados não tabulados).

Quanto à utilização dos serviços odontológicos um percentual razoável (39,1%) não procuram um dentista há muito tempo; 33,8% procuram dentistas particulares e apenas 13,0% buscam serviços odontológicos públicos.

Entre as idosas que não procuram um dentista há muito tempo, foi perguntado o motivo pela não procura. Cerca de 93% (n=75) referiram não procurar o dentista por não precisar e foi referida igualmente por 1,2% (n=2) a dificuldade financeira para pagar, bem como a dificuldade de acesso / demanda 1,2% (n=2) (dados não tabulados).

Tabela 12– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação à utilização dos serviços de saúde. Olinda-PE, 2006.

SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS	N	%
Serviço médico procurado		
Nenhum	3	1,5
Serviço público	115	55,6
Serviço credenciado pelo plano	72	34,8
Médico / Clínica particular	17	8,2
Satisfação com serviços médicos^{1*}		
Satisfeitas	174	85,3
Insatisfeitas	30	14,7
Serviço odontológico procurado		
Nenhum	81	39,1
Serviço público	27	13,0
Serviço credenciado pelo plano	19	9,2
Dentista particular	70	33,8
Outros serviços	10	4,8
TOTAL	207	100,0

^{1*} Tomou por base 204 casos

A Tabela 13 relaciona os tipos de serviços de saúde procurados nos últimos três meses. Verifica-se que 74,4% realizaram consulta médica e 62,3%, exames clínicos. Quanto à frequência de uso destes serviços no mesmo período, foi observado que 56,5% consultaram o médico mais de uma vez nos últimos três meses e 41% realizaram exames clínicos (dados não tabulados).

Tabela 13- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao uso dos serviços de saúde nos últimos três meses. Olinda-PE, 2006.

ÚLTIMOS TRÊS MESES	n	%
Consultou o médico	154	74,4
Fez exames clínicos	129	62,3
Fez tratamento fisioterápico	24	11,6
Foi socorrida na emergência	27	13,0
Foi ao hospital para receber medicação	41	19,8
Esteve internada hospital ou clínica	6	2,9
Foi ao dentista	25	12,0
TOTAL	207	-

Em relação à utilização de ajuda e apoio (Tabela 14), verifica-se que 92,8% usam dentadura, ponte e/ou dente postiço; 90,8% óculos ou lente de contato e, apenas, 1,9% utilizam aparelho de surdez. Não foram referidos o uso de bengala, muleta e/ou cadeira de rodas. Quando perguntadas sobre a necessidade de trocar estas ajudas ou apoios, 55,2% referiram necessidade de trocar a dentadura, ponte e/ou dente postiço; 55,3% os óculos ou lentes de contato. Dentre as entrevistadas que utilizam aparelho surdez nenhuma referiu precisar trocar.

Tabela 14 – Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação à utilização de ajudas ou apoios. Olinda-PE, 2006.

AJUDAS E APOIOS	SIM	%	PRECISA TROCAR	%
Dente postiço/dentadura	192	92,8	106	55,2
Óculos ou lente contato	188	90,8	104	55,3
Aparelho Surdez	4	1,9	-	-
Bengala	-	-	-	-
Muleta	-	-	-	-
Cadeira de rodas	-	-	-	-
TOTAL	207	-	-	-

Sobre o uso de medicamentos, a maioria das entrevistadas 84,0% (174) refere usar medicamentos (dados não tabulados). Entre estas, 62,6% fazem uso de mais de um medicamento e apenas 1,2% (n=3) afirmaram auto-medicação (Tabela 15). Sobre as dificuldades para obter as medicações, 52,8% não apontaram nenhuma dificuldade. As que referiram dificuldades, a financeira foi o principal motivo (89%).

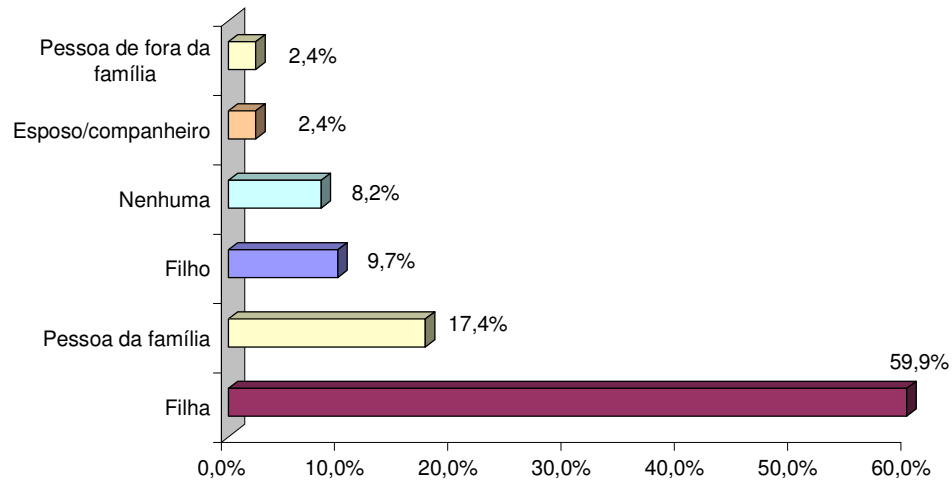
Tabela 15 - Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a utilização de medicamentos. Olinda-PE, 2006.

MEDICAMENTOS	n	%
Quantidade de medicamentos		
Um	65	37,4
Mais de um	109	62,6
Indicação da medicação utilizada		
Médico	172	98,8
Farmacêutico	1	0,6
Familiares e amigos	1	0,6
Dificuldades para obter medicamentos		
Sim	82	47,1
Não	92	52,9
Principais dificuldades *		
Financeira	73	89,0
Encontrar na farmácia	6	7,3
Obter receitas de remédios controlados	3	3,7
TOTAL	174	100,0

* tomou por base 82 casos

Quando perguntado que pessoa poderia cuidar caso ficassem doentes ou incapacitadas, a maioria 59,9% (n=124) indicou a filha como principal cuidador e apenas 2,4%(5) acreditam ser o esposo / companheiro. Observa-se que 8,2% das idosas não contam com ninguém em caso de doença ou incapacidade (Gráfico 1).

Gráfico 1– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao seu principal cuidador em caso de doença e/ou incapacidade. Olinda-PE, 2006.



4.4 Atividades da Vida Diária

As idosas gozam de boa autonomia e independência na realização das atividades da vida diária, uma vez que mais de 90% delas referem conseguir desempenhar sem ajuda, as atividades enumeradas, com exceção de cortar as unhas dos pés (68,1%) (Tabela 16). Entre as condições mínimas de autonomia e independência como comer a sua própria refeição, vestir-se, pentear seus cabelos e tomar banho sozinha, a totalidade das idosas consegue desempenhá-las sem ajuda.

Tabela 16- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação ao grau de autonomia e independência na realização das Atividades da Vida Diária. Olinda-PE, 2006.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	n	%
Sair de casa utilizando um transporte	199	96,1
Sair de casa para curtas distâncias	201	97,1
Preparar a sua refeição	199	96,1
Comer a sua refeição	207	100,0
Arrumar a casa a sua cama	189	91,3
Tomar remédios	207	100,0
Vestir-se	207	100,0
Pentear os cabelos	207	100,0
Caminhar em superfície plana	207	100,0
Subir e descer escadas	199	96,1
Deitar e levantar da cama	206	99,5
Tomar banho	207	100,0
Cortar as unhas dos pés	141	68,1
Ir ao banheiro em tempo	194	93,7
TOTAL	207	100,0

* Admite respostas múltiplas

Quando perguntado as entrevistadas se existem alguém que lhes ajudam nas atividades domésticas, 72% (n=149) referiram que sim. Entre estas, 40,3% (n=60) citaram a filha como a pessoa que mais ajuda nesta tarefa, 30,9% (n=46) a empregada e apenas 2,0% o esposo (dados não tabulados).

Em relação às atividades realizadas no seu tempo livre, os dados da Tabela 17 mostram que as entrevistadas possuem um bom nível de socialização e ocupação do seu tempo livre, uma vez que a maior parte refere realizar quase todas as atividades listadas como: assistir televisão, receber visitas, andar pelo seu bairro, ir à igreja ou serviço religioso, fazer compras, sair para visitar amigos e parentes, sai para passeios longos e encontro social ou comunitário. A maioria das entrevistadas não possui uma vida sedentária, uma vez que 61,8% afirmam praticar algum esporte.

Tabela 17- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo as atividades realizadas no tempo livre. Olinda-PE, 2006.

ATIVIDADES NO TEMPO LIVRE*	n	%
Ouve Rádio	163	78,7
Assiste televisão	202	97,6
Lê jornal	107	51,7
Lê revistas e livros	132	63,8
Recebe visitas	183	88,4
Vai ao cinema, teatro etc	83	40,1
Anda pelo seu bairro	191	92,3
Vai à igreja (serviço religioso)	188	90,8
Vai a jogos (esportes)	63	30,4
Pratica algum esporte	128	61,8
Faz compras	183	88,4
Sai para visitar os amigos	192	92,8
Sai para visitar os parentes	189	91,3
Sai para passeios longos	176	85,0
Sai para encontro social	195	94,2
Costura, borda, tricota	117	56,5
Faz atividades para se distrair	94	45,4
Outras	3	1,5
TOTAL	207	-

* Admite respostas múltiplas

Em relação à satisfação com as atividades realizadas, análise dos dados revela que apenas 4,9% (n=10) não estão satisfeitas com as atividades realizadas. Entre estas, 50% (n=5) apontaram como principal motivo da insatisfação a falta de motivação, 20% (n=2) o problema de saúde e 10,0% (n=1) o problema do custo (dados não tabulados).

4.5 Recursos sociais

Na Tabela 18 são apresentados os dados referentes aos aspectos sociais da vida das idosas. Verifica-se que a maior parte apresenta um bom nível de satisfação com seus relacionamentos sociais, quase totalidade refere satisfação com amigos e vizinhos. Entre as que residem com alguém, cerca de 96% (n= 163) também referem está satisfeitas. (dados não tabulados). É pequena a dependência das idosas em relação aos seus familiares no que diz respeito ao aspecto financeiro (39,6%) e de moradia (17,9%). Todavia, quando se trata de companhia/cuidado pessoal verifica-se uma maior dependência das idosas (76,8%). As idosas desempenham um significativo papel de provedoras na família, uma vez que 71,5% e 57%, respectivamente, oferecem dinheiro e moradia aos seus familiares.

Tabela 18– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos aspectos sociais de suas vidas. Olinda-PE, 2006.

ASPECTOS SOCIAIS	N	%
Satisfação nos relacionamentos sociais		
Amigos	204	98,6
Vizinhos	202	97,6
Assistência oferecida pela família à idosa		
Dinheiro	82	39,6
Moradia	37	17,87
Companhia / cuidado pessoal	159	76,81
Assistência oferecida pela idosa à família		
Dinheiro	148	71,5
Moradia	118	57,0
Companhia / cuidado pessoal	161	77,8
Cuidar de crianças	47	22,7
TOTAL	207	100,0

4.6 Recursos econômicos

Na Tabela 19 são apresentados os resultados referentes aos aspectos econômicos da vida das idosas. Em relação ao tipo de ocupação que as idosas tiveram durante a maior parte de suas vidas, verifica-se que a maior parte (34,8%) foram donas de casa, 14,0% costureiras e 8,2% professora.

Entre as entrevistadas que referiram trabalhar fora de casa (65,2%, n= 135), 34,9% trabalharam entre 21 a 30 anos e 13,3%. A média de tempo trabalhado foi de 25 anos (desvio padrão de 13 anos).

Em relação à idade que pararam de trabalhar, 47,4% das idosas pararam entre 41 a 60 anos de idade. A média de idade em que as idosas pararam de trabalhar foi de 50 anos (desvio padrão de 12 anos). Vale ressaltar que 11,6% (n=24) das entrevistadas continuam a exercer, atualmente, atividade produtiva remunerada.

Quanto à fonte de renda, observa-se que 58,9% referem à pensão e/ou ajuda do esposo, 52,2% a aposentadoria e apenas 11,6% o seu trabalho. Perguntando às idosas se a renda é suficiente para suprir as suas necessidades básicas, a maioria 56,5% (n=117) relataram sempre faltar de pouco a muito (dados não tabulados).

Tabela 19- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação aos aspectos econômicos de suas vidas. Olinda-PE, 2006.

ASPECTOS ECONÔMICOS	N	%
Tipo de Ocupação		
Do lar	72	34,8
Costureira	29	14,0
Operária (indústria)	28	13,5
Funções administrativas	23	11,1
Professora	17	8,2
Serviços gerais	17	8,2
Comerciante	9	4,4
Auxiliar de Enfermagem	6	2,9
Funcionária Pública	6	2,9
Anos trabalhados*1		
Até 10 anos	18	13,3
11 – 20 anos	40	29,6
21 – 30 anos	47	34,8
31 ou mais anos	27	20,0
N.R/N.S	3	2,2
Idade que pararam de trabalhar*1		
Até 40 anos	26	18,5
41 – 50 anos	32	23,7
51- 60 anos	32	23,7
61- 70 anos	21	10,1
70 ou mais	1	0,5
Fonte de Renda*2		
Pensão/ajuda esposo	122	58,9
Aposentadoria	108	52,2
Ajuda de parentes/amigos	32	15,5
Trabalho	24	11,6
Aluguéis, investimentos	3	1,4
Outras fontes	2	1,0
TOTAL	207	100,00

*1 Tomou por base 135 casos

*2 Admite respostas múltiplas

Na análise da renda mensal das idosas, utilizou-se como parâmetro o salário mínimo vigente no País, que no momento da entrevista era de R\$ 300,00. Os dados revelam que a maioria das idosas (95,7%) possui renda própria, entre estas, verifica-se que grande parte (45%) tem uma rendimento mensal de até 1 salário mínimo e apenas 4,0% recebem 8 ou mais salários mínimos (Tabela 20). A renda mensal média da população estudada fica em torno de R\$ 500,00 (desvio padrão de R\$ 650,00).

Tabela 20– Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a sua renda mensal em salários mínimos. Olinda-PE, 2006.

SALÁRIO (S) MÍNIMO (S)	N	%	% Acumulada
Até 1 salário mínimo	89	45,0	45,0
2 a 3	77	38,9	83,9
4 a 7	24	12,1	96,0
8 ou mais	8	4,0	100,0
TOTAL	198	100,0	-

Em relação à renda mensal das pessoas que residem com as idosas, a maioria (64,2%) refere uma renda familiar de até 3 salários mínimos e apenas 6,8% de 8 ou mais salários mínimos. A renda familiar média da população estudada fica em torno de R\$ 700,00 (desvio padrão de R\$ 754,00) (Tabela 21).

Quando perguntadas quantas pessoas dependem do rendimento das idosas, a maioria 35,9% (n=71) afirmou de 3 a 4 pessoas e 22,8% (n=45) referem que seu dinheiro é para seu próprio sustento. Verifica-se que em média três pessoas dependem do salário das idosas (dados não tabulados).

Tabela 21– Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a renda familiar mensal em salários mínimos. Olinda-PE, 2006.

SALÁRIO (S) MÍNIMO (S)	N	%	% Acumulada
Até 1 salário mínimo	39	18,8	18,8
2 a 3	94	45,4	64,2
4 a 7	36	17,4	81,6
8 ou mais	14	6,8	88,4
Não sabe*	24	11,6	100,0
TOTAL	207	100,0	_____

* ou não respondeu

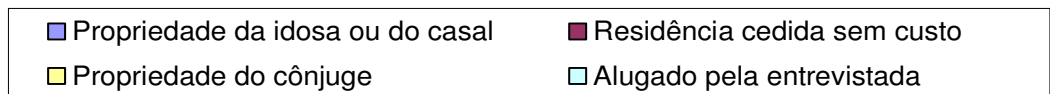
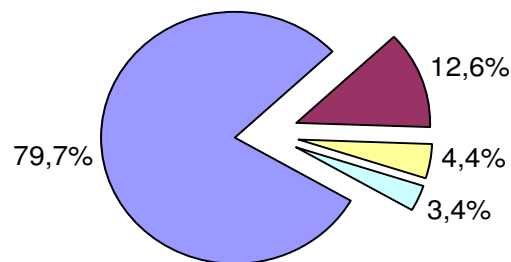
Referente às condições do domicílio, os dados da Tabela 22 mostram que quase totalidade das idosas possuem boas condições de moradia com água encanada, eletricidade, ligação com a rede de esgoto, geladeira, rádio, televisão e telefone. É pequeno o percentual de idosas que possuem automóveis (29,0%) e computador (23,7%).

Tabela 22– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação às condições do domicílio. Olinda-PE, 2006.

CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO	N	%
Água encanada	203	98,1
Eletricidade	206	99,5
Rede de esgoto	190	91,8
Geladeira	202	97,6
Rádio	190	91,8
Televisão	203	98,1
Vídeo-cassete	95	45,9
DVD	99	47,8
Computador	49	23,7
Telefone	190	91,8
Automóvel	60	29,0
TOTAL	207	100,0

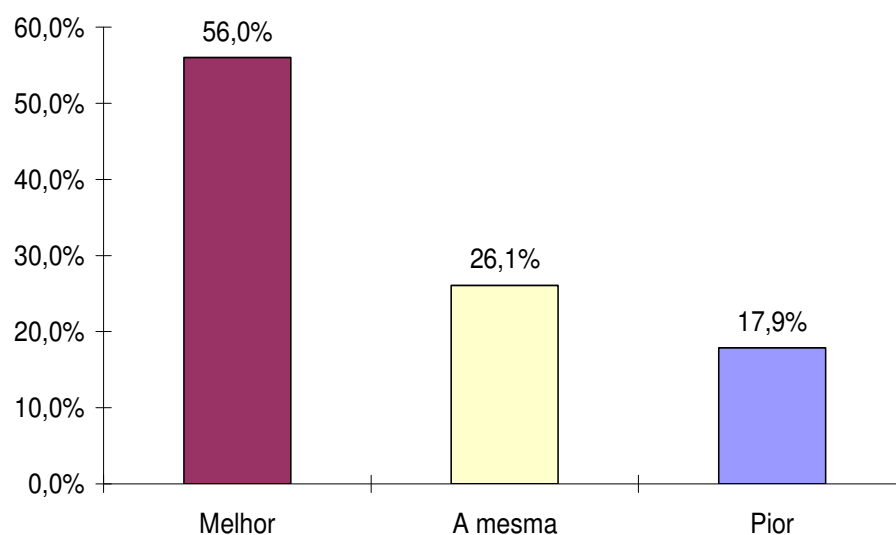
Considerando a categoria do imóvel em que residem, a maioria (79,7%) (n=165) refere ser de sua propriedade ou do casal, e apenas 3,4% (n=7) ser alugado (Gráfico 2).

Gráfico 2– Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação a categoria do imóvel que reside. Olinda-PE, 2006.



Quando pedido para comparar a sua atual situação econômica com a de quando tinham 50 anos de idade, a maioria 56% (n=116) relata ser melhor hoje, e apenas 17,9% (n=37) consideram pior que antes (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo a sua situação econômica atual comparada a quando tinha 50 anos de idade. Olinda-PE, 2006.



4.7 Necessidades e problemas que afetam as idosas

Entre as principais necessidades apresentadas pelas idosas, a necessidade econômica foi apontada por 60,4%, a necessidade de segurança por 55,6% e a necessidade de saúde por 51,2% (Tabela 23).

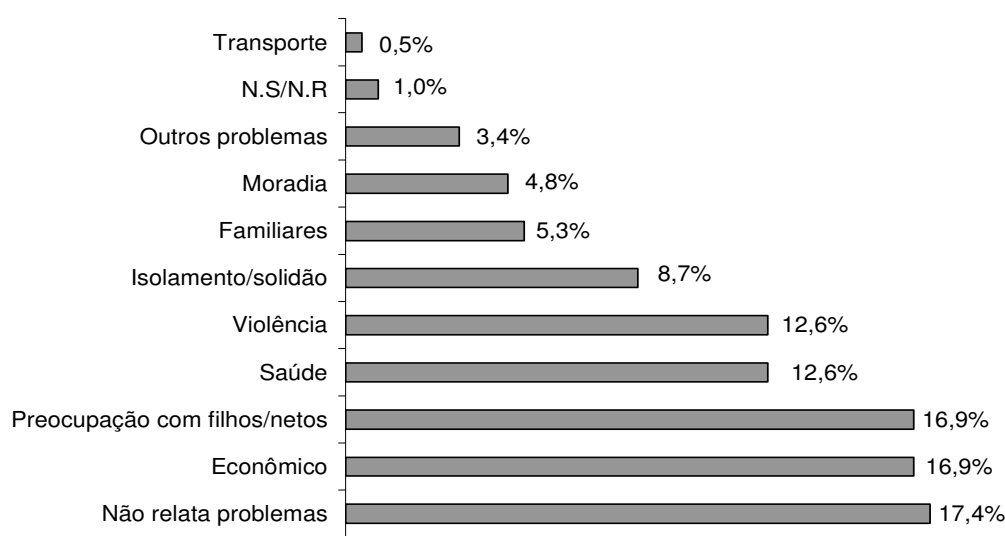
Tabela 23- Distribuição das idosas de grupos de convivência em relação as suas principais necessidades /carências. Olinda-PE, 2006.

NECESSIDADES*	N	%
Econômica	125	60,4
Segurança	115	55,6
Saúde	106	51,2
Companhia e contato pessoal	74	35,8
Lazer	69	33,3
Transporte	41	19,8
Alimentação	28	13,5
Moradia	18	8,7
TOTAL	207	-

*Admite respostas múltiplas

Apresenta-se como problema mais importante no dia-a-dia o problema econômico (16,9%), a preocupação com os com filhos e netos (16,9%), seguido pelo problema de saúde (12,6%) e o medo da violência (12,6%). É importante considerar que 17,4% das entrevistadas não relataram problemas importantes no seu dia-a-dia (Gráfico 4).

Gráfico 4- Distribuição das idosas de grupos de convivência segundo principal problema do seu dia-a-dia. Olinda-PE, 2006.



5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização geral da amostra

O perfil etário da amostra estudada caracteriza-se por idosas jovens, uma vez que 57,1% encontram-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Estes dados são semelhantes aos do Censo 2000, em que 56,3% da população idosa brasileira encontra-se na mesma faixa etária. Em relação ao segmento de 75 anos e mais, os valores percentuais encontrados neste estudo (18,8%) foram inferiores aos revelados no Censo 2000 (24,8%) (IBGE, 2003).

A menor proporção de idosas com 75 anos e mais, encontrada neste estudo, pode ser justificada pelo fato do mesmo ter sido realizado em grupos de convivência, os quais requerem um bom grau de autonomia e independência por parte das idosas para desenvolverem as atividades que são promovidas. Barreto (1999) afirma que a maior participação de idosos jovens nos grupos de socialização é devido a maior independência e autonomia para a realização das atividades da vida diária (AVD). Com o aumento da idade o aparecimento de algum grau de dependência se torna maior, fazendo com que o idoso perca a sua autonomia.

Em relação à situação educacional dos idosos brasileiros, o Censo 2000 revela que a população idosa apresenta um baixo nível de escolaridade, uma vez que 49,2% possui o nível fundamental incompleto e 34,6% não têm nenhuma escolaridade (IBGE, 2003). A mesma realidade educacional foi encontrada entre as idosas estudadas, em que 43% cursaram até o primário. Segundo o IBGE (2003), o baixo nível de escolaridade, no Brasil, é predominante principalmente entre as mulheres, que durante décadas ficaram delegadas as funções do lar e do cuidado aos filhos, sendo excluídas do acesso à educação formal.

O nível educacional do idoso é um importante indicador de saúde, uma vez que, segundo Perlini (2000), o baixo nível de escolaridade contribui para o surgimento de doenças, pois dificulta o entendimento da importância do autocuidado da saúde, da adesão ao tratamento prescrito e a promoção de estilo de vida saudável.

Os resultados obtidos em relação ao estado conjugal, apontam que 43% das idosas são viúvas e 26,6% estão casadas. Resultados corroboram aos encontrados em estudos no Brasil por Camarano et al. (1999) e, em Pernambuco, por Barreto (1999) e por Paiva (2004), uma vez que foram encontrados números elevados de viuvez na velhice, principalmente entre as mulheres. O estudo realizado por Barreto (1999) identificou que a maioria das mulheres idosas são viúvas, e que esta proporção aumenta com a idade. Vários estudos revelam que os homens viúvos têm mais chances de recassamento, diferentemente das mulheres idosas, que vivem mais tempo na condição de viúvas aumentando a chance de viverem sozinhas com o avançar da idade (LOPES, 2003).

Quanto ao arranjo domiciliar, o presente estudo verificou que 51,2% residem com uma média de 2 a 5 pessoas, entre estas 50% residem com filhos e/ou filhas. Os dados revelam um arranjo familiar multigeracional. São confirmados os arranjos familiares multigeracionais em outros estudos (ANDERSON, 1998; COELHO FILHO; RAMOS, 1999; RAMOS et al., 1993; BARRETO, 1999; PAIVA, 2004).

A mudança no perfil demográfico pelo qual o Brasil vem passando gera um impacto sobre a organização da família, que segundo Cabral (1998), produz efeitos no seu interior, como a convivência prolongada entre as gerações.

Embora seja menos freqüente no Brasil o número de idosas que residem sozinhas, este estudo, igualmente ao encontrado por Barreto (1999) e por Anderson (1998), identificou uma significativa parcela de idosas que moram só (18,8%). Barreto (1998) chama a atenção para o fato de o idoso residir sozinho constituir um risco para o mesmo, não só pela solidão, como também a perda do suporte familiar, importante nesta fase da vida.

Segundo Ramos et al. (1993), o idoso que possui um bom nível sócio-econômico tem a tendência de residir sozinho. Coelho Filho e Ramos (1999) explicam que, na América Latina os idosos que residem em domicílios multigeracionais, em geral, são mais pobres e dependentes. No Brasil, o arranjo familiar multigeracional é mais uma questão de sobrevivência do que de cultura.

Os domicílios multigeracionais podem oferecer para os idosos, tanto benefícios (como apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência), como gerar conflitos intergeracionais, afetando a auto-estima e o estado emocional do idoso (PEREIRA et al., 2006). Também como desvantagens, são apontadas por Anderson (1998) as condições dos domicílios com números pequenos de cômodos, comprometendo o conforto e a privacidade do idoso.

É importante destacar que mesmo o idoso inserido em domicílios multigeracionais, ainda assim, pode sentir solidão. Segundo Silveira (2002), a mudança na estrutura familiar diminui os laços parentais e o sentimento de reciprocidade com os idosos na família, fazendo com que percam o seu papel social.

As idosas investigadas apresentam um elevado grau de satisfação com a vida, uma vez que 90,3% referem satisfação. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Barreto (1999), cujo percentual de satisfação foi de 89,1%; por Paiva (2004), de 97,0% e por Veras (1994) em cerca de 90%.

Como o presente estudo foi realizado com idosas ativas, independentes e que participam de grupos de convivência é de se esperar um elevado grau de satisfação com a vida. Afirma Néri (2001), quando mais ativo for o idoso, maior será sua satisfação e, conseqüentemente, melhor a sua qualidade de vida. Estudo realizado por Araújo e Carvalho (2004) mostra que os grupos de convivência têm proporcionado um espaço de exercício da cidadania aumentando a auto-estima dos idosos. É possível que esses achados pudessem ser diferentes se os idosos entrevistados estivessem debilitados e dependentes. Embora, estudo realizado por Jardim et al. (2005) tenha apresentado relato de idosos que, mesmo doentes, apresentaram satisfação com sua vida.

5.2 Problemas de saúde que afetam a qualidade de vida das idosas

A maioria das idosas entrevistadas tem uma percepção positiva da sua saúde, uma vez que 73,9% classificam sua saúde em ótimo e bom estado. Estes achados corroboram aos encontrados em outros estudos (ANDERSON et al., 1998; VERAS, 1994; PAIVA, 2004; FARINASSO, 2005). Porém, resultados diferentes foram encontrados por Veras (2003), com idosos atendidos em ambulatório da rede pública, uma vez que apenas 8,3% classificam a sua saúde em ótimo e bom estado. O que pode ser justificado pelos mesmos estarem acometidos pela doença e, possivelmente, com reduzido grau de independência.

Diferentemente dos resultados encontrados por Veras (1994) e Paiva (2004), esta pesquisa revelou um percentual significativo de idosas que referiram piora no seu estado de saúde em comparação aos últimos 5 anos. É importante destacar que este estudo foi realizado apenas com mulheres idosas, o que pode ser justificado pelo fato das mulheres prestarem mais atenção na sua saúde do que os homens, buscando mais os serviços de saúde.

A autopercepção do estado de saúde pelo próprio idoso tem sido considerado um bom indicador de risco de mortalidade (ANDERSON et al., 1998). Desde o momento que o idoso se percebe como doente, possivelmente buscará os serviços de saúde, o que ajuda num melhor prognóstico para a sua doença.

Foi verificado um percentual elevado de idosas que relatam problemas atuais de saúde e destas, cerca de 46% apresentam pelo menos uma queixa. Outros estudos realizados no país confirmam esses achados (PAIVA, 2004; RAMOS et al., 1993; ANDERSON et. al., 1998; COELHO FILHO E RAMOS, 1999; ARAÚJO; ALVES, 2000). No entanto, os achados do presente estudo diferem dos encontrados por Veras (1994), em que 82,5% dos idosos não relatou nenhum problema de saúde.

Entre os principais problemas de saúde referidos pela população estudada, é evidente a elevada prevalência das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, em que a hipertensão arterial ocupou posição de destaque. Vários

estudos realizados no País confirmam a alta prevalência de doenças crônicas na população idosa (RAMOS et al., 1993; CHAIMOWICZ, 1997; ANDERSON et al., 1998; COELHO FILHO E RAMOS, 1999; GARRIDO E MENEZES, 2002; CARMO et al., 2003; GIATTI e BARRETO, 2003).

As doenças crônicas em idosos representam importância tanto para o sistema de saúde, quanto para o próprio idoso. Essas doenças requerem ações custosas e tecnologia complexa do sistema de saúde, sendo responsáveis, em grande parte, pelos elevados custos com internações, bem como pelo aumento de incapacidade e mortalidade precoce entre os idosos (LIMA-COSTA, 2003).

No Brasil, o perfil de saúde da população idosa alerta para a necessidade de ações básicas de saúde direcionadas a esse grupo populacional, a fim de prevenir seqüelas, internações desnecessárias e conseqüentemente, a morte do idoso. Segundo Chaimowicz (1997), a promoção da saúde e a prevenção primária, também são medidas eficazes para reduzir o impacto das doenças crônicas sobre o sistema de saúde.

Telarolli Jr. et al. (1996) complementam dizendo que, para reduzir o impacto social das doenças crônicas degenerativas, não bastam intervenções de saúde direcionadas apenas ao idoso, sendo fundamental o diagnóstico precoce e o controle da hipertensão arterial em adultos jovens, prevenindo complicações tardias.

Entre os problemas que afetam a capacidade motora, os problemas articulares foram os mais citados entre as idosas. Porém, a maioria não referiu prejuízo a sua capacidade funcional. Este fato pode ser justificado pela população estudada apresentar um bom grau de autonomia.

Telarolli Jr. et al. (1996) destacam que a capacidade funcional e a autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria morbidade, pois estão relacionadas diretamente com a qualidade de vida. Afirmando Araújo e Alves (2000) que a existência de problemas de saúde não necessariamente incapacita o idoso para a vida, podendo o mesmo ter uma boa qualidade de vida.

O processo de envelhecimento vem acompanhado da diminuição da capacidade motora, sendo evidente uma maior frequência de quedas e tombos na pessoa idosa. Foi verificado que a maioria das idosas (81,2%) não referiu quedas ou tombos nos três meses anteriores à pesquisa. Esses achados corroboram aos encontrados por Paiva (2004).

As quedas são causas freqüentes de complicações à saúde do idoso, sendo responsáveis pelos gastos com tratamentos e internações, interferindo na autonomia e podendo levar à morte, devendo, portanto, serem evitadas. Ações que visem prevenir as quedas nos idosos são urgentes e necessárias, requerendo uma reestruturação da cidade com: calçadas baixas e regulares, ruas asfaltadas, transporte coletivo estruturado para atender ao idoso, áreas residenciais urbanizadas e iluminadas, entre outras ações que garantam ao idoso a sua plena cidadania.

A redução da capacidade visual e auditiva também tem associação com o processo do envelhecimento. Avaliar esta capacidade no idoso é essencial para se propor ações que garantam a sua qualidade de vida. Foi observado neste estudo que a maioria considera sua visão em ótimo ou bom estado, sendo significativo o número de idosas que utilizam ou precisam fazer uso de óculos. Resultados semelhantes foram encontrados por Veras (1994), Paiva (2004) e Farinasso (2005). Achados diferentes foram encontrados por Coelho Filho e Ramos (1999) em que a maioria (65,2%) classificou a visão entre ruim e péssima.

Afirma Paiva (2004) que mais de 50% das pessoas maiores de 65 anos sofrem alguma perda da capacidade visual, que aumenta de forma acentuada com a idade, tendo como principais causas: a catarata, o glaucoma, a degeneração macular e a retinopatia diabética. A diminuição da acuidade visual no idoso interfere na sua qualidade de vida, podendo acarretar vários problemas como: quedas, faltas de interesse nas atividades de lazer, erros na medicação diária e depressão; devendo ser um importante aspecto a ser considerado pelo sistema de saúde e pelos profissionais que lidam com esse grupo populacional (FARINASSO, 2005).

No que se refere à capacidade auditiva, os resultados deste estudo mostram que a maioria considera a sua audição em ótimo ou bom estado. Resultados semelhantes são encontrados por Paiva (2004) e Veras (1994). Achados diferentes podem ser encontrados em idosos isolados do convívio social, pois segundo Neves e Chen (2004), a audição é um sentido fundamental para as relações humanas, em que a sua diminuição, decorrente do processo de envelhecimento, dificulta a participação do idoso no convívio social, podendo levar a depressão.

Dentre as alterações sensoriais que acompanha o processo de envelhecimento, a deficiência auditiva é a mais incapacitante. A diminuição da capacidade auditiva pode aumentar com o decorrer da idade, podendo gerar o isolamento do idoso. Para minimizar as reações psicossociais desta deficiência, faz-se necessário a inclusão do idoso em programas de reabilitação auditiva.

Em relação à auto-avaliação da saúde bucal, achados revelam que a maioria (58%) considera a sua saúde bucal entre ótimo e bom estado. No entanto, chama a atenção o fato de que mesmo considerando a sua condição bucal satisfatória, os dados mostram que 78,7% das entrevistadas relatam a falta da maioria dos dentes, sendo elevado o número de idosas que afirmam usar ou precisar de dentaduras ou dente postiço.

O estudo realizado por Silva e Fernandes (2001), com idosos que freqüentam um centro de saúde em São Paulo, revelou certa concordância com os resultados do presente estudo, pois os idosos também percebiam a sua saúde bucal entre ótimo ou bom estado. Porém, segundo o estudo referido por Silva e Fernandes (2001), ao se proceder ao exame dos idosos, os profissionais de odontologia classificaram como precária a condição de saúde bucal dos mesmos, identificando a grande quantidade de dentes extraídos, a presença de bolsas periodontais profundas, bem como a necessidade de uso de prótese.

A percepção da saúde bucal em idosos pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores ou incapacidades são inevitáveis nesta idade, o que pode levar as pessoas a superestimar a sua condição bucal (SILVA E FERNANDES, 2001). Conhecer a percepção da condição bucal dos

idosos é importante para a elaboração de políticas que incluam ações educativas voltadas ao autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas.

A perda da dentição traz diversas conseqüências para o indivíduo, tanto para o aspecto estético, quanto para a pronúncia, a digestão e a mastigação, embora, muitas vezes, não tenha merecido atenção especial por parte do sistema de saúde e pelos próprios idosos. Segundo Colussi e Freitas (2002), a perda total dos dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural do avançar da idade, e não como reflexo de ausência de políticas preventivas de saúde que garantissem a população chegar na velhice com a maioria dos dentes.

Segundo Silva et al. (2005), a constatação de idosos que apresentam a falta da maioria dos dentes pode ser justificada pela ausência de uma prática preventiva dos odontólogos que, em épocas passadas, realizavam extrações desnecessárias, o que justifica o uso elevado de dentes postiços em idosos. Dados verificados pelo mesmo autor, em pesquisa conduzida na região Sudeste, apontam que o difícil acesso da população idosa aos serviços odontológicos públicos, faz com que a maioria utilize prótese dentária sem o acompanhamento do profissional de odontologia.

A incontinência urinária, caracterizada como a perda involuntária da urina, é também um importante problema de saúde freqüente na população idosa, sendo responsável por alterações que comprometem o convívio social do idoso. A maioria das idosas não refere incontinência urinária, apesar de 35,7% referirem perda espontânea da urina, com uma freqüência de 1 a 2 vezes por dia. Esses dados coincidem com os de Anderson et al. (1998), em que 37,6% dos idosos referiram perda espontânea da urina.

No estudo de Paiva (2004) foram encontradas freqüências de 21,2% de idosos que relataram perda espontânea da urina, o que pode ser justificado pelo fato do estudo ser realizado com uma população de mulheres e homens, diferentemente do presente estudo, feito só com mulheres. Segundo Rodrigues e Mendes (1994), as pesquisas demonstram que as mulheres são duas vezes mais atingidas do que os homens, nessa condição.

Reis et al. (2003) referem que a incontinência urinária no idoso ocorre devido ao fato do mesmo apresentar doenças associadas como: a diabetes, a insuficiência cardíaca, entre outras; bem como alterações na mobilidade e na motivação podem contribuir para o desenvolvimento da perda espontânea da urina.

Embora não seja considerada uma doença, a incontinência urinária deve ser levada em consideração pelos profissionais que assistem ao idoso, pois é um problema significativo para o mesmo, interferindo na sua condição física e psicológica, afetando a sua independência e sua dignidade.

5.3 Utilização dos serviços de saúde

Em relação à utilização dos serviços médicos, os resultados do estudo revelam que, mesmo sendo expressivo o número de mulheres idosas que utilizam os serviços médicos privados (43%), a maior parte (55,6%) utiliza os serviços médicos públicos. Dados semelhantes foram obtidos por Anderson et al. (1998) em que 48,2% dos idosos são usuários dos serviços médicos públicos. No estudo de Barreto (1999) apenas uma minoria de idosos (23,2%) utilizava os serviços médicos públicos.

A utilização dos serviços de saúde está associada às condições socioeconômicas; idosos com alto poder aquisitivo tendem a utilizar serviços médicos privados, enquanto que os idosos pobres são mais dependentes dos serviços públicos de saúde. Pinheiro e Travassos (1999) confirmam este fato em seu estudo realizado com idosos de três áreas do Rio de Janeiro, mostrando que nas áreas mais ricas a maioria dos idosos utilizava os serviços privados, enquanto que nas áreas mais pobres, os idosos utilizavam os serviços públicos de saúde.

Os autores acima citados alertam para a desigualdade no consumo dos serviços médicos nas três áreas, mostrando que os idosos mais pobres utilizaram menos os serviços de saúde, em comparação aos idosos ricos. Este fato pode ser justificado pelo difícil acesso do idoso pobre ao serviço público de saúde, algo que deve ser levado a sério pelos gestores de saúde. Com o acelerado aumento da

população idosa no Brasil, principalmente nas regiões mais pobres como o Nordeste, é importante uma reformulação do sistema público de saúde que permita maior acessibilidade à pessoa idosa.

Quanto aos tipos de serviços médicos mais utilizados nos três meses anteriores a pesquisa, verificou-se, no presente estudo, que os exames médicos e clínicos foram os mais citados. No estudo de Barreto (1999) além dos serviços médicos e exames clínicos terem sido os mais utilizados, a consulta ao dentista foi utilizada de forma significativa.

Embora uma menor proporção de idosas tenha referido internação em hospital/clínica nos últimos três meses, observa-se que estas internações foram recorrentes no período. As reinternações são freqüentes nos idosos pelo fato dos mesmos apresentarem múltiplas patologias, confirmadas por outros estudos realizados por Barreto (1999), Paiva (2004) e Veras (1994).

Mesmo tendo sido ampliada a atuação dos Programas de Saúde da Família, Veras (1993) ressalta que a falta de serviços domiciliares e ambulatoriais pode ser o principal fator que leva o idoso a buscar o primeiro atendimento no hospital, sendo responsável pelo aumento da taxa de internações hospitalares em idosos. Loyola Filho et al. (2004) destacam que as principais causas de internações entre os idosos são por doenças cuja ocorrência e agravamentos podem ser reduzidos pela adoção individual de estilo de vida saudável.

Quanto ao grau de satisfação com os serviços médicos utilizados, verificou-se que 85,3% das idosas encontram-se satisfeitas. Achados semelhantes são encontrados por Barreto (1999) e Paiva (2004) nos quais cerca 88,5% e 86,2%, respectivamente, referem satisfação com os serviços utilizados. Diferentemente do estudo de Barreto (1999), neste estudo, as idosas que referiram satisfação com os serviços médicos utilizados são usuárias dos serviços públicos de saúde.

Acerca da utilização dos serviços dentários, observa-se um quadro inverso daquele encontrado na utilização dos serviços médicos, com apenas uma pequena minoria (13%) usuária dos serviços odontológicos públicos. Os dados também

revelam um expressivo percentual de idosas (39,1%) que não consultam um dentista há muito tempo. Esse resultado quando comparado aos de Barreto (1999) (com 26,8% que não consultam um dentista há tempo), se torna ainda mais preocupante, pois revela o quanto as idosas não estão dando a devida atenção à sua saúde bucal.

Segundo Matos et al. (2004), os idosos acreditam que a visita regular ao dentista não pode satisfazer as suas necessidades. Silva e Fernandes (2001) alertam que a percepção dos problemas bucais nos idosos pode está afetada por valores pessoais.

Diversos estudos têm revelado um baixo uso dos serviços odontológicos pelos idosos. Dados do Ministério da Saúde revelam que 75% das pessoas com 60 anos no Brasil não possui nenhum dente natural, entre estas um número elevado usam prótese, na maioria sem acompanhamento de um dentista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). Segundo Colossi e Freitas (2002), problemas na dentição interferem na alimentação, na estética, na fala e na socialização deste idoso. De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (1994), a saúde bucal é parte essencial da saúde, da função humana e da qualidade de vida.

A não procura da população estudada ao profissional odontólogo, pode ser justificada pelo fato da população em estudo ter baixa renda e escolaridade. Estudos realizados por Barros e Bertoldi (2002) e Matos et al. (2004) confirmam que a escolaridade e a renda influenciam de forma significativa no uso dos serviços odontológicos, afirmando que a população de baixa escolaridade e renda tende a procurar menos o dentista.

A baixa freqüência de visita ao dentista também pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços odontológicos públicos; embora não seja significativo o número de idosas que fizeram referência à dificuldade de acesso.

Outros estudos têm revelado que a baixa utilização dos serviços odontológicos pelo idoso é, também, influenciada pelo medo do tratamento, condição dentária, menor mobilidade física, comprometimento do estado geral de

saúde e a não percepção da necessidade de tratamento. Outro fator apontado por Matos et al. (2004) que pode influenciar no baixo uso dos serviços odontológicos pelos idosos é a necessidade do tratamento protético, não oferecido pelo serviço público de saúde, bem como o elevado custo das consultas particulares aos odontólogos.

A ausência de tratamento protético nos serviços públicos de saúde faz com que a maioria dos idosos busque os serviços protéticos de pessoas não qualificadas, responsáveis pela confecção de próteses que, na sua maioria, são imperfeitas ou mal adaptadas, comprometendo a saúde bucal do idoso (BARRETO, 1999).

Quanto à utilização de ajuda ou apoio, o presente estudo verificou que quase totalidade das idosas referiu fazer uso de óculos e próteses dentárias, 90,8% e 92,8%, respectivamente. Entretanto, 55,2% apontaram à necessidade de substituir os óculos e 55,3% a prótese dentária. Os resultados são característicos de idosas que apresentam um alto grau de dependência, e se assemelham ao encontrado por Barreto (1999) e Paiva (2004).

Os instrumentos de ajuda/apoio, cuja função é auxiliar o idoso com algum grau de dependência seja ela oral, visual, auditiva ou de locomoção, são importantes para garantir a autonomia e independência do idoso. Barreto (1999) ressalta que a indicação adequada de dispositivos de ajuda para idosos com algum grau de dependência é essencial para promover e preservar a capacidade funcional do idoso.

A pesquisa verificou um expressivo percentual de idosas (84,0%) que fazem uso de medicamentos. Entre estas, 62,6% fazem uso de mais de uma medicação. Resultados similares foram encontrados em estudos realizados por Veras (1994), (80,1%); Barreto (1999), (80,7%); Coelho Filho e Ramos (2004), (80,3%); Anderson et al. (1998), (85%) e por Mosegui (1999), (90,9%).

Os medicamentos têm uma importância representativa para a saúde do idoso, devido a prevalência das múltiplas patologias nesta faixa etária, porém, também apresentam reações adversas. A qualidade no consumo dos medicamentos pelo

idoso é de fundamental importância, visto que estes estão mais vulneráveis a efeitos colaterais. Afirma Barreto (1999) que como os idosos apresentam polipatologias de natureza crônica, acabam por consumir medicamentos em quantidade e qualidade diversos, gerando uma grande preocupação aos profissionais de saúde. Muitos são os problemas relacionados ao uso de medicamentos em idosos como: problemas na prescrição, uso incorreto da medicação, uso inadequado de medicamentos e a automedicação.

Arrais et al. (1997) apontam que a automedicação e a prescrição errada são responsáveis por efeitos indesejáveis, enfermidade iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, devendo ser prevenidos. Neste estudo, apenas um pequeno percentual (1,1%) referiu automedicação. Resultado semelhante foi encontrado por Paiva (2004) em 2%. Percentuais maiores foram encontrados em estudos realizados por Veras (1994) (27,2%); Barreto (1999) (22,6%); Coelho Filho et al. (2004) (20%); Anderson et al. (1998) (30%) e por Mosegui (1999) (16,2%).

A baixa frequência de automedicação na população estudada pode ser justificada pelo fato do estudo ter sido realizado apenas com mulheres idosas, bem como pelo maior acesso desta população aos serviços de saúde (74,4% afirmaram ter consultado o médico nos últimos três meses anteriores à pesquisa). Segundo Coelho Filho et al. (2004), o uso de medicamentos prescritos tende a ser maior entre as mulheres idosas, com idade mais avançada, bom nível socioeconômico, doenças crônicas e visitas regulares aos serviços de saúde.

A prescrição e o uso inadequado de medicamentos em pessoas idosas, também são fatores que devem ser levados em consideração, uma vez que podem resultar em efeitos indesejáveis, acarretando internações hospitalares que poderiam ser evitadas. De acordo com Romano-Libier et al. (2002, p.1500): “A prescrição medicamentosa envolve o entendimento das doenças próprias da idade, tanto estrutural quanto funcional, de vários órgãos e sistemas que podem alterar a farmacocinética e farmacodinâmica de muitos medicamentos”.

Vários são os problemas relacionados à prescrição de medicamentos na população idosa. Coelho Filho et al. (2004) alertam para o desconhecimento do profissional médico em relação à prescrição dos medicamentos não recomendados para os idosos, medicamentos estes disponíveis em grande número nos serviços públicos de saúde.

É importante que o profissional tenha um bom conhecimento sobre as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que ocorrem com o processo do envelhecimento. A prevalência de doenças crônico-degenerativas na população idosa, somada ao uso de medicamentos, torna a prescrição para a esta faixa etária algo muito particular (ROCHA, 1996).

Segundo Barreto (1999), a ausência de geriatras nos serviços de saúde leva os idosos a buscar por vários especialistas que, conseqüentemente, não tratam o idoso de uma forma integral, prescrevendo medicações direcionadas a cada queixa do idoso, aumentando a chance de polifarmácia.

Ainda em relação ao uso de medicamentos, os resultados revelam que 47,1% referiram dificuldade na aquisição das medicações consumidas, em que o principal motivo foi a dificuldade financeira. Estudo realizado por Lima-Costa et al. (2003) revelou que o gasto mensal com medicamentos compromete um quarto da renda (25%) de metade da população idosa brasileira.

Em relação à pessoa que poderia cuidar da idosa em caso de doença ou incapacidade, a filha foi indicada como a principal cuidadora. Estes achados corroboram aos encontrados por Barreto (1999); Farinasso (2005) e Paiva (2004). E diferem do encontrado por Ramos et al. (1993), onde a maioria dos idosos referiu contar com a ajuda do cônjuge. Segundo Caldas (2003), é crescente nos domicílios unigeracionais a ajuda do esposo (60,0%) e, nos multigeracionais, a ajuda da filha (56,0%) e do filho (13,0%).

Os dados do estudo reforçam o papel feminino no cuidado aos idosos. Segundo Veras et al. (1987), a crescente participação feminina no mercado de trabalho representa para o idoso a ausência de alguém na família que lhe preste

cuidado em caso de doença e/ou incapacidade física. Barreto (1999) alerta para o fato dos cuidadores de idosos no Brasil não terem nenhuma formação para desempenhar este papel, seja em instituições de longa permanência ou em domicílios.

Alternativas de redes de apoio e cuidado ao idoso doente e incapacitado devem ser repensadas nas políticas públicas de promoção à saúde do idoso, fornecendo suporte para a família do mesmo. Mendes (1998) relata que nos países desenvolvidos os cuidados domiciliares aos idosos são tratados como necessidade social, contando com uma rede de serviços públicos que oferecem suporte no cuidado ao idoso, regulamentado por políticas públicas.

Na Política Nacional de Saúde ao idoso é destacada a importância da integração entre profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, com o objetivo de desenvolver atividades no próprio domicílio, que privilegiem a promoção da saúde, a prevenção de incapacidade e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador. Porém, no Brasil, ainda é ausente a regulamentação de políticas públicas para que esta proposta possa ser colocada em prática.

No presente estudo foi observado que 7,7% referiram não poder contar com ninguém em caso de doença ou incapacidade. O dado é similar ao encontrado por Barreto (1999), em que 7,3% das mulheres referiram não poder contar com ninguém. Estes achados podem ser justificados pela feminização da velhice, as mulheres idosas são mais solitárias e não tem com quem contar para cuidá-las. O que reforça a importância do suporte que o Estado deve oferecer no cuidado ao idoso doente e/ou incapacitado, a fim de garantir a cidadania do idoso.

5.4 Atividades da Vida Diária (AVD)

A capacidade funcional do idoso é dimensionada por meio do desempenho de algumas Atividades da Vida Diária (AVD). A avaliação da autonomia e independência do idoso no desempenho das AVD é um importante indicador para medir a qualidade de vida do idoso, e é de grande valor para o planejamento de saúde (VERAS, 1993). A autonomia e a independência observadas em quase totalidade das idosas investigadas corroboram com os achados de Barreto (1999) e Paiva (2004).

Destacam Ramos et al. (1993) que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais precisam de algum tipo de auxílio na realização de pelo menos uma Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD) e 10% requerem ajuda para realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e até sentar e levantar da cadeira e cama. Entre as condições mínimas de autonomia e independência como comer, vestir-se, pentear-se, tomar banho; foi verificado, no presente estudo, que 100% referiram desempenhá-la sem ajuda. Tomando como parâmetro a capacidade funcional, estes dados reforçam o bom nível de saúde do grupo estudado.

Esses achados podem ser justificados pelo fato da população estudada ser composta na sua maioria por idosas jovens, conforme anteriormente mostrado, e que participam de grupos de convivência, o que requer certo grau de autonomia e independência. É evidente que o envelhecimento aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas, e associadas a estas estão às incapacidades físicas, responsáveis pela perda de dependência e autonomia no idoso. Porém, segundo Diogo (1997), a idade avançada não é razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Veras (1993) ressalta que nesta faixa etária o mais importante é identificar se a doença está impedindo o idoso de desempenhar de forma autônoma e independente sua rotina de vida.

Quanto à socialização, os dados mostram um bom nível de socialização e adequada ocupação do tempo livre. Grande parte das idosas relatou realizar atividades no seu tempo livre, como assistir televisão, receber visitas, andar pelo seu bairro, ir à igreja, fazer compras, sair para visitar os amigos e parentes, sair para passeios longos e participar de encontro social ou comunitário. Mais de 90% referiram satisfação com as atividades realizadas no tempo livre. Entre as que referiram insatisfação, a falta de motivação foi apontada como principal motivo. Esses dados corroboram com os resultados obtidos por Barreto (1999) e Paiva (2004). Porém, no que se refere à prática de algum esporte, no presente estudo, diferentemente dos acima citados, verificou-se que mais da metade das mulheres idosas referiram a prática de exercícios físicos. Vale ressaltar, que são incluídas nas atividades dos grupos de convivência estudados, as aulas de ginástica duas vezes na semana, oferecidas pela prefeitura de Olinda, o que facilita o acesso das idosas à prática de atividades físicas.

O lazer é essencial para o idoso ocupar o seu tempo livre. Como, geralmente, os idosos estão livres das obrigações trabalhistas, as atividades proporcionam aos mesmos libertar-se dos estereótipos sociais que os rotulam de seres improdutivos e decadentes. Gomes et al. (2004) relatam que a velhice traz consigo a redução do espaço físico e social, pelo esvaziamento dos papéis sociais vivenciados ao longo da vida adulta.

Os grupos de convivência para idosos são importantes espaços de socialização e inclusão do idoso. Estes espaços são importantes na construção da identidade do idoso durante a velhice, permitindo uma interação dos mesmos, na busca de uma velhice que afaste a solidão, o preconceito, e promova um envelhecimento ativo e independente (JARDIM, 2005).

Reafirmam Veras e Caldas (2004) que todos os modelos de rede de apoio social ao idoso, como as Universidades Abertas a Terceira Idade e os grupos de convivência, têm propósitos comuns de rever estereótipos e preconceitos, promover o aumento da auto-estima, o resgate da cidadania e a reinserção social do idoso.

5.5 Recursos sociais

Em relação aos vínculos sociais, os resultados revelam um elevado grau de satisfação das idosas com seus relacionamentos sociais (mais de 90% referiram satisfação). Esses resultados estão em concordância com os de Barreto (1999) e Paiva (2004).

Diferentemente do observado no estudo, destaca Barros (2002) que é comum na velhice a redução dos vínculos existenciais, devido a fatores como, enfraquecimento dos membros, falta de motivação para manter novos vínculos, redução da mobilidade e acuidade sensorial.

Achados reforçam o bom nível de vida do grupo estudado. Segundo Araújo e Alves (2000), as relações de convivências e vínculos sociais são importantes indicadores para qualificar a condição de saúde da população idosa, em que a existência desses laços possibilita uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior sobrevivência do idoso.

No que diz respeito a dinheiro e moradia, foi verificado uma pequena dependência das idosas em relação aos seus familiares. Porém, quando se trata de companhia/cuidado pessoal, a maioria das idosas necessita do apoio dos familiares. O estudo realizado por Jardim et al. (2006) mostrou a importância dada pelo idoso à família, é no convívio familiar que o idoso reafirma o seu papel enquanto ser social.

As idosas estudadas desempenham um importante papel de provedoras da família, oferecendo aos seus familiares dinheiro e moradia, 71,5% e 57%, respectivamente. Em seu estudo com idosos aposentados, Simões (2004) verificou que eles eram provedores potenciais de suas famílias, sendo não somente aqueles que são ajudados, mas, aqueles que ajudam. Justificam Pereira et al. (2002) que com o nível crescente de desemprego, os idosos, com sua aposentadoria, assumem a função de responsáveis pelo sustento familiar.

5.6 Recursos econômicos - Seção VI

Entre as principais ocupações referidas, a de dona de casa foi predominante, o que reforça as características culturais do século passado em que trabalhar fora era função exclusiva do homem, cabendo à mulher o papel do cuidado da casa e da família. Resultados encontrados por Barreto (1999) e Paiva (2004) confirmam o predomínio de mulheres idosas que referiram atividades domésticas durante a maior parte de suas vidas.

Entre as idosas que trabalharam fora, 34,9% referiram um tempo de trabalho de 21 a 30 anos, tendo iniciado suas atividades ainda jovem e encerrado antes dos 60 anos. Esse resultado difere do encontrado por Curitiba (2004), em que a maioria dos idosos do Paraná ainda continua a exercer atividade produtiva remunerada.

Barreto (1999) confirma em seu estudo que a maioria das idosas entrevistadas trabalhou em um período de 21 a 40 anos, tendo iniciado suas atividades antes dos 20 anos de idade e parado de trabalhar antes dos 60 anos. Anderson et al. (1998) mostram que 18,3% dos idosos iniciaram atividade produtiva antes dos 14 anos e cerca de 21,5% continuam a exercer atividade remunerada.

O trabalho na vida dos idosos pode ser uma atividade importante para sua reafirmação social como ser produtivo e capaz, muitas vezes renegados na velhice. Giatti & Barreto (2003) ressaltam que a permanência do idoso no mercado de trabalho está relacionada à sua capacidade funcional, associada com a autonomia e mobilidade física. Porém, segundo Anderson (1998), o trabalho tanto pode significar um indicador de manutenção da capacidade funcional, quanto a necessidade de sobrevivência para o idoso.

Foi observado nesse estudo um número significativo de idosas que apontam a aposentadoria como sua principal fonte de renda (30,4%), o que pode estar refletido na maior cobertura do benefício previdenciário aos idosos com 65 anos ou mais, e que não possuem renda própria, regulamentado através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Farinasso (2005) verificou um elevado número de idosos que possuíam como principal fonte de renda a sua aposentadoria (90,7%). De

acordo com Camarano et al. (1999), a aposentadoria contribui com aproximadamente 58% da renda dos que tem 65 a 69 anos e 80% dos rendimentos da população maior de 80 anos.

Pacheco e Santos (2004) afirmam que mesmo sendo baixos os valores da aposentadoria e pensão dos idosos brasileiros, a aposentadoria representa importância fundamental na vida do idoso, uma vez que constitui não só a principal fonte de renda do idoso, mas também a de toda a família sob sua responsabilidade.

O perfil de renda das idosas investigadas neste estudo é característico de uma população de baixa renda, uma vez que 45% possuem uma renda mensal de até 1 salário mínimo. Estes achados corroboram aos encontrados por Anderson (1998), Pereira et al. (2002) e Cotta et al. (2006).

Considerando que 56,5% das idosas referiram que seu rendimento mensal não é suficiente para suprir suas necessidades básicas, os dados refletem o nível de pobreza em que a população idosa do Brasil está inserida, principalmente nas regiões menos desenvolvidas, como a Região Nordeste. Veras et al. (1987) afirmam que para a maioria dos idosos do Brasil, a aposentadoria é sinal de condição socioeconômica inadequada. Essa realidade pode refletir numa maior dependência do idoso tanto da família, quanto dos serviços públicos, refletindo diretamente sobre a qualidade de vida do idoso.

Resultados diferentes foram encontrados por Barreto (1999), verificando que a maioria dos idosos da UnATI/UFPE tinha um rendimento mensal de 7 a 10 salários mínimos. Podendo ser justificado pelo maior nível de escolaridade dessa população e, conseqüentemente, um maior acesso ao mercado formal de trabalho.

Giatti e Barreto (2003) afirmam que a maior escolaridade afeta positivamente a renda dos idosos, pois permite acesso ao trabalho mais qualificado e a permanência na atividade por mais tempo.

Em relação à renda, foi observado neste estudo que não houve diferença entre a renda familiar e a renda pessoal das idosas, uma vez que 45,4% referiram uma renda familiar de 2 a 3 salários mínimos. De acordo com os resultados, verifica-se que, em média, três pessoas dependem da renda das idosas, permitindo concluir que a renda pessoal da idosa ainda representa um maior peso na renda familiar.

Camarano et al. (1999) confirmam em seu estudo que os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda de suas famílias. Segundo Pereira et al. (2002), este fato pode ser justificado pelos níveis crescentes de desemprego entre os mais jovens, o que leva os idosos, com sua aposentadoria, assumir a função de responsáveis pelo sustento familiar.

A desigualdade de renda é uma característica marcante na sociedade brasileira, refletindo diretamente sobre a população idosa. Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para o ano de 2002 corroboram com os resultados desse estudo. A PNAD revelou que 40% dos idosos brasileiros possuem uma renda familiar per capita de menos de 1 salário mínimo, ficando o Nordeste com os piores índices de pobreza em que, aproximadamente, cerca de 60% dos idosos não alcançam renda familiar per capita mais elevada do que 1 salário mínimo (IBGE, 2005).

Os dados revelam que a maioria das idosas (79,7%) possui moradia própria e em boas condições, uma vez que quase a totalidade das idosas refere contar com água encanada, ligação com a rede de esgoto, geladeira, televisão e telefone. Estes achados corroboram com os obtidos por Barreto (1999) e Paiva (2004).

Segundo Anderson et al. (1998), ter moradia própria constitui aspecto central na vida e bem estar do idoso. Peixoto (1997) ressalta que o sonho da casa própria alcançado pela maioria dos idosos está relacionado às condições mais favoráveis de financiamento habitacional em épocas passadas.

5.7 Necessidades e problemas que afetam as idosas

Entre as principais necessidades referidas pelas idosas, verifica-se um elevado percentual (60,4%) que apontam como principal necessidade a questão econômica. O contexto de crise econômica do país reflete sensivelmente sobre os idosos, que por possuírem múltiplas patologias consomem parte de sua renda com medicamentos. A necessidade de segurança foi referida por 55,6%, sendo esta um problema generalizado das grandes cidades, que segundo Barreto (1999), os idosos sentindo-se mais vulneráveis, se isolam não participando das atividades noturnas.

A saúde está entre as principais necessidades apontadas por 51,2%. Com saúde as idosas podem ter maior autonomia e independência para realizar as suas atividades, bem como ir participar dos grupos. A necessidade de companhia e o contato pessoal, apontados por 35,7%, podem ser justificados pelo fato da maioria das idosas se encontrarem em situação de viuvez e solidão. Outra necessidade apontada por 33,3% é a de lazer. Embora nos grupos sejam oferecidas atividades de lazer (viagens, passeios, visitas), não são todas as idosas que participam integralmente destas, seja porque tenham que cuidar de criança ou pela própria questão financeira.

Quando solicitadas que apontassem o problema mais importante do seu dia-a-dia, apenas 17,4% não relataram problemas. Esse número quando comparado aos de Barreto (1999), com 35,5% não relatando problemas importantes, e aos de Paiva (2004), com 57,4%. Permite concluir que é elevado o número de idosas, nesse estudo, que possuem algum problema importante no seu dia-a-dia.

6 CONCLUSÕES

Com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico de mulheres idosas de grupos de convivência, a metodologia utilizada mostrou-se adequada para responder os objetivos propostos e os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- A população estudada caracteriza-se por uma população de “idosas jovens”, numa faixa etária de 65 a 69 anos (57%). A maioria viúvas (44%), com baixo nível de escolaridade;
- Cerca de 73,9% tem uma percepção positiva da sua saúde geral e um percentual de 59,5% refere problemas atuais de saúde;
- Entre os principais problemas de saúde, as DCNT foram prevalentes, com a hipertensão arterial sendo a doença mais referida (56%) e os problemas articulares os que mais interferem no cotidiano das idosas;
- É expressivo o número de idosas que fazem uso de medicamentos (84%). Destas, 62,6% fazem uso de mais de um medicamento;
- Em torno de 58% das idosas avaliam a sua saúde bucal positivamente, embora seja referida pela maioria (80%) a ausência da maior parte dos dentes;
- A maior parte das idosas são usuárias dos serviços médicos de instituições públicas de saúde (55,6%) e dos serviços dentários privados (43%), mostrando-se satisfeitas com os serviços utilizados;
- A demora para marcação de consultas e exames, o tempo de espera para ser atendida no consultório e o tratamento oferecido pelo médico foram os principais problemas referidos na utilização dos serviços de saúde;

- As idosas apresentam bons indicadores de autonomia e independência funcional, uma vez que mais de 90% são capazes de realizar sem ajuda as Atividades da Vida Diária;
- A maioria das idosas é independente financeiramente da sua família, possuindo renda própria e desempenhando um importante papel de provedoras da família, oferecendo dinheiro e moradia;
- Entre as principais necessidades apontadas pelas idosas, a necessidade econômica, de segurança e de saúde foram as mais referidas.

Sendo o envelhecimento populacional uma realidade crescente no Brasil, conhecer os múltiplos aspectos da vida do idoso, embora não seja tarefa fácil, é importante para a implementação de políticas públicas voltadas a atender as necessidades deste grupo etário. Pesquisas, neste tema, tornam-se urgentes e necessárias, merecendo uma atenção especial dos pesquisadores e profissionais de saúde. O perfil aqui apresentado, embora seja característico da população estudada e generalizações abrangentes devem ser cautelosas, contribui com informações importantes sobre a população idosa, permitindo o delineamento para futuras investigações na área.

7 RECOMENDAÇÕES

- Maior incentivo a programas educacionais voltados à população idosa, com a finalidade de reduzir a baixa escolaridade entre os idosos brasileiros;
- Intensificação de ações de saúde, na atenção básica, voltadas à população idosa, com o objetivo de prevenir seqüelas, internações, incapacidades e mortes, advindas das doenças crônicas;
- A implantação de um serviço de prótese dentária e a inserção de odontólogos especializados em atender ao idoso nos serviços públicos de saúde, sendo esta uma alternativa de democratizar o acesso da população idosa mais pobre aos serviços odontológicos públicos;
- A presença de geriátras e gerontólogos nos serviços públicos de saúde, como uma alternativa importante na assistência integral à saúde do idoso;
- Incorporação na estrutura curricular dos cursos de graduação, em diferentes áreas, de disciplinas de gerontologia, bem como a formação de profissionais especializados, em áreas multidisciplinares, para prestarem atendimento ao idoso;
- Realização de outras pesquisas de base populacional sobre os idosos no Brasil, de forma a intensificar o conhecimento sobre a população idosa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. M. P. Do direito à saúde. In: PINHEIRO, N. M (Org.). **Estatuto do idoso comentado**. São Paulo: LZN, 2006. cap. 4, p. 127-133.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 6, 149-177.

ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-43, nov. 1998.

ANDERSON, M. I. P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-22, nov. 1998.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57-75, 2004.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 7-19, fev. 2000.

ARRAIS, P. S. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

ATTIAS-DONFUT, C. Sexo e Envelhecimento. In: PEIXOTO, C. E (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. cap. 4, p. 89-105.

BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta da Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde materno-infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, jul./set. 2003.

BARRETO, K. M. L. **Universidade aberta à terceira idade (UnATI/UFPE)**: um perfil sócio-epidemiológico dos participantes. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BARROS, M. M. L. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: _____. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. cap. 6, p. 113-168.

BARROS, M. M. L. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, C. E. (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. cap.1, p.13-23.

BEZERRA, R. M. N. Instituição do Estatuto do Idoso e conceito de idoso. In: PINHEIRO, N. M (Org). **Estatuto do Idoso Comentado**. Campinas, SP: LZN, 2006. p. 5-10.

BORGES, M. C. M. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: SIMSON, O. R. M. V. (Org.). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas, SP: Alínea, 2003. cap. 3, p. 79-104.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 1 out. 2003. p. 1093-1101.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. **Coletânea de leis e resoluções**. Rio de Janeiro: Cress, 2000. p. 197-217.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. **Sistema Único de Saúde: legislação básica**. Rio de Janeiro: Degrau cultural, 2004, p. 9-22.

BRASIL. Política Nacional do Idoso, aprovada pela portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 237, p. 20-24, 13 dez. 1999. Seção 1.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Senado, 1988.

BRITTO DA MOTTA, A. "Chegando pra Idade". In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. cap. 9, p. 223-235.

CABRAL, B. E. S. L. Família e idoso no nordeste brasileiro. **Caderno CRH**, Salvador, n. 29, p. 50-67, jul./dez. 1998.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-778, maio/jun. 2003.

CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, R. P. (Org.) **Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 1997. p. 121-142.

CALDAS, C. P. O. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. cap. 3, p 51-71.

CAMARANO, A. A. et al. Como vai o idoso brasileiro? **Textos para discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 681, dez. 1999.

CAMARANO, A. M. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Instituto de pesquisa econômica aplicada**. Rio de Janeiro, out. 2001. 22p.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças no padrão de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, abr./jun. 2003.

CARTAXO, R. M. S. et al. Atenção à saúde em grupos de terceira idade em Campina Grande, Paraíba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...2004**.

CARVALHO, E. F. et al. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, Piauí, v. 1, n. 2, p. 107-119, jul./dez. 1998.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 184-200, abr. 1997.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 445-453, 1999.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set./out. 2002.

COSTA, M. F. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 23-41, jan./mar. 2000.

COTTA, R. M. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

CURITIBA. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social. **Indicadores socioeconômicos do idoso residente no estado do Paraná**. Curitiba, 2004.

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

DIOGO, M. J. E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, jan. 1997.

FARIA JUNIOR, A. G. A. Mulher idosa e as atividades sob o enfoque multicultural. In: ROMERO, E. (Org.). **Mulheres em movimento**. Vitória: Edufes, 1997.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos de uma área de abrangência de estratégia de saúde da família**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2005.

FRANÇA, L. H.; SOARES, N. E. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: VERAS, R.P. (Org). **Terceira Idade desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 1997. p.143-169.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. p. 3-6, 2002.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 69-76, jan./abr. 2005.

GEERTZ, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: _____. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 45-66.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, Trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, maio/jun, 2003.

GOMES, I. S. et. al. A busca da socialização de idosos por meio de atividades de recreação e lazer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2004.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro, UnATI, 2000. 90p.

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. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. cap. 6, p. 129-151.

IBGE. **Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Sócio-econômica: Síntese de indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Banco de dados sobre as cidades do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 16 fev. 2007.

JARDIM, V. C. F. S. **Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice**. 2005. Monografia (Especialização em Antropologia da Saúde) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

JARDIM, V.C.F.S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A.M. Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 25-34, maio/ago. 2006.

KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial, um novo desafio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 200-210, 1987.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo em minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiana, v. 4, n. 1, p. 18-25, 2002.

LEIVA DE LUCA, M. M. B. Identidades sociais em produção e envelhecimento: Um estudo de caso. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M (Org). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas- SP: Alínea, 2003. cap. 8, p. 189-210.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIMA, M. A. Gestão da experiência de envelhecer em um programa para terceira idade: A UNATI/UERJ. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 23-63, 1999.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 16, p. 499-513.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LOPES, A. Dependência, contrato social e qualidade de vida na velhice. In: SIMON, O. R. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo: Alínea, 2003. cap. 5, p. 129-140.

LOYOLA FILHO, A. I et. al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

MATOS, D. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1290-1297, set./out. 2004.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDITTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MENDES, P. B. M. T. Cuidados: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. (Org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidados**. São Paulo: EDUC, 1998. p. 171-198.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 6, p 73-76.

MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência (introdução). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**. Brasil, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, L. L. R (Org). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2002, p. 25-56.

MOSEGUI, G. B. G et al. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, out, p. 437-444, 1999.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, SP: Unicamp, 1991.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: **2º Congresso paulista de geriatria e gerontologia**, São Paulo, p. 1-17, 2001.

NEVES, L. F. N.; CHEN, S. R. Atenção a saúde do idoso com deficiência In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2004.

NUNES, A. Aspectos sobre a morbidade dos idosos no Brasil. In: IPEA. **Como vai população brasileira**. Brasília, n. 2, p. 24-36, ago. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1999. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4º Ed. São Paulo: Editora Santos

OLINDA. Prefeitura. **Olinda em dados**. Disponível em: <http://portalolinda.interjornal.com.br/planejamento_meio_ambiente_olindaemdados.shtml>. Acesso em: 16 fev. 2007.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.uerj.unati.br>>. Acesso em: 03 jun. 2006.

PAIVA, S. O. C. **Perfil sócio-econômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 3, p 44-59.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1, p 3-12.

PARAYBA, M. I. C. A. Evolução da mortalidade dos idosos. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, Rio de Janeiro, 2005, p. 2197-2227.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 2, p 26-43.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. (Org). **Terceira Idade: desafios para o novo milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI-UERJ, 1997. p.41-74.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

PEREIRA, R. J. A et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 27-28, jan./fev. 2006.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. P. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2002.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. São Paulo. 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

PINHEIRO, N. M. Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer. In: _____(Org). **Estatuto do Idoso Comentado**. São Paulo: LZN, 2006. cap. 5, p. 159-173.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999.

PONTES, P. A. G. Da Assistência Social. In: PINHEIRO, N. M (Org). **Estatuto do Idoso Comentado**. São Paulo: LZN, 2006. cap. 7, p. 216-226.

PORTELLA, M. R. **Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável**. Rio Grande do Sul: UPF, 2004.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E.C.; OLIVEIRA, Z. M.;MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n. 2, p. 87-94, 1993.

REIS, R. B.; COLOGNA, A. J.; MARTINS, A. C. P.; PASCHOALIN, E. L.; TUCCI JR, S.; SUAID, H. J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18, supl 5, p. 47-51, 2003.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat**, n.5, fev. 2006.

ROCHA, F. L. Tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso: algumas considerações. **Arquivo de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, p. 27-29, 1996.

RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 5-20, jul. 1994.

ROMANO-LIEBER et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, nov./dez. 2002.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCOTT, R. P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. 5, p.103-127.

SECCO, C. L. T. R. As rugas do tempo na ficção. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 9-33, 1999.

SILVA JUNIOR et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 10, 289-311.

SILVA, D. D.; SOUZA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1251-1259, jul./ago., 2005.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SILVEIRA, T. M. Convívio de gerações: ampliando possibilidades. **Textos de envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002. Disponível em: <<http://www.uerj.unati.br>>. Acesso em: 09 dez. 2005.

SIMÕES, J. A. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. E (Org). **Família e envelhecimento**. São Paulo: FGV, 2004. cap. 2, p. 25-56.

SOUZA, F. R. S. Do direito à Liberdade, ao Respeito e à dignidade. In: PINHEIRO, N. M (Org). **Estatuto do Idoso Comentado**. Campinas, São Paulo: LZN, 2006. cap.2, p. 82 -106.

TELARROLLI JR, R; MACHADO, J. C. M. S; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v.30, n. 5, p. 485-498, 1996.

TEIXEIRA, F. R. **Qualificação para o trabalho**: uma proposta para clientela de terceira idade. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

UCHÔA, E; FIRMO, J. O. A; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e Saúde: Experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR, C. E. A. (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap.1, p.25-35.

UNITED NATIONS. **The Sex and Age Distribution of Populations**: the 1998 revision. New York, 1999.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

_____. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VERAS, R. P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 225-233, 1987.

VERAS, R. P.; DUTRA, S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 1993.

VERAS, R. P.; SOUZA, C. A. M.; CARDOSO, R. F.; MILIOLI, R.; SILVA, S.D. Pesquisando populações idosas – a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 513-518, nov./dez. 1988.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 423-432, 2004.



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda-Pernambuco.

Esta pesquisa pretende conhecer a situação social e de saúde do idoso. Para isto, será utilizado um questionário com perguntas sobre: sua situação pessoal e familiar, sua saúde física, seu grau de autonomia e independência na realização das atividades do dia-a-dia e a sua utilização dos serviços de saúde.

Suas respostas serão confidenciais e o seu nome será mantido em segredo. Sua participação é voluntária e será formalizada através deste termo em duas vias, uma será entregue a Sra. e a outra ficará com o pesquisador. A Sra. pode a qualquer momento interromper a entrevista e tem a liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Esta pesquisa não trará nenhum risco para a sua vida e a sua participação ajudará na melhoria das ações de saúde voltadas para os idosos.

Caso tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, a Sra. pode me perguntar ou entrar em contato com a coordenação, através dos telefones abaixo. Nós agradecemos a sua colaboração em responder as perguntas.

EU, _____, RG nº _____

Declaro ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa e concordo em participar, como voluntária.

Olinda, _____ de _____ de 2006

Assinatura ou impressão digital do participante



Pesquisador Responsável

Testemunha

Testemunha

Responsáveis: Profª Dra. Ana Maria de Brito (**Coordenadora da Pesquisa**)
Mestranda Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim (**Pesquisadora Principal**)
Departamento de Saúde Coletiva (NESC)/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz
Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472, Cidade Universitária, Recife, PE
Fone: 21012500/ 21012509/ Fax.21012614.

<http://www.cpqam.fiocruz.br>

e-mail: anabrito@cpqam.fiocruz.br

vcfsj@cpqam.fiocruz.br

APÊNDICE B

ARTIGO PUBLICADO EM REVISTA CIENTÍFICA



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
ISSN 1809-9823 versão impressa

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.2 Rio de Janeiro 2006

Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice

A view on the aging process: elderly's perception of old age

Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim^a
 Bartolomeu Figueiroa de Medeiros^b
 Ana Maria de Brito^c

Resumo

Embora seja evidente o aumento acelerado do número de idosos no Brasil, ainda se conhece muito pouco sobre a pessoa idosa, e até o momento outros atores têm falado pelos idosos, dando foco ao envelhecimento e à velhice como um processo negativo e homogeneizador. Percebendo-se a necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la uma categoria social e culturalmente construída, este estudo buscou conhecer como os idosos representam a velhice, através de sua percepção do processo de envelhecimento. Utilizou-se uma abordagem metodológica qualitativa, evidenciando-se as imagens e representações dos idosos a respeito do envelhecimento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com dez idosos, de idade entre 60 e 85 anos (5 mulheres e 5 homens), orientadas pela seguinte pergunta: "Como você se vê no processo do envelhecimento?". As informações permitiram apontar que, diferentemente da visão negativa e homogeneizadora do outro em torno da velhice, os idosos entrevistados vivenciam o processo do envelhecimento de formas diferentes e relatam a velhice como uma fase de prazer. Não se perceberam frustrações, conflitos e dramaticidade na forma de viverem a velhice. Também não foram identificados sentimentos de rejeição e/ou inferioridade face às mudanças e perdas.

Palavras-chave: envelhecimento; idoso; auto-imagem.

Abstract

Although the number of elders grows rapidly in Brazil, little is known about this group, and up to now other agents have spoken for them, focusing on aging and old age as a negative and uniform process. Aware of the need to denaturalize the phenomenon of old age and to consider it a social category, culturally built, this study sought to know the way elders represent old age, through their perception of the aging process. It employed a qualitative methodological approach, evincing images and representations of elders about aging. Data were collected through interviews with ten elders, aged from 60 to 85 years old (5 women and 5 men). The interview was guided by the

question: "How can you see yourself in the aging process?". The information indicated that despite the negative and uniform vision of others about old age, these elders lived the aging process in different forms and considered old age a time of pleasure. No sentiments of rejection or inferiority were identified in relation to changes and losses. Key words: demographic aging; aged; self-concept.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa vem acontecendo de forma progressiva no Brasil. Segundo dados do IBGE10 (2004), os valores da projeção dessa população seguem uma curva de crescimento acelerado. O aumento vem acompanhado de necessidades de políticas públicas que atendam adequadamente às perspectivas dos idosos, emergentes no país. Como o Brasil não se projetou adequadamente para atender às necessidades da população idosa, o envelhecimento é tratado como um "problema" e não como uma conquista, sendo os idosos vistos como um encargo para a família, para o Estado e para a sociedade. Afirmam Siqueira et al. 12 (2002) que o processo de envelhecimento populacional repercutiu e ainda continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica e política da sociedade, uma vez que os idosos possuem necessidades específicas para obtenção de condições de vida adequadas.

A expectativa de vida sem dúvida aumentou, e este aumento se deu devido aos avanços ocorridos na saúde. Mas abrem-se questionamentos: como está vivendo o idoso no país? Como a sociedade vê o idoso? Como o idoso se vê no processo de envelhecimento? Ainda se conhece muito pouco sobre a pessoa idosa e, segundo Minayo e Coimbra Jr. 11 (2002), até o momento outros atores têm falado pelos idosos, dando foco ao envelhecimento e à velhice como um processo negativo. Esses atores tentam falar a respeito, mas são carregados de estereótipos que impedem a construção de uma identidade positiva do idoso. Por isso, a maior necessidade é buscar conhecer a vida dos idosos, escutando-os a respeito de como se sentem nessa estrada, contando com a participação deles para a realização de seus anseios e para a construção de vida que lhes seja adequada.

Quando o outro define o envelhecimento e a velhice, percebe-se que o preconceito é uma característica marcante e são utilizados estereótipos negativos sobre a velhice. Conhecer a visão do idoso a respeito do envelhecimento e da velhice é importante para se construir representações positivas dessa fase, visto que muitos estudos realizados mostraram que os idosos não se sentem enquadrados nos estereótipos que os outros formulam sobre a velhice.

Pelo estudo realizado por Uchôa et al.14 (2002) na região de Bambuí, percebeu-se que o olhar do outro a respeito da velhice é carregado de negativismo, o que dá um caráter homogeneizador ao processo do envelhecimento. Em contraponto, o mesmo estudo mostra que, quando o idoso é interrogado a respeito do envelhecimento, relata histórias de vidas que positivam a velhice e mostram que é uma fase heterogênea, na qual cada idoso envelhece de forma diferente.

O envelhecimento e a velhice são tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores e de profissionais de saúde. Conhecer como os idosos representam a velhice é uma proposta deste trabalho. Conhecer como se dão essas representações é importante para saber como esses atores sociais, que estão enfrentando essa fase, se vêem no processo do envelhecimento.

Que tal olhar nos impulse para uma busca mais profunda do conhecimento dessa população, sem idéias preconcebidas pela sociedade, mas idéias construídas pelas pessoas que já vivenciam essa etapa da vida.

Um olhar sobre a velhice

Delimitar velhice através de conceituações não é algo fácil, pois requer um conhecimento amplo de como os idosos estão inseridos no processo de construção social. A velhice, do ponto de vista biológico, é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que, com isso, passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (Caldas⁷, 2002). Tentar definir velhice usando apenas a visão biológica é cair num erro de demarcação meramente cronológica, tratando-se a população idosa de forma homogênea, não levando em consideração aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos.

Uchôa et al.¹⁴ (2002) sustentam que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para o outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra. Conforme Debert⁸ (1999), a velhice foi tratada a partir da segunda metade do século XIX como uma etapa da vida caracterizada pela decadência e pela ausência de papéis sociais.

No imaginário social, o envelhecer está associado com o fim de uma etapa; é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. Dificilmente neste imaginário se vê algum prazer de viver essa fase da vida. O negativismo em torno do processo de envelhecimento foi construído historicamente na sociedade. Scott¹³ (2002) sustenta que a sociedade constrói diferentes práticas e representações sobre a velhice. Afirmam Heck e Langdon⁹ (2002) que 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.

Para tentar definir velhice, é importante a contribuição de outras áreas do conhecimento, que levem em consideração as diferenças socioculturais em que os idosos vivem. Para Minayo e Coimbra Jr.¹¹ (2002), existe uma necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la uma categoria social e culturalmente construída.

Recentemente, a visão sobre a velhice como fator orgânico foi perdendo força, e a velhice e o envelhecimento passaram a constituir objetos de reflexão da antropologia. A abordagem antropológica sobre a velhice visa a transcender particularismos culturais e encontrar alguns traços comuns do fenômeno que poderiam ser considerados universais. Segundo Uchôa et al.¹⁴ (2002), a antropologia deve interrogar sobre o papel de fatos socioculturais mais gerais na construção de uma representação da velhice arraigada nas idéias de deterioração e perda.

Muitos estudos mostram que a velhice é tratada como um problema social (político e/ou de saúde). Minayo e Coimbra Jr.¹¹ (2002) afirmam que no imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica, tanto para a família quanto para a sociedade, e como uma ameaça à mudança. Esta noção tem levado a sociedade a negar a seus idosos o direito de decidir o próprio destino. O que é uma exceção quando se fala do papel de respeito que o pajé tem em sua comunidade, bem como o idoso poderoso e rico na nossa sociedade.

A representação que os outros têm da velhice, como perda da autonomia, leva a um estigma de que o idoso é um problema social. O olhar do outro em relação à velhice é um olhar estigmatizado e negativizado. Mas será que esses idosos se vêem como um problema? O que eles pensam a respeito da estigmatização que lhe é imposta? Conforme Minayo e Coimbra Jr.11 (2002), a visão depreciativa dos idosos tem sido alimentada pela ideologia produtivista que sustentou a sociedade capitalista industrial, na qual predomina a visão que se uma pessoa não é capaz de trabalhar e ter renda própria, não serve para uma comunidade ou país.

Tratar o envelhecimento como um problema social é um profundo desrespeito com aqueles que construíram e sustentaram uma sociedade, com seu poder de decisão e autonomia. E hoje, mesmo não querendo delegar seu direito de decisão a outros, suas opiniões são descartadas e eles são tratados como um encargo para a sociedade.

No Brasil, a idéia de que os idosos constituem um problema social vem sendo construída sobretudo pelo Estado, segundo avaliação de Minayo e Coimbra Jr.11 (2002). Os formuladores de políticas públicas sempre trataram os idosos com abandono e descaso: um exemplo foi o ex-presidente Fernando Henrique, que num pronunciamento chamou os idosos aposentados de vagabundos, quando ele mesmo se aposentou aos 54 anos.

Numa sociedade capitalista que visa à força física para a produção de bens e consumo é evidente um culto à juventude, que faz com que os idosos utilizem subterfúgios para garantir a eterna juventude e possível “beleza” que a sociedade tanto valoriza. É em torno desse culto à beleza que se firmam os mercados de consumo voltados para a população idosa: cultura, lazer, estéticas, serviços de saúde, entre outros. Esse grupo social crescente promoveu mudanças nos diversos setores sociais – político, trabalho, economia e cultura – e atribuíram novo significado a seu espaço, muitas vezes percebido como de decadência física e inatividade.

Para redefinir o papel social do idoso, a expressão contemporânea usada é “terceira idade”, uma nova construção social referida entre a vida adulta e a velhice. Esta terminologia é usada para designar um envelhecimento ativo e independente.

Os idosos brasileiros estão construindo seu espaço de sociabilização e inclusão social, e se percebe um crescimento dos movimentos de aposentados e de terceira idade. O primeiro é um movimento mais político congregado por homens, enquanto que o segundo, sociocultural, reúne mais mulheres. Esses espaços de sociabilização são importantes na construção social da identidade do idoso durante a velhice, pois permitem uma interação dos mesmos, na busca de uma positividade da velhice que afaste a solidão e o preconceito, permitindo um envelhecimento ativo e independente.

Bassit1 (2002), diz que as contribuições de diferentes histórias de vida podem estar pautadas no pressuposto de que o envelhecimento é uma experiência diversificada e sujeita às influências de diferentes contextos sociais, históricos e culturais. Segundo o mesmo autor, os idosos têm representação muito mais positiva sobre sua condição do que alguns especialistas em envelhecimento. Para ele, é importante conhecer as necessidades e experiências de vida dos idosos com base em seus próprios relatos, para verificar quais são os pontos de vista entre o discurso dos idosos e dos outros em torno do processo de envelhecimento.

Com base em estudos realizados sobre a representação da velhice, verifica-se que o

estigma negativo da velhice sempre vem na visão do outro; o próprio idoso vê o processo do envelhecimento como um tempo oportuno para a construção de algo novo. A positivação da identidade do idoso significa reconhecer o que há de importante nessa etapa de vida para desfrutá-la da melhor maneira. Mesmo com limitações, a velhice pode ser vista com alegria e não tristeza.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Com o objetivo de conhecer o olhar do idoso a respeito do processo de envelhecimento, utilizou-se uma abordagem qualitativa, evidenciando-se as imagens e representações dos idosos a respeito do envelhecimento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com dez idosos de idade entre 60 e 85 anos (5 mulheres e 5 homens), orientadas pela pergunta: “Como você se vê no processo do envelhecimento?”. Antes de cada entrevista foram explicados os objetivos do trabalho, a forma como os dados seriam tratados e o compromisso com a manutenção do anonimato dos depoimentos de vida. A pesquisa atendeu às normas éticas da Resolução nº 196/96, da CONEP, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o termo de consentimento informado, e o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas entrevistas realizadas com os idosos, a velhice e o envelhecimento foram associados a diferentes problemas, entre os quais o mais evidente foi a relação da velhice com a doença, seguida de várias perdas e incapacidade.

“ A velhice é a pior fase porque aparece muito problema. É doença em cima de doença, um dia dói o dedo do pé, um dia dói a cabeça, outro dia dói a perna [...]. É uma insônia danada, cochilo acordo [...]. A doença entra, mas para sair é nó cego. A pior doença é a velhice.” (J.A.B, masculino, 69 anos, aposentado).

Britto da Motta⁴ (2002) diz que as perdas são tratadas como problemas de saúde, expressas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece: enrugamento, encolhimento, descoramento dos cabelos, “enfeimento”. Conforme refere uma idosa entrevistada:

“ [...] eu me olho no espelho e me sinto diferente do que eu era quando era moça, me sinto mais feia, acabada, diferente da mocidade.” (J.S.F, feminino, 76 anos, aposentada).

Quando a velhice está associada à doença, os idosos tendem a representar imagens bem negativas da velhice, mas isto vai depender do contexto sociocultural em que estão inseridos, visto que a velhice e o envelhecimento são processos social e culturalmente construídos. Quando são focalizadas as histórias de vida, surgem imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento. Para outros idosos entrevistados, mesmo com a presença da doença, a velhice pode trazer felicidade, pois o convívio familiar com filhos e netos, bem como a autonomia para realizar as atividades, é algo prazeroso.

“ Não estou com muita saúde, mas estou contente porque vivo com meus familiares [...] Não me arrependo do tempo que eu vivo, nem de coisa nenhuma. E minha vida é essa trabalhando sempre, quando me levanto da cama vou trabalhar, vou fazer meus serviços, no dia que eu posso faço, no dia em não posso, as meninas me ajudam. Acho a velhice muito boa.” (N.F.T, feminino, 82 anos, dona de casa).

É evidente a importância dada pelo idoso à família, pois é no convívio familiar que ele reafirma seu papel enquanto ser social, positivando a velhice e o envelhecimento. Barros² (2004) ressalta a importância da família como valor social e fundamental na sociedade, para a construção da identidade do idoso.

“ Eu me sinto feliz porque tenho meus netos, meus filhos, todos são bons para mim.” (J.S.F, feminino, 76 anos, aposentada).

“ Para mim está tudo bem, não há nada que eu não goste na velhice, o aparecimento dos problemas é normal. Eu gosto de todo o pessoal, gosto de toda a minha família e eles gostam de mim. Para que melhor do que isso?” (L.M.F, masculino, 82 anos, aposentado).

“ Me sinto feliz de ver a família trabalhando e o outro estudando para ter um dia melhor.” (C.H.T, masculino, 80 anos, aposentado).

O estigma de uma velhice associada à perda, doença e incapacidade que o outro tem a respeito da velhice muitas vezes é absorvido pelo próprio idoso. Este tende a não se olhar como velho, por não se enquadrar nesse estigma. Como relatou a seguinte idosa entrevistada:

“ Não me acho velha, nem me sinto velha, as pessoas dizem que não aparento ter essa idade, não. Eu sou muito dinâmica, gosto de falar, de correr [...]. Idoso só por causa da idade, mas meu corpo, minha mente, não me acho idosa, não.” (J.L.S, feminino, 61 anos, professora aposentada).

Britto da Motta⁵ (1998), diz ser difícil reconhecer-se como velho, porque a velhice, na nossa sociedade, é sempre associada à decadência, muito mais que à sabedoria e experiência. Alguns idosos assumem para si esse estigma social e passam a ter um negativismo em torno do envelhecimento e da velhice.

“ A velhice é muito ruim [...] Não queria ficar velha, não. Queria que Deus me tirasse antes de ficar velha.” (J.S.F, feminino, 76 anos, aposentada).

Percebe-se no depoimento acima que, embora a idosa esteja no processo do envelhecimento, ela não o aceita. Segundo Debert⁸ (1999), os idosos reconhecem que a velhice existe, mas não é aquilo que estão neles. Velho é sempre o outro.

Segundo Britto da Motta⁴ (2004), há naturalmente, por parte dos idosos, a clara percepção do processo do envelhecimento, tanto do corpo como da reação social a ele. A construção de identidades depende da construção das imagens do corpo. Afirma Barros³ (1998) que o corpo e o uso de artifício para arrumá-lo fazem parte de uma forma de controle de expressão da velhice.

“ Eu hoje caminhei do Derby até o Treze de Maio andando, fui para o médico, gosto de cuidar da minha saúde, faço ioga. Me sinto muito bem na velhice. Sou muito vaidosa gosto de me arrumar e sair arrumada. Se for para sair e não tiver o cabelo arrumado eu desisto [...]” (J.L.S, feminino, 62 anos, aposentada).

A preocupação com a manutenção da beleza do corpo físico é alimentada por uma sociedade capitalista que cultua a juventude como forma de beleza, atividade e poder. Britto da Motta⁶ (2004) diz que a referência ao envelhecimento e ao corpo é feita sobretudo às mulheres, porque do ponto de vista do gênero, as mulheres sempre foram avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva.

É evidente a exclusão social do idoso em todos os meios sociais, pois o imaginário social construído em torno da velhice é arraigado de estereótipos e preconceitos, absorvidos pelos mais jovens e transmitidos aos idosos. É evidente como algumas pessoas da sociedade tendem a tratar os idosos de forma discriminatória e como

alguém à parte na sociedade. Ao se perceber na velhice, o idoso aponta para o preconceito que sofre na sociedade por ser velho.

“ [...] Existe muita discriminação, se você vir, às vezes no ônibus o próprio motorista tem abuso de velho. Uma vez eu fui ao médico um tempo desse e ele me discriminou, eu fui fazer exame de pele para tomar banho na piscina do clube, em Aldeia e ele pegou minha camisa como que estivesse com nojo [...]. Outro dia fui no ônibus o motorista olhou para mim e disse vá lá para trás e eu disse vou descer logo lá na frente, tá com raiva de mim só porque sou velho [...]. Algumas pessoas discriminam, mas não são todas.” (C.H.T, masculino, 80 anos, aposentado).

O descaso com que é tratado o idoso em nosso país é algo evidente. Basta olharmos para nossas calçadas mal projetadas, os altos degraus dos ônibus, bem como o acesso dos idosos aos serviços públicos de previdência e saúde. O desrespeito com a pessoa idosa é relatado na fala deste idoso, sendo percebido no processo de envelhecimento como algo negativo.

“ Eu me sinto muito bem na velhice. Se não fossem estes escândalos aí, esta falta de assistência aos idosos, a velhice seria melhor.” (L.M.F, masculino, 81 anos, aposentado).

A independência financeira é importante fator de positividade da velhice por parte do idoso, quando ele redefine o seu papel social, que muitas vezes é tirado do idoso pobre e dependente. Quando o idoso é uma pessoa que conquistou sua independência financeira, ele constrói uma visão da velhice como uma fase normal, no qual existem mais conquistas do que perdas.

“ A velhice é uma coisa normal. Me acho uma pessoa normal. É uma coisa natural que vai acontecendo comigo, mas vai acontecendo com todo mundo. Você quando chega na velhice vai se tornando independente financeiramente e socialmente. É lógico que na juventude você tem um potencial energético maior, uma atividade maior, mas por outro lado você não está realizado financeiramente, nem socialmente, você está buscando e isso vai chegar numa certa idade.” (M.B.S, masculino, 62 anos, médico).

É importante levar em consideração que a associação da velhice com perdas e incapacidade, muitas vezes vista pelo outro, tem uma nova conotação para o idoso. Ele, ao se perceber na velhice, relata ser esta uma fase de muita atividade e prazer de viver, considerada como o momento mais tranquilo, livre e feliz de sua vida.

“ Eu, graças a Deus, me vejo muito bem e feliz. O pouco que tenho dá para sobreviver mais ou menos, divido também com a família. Eu adoro trabalhar, as minhas costurinhas eu adoro, faço a comidinha de acordo com que gosto, faço com prazer. Gosto das minhas brincadeiras, passeio, adoro passear, adoro um forrozinho e por aí vai.” (M.B.M, feminina, 72 anos, aposentada).

Embora sejam evidentes algumas limitações na velhice, a percepção da maioria dos idosos entrevistados em torno da velhice não é uma visão negativa e homogeneizadora, como a do outro que define a velhice como uma fase de perdas, limitações e incapacidade. Cada idoso entrevistado percebe a velhice de forma diferente, o que dá uma conotação heterogênea ao processo de envelhecer, em que o valor da vida é algo bastante importante.

“ [...] o idoso tem mais cuidado com a vida do que os mais jovens, eu estou feliz por ser idoso. Nós nos cuidamos mais que os jovens, damos mais valor à vida.” (J. F.S, masculino, 64 anos, ambulante).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em realizar este estudo foi conhecer a percepção dos idosos em torno da velhice e do envelhecimento, a fim de ver como eles representam essa fase da vida. Muitas vezes a fala vem do outro (especialistas, jovens, familiares), que, ao definir a velhice, está carregado de estigmas e trata o envelhecimento de forma homogênea, dando um foco negativo a esse processo.

Partindo da hipótese de que a velhice é uma categoria social e culturalmente construída, na qual o processo de envelhecer se dá de forma diferente entre os indivíduos, buscamos no relato dos próprios idosos a representação da velhice e do envelhecimento, dando fala aos atores que vivenciam essa fase da vida.

Dos dez idosos entrevistados, apenas dois associaram a velhice a uma fase ruim da vida, devido ao aparecimento das doenças, limitações e mudanças no corpo. Os outros idosos, mesmo apresentando alguma limitação nessa fase, vêem a velhice de forma positiva. Foi evidente que a valorização do papel do idoso na família dá uma positividade ao processo do envelhecimento, bem como a capacidade para exercer atividades e a independência financeira. Percebemos, também, que as mulheres idosas valorizam a imagem do corpo que está envelhecendo, diferentemente dos homens idosos. Muitas vezes o estigma do outro em torno da velhice é absorvido por alguns idosos, bem como o preconceito com o ser “velho” na sociedade é sentido pelo idoso.

Diferentemente da visão negativa e homogeneizadora do outro em torno da velhice, de maneira geral os idosos entrevistados vivenciam o processo do envelhecimento de forma diferente e relatam a velhice como uma fase de prazer, não sendo percebidos conflitos, frustrações ou dramaticidade na forma de vivenciarem a velhice. Também não foram identificados sentimentos de rejeição e/ou inferioridade face às mudanças e perdas.

Como estrutura etária dinâmica no processo de construção social, os idosos estão aos poucos redefinindo seu papel na sociedade. Através de sua visão a respeito do que é a velhice e como vivenciam o processo do envelhecer, podem mostrar à sociedade que a velhice não está associada só a perdas e incapacidades, mas a uma grande atividade na reconstrução de um imaginário que positivise a velhice e não estereotipe o “velho”. Na velhice são evidentes algumas limitações, mas não a ponto de incapacitar o idoso para a vida.

NOTAS

^a Enfermeira, especialista em antropologia da saúde, mestranda em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.
E-mail: vcfsj@cpqam.fiocruz.br

^b Doutor em antropologia social, professor adjunto do Departamento de Ciências Sociais – UFPE.
E-mail: antrop@npd.ufpe.br

^c Doutora em Saúde Pública, pesquisadora do CPqAM/Fiocruz.
E-mail: anabrito@cpqam.fiocruz.br

REFERÊNCIAS

1. Bassit AZ. História de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.175-89.
2. Barros MML. Velhice na contemporaneidade. In: Peixoto CE, organizador. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p.13-23.
3. Barros MML. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: _____. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.113-68.
4. Britto da Motta A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.37-49.
5. Britto da Motta A. "Chegando pra idade". In: BARROS MML, organizadores. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.223-35.
6. Britto da Motta A. Sociabilidades possíveis : idosos e o tempo geracional. In: PEIXOTO, C. E, organizador. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p.109-44.
7. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.51-71.
8. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp, 1999.
9. Heck RM, Langdon EJM. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.129-51.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômicas: síntese de indicadores sociais 2003. Rio de Janeiro: 2004. n.12
11. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Entre a liberdade a liberdade e a dependência (introdução). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.
12. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência Saúde Coletiva 2002; 7(4): 899-906.
13. Scott RP. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.103-27.
14. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia,

Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

Recebido para publicação em 07/10/2005

Aceito em 17/7/2006

© 2007 *Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ*

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Pavilhão João Lyra Filho

20559-900 Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefones: (21)2587-7236 / (21)2587-7672

Fax: (21)2587-7672



crdetext@uerj.br

ANEXO A
QUESTIONÁRIO BOAS
(BRAZIL OLD AGE SCHEDULE)

Pesquisa: “Perfil Epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda-Pernambuco”.

Instituição: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz.

Coordenação: Profa. Dra. Ana Maria de Brito.

Pesquisadora Principal: Mestranda Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim.

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

Número do questionário:
Nome do Grupo que participa:
Área:

Nome do Entrevistado:
Endereço (Rua, Av.):
Bairro:
Cidade: CEP:
Telefone:
Nome do Entrevistador:
Data da Entrevista:
Início da Entrevista:
Término da Entrevista:

I-INFORMAÇÕES GERAIS**1. Quantos anos a Sra. tem?**

..... anos

998. N.S./N.R

2. Em que país a Sra. nasceu?1. Brasil (**Vá para a Q.2a**)2. Outros países (especifique) (**Marque N.A. na Q 2a. e Vá para a Q.3**)

8. N.S./N.R

2a. Em que estado do Brasil a Sra. Nasceu?

Nome do estado

1. Região Norte

2. Região Nordeste

3. Região Sudeste

4. Região Sul

5. Região Centro-Oeste

7. N.A.

8. N.S./N.R

3. Há quanto tempo (anos) a Sra. mora nesta cidade?

..... (número de anos)

98. N.S./N.R.

4. A Sra. sabe ler e escrever?

1. Sim

2. Não (**Marque N.A. na Q. 4a. e Vá para Q. 5**)

8. N.S./N.R.

4b. 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

7. N.A.

8. N.S./N.R.

5. Atualmente qual é o seu estado conjugal?				
Entrevistador: Marque apenas uma alternativa				
1. Casado/morando junto				
2. Viúva (Marque N.A. nas Qs. 5a. e 5b. e Vá para Q. 6)				
3. Divorciada / separada (Marque N.A. nas Qs. 5ª. e 5b. e Vá para Q. 6)				
4. Nunca casou (Marque N.A. nas Qs. 5a. e 5b. e Vá para Q. 6)				
8. N.S./N.R.				
5a. Há quanto tempo a Sra. Está casada / morando junto?				
Entrevistador: A pergunta se refere ao casamento atual				
..... (número de anos)				
97. N.A.				
98. N.S./N.R.				
5b. Qual a idade de seu esposo?				
..... anos de idade				
97. N.A.				
98. N.S./N.R.				
6. A Sra. teve filhos? (em caso positivo, quantos?)				
Entrevistador: Especifique o número de filhos...../ filhas				
..... (número total de filhos/as)				
00. Nenhum				
98. N.S./N.R.				
7. Quantas pessoas vivem com a Sra. Em casa?				
..... pessoas				
00. Entrevistada mora só. (Marque N.A. na Q. 7ª.Vá para Q. 8)				
98. N.S./N.R.				
7a. Quem são essas pessoas?				
Entrevistador: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta SIM .				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Esposo / companheiro	1	2	7	8
2. Pais	1	2	7	8
3. Filhos	1	2	7	8
4. Filhas	1	2	7	8
5. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
6. Netos(as)	1	2	7	8
7. Outros parentes	1	2	7	8
8. Amigos	1	2	7	8
9. Empregada	1	2	7	8

8. Como a Sra. se sente em relação à sua vida em geral ?				
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.				
1. Satisfeita (Marque N.A. na Q. 8ª.)				
2. Insatisfeita				
8. N.S./ N.R.				
8ª. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?				
Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema econômico	1	2	7	8
2. Problema de saúde	1	2	7	8
3. Problema de moradia	1	2	7	8
4. Problema de transporte	1	2	7	8
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	7	8
6. Falta de atividades	1	2	7	8
7. Outro problema (especifique)	1	2	7	8

9. Observação do entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q. 1. Você acha esta informação:
1. Idade plausível/consistente/correta
2. O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente Errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta

II- SAÚDE FÍSICA

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde

10. Em geral, a Sra. diria que sua saúde está:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção
1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima
8.N.S./N.R

11. Em comparação com os últimos 5 anos, a Sra. diria que sua saúde hoje é:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.
1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior
8. N.S./N.R

12. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, a Sra. diria que sua saúde está:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.
1. Melhor
2. Igual
3. Pior
8. N.S./N.R.

13. Atualmente a Sra. tem algum problema de saúde ?
1. Sim
2. Não (Marque N.A. nas Qs. 13a., 13b. e 13c. e Vá para Q. 14)
8. N.S./ N.R.

13 a. Quais são os principais problemas de saúde que a Sra. está enfrentando?		
Entrevistador: Especifique os problemas.		
	NA	NS/NR
1)	97	98
2)	97	98
3)	97	98

13b. Há quanto tempo?				
Entrevistador: Anote em meses o período de duração dos problemas				
	MESES	96 MESES OU MAIS	NA	NS/NR
1) .....	.....	96	97	98
2) .....	.....	96	97	98
3) .....	.....	96	97	98

13c. Este problema de saúde atrapalha a Sra. de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?
1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

14. Por favor, responda se a Sra. sofre de algum destes problemas:			
Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas. Marque as respostas Correspondentes.			
(Se o entrevistado respondeu “Não” em todas as alternativas vá para a Q.15 e marque N.A na Q.14 a)			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Problema nos pés que inibe sua mobilidade (Ex: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1	2	8
b. Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés	1	2	8
c. Falta algum braço, mão, perna, pé	1	2	8
14 a. O Sra. recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ?			
1. Sim			
2. Não			
7. N.A.			
8. N.S./N.R.			
15. A Sra. teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?			
1. Sim			
2. Não (Marque N.A. nas Qs. 15ª. e 15b. e Vá para Q. 16)			
8. N.S./N.R.			
15 a. A Sra. pode se levantar sozinha do chão ?			
1. Sim (Marque N.A. na Q 15b. e Vá para Q. 16)			
2. Não			
7. N.A.			
8. N.S./ N.R.			
15b. Quanto tempo a Sra. ficou no chão até receber ajuda?			
..... minutos			
997. N.A.			
998. N.S./N.R.			
16. Em geral, a Sra. diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:			
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.			
0. (o entrevistado é uma pessoa cega)			
1. Ótima (Marque N.A. na Q. 16a. e Vá para Q. 17)			
2. Boa (Marque N.A. na Q. 16a. e Vá para Q. 17)			
3. Ruim			
4. Péssima			
8. N.S./N.R.			

16a. Este seu problema de visão atrapalha a Sra. de fazer as coisas que a Sra. precisa / quer fazer ?
1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

17. Em geral, a Sra. diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.
1. Ótima (Marque N.A. na Q. 17ª. e Vá para Q. 18)
2. Boa (Marque N.A. na Q. 17a. e Vá para Q. 18)
3. Ruim
4. Péssima
8.N.S./N.R.

17a. Este seu problema de audição atrapalha a Sra. de fazer as coisas que a Sra. precisa/quer fazer?
1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

18. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.
1. Ótimo
2. Bom
3. Ruim
4. Péssimo
8. N.S./N.R.

19. Está faltando algum dos seus dentes ?
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.
1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
8. N.S./N.R.

20. A Sra. tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

21. A Sra. tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

22. Aconteceu com a senhora de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?
1. Sim
2. Não (Marque N.A. na Q. 22a. e Vá para Q. 23)

22 a. Com que frequência isso acontece?
1. Uma ou duas vezes por dia
2. Mais de duas vezes por dia
3. Uma ou duas vezes por semana
4. Mais do que duas vezes por semana
5. Uma ou duas vezes por mês
6. Mais de duas vezes por mês
7. N.A.
8. N.S./N.R.

23. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência?(cheiro de urina)
1. Sim
2. Não

III- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços médicos que a Sra. tem direito de usar.

24. Quando o Sra. está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem a Sra. normalmente procura?
Entrevistador: Marque apenas uma alternativa.
Nome de onde ou a quem procura
0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo. (Vá para a Q. 24a.)
1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita. (Marque N.A na Q. 24a. e Vá para a Q. 25)
2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde. (Marque N.A na Q. 24a. e Vá para a Q.
3. Médicos/ Clínica particulares. (Marque N.A na Q. 24a. e Vá para a Q. 25)
4. Outros (especifique) (Marque N.A na Q. 24a. e Vá para a Q.
8. N.S./N.R. (Marque N.A na Q. 24a.e Vá para a Q. 25.)

24 a. O Sra. não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique)	1	2	7	8

25. A Sra. está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?
1. Sim
2. Não
3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo (Marque N.A. na Q.25a.e Vá para Q.26)
8. N.S./N.R.

25a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando a Sra. utiliza os serviços médicos?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas./ Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item 08. Outros problemas.

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

26. Quando a Sra. necessita de tratamento dentário, onde ou a quem a Sra. normalmente procura?

Entrevistador: Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa.

Nome de onde ou a quem procura

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo. **(Vá para a Q. 26 a)**

1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita. **(Marque N.A na Q.26 a. Vá para a Q. 27)**

2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde. **(Marque N.A na Q.26 a. e Vá para a Q. 27)**

3. Dentista particular. **(Marque N.A na Q.26 a. e Vá para a Q. 27)**

4. Outros (especifique) **(Marque N.A na Q.26 a. e Vá para a Q. 27)**

26a. O Sra. não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

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

27. Nos últimos três meses, a Sr. (a):			
Entrevistador: Leia para o entrevistador as alternativas abaixo.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	8
b. Fez exames clínicos	1	2	8
c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	8
d. Teve de ser socorrida na Emergência	1	2	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	8
f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	8
g. Foi ao dentista	1	2	8

27 a. Dos serviços acima, qual (is) a Sra. utilizou mais de uma vez?				
Entrevistador: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	7	8
2. Fez exames clínicos	1	2	7	8
3. Fez tratamento fisioterápico	1	2	7	8
4. Teve de ser socorrida na Emergência	1	2	7	8
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	7	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	7	8
7. Foi ao dentista	1	2	7	8

28. Por favor diga-me se a Sra. normalmente usa: (leia para a entrevistada)			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8

28a. Atualmente, a Sra. está precisando ter ou trocar :				
Entrevistador: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	7	8
2. Óculos ou lentes de contato	1	2	7	8
3. Aparelho de surdez	1	2	7	8
4. Bengala	1	2	7	8
5. Muleta	1	2	7	8
6. Cadeira de rodas	1	2	7	8
7. Outros(especifique)	1	2	7	8

29. A Sra. toma remédio?
1. Sim
2. Não (marque N.A. nas Qs. 29a. e 29b. e 29c. e Vá para Q. 30)
8. N.S./N.R.

29a. Que remédios a Sra. está tomando atualmente?		
Entrevistador: Se nenhum, marque NA nas Qs. 29b. e 29c. e vá para a Q. 30		
	NA	NS/NR
1)	97	98
2)	97	98
3)	97	98

29b. Quem receitou?
1. Médico
2. Farmacêutico
3. Familiares / Amigos
4. Outros
7. N.A
8. N.S/N.R

29c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que a Sra. tem para obter os remédios que toma regularmente? Entrevistador: NÃO leia para o entrevistado.				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema financeiro	1	2	7	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7	8
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....	1	2	7	8

30. No caso de a Sra. ficar doente ou incapacitada, que pessoa poderia cuidar da Sra.?
0. Nenhuma
1. Esposo / companheiro
2. Filho
3. Filha
4. Outra pessoa da família
5. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
8. N.S./N.R.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

31. A Sra., capaz de fazer sozinha as seguintes atividades:			
Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, barca, etc.)	1	2	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro	1	2	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	8
e. Comer a sua refeição	1	2	8
f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	8
g. Tomar os seus remédios	1	2	8
h. Vestir – se	1	2	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	8
k. Subir/descer escadas	1	2	8
l. Deitar e levantar da cama	1	2	8
m. Tomar banho	1	2	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	8

32. Há alguém que ajuda a Sra. a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir – se, ou dar recados quando precisa?
1. Sim
2. Não (Marque N.A. na Q. 32a. e Vá para Q. 33)
3. N.S./N.R.

32 a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?	
Entrevistador: marque apenas uma alternativa	
1. Esposo / companheiro	
2. Filho	
3. Filha	
4. Uma outra pessoa da família (quem?).....	
5. Um(a) empregada	
6. Outro (quem?)	
7. N.A.	
8. N.S./N.R.	

33. No seu tempo livre a Sra. faz (participa de) alguma dessas atividades:			
Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja (serviço religioso)	1	2	8
i. Vai a jogos (esportes)	1	2	8
j. Pratica algum esporte	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos (excursão)	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	8
r. Outros (especifique)	1	2	8

34. A Sra. está satisfeita com as atividades que desempenha no seu tempo livre?	
1. Sim (Marque N.A. na Q. 34a. e Vá para Q. 35)	
2. Não	
8. N.S./N.R.	

34a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que a Sra. Desempenha no seu tempo livre? Entrevistador: Marque apenas uma alternativa				
	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema com o custo	1	2	7	8
2. Problema de saúde que a impede de se engajar em uma atividade	1	2	7	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	7	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	7	8
5. Outras razões (especifique)	1	2	7	8

V. RECURSOS SOCIAIS

Nesta seção, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas idosas costumam usar na sua comunidade.

35. O (a) Sra. está satisfeita com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com a Sra.?	
0. Entrevistado mora só	
1. Sim	
2. Não	
8. N.S./N.R.	

36. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).			
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência (especifique)	1	2	8

37. Que tipo de ajuda ou assistência a Sra. oferece para sua família?			
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Cuidar de criança	1	2	8
e. Outro tipo de cuidado assistência (especifique)	1	2	8

38. A Sra. está satisfeita com o relacionamento que tem com seus amigos?
0. Entrevistada não tem amigos
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

39. A Sra. está satisfeita com o relacionamento que tem com seus vizinhos?
0. Entrevistada não tem relação com os vizinhos
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

40. Na semana passada a Sra. recebeu visita de alguma destas pessoas?			
Entrevistador: leia as respostas para o entrevistado			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Vizinhos / amigos	1	2	8
b. Filhos(as)	1	2	8
c. Outros familiares	1	2	8
d. Outros (especifique)	1	2	8

VI- RECURSOS ECONÔMICOS

41. Que tipo de trabalho (ocupação) a Sra. teve durante a maior parte de sua vida?
Entrevistador: Anote o tipo de trabalho
1. Nunca trabalhou (Marque N.A. na Q. 41a. e Vá para Q. 42)
2. Dona de casa (Marque N.A. na Q. 41a. e Vá para Q. 42)
98.N.S./N.R.

41a. Por quanto tempo?
Número de anos:.....
97. N.A.
98. N.S./N.R.

42. Atualmente a Sra. trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.
1. Sim (Vá para marque N.A. na Q. 42a. e vá para Q.43)
2. Não
8. N.S./N.R

42a. Com que idade a Sra. parou de trabalhar?
.....anos
97. N.A.
98. N.S./N.R.

43. De onde a Sra. tira o sustento de sua vida? Entrevistador não leia para o entrevistado as alternativas.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. do seu trabalho	1	2	8
b. da sua aposentadoria	1	2	8
c. da pensão/ajuda da seu (sua) esposa	1	2	8
d. da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. de aluguéis, investimentos	1	2	8
f. de outras fontes.....	1	2	8

44. Em média, qual é a sua renda mensal?
Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido)
1. rendimento mensal
_____ 8 0 0 0 8
8. N.S./N.R.

44a. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer – me o valor aproximado.	
Entrevistador: Se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q. 45. 0 entrevistado vive sozinho e não tem rendimento (Marque N.A. nesta questão e na Q. 45b)	
1. Rendimento mensal	— — — — — 7 0 0 0 7 8 0 0 0 8
7. N.A.	
8. N.S./N.R.	

44b. Quantas pessoas, incluindo a Sra., vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento)?
..... pessoas
97. N.A.
98. N.S./N.R.

45. Por favor, informe me se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:			
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas:			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Água encanada	1	2	8
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira/congelador	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeo – cassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8

46. A Sra. é proprietária, aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?
Entrevistador: Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel ou usa de graça) verifique em qual o entrevistado se enquadra. Especifique apenas uma alternativa.
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)
8. N.S./N.R.

47. Em comparação a quanto a Sra. tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção
1. Melhor
2. A mesma
3. Pior
8. N.S./N.R.

48. Para suas necessidades básicas, o que a Sra. ganha:
Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.
1. Dá e sobra
2. Dá na conta certa
3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito
8. N.S./N.R.

VIII- NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO

49. Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?			
Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.			
	SIM	NÃO	NS/NR
a. Carência econômica	1	2	8
b. Carência de moradia	1	2	8
c. Carência de transporte	1	2	8
d. Carência de lazer	1	2	8
e. Carência de segurança	1	2	8
f. Carência de saúde	1	2	8
g. Carência de alimentação	1	2	8
e. Carência de companhia e contato pessoal	1	2	8

50. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que a Sra. me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.
Entrevistador: Anote apenas uma alternativa, não leia para o entrevistado as respostas.
00. Entrevistada não relata problemas importantes
01. Problema econômico
02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
03. O medo da violência
04. Problema de moradia
05. Problema de transporte
06. Problemas familiares (conflitos)
07. Problemas de isolamento (solidão)
08. Preocupação com filhos/netos
09. Outros problemas (especifique).....
98. N.S/N.R.

Entrevistador: assegure para a pessoa entrevistada que seu nome foi solicitado apenas para facilitar uma possível rápida nova entrevista para verificação das informações coletadas por parte do entrevistador. As respostas contidas neste questionário, como também o nome do entrevistado, permanecerão estritamente confidenciais.

Muito obrigada pela sua colaboração.

A Sra. tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

A Sra. gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou

Entrevistador: registre a resposta do entrevistado aqui

IX. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência da entrevistada

1. Tempo de duração da entrevista (especifique)
--

.....minutos

2. No geral, as respostas são confiáveis?
--

1. Sim

2. Não

3. No geral, a entrevistada entendeu as perguntas formuladas?
--

1. Sim

2. Não

4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:

1. Positiva

2. Negativa

5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:

1. Sim

2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista em algum aspecto importante?
--

1.Sim

2.Não

7.N.A.

5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?
--

1.Positiva

2.Negativa

7.N.A.

6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR:

DIA

MÊS

ANO



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

ANEXO B



Ministério da Saúde

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPqAM/FIOCRUZ

Título do Projeto: "Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda - Pernambuco".

Pesquisador responsável: Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim

Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 18/04/2006

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 30/06

Registro no CAEE: 0026.0.095.000-06

PARECER

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 10 de maio de 2009. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 15 de maio de 2006

Ana Maria A. Santos

Dr^a Ana Maria Aquilar dos Santos
Médica
Coordenação
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 15/05/2007.