

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Maria Noêmia Vieira Pessoa

Situação socioeconômica e condição funcional do idoso de 80 anos e mais

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**São Paulo
2009**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Maria Noêmia Vieira Pessoa

Situação socioeconômica e condição funcional do idoso de 80 anos e mais

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

**São Paulo
2009**

Banca Examinadora

Dedico este trabalho a toda minha família, principalmente à minha mãe que, em meio à batalha pela vida, encontrou forças para me encorajar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta dissertação de mestrado.

À Professora Dra. Nádia sou especialmente grata por ter sido minha orientadora e que com toda sensibilidade, compreensão, carinho, paciência e dedicação me guiou tão bem neste meu processo de elaboração do trabalho.

A todos os meus professores do Programa de Gerontologia, minha gratidão por terem me conduzido com tanta capacidade no árduo caminho do conhecimento.

Este trabalho não poderia ter sido realizado sem a participação dos idosos que me concederam depoimentos tão valiosos. A eles, meu “muito obrigada.”

Aos meus pais, ao meu irmão, à minha madrinha, aos amigos e aos revisores deste trabalho, o meu especial reconhecimento.

A Deus que me deu saúde, força e sabedoria...

RESUMO

A pesquisa que fundamentou esta dissertação possibilitou ampliar os conhecimentos científicos propiciadores da consolidação das interfaces entre as áreas da Gerontologia e da Terapia Ocupacional. O estudo realizado teve como objetivo central analisar a situação socioeconômica e a condição funcional de idosos com 80 anos e mais e o desempenho das suas atividades cotidianas. O trabalho visou, especificamente, identificar os indicadores da realidade de vida dos sujeitos pesquisados, caracterizar suas atividades diárias, constatar o grau de autonomia e satisfação tanto no exercício das funções desempenhadas no dia a dia quanto no que se refere à qualidade de vida na velhice. Esta investigação foi desenvolvida por meio das abordagens quantitativa e qualitativa. O trabalho de campo foi realizado mediante entrevistas individuais com utilização de protocolos validados, abrangendo dez idosos selecionados aleatoriamente e provenientes de diferentes origens sociais. Para se proceder à coleta de dados, houve contatos prévios com os idosos para informá-los sobre a pesquisa e acerca da metodologia adotada, a fim de que manifestassem seu consentimento para participar das entrevistas, que foram realizadas com base na aplicação dos seguintes instrumentos: “Questionário de Qualidade de Vida SF – 36”, protocolo “Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2008”, “Protocolo de Avaliação de Medida de Independência Funcional”, além de roteiro semi-estruturado com questões relativas aos objetivos específicos do estudo. Os procedimentos de análise foram respaldados em categorias teórico-metodológicas, definidas a partir dos dados coletados e do marco teórico de referência selecionado para esta pesquisa. Os resultados indicam, essencialmente, que idosos de diferentes situações socioeconômicas apresentam graus de independência semelhantes para realizar as atividades de vida diária, porém pôde-se apreender também que idosos de nível socioeconômico mais baixo têm rotina diária mais rica e maior satisfação quanto à qualidade de vida, se comparados aos de nível mais alto.

Palavras-chave: condição funcional do idoso, autonomia, qualidade de vida, situação socioeconômica

ABSTRACT

The research presented in this dissertation has increased the scientific knowledge that allows for the consolidation of the interfaces between the fields of Gerontology and Occupational Therapy. Its main goal was to connect socioeconomic status with the functional capacity of elders with 80 years of age and older in the development of their daily activities. It specifically intended to identify actual standard of living indicators of elders, characterise their daily activities, establish a measure of their autonomy and satisfaction in performing activities of daily living and their life quality. The dissertation involved both quantitative and qualitative research methods. The field work consisted of individual interviews using validated protocols conducted with ten elders of different social backgrounds of randomly selected subjects. The data collection was preceded by contacts with the participants in order to inform them about the research, the methodology used and to get their informed consent to participate in the interviews. The interviews applied the following instruments: the “Quality of Life Questionnaire SF – 36”, the protocol “*Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2008*” (New Standard Criterion of Economic Classification Brasil, 2008), the “Protocol of Functional Independence Measure (FIM)”, as well as a semi-structured interview script with questions regarding the specific aims of the study. The analyses were supported by theoretical and methodological categories defined by the data collected and the theoretical references selected for this research. The study concluded that elders from different socioeconomic status have similar measures of independence in performing activities of daily living. However, it has also found that elders of lower socioeconomic status have richer daily routines and more satisfaction with their life quality than those of higher status.

Key words: elder’s functional status, autonomy, life quality, socioeconomic status

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – O IDOSO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	13
CAPÍTULO 2- VELHICE E CONDIÇÃO FUNCIONAL.....	27
CAPÍTULO 3- PESQUISA DE CAMPO.....	41
3.1 – Metodologia da Pesquisa.....	41
3.2 – Resultados da Análise dos Dados.....	45
3.2.1 – Identificação dos Sujeitos da Pesquisa.....	45
3.2.2- Interpretações dos Depoimentos.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	71

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres”.

(Sêneca)

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, e por conseguinte a longevidade, é um fato incontestável, demonstrado por pesquisas científicas. Diante do envelhecimento demográfico, o que se percebe é que tanto o nosso país quanto a maioria dos países em desenvolvimento não estão preparados para proporcionar uma qualidade de vida digna para a população idosa. Por isso, é preciso que a nossa sociedade e o Estado definam políticas e ações que priorizem a construção de saberes que permitam conhecer nossos idosos e suas necessidades.

Ademais, a educação tem que ser reinventada para que crianças cresçam e se desenvolvam aprendendo a valorizar e a respeitar os mais velhos, pois é essencial que todos nós conheçamos nossos idosos e a bagagem de sabedoria que acumularam durante os muitos anos de vida e que deve ser apreendida pelos mais jovens.

É escusado dizer que, com o aumento da expectativa de vida, despontam algumas preocupações no que tange às condições de bem-estar deste segmento, aos cuidados que lhe serão dispensados e à preparação e assistência aos cuidadores. De fato, as pessoas envelhecem e, concomitantemente, surgem dificuldades, dentre as quais o desempenho de algumas funções do dia a dia. Muitos idosos se tornam dependentes de terceiros para a realização de atividades cotidianas. É verdade, também, que muitos mantêm sua autonomia e independência, o que significa que o processo de envelhecimento ocorre de diferentes maneiras, segundo características individuais.

Cumprе realçar, ainda, que a concepção de velhice predominante se encontra atrelada à busca incessante e permanente da jovialidade. A preocupação em demasia com aspectos estéticos e procedimentos milagrosos que adiem o envelhecimento resulta no não reconhecimento de outras facetas da realidade da velhice, isto é, no entendimento da capacidade de resiliência dos idosos quanto aos cuidados pessoais e com a saúde.

A saúde do idoso é entendida de maneira limitada, porque se adota, normalmente, o discurso de que velhice significa ausência do vigor físico, debilidade das forças, fragilidade ou mesmo doença. Estes fatores são considerados impeditivos para a inserção social dos idosos e impedem que eles façam planos para a vida futura, levando-os ao conformismo com a situação em que se encontram. Convém notar que a debilidade da saúde e a limitação da funcionalidade podem promover o isolamento da pessoa idosa, em especial daquelas que estão numa faixa etária mais avançada e que passam a ser ignoradas e desconsideradas nos ambientes sociais.

Torna-se, portanto, necessário investigar a influência da situação socioeconômica na condição funcional dos idosos com 80 anos de idade ou mais, para realização das suas atividades cotidianas e como esta condição pode influenciar na sua qualidade de vida. A satisfação pessoal com relação às atividades desenvolvidas e a sensação de felicidade também devem ser observadas.

O que se pode assegurar é que a realidade funcional do idoso melhora sua autoestima e, conseqüentemente, beneficia sua qualidade de vida. A mudança do modo de vida, na velhice, como a participação em grupos de convivência da terceira idade, enriquece a rotina, proporciona momentos de lazer que não eram possíveis na juventude, melhora o estado de saúde e lhes traz maior felicidade.

Assim, podemos verificar que para os idosos que frequentam grupos de convivência, apesar de pertencerem a um nível socioeconômico mais baixo, a velhice não é uma fase da vida em que se fica somente esperando a morte ou convivendo com a doença, mas sim uma etapa que pode ser vivida plenamente, fazendo planos e projetos para o futuro.

A realização deste trabalho pode contribuir para a conscientização de familiares, cuidadores e dos próprios idosos sobre a importância de realizarem as atividades do dia-a-dia de maneira independente, o que lhes garante autonomia, liberdade e dignidade. Sem dúvida, o idoso ativo tem melhor condição de qualidade de vida e possibilidade de ser mais feliz.

Para tratar do tema proposto, esta dissertação foi dividida em três capítulos e considerações finais que reúnem destaques das análises realizadas.

No primeiro capítulo, “O idoso na sociedade contemporânea”, aborda-se o crescimento da população idosa no Brasil, principalmente de idosos mais longevos e a maneira como o idoso é visto na sociedade atual. Mostram-se as dificuldades que permeiam o envelhecimento considerando falta de preparo para atender à demanda específica dessa população idosa tanto por parte do governo quanto pela sociedade civil que não se aparelharam suficientemente para enfrentar essa mudança demográfica, isto é, a longevidade.

No segundo capítulo, “Velhice e Saúde”, trata-se das diversas formas de envelhecer e da estreita relação entre velhice e doença que é feita com frequência pela sociedade atual. Demonstra-se que os idosos negam a velhice e buscam exaustivamente a jovialidade. Por isso, a saúde passa a ser mais apreciada quando se refere a aspectos estéticos ou prolongadores da juventude. Além disso, são mencionadas as mudanças fisiológicas que surgem na velhice, realçando que o que mais comete os idosos na velhice não é a doença propriamente dita, mas sim o abandono, a exclusão e os maus tratos sofridos por vezes no ambiente familiar.

No terceiro capítulo, “Pesquisa de Campo”, expõem-se o resultado da investigação feita com os idosos participantes da pesquisa e a influência da situação socioeconômica na capacidade de realizar atividades cotidianas bem como na qualidade de vida dos sujeitos pesquisados pertencentes a diferentes níveis.

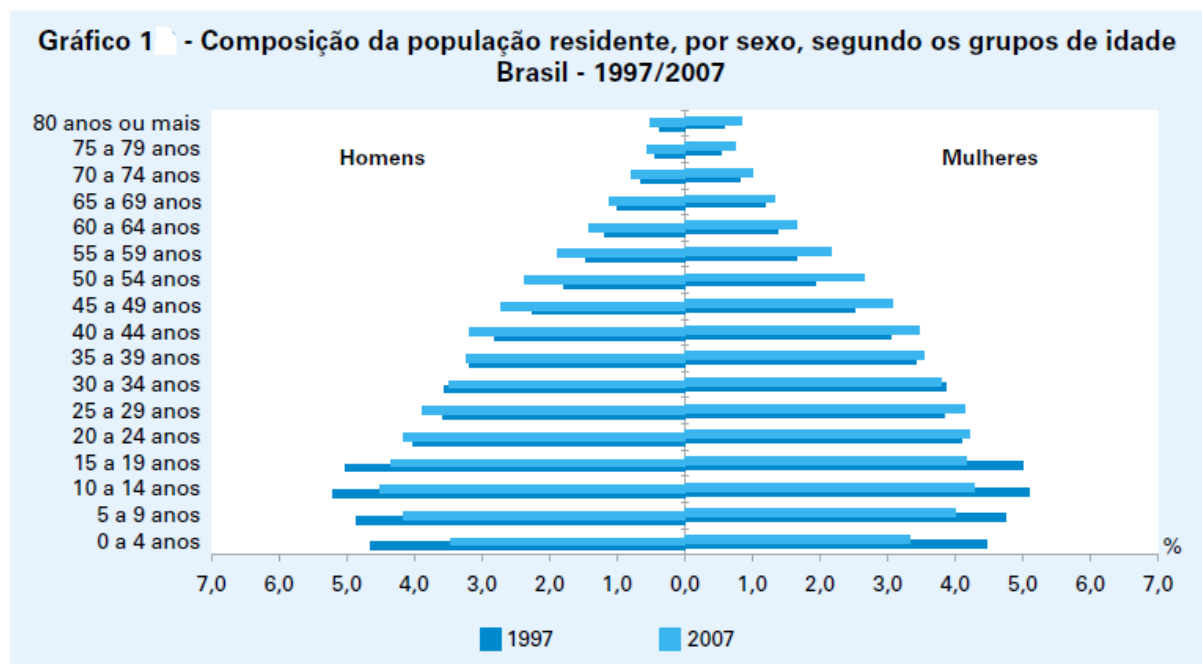
As considerações finais inclui idéias sintetizadoras acerca dos significados deste trabalho e as contribuições decorrentes do processo de análise teórica e pertinente à pesquisa de campo realizadas.

CAPÍTULO 1

O IDOSO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), nos países desenvolvidos são considerados idosos os indivíduos a partir dos 65 anos e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos ou mais. Além disso, o período de 1975 a 2025 compreende a “Era do Envelhecimento”, o que significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. No Brasil, o Estatuto do Idoso (2003) utiliza o limite de 60 anos para classificação do idoso.

O gráfico abaixo nos revela que, no ano de 2007, a população com idade de até 19 anos diminuiu, ao passo que aumentou o número de pessoas com mais de 20 anos.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007.

Pesquisa divulgada em 9 de dezembro de 2008 pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) comprova aumento demográfico da população idosa, já descrita pela ONU. As pessoas estão vivendo mais e, em poucas décadas, o número de idosos será equivalente ao de jovens nos principais países desenvolvidos e também nas nações em desenvolvimento,

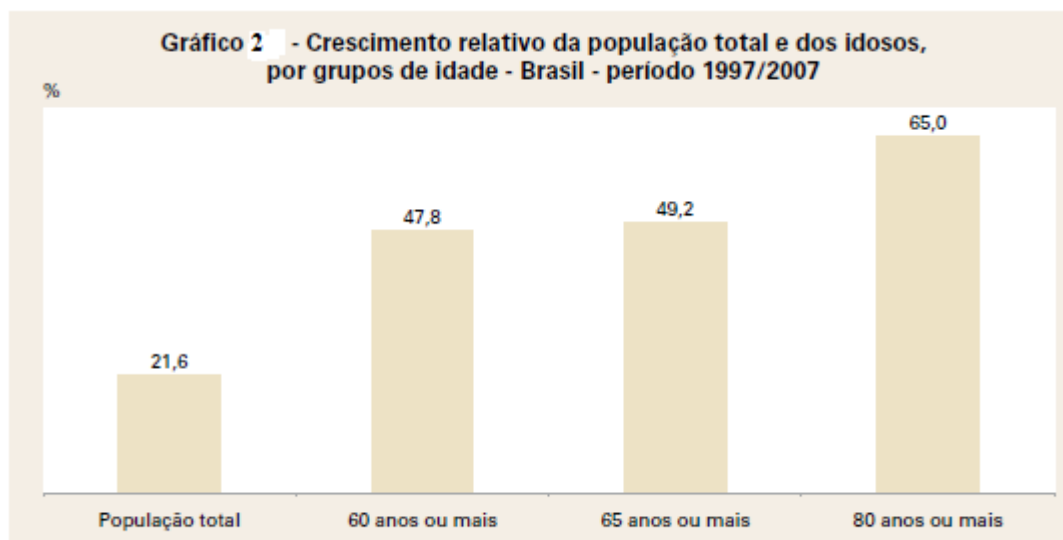
como é o caso do Brasil. De acordo com o estudo “Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização de Proteção Social”:

“As estimativas apontam para um crescimento ainda mais significativo para as próximas décadas, chegando-se em 2050 com cerca de 30% da população brasileira composta por idosos. O aumento da população com idade superior a 80 anos tem se revelado ainda mais expressivo”.

(http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/08_12_09_LivroEnvelhecimento_Di_soc_Previdencia.pdf)

Podemos observar, então, que um novo cenário desponta em praticamente todo o mundo como consequência da longevidade, ao mesmo tempo em surge o conceito da “Quarta Idade”, formada por indivíduos com idade superior a 80 anos.

Verificando os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2006 –podemos comprovar a tendência de crescimento da população idosa que alcançou 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais e ultrapassou 13 milhões no grupo de 65 anos ou mais. Foi um aumento significativo em menos de 50 anos. O maior aumento se deu no grupo que compreende os indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, em virtude do avanço das conquistas científicas na área da saúde, da medicina moderna, além da melhora nas condições sanitárias. De 1997 a 2007, o aumento da população foi de, aproximadamente, 21,6% e o da população com 80 anos ficou acima de 65%, como mostra o gráfico abaixo, o que corresponde a aproximadamente 34,3 milhões de idosos nesta faixa etária, ou 13,2% da população total.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007.

Supõe-se que, em 2035, a maior parte da população terá entre 50 e 54 anos, portanto o Brasil não vai mais ser conhecido como um país de jovens. Tal crescimento da população poderá nos tornar, a partir de 2030, um país de velhos, conforme a PNAD.

Levando-se em conta os estados brasileiros, estudos comprovam que, na região Sudeste, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro e, na região Sul, o estado do Rio Grande do Sul, por serem estados mais ricos e proporcionarem melhores condições de vida aos seus habitantes, detêm maior concentração de idosos, como podemos observar na Tabela 1. Só a cidade de São Paulo tem aproximadamente um milhão e quatrocentos mil idosos. Verifica-se também que no Rio de Janeiro o processo de envelhecimento populacional está mais avançado do que nas demais Unidades da Federação, uma vez que a proporção de idosos da população carioca supera 14%.

O Rio Grande do Sul, o segundo estado com maior número de idosos, apresenta um diferencial em relação aos demais estados, por ser o pioneiro em ações que envolvem o envelhecimento saudável, sendo conhecido como um centro de excelência na área por suas políticas voltadas para essa população. Empresas, entidades não governamentais e esfera pública investem cada vez mais com o objetivo de atender às necessidades da chamada terceira idade. Portanto, não foi sem razão que em 2008, o estado foi denominado Estado Amigo do Idoso. (<http://www.sjds.rs.gov.br/portal/>)

Em contrapartida, nos estados brasileiros em que os idosos são submetidos a uma qualidade de vida inferior, essa população aparece em menor número, além de se observar, neste caso, a má condição de vida e elevada taxa de mortalidade infantil, fatores que também explicam as diferenças encontradas nos estados brasileiros entre as regiões economicamente mais ricas e as mais pobres. Nesse sentido, “O Rio Grande do Sul foi o estado que registrou a menor taxa de mortalidade infantil (13,50‰) e Alagoas, com 50,00‰, apresentou a mais elevada, em 2007.”

(http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2008/indic_sociais2008.pdf)

Tabela 1 - População residente total e de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas - 2007

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	População residente							
	Total (1 000 pessoas)	60 anos ou mais de idade						
		Total		Distribuição percentual, por grupos de idade (%)				
		Absoluto (1 000 pessoas)	Relativo (%)	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Brasil	188 820	19 955	10,5	3,2	2,6	1,9	1,4	1,4
Norte	15 403	1 032	6,7	2,2	1,8	1,2	0,8	0,8
Rondônia	1 595	107	6,7	2,3	1,7	1,2	0,8	0,7
Acre	679	39	5,7	1,8	1,5	1,1	0,6	0,6
Amazonas	3 431	195	5,7	1,7	1,6	1,0	0,8	0,5
Roraima	418	21	5,0	1,7	1,1	1,2	0,6	0,4
Pará	7 275	517	7,1	2,4	1,9	1,2	0,8	0,8
Região Metropolitana de Belém	2 139	172	8,0	2,4	1,9	1,4	1,0	1,3
Amapá	641	32	5,0	1,5	1,1	1,0	0,8	0,6
Tocantins	1 364	120	8,8	2,8	2,1	1,7	0,9	1,3
Nordeste	52 305	5 145	9,8	2,9	2,4	1,7	1,3	1,5
Maranhão	6 280	538	8,6	2,4	2,0	1,7	1,2	1,3
Piauí	3 071	329	10,7	3,2	2,6	1,7	1,6	1,6
Ceará	8 358	881	10,5	3,0	2,5	1,8	1,4	1,7
Região Metropolitana de Fortaleza	3 483	311	8,9	2,8	2,4	1,5	1,1	1,1
Rio Grande do Norte	3 092	286	9,3	2,6	2,1	1,6	1,3	1,6
Paraíba	3 655	408	11,2	3,1	2,7	1,9	1,5	1,9
Pernambuco	8 608	846	9,8	2,8	2,5	1,8	1,3	1,5
Região Metropolitana de Recife	3 702	365	9,9	3,0	2,5	1,9	1,2	1,3
Alagoas	3 092	297	9,6	3,5	2,2	1,6	1,1	1,3
Sergipe	2 040	158	7,8	2,4	1,8	1,2	0,7	1,6
Bahia	14 109	1 400	9,9	3,0	2,5	1,7	1,2	1,5
Região Metropolitana de Salvador	3 475	254	7,3	2,4	1,8	1,4	0,8	0,9
Sudeste	80 845	9 446	11,7	3,6	2,9	2,1	1,6	1,5
Minas Gerais	19 765	2 196	11,1	3,4	2,8	2,0	1,4	1,5
Região Metropolitana de Belo Horizonte	5 076	505	9,9	3,3	2,3	1,7	1,3	1,4
Espírito Santo	3 530	347	9,8	3,0	2,4	1,8	1,4	1,2
Rio de Janeiro	15 772	2 230	14,1	4,3	3,3	2,7	1,9	2,0
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	11 835	1 737	14,7	4,4	3,4	2,8	2,0	2,1
São Paulo	41 779	4 674	11,2	3,4	2,8	2,0	1,6	1,4
Região Metropolitana de São Paulo	20 001	2 135	10,7	3,2	2,5	2,0	1,5	1,3
Sul	27 704	3 162	11,4	3,7	2,8	2,1	1,4	1,3
Paraná	10 535	1 101	10,4	3,4	2,7	1,9	1,3	1,2
Região Metropolitana de Curitiba	3 305	313	9,5	3,1	2,4	1,7	1,3	1,0
Santa Catarina	6 068	630	10,4	3,7	2,6	2,0	1,1	1,0
Rio Grande do Sul	11 103	1 431	12,9	4,0	3,1	2,4	1,7	1,6
Região Metropolitana de Porto Alegre	4 158	500	12,0	4,0	2,9	2,3	1,6	1,3
Centro-Oeste	13 563	1 170	8,6	2,9	2,3	1,6	1,0	1,0
Mato Grosso do Sul	2 338	239	10,2	3,0	2,5	1,9	1,4	1,5
Mato Grosso	2 920	219	7,5	2,6	2,1	1,5	0,7	0,6
Goiás	5 861	535	9,1	3,1	2,3	1,6	1,0	1,0
Distrito Federal	2 444	177	7,2	2,5	2,1	1,3	0,7	0,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007.

Cabe retomar e destacar que o aumento da população idosa e, principalmente a longevidade, se justifica pelas melhorias no serviço de saúde e pelo desenvolvimento de tecnologias médicas. De fato, a população carente passou a ter acesso a vários benefícios nessa área os quais contribuíram para a erradicação de doenças que antes vitimavam brasileiros, haja vista as campanhas de vacinação contra a gripe que o governo realiza todos os anos gratuitamente para os idosos e que fizeram com que diminuíssem, consideravelmente, as internações em hospitais. "Estudos do Ministério da Saúde mostram que a vacinação pode reduzir entre 32% e 45% o número de hospitalizações por pneumonia e em 39% a 75% a mortalidade nessa faixa etária". (www.ultimosegundo.ig.com.br)

Outro fator importante para o aumento no número de idosos, além da diminuição da taxa de natalidade, é a melhoria das condições sanitárias. De acordo com o IBGE, as condições de habitação se tornaram mais satisfatórias e o aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico é um dos responsáveis pela diminuição da mortalidade infantil e, conseqüentemente, pela longevidade.

Ainda segundo o IBGE, o maior número de pessoas com escolaridade também contribui para a crescente longevidade, além de se constituir em fator essencial para proporcionar uma melhor qualidade de vida à população. A melhoria de renda dos idosos nos últimos 10 anos, assim como a eficácia de políticas públicas voltadas para esta faixa etária, especialmente em áreas rurais, como o Programa de Benefícios de Prestação Continuada, complementam as mudanças que promovem uma nova realidade de vida para o segmento idoso.

Constatar que o brasileiro está vivendo mais nos dá maior confiança, mesmo porque a expectativa de vida está diretamente ligada a viver com melhor qualidade. Apesar desses avanços, pesquisa realizada pelo Ipea, em 2007, revela que o Brasil não está preparado para "envelhecer". A dificuldade de desenvolvimento de políticas públicas para a terceira idade, não apenas por parte do governo federal, mas em todas as esferas do poder, revela que nosso país não se organizou para cuidar de seus idosos, considerando os novos conhecimentos sobre o processo de envelhecimento da sua população.

Observa-se que os países desenvolvidos apresentam condições diferenciadas para enfrentar a realidade decorrente do aumento da população idosa, pois contam com recursos

sociais que proporcionam uma boa qualidade de vida para esta população. Inversamente, os países em desenvolvimento, por causa da má distribuição de renda e ao mau uso do dinheiro público, enfrentam inúmeras dificuldades e desafios para atender às demandas que tal mudança demográfica desencadeou.

Segundo um artigo publicado pelo Ipea, “O Progresso (MS): População idosa”, o Brasil deveria se pautar em experiências positivas de países europeus como a Espanha, Reino Unido e Suécia, que apresentam uma política pública invejável com significativa oferta de benefícios aos seus idosos, entre eles, o de poder contar com um serviço médico e de enfermagem de qualidade. E não é só no que se refere à área da saúde, pois os restaurantes têm serviços de entrega especiais para idosos, há centros de reabilitação, asilos, centros-dia que funcionam com excelência para atender às necessidades específicas da terceira idade. Adaptações como muletas, bengalas e aparelhos ortopédicos são fornecidos quando necessários e há camas hospitalares disponíveis, quando indicadas. Além disso, as residências são adaptadas com a finalidade de facilitar a independência e a segurança do idoso.

Nesse sentido, podemos afirmar que a sociedade brasileira não tem enfrentado devidamente as questões referentes à longevidade. Nos deparamos com as cidades cujas barreiras arquitetônicas dificultam a mobilidade dos idosos, há poucos centros multidisciplinares para indivíduos dessa faixa etária e, como veicula a mídia, muitos idosos são tratados sem o mínimo de dignidade. Muitas vezes como destaca o artigo do Ipea acima mencionado, o Brasil trata seus idosos como se eles se constituíssem num estorvo. Menciona-se, como exemplo, as agências do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que instalam detectores de metal nas portas, ou ainda, obrigam o cadastramento dos idosos com 90 anos ou mais nos postos do INSS, o que exige que se locomovam, na maioria das vezes com dificuldade, até os referidos postos.

Por conseguinte, o fenômeno da longevidade requer atenção especial não somente do Estado e da sociedade, mas também da própria família, pois os idosos demandam cuidados especiais, além da disponibilidade de tempo e recursos financeiros que tais cuidados requerem. Como afirma Côrte: “O prolongamento da vida gera muitas preocupações, especialmente a atenção imediata com aumento da demanda por diversos serviços e os custos que isso acarreta.” (2005, p.241).

Ademais, embora não seja regra, em decorrência deste processo da longevidade, pode ocorrer o surgimento de um quadro de enfermidades complexas e onerosas, assunto que discutiremos no próximo capítulo, demonstrando que muitos idosos exigem, além dos referidos cuidados, medicação contínua e exames periódicos.

Assim, levando-se em conta a revolução demográfica pela qual passa nosso país, urge que ela seja acompanhada por uma alteração nos planos social e cultural. De fato, o acelerado processo de mudança demográfica está repercutindo em todos os planos da vida social, sobretudo porque provoca uma quebra cultural profunda num país que está acostumado a valorizar o jovem e o belo.

Ademais, à medida que a população idosa cresce mais que a infantil, a educação tem que ser reinventada e as crianças precisam ser conscientizadas sobre a velhice, para compreendê-la e respeitá-la. É evidente que a percepção sobre a velhice e o envelhecimento tem de ser mudada e, para tanto, a educação para o envelhecimento é essencial. Para Silveira (2006):

“As ações educacionais devem envolver pessoas de todas as idades, em especial os idosos que precisam se preparar, individual e coletivamente, para viver com dignidade e plenitude a fase da velhice que vem se prolongando continuamente diante das conquistas científicas e tecnológicas.”

Atualmente há uma valorização do Brasil como um país eternamente jovem. Não há espaço para os mais velhos, que ao buscar um emprego e um lugar digno na sociedade encontram dificuldade pela sua desvalorização. Os idosos “vivem um *apartheid* e não participam da vida social tão ativamente quanto os mais jovens”. (REIS, 2003, p.45 apud Sant'Anna, 2003, p. 45).

Como afirma Sant'Anna (2006, p.107), o processo de envelhecimento passou por uma transformação na sociedade contemporânea, que agora vive numa busca incansável pelo rejuvenescimento. Nas palavras da autora:

“*Envelhecer rejuvenescendo* deixou de ser contradição entre termos para se tornar necessidade julgada saudável e socialmente bem aceita. O uso de

roupas, adereços, produtos de beleza e serviços destinados ao lazer, à saúde e ao bem-estar corporal típicos da vida jovem começou, também, a fazer parte do universo dos que ultrapassaram 60 anos.”

Concordamos com as afirmações expostas, pois o que se verifica é que a sociedade não está suficiente e adequadamente preocupada com a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Os assuntos mais discutidos estão relacionados à estética e à busca pela aparência jovial, negando-se, de modo perceptível, a velhice. Ou ainda, quando se abordam aspectos relacionados a esta fase da vida, sempre são associados à doença e, conseqüentemente, ao aumento dos gastos com remédios e a programas antienvelhecimento.

Atualmente, o idoso, além de vivenciar as mudanças do próprio corpo, pois a partir do momento em que somos concebidos já começamos a envelhecer, se depara com uma sociedade que prega o modelo da eterna juventude. As rugas e as dobras no rosto são substituídas pela busca do corpo “sarado”. A mídia e as indústrias investem cada vez mais no jovem e em produtos que prometem a juventude eterna. Cumpre lembrar que as mudanças no corpo do idoso são fisiológicas e todos nós as experimentaremos um dia, pois o corpo transforma-se no decorrer da vida como parte das experiências vividas.

É interessante notar também que vivemos um paradoxo: os adolescentes querem parecer mais velhos, e os mais velhos querem parecer adolescentes. É comum encontramos adolescentes e crianças vestidos como adultos e se comportando como tal. Crianças andam de salto alto enquanto os idosos, na busca pela eterna juventude, assumem um comportamento que não condiz com a idade cronológica. Homens com cabelos brancos são aceitos na sociedade, considerados charmosos, em contrapartida, as mulheres procuram esconder os sinais da velhice que, muitas vezes acarretam sua rejeição. De modo geral, as rugas assustam, os cabelos brancos chocam e os quilos adquiridos a mais, com o passar dos anos, não são aceitos. Enfim, a imagem física do velho é desvalorizada.

Na França, ao contrário, as mulheres maduras são mais bem aceitas, chegando até a serem admitidas na mídia, uma vez que elas estão em propagandas de produtos de beleza, em revistas, etc. No Brasil, há até uma estratificação nos horários: os idosos vão ao mercado nas manhãs, e os jovens saem para a diversão à noite. Em algumas situações, fica a impressão de que os idosos vivem em guetos, praticamente isolados.

Pelo exposto, fica claro que a identidade do idoso é construída em contraposição à identidade do jovem. Características típicas dos jovens como atividade, produtividade, beleza, força, memória são opostas nos indivíduos envelhecidos. Parece que as boas qualidades são atribuídas aos jovens e aos mais velhos restam as piores. E ainda, as qualidades atribuídas aos mais velhos são estigmatizadoras. A sociedade se utiliza de palavras que rotulam o indivíduo envelhecido negativamente, o que é prejudicial, porque o impede de investir no presente e fazer planos para o futuro.

A falta de perspectiva de futuro para o idoso é, portanto, uma questão histórica e cultural, embora se consiga identificar na sociedade contemporânea sinais de luta para melhorar a sua condição de vida atual. É evidente que com a tendência do envelhecimento populacional está se instalando uma mudança da concepção dos padrões estéticos predominantes.

Atualmente, há um crescimento de serviços e atendimentos no setor de cuidados com o corpo que vão da cosmética à cirurgia plástica, da suplementação alimentar às dietas e exercícios físicos, que visam retardar as marcas indesejáveis do envelhecimento pela passagem do tempo. Esse setor da economia está em expansão, para atender o interesse pela diminuição dos efeitos do tempo no corpo dos idosos.

No entanto, nem todos os idosos envelhecem e pensam da mesma forma. A busca pela juventude eterna não é generalizada. Mercadante ressalta que “A diversidade sociocultural indica a existência de uma pluralidade de formas de viver a vida pelos assim denominados *velhos*.” (2005, p. 25). Essa pluralidade de formas de viver não é somente dos velhos. Jovens e adultos também vivem de diversas maneiras, formando, inclusive, grupos sociais distintos, como grupos de *hippies*, *punks*.

Mesmo admitindo a pluralidade do processo de envelhecimento, a velhice, ainda hoje, é encarada como algo negativo e pode vir acompanhada de uma tríplice perda: a do trabalho, a da saúde e a da rede de relação social. Já se constatou que parte da experiência de depressão de idosos está relacionada à solidão e à perda de papéis sociais. O falecimento do cônjuge, a institucionalização com conseqüente isolamento familiar ou, muitas vezes, o excesso de

cuidado da família que não permite que o idoso seja produtivo ou ativo, são fatores desencadeadores de doenças depressivas.

Realmente, a superproteção e desconsiderações das aptidões do idoso pelo familiar é um fato indiscutível. É comum a família retirar do idoso funções como manuseio de dinheiro, controle de contas bancárias, administração do lar e, assim, ele perde papéis sociais como de pai, esposo, chefe de família. Desse modo, o processo de exclusão do idoso começa dentro da própria família, por meio do isolamento na própria casa ou pela sua institucionalização e situação de expropriação de poder. O idoso perde, pois, sua autonomia e passa a depender cada vez mais dos seus familiares.

Porém, ao falarmos em perdas na velhice devemos ter o cuidado para não generalizar. Hoje muitos idosos são chefes de família e continuam trabalhando. Alguns ainda representam a principal fonte de renda da família e são responsáveis pela casa. Devemos ressaltar que com o surgimento dos chamados “Grupos da Terceira Idade”, os idosos constroem novos laços sociais, afetivos e participam de atividades que antes eram impossíveis, como, empreender viagens, ir a bailes, frequentar faculdades, etc. Nestes novos espaços sociais, as pessoas idosas passam a desenvolver um estilo de vida participativo e realizar atividades que propiciam melhora da sua qualidade de vida. Portanto, é fundamental observar que a imagem e o comportamento da Terceira Idade vêm mudando ano após ano, em virtude dessas oportunidades.

De modo geral, todos os indivíduos têm direito de usufruir de bem-estar pessoal, independentemente da faixa etária. Assim, em especial o idoso, conquistando e interagindo em novos espaços sociais conscientiza a sociedade sobre a realidade do envelhecimento, não como uma fase de estagnação, mas como continuação da vida. Para Lopes:

“O idoso socialmente ativo participa das atividades que lhe fazem sentido e de relevância social; é tanto aquele engajado numa atividade remunerada, como o que faz parte de um grupo de teatro amador, cuida de netos, participa de atividades de lazer, pratica exercícios físicos, etc.” (2006, p.97).

Portanto, neste século, a velhice já não é mais entendida somente como sinônimo de doença. Essa mudança que está ocorrendo se deve também à diminuição da pobreza e do

analfabetismo. Podemos afirmar que hoje o que acomete mais a velhice é a solidão e o abandono e não a doença em si. A solidão é uma realidade para muitos idosos e a impaciência dos familiares é outro sentimento que faz parte da vida de muitos deles.

Verifica-se que os idosos sofrem mais com o descaso e abandono da própria família do que com doenças. É comum assistirmos à TV e deparar nos noticiários com manchetes que retratam o abandono e maus tratos que idosos sofrem em seus domicílios, chegando mesmo ao absurdo de filhos disputarem as pensões dos mais velhos. Situações como estas exigem novas posturas. Como afirma Minayo, “Não podemos criar uma visão romântica do envelhecimento e muito menos desconhecer as dificuldades sociais e de saúde vividas pelos idosos brasileiros”. (2006, p.56)

Pelo exposto, fica evidente que precisamos refletir sobre as contradições da velhice, antes de generalizar. É certo que os idosos enfrentam problemas físicos, como lentidão para caminhar e realizar atividades diárias, e são mais susceptíveis a algumas doenças, mas carregam também uma bagagem de informações que todos os jovens deveriam valorizar. Há também os idosos que envelhecem com muita disposição e que são ativos, trabalham, estudam, fazem atividades físicas, dirigem, dançam, viajam e demonstram uma energia que muitos jovens não têm. A esse respeito Minayo acrescenta: “Embora as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, as redes sociais e comunitárias sejam determinantes dos modos de envelhecimento, é claro que a diferenciação é dada pela singularidade e subjetividade.” (2006, p.49).

O envelhecimento, portanto, ocorre de maneiras distintas. Mesmo ressaltando-se que as condições econômicas dos idosos se refletem na sua saúde e no acesso a serviços e que as pessoas de baixa renda, particularmente os idosos, têm piores indicadores de saúde, isto não significa que têm pior qualidade de vida. Refletir sobre envelhecimento como processo e considerar as diversas formas de viver as diferentes etapas da vida impõem repensar o significado da velhice.

Coadunam-se com essas reflexões as afirmações de Beauvoir quando explica que a velhice é “um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. Acarreta conseqüências biológicas, determinadas condutas, que são típicas da idade avançada. A sociedade determina o lugar e o papel do velho.” (1990, p.156). Pode-se

observar a abrangência da concepção da autora ao expor que a velhice é um fenômeno complexo na sua totalidade. É indiscutível que alterações biológicas ocorrem na velhice, mas as mudanças sociais também são significativas.

A velhice, como todas as fases da vida, apresenta características que se complementam e que ao mesmo tempo são opostas: a primeira é de desgaste, de perda, de enfraquecimento, e a segunda é de maturação e conquistas. Como afirma Almeida, “*Envelhecer é perder e ganhar*” (2005, p.105).

Segundo a autora, na velhice, assim como em todas as fases da vida, há perdas e ganhos e que devemos nos adaptar à realidade e procurarmos viver cada fase da melhor maneira possível como se fosse o último dia de nossa vida. Assim como a criança que, ao entrar na fase da adolescência, deixa de brincar de boneca e passa a assumir novos papéis, na velhice, os idosos também perdem, por exemplo, parte da mobilidade, mas ganham experiência de vida.

Quando nos referimos a “idosos”, logo visualizamos aqueles indivíduos frágeis e dependentes. Note-se que a fragilidade do idoso é um conceito muito discutido tanto na área da Gerontologia como na Geriatria. Há diversos estudos sobre esta questão que a relacionam com aspectos biológicos e qualidade de vida. Como afirma Goldfarb, “a fragilidade seria a instalação de condição instável que implica risco de declínio funcional, sem que isso corresponda necessariamente à existência de doenças crônicas” (2006, p.74). Como já dito, o idoso frágil necessita de cuidados especiais por parte de familiares e/ou cuidadores e a sociedade precisa se adaptar a fim de atender à demanda específica dessa população.

Ao abordar o sentido do envelhecimento da população brasileira na perspectiva do adoecimento, o governo passou a dar mais ênfase à prevenção e ao tratamento de doenças crônicas. Enfrentar esse desafio é necessário, mas se deve admitir também a importância de promover a saúde considerando o desenvolvimento da autonomia e a valorização de redes de suporte social. Esses temas foram recentemente incorporados às políticas públicas voltadas à população idosa.

Assim, em 1994, o Brasil sancionou a Lei 8.842, a Política Nacional do Idoso e, cinco anos depois, foi deliberada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS 1.359/99). O

Estatuto do Idoso, de 2003, foi elaborado com participação de entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo presidente em exercício. Estas políticas tratam de diversos aspectos da vida das pessoas idosas, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os casos de violação desses direitos.

De acordo com o Artigo 3º do Estatuto do Idoso, são definidas as instâncias responsáveis pela garantia dos direitos e sua especificação:

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

Os avanços no campo dos direitos proporcionam inúmeros benefícios aos idosos como a oportunidade de pagar meia entrada em eventos culturais e de lazer. Isto lhes possibilitou usufruir de momentos de lazer, conquista esta favorecida pela disponibilidade de transporte gratuito. Se para muitos o acesso a eventos não foi possível quando mais jovens, hoje, com as novas leis, esses recursos facilitam a participação de idosos em diversos ambientes e programações sociais, como os centros de atividades para idosos, os Grupos da Terceira Idade, mantidos pela iniciativa privada, ONGs (Organizações Não Governamentais), igrejas e outras organizações da sociedade civil que oferecem atividades dirigidas a essa faixa etária.

Em contrapartida, as políticas de saúde dirigidas aos idosos não cobrem as necessidades específicas do segmento. Hospitais públicos superlotados com idosos aguardando em filas ou macas são veiculados diariamente pela mídia e as formas de atendimento existentes não contemplam na sua totalidade os direitos a uma vida saudável.

O Artigo 9º do Capítulo 1 do Estatuto do Idoso afirma: “É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.” No entanto, como já nos referimos, o Estado não provê cuidados adequados a seus idosos. Observamos que as ações desenvolvidas, destinadas à terceira idade, permanecem muito

além do necessário e do desejável, incluindo-se neste âmbito as contribuições da medicina preventiva.

O que vemos todos os dias na mídia não é o que se preconiza na *Política Nacional do Idoso*. Ao contrário, as notícias veiculadas mostram a realidade do idoso maltratado muitas vezes pelos próprios filhos que visam usufruir da sua aposentadoria. O abandono na própria casa e a solidão também fazem parte da vida de muitos idosos. Tais situações não acometem somente aqueles que pertencem à classe socioeconômica baixa, embora estes se deparem com dificuldades para se manter, mesmo sabendo-se que, em 1993, foi criada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a qual garante um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprova não possuir meios de sobrevivência.

Neste capítulo, pudemos constatar que o Brasil apresenta um crescimento relevante da população idosa, principalmente de idosos com 80 anos ou mais e que nosso país, ao contrário dos países desenvolvidos, não garante os cuidados necessários e preconizados como “direitos” nas políticas públicas existentes para que se atenda às necessidades e aos interesses inerentes dessa população.

Observamos que envelhecimento como um processo único também deve ser entendido de modo a revelar suas diferentes dimensões, em especial no que tange à sua relação com o sentido amplo de saúde abordado a seguir.

CAPÍTULO 2

VELHICE E CONDIÇÃO FUNCIONAL

Partimos da premissa de que o processo de envelhecimento é um fenômeno complexo e que dele ninguém é excluído. Ao analisar como ocorre esse processo, Torralba (2006, p.194), é taxativa ao afirmar que “Envelhecer é o nosso destino irremediável”.

Todos nós começamos a envelhecer a partir do momento em que somos concebidos, portanto o envelhecimento é um processo contínuo que se interrompe com a morte. Então, no percurso da vida, atravessamos várias fases até chegarmos à velhice que é considerada indesejável por causa dos estigmas de perda a ela imputados. Como afirma Torralba (2006, p.191):

“Envelhecemos todos os dias, quando inalamos o primeiro sopro de ar e mesmo antes, quando ainda estamos no útero materno. Assim mesmo, nossa sociedade elegeu uma fase da vida para a velhice e a associou à decrepitude, impotência, morte e doença. Como se não estivéssemos sujeitos a esses infortúnios em qualquer momento de nossas vidas, sejamos jovens, velhos, adultos ou crianças”.

Com o aumento da população idosa, pesquisadores de várias partes do mundo, inclusive do Brasil, têm demonstrado interesse por estudos sobre o processo de envelhecimento que envolve alterações fisiológicas e o declínio funcional dos vários sistemas que acometem os idosos e questionam até que ponto esse declínio fisiológico é parte “normal” do envelhecimento.

A interação de fatores endógenos e ambientais que ocorrem durante toda a vida dos indivíduos, influencia as alterações que os idosos apresentam com o passar dos anos. Ou seja, idosos que, quando jovens, apresentavam modo de vida mais saudável têm maior possibilidade de uma velhice com melhor condição de vida ou de saúde. Em contrapartida, idosos que não tinham hábitos tão saudáveis na juventude são mais susceptíveis a doenças.

Cumpramos lembrar que o envelhecimento saudável se deve a fatores genéticos, psicológicos e sócio-ambientais. Nesta perspectiva do sentido biopsicossocial, o processo de envelhecimento tem um significado singular e faz parte do desenvolvimento humano. Porém, podemos afirmar também que os idosos formam um grupo bastante heterogêneo em relação aos aspectos de saúde, uma vez que alguns passam por essa fase de maneira saudável e sem maiores comprometimentos.

Segundo Moragas (1997,p.43), “atualmente o ser humano envelhece de uma forma diferente devido às mudanças no meio ambiente contemporâneo”. Em sua obra Gerontologia Social Envelhecimento e Qualidade de Vida, o autor afirma que, atualmente, a maior parte dos idosos possui competência funcional. Mas isso não esconde o fato de que a maioria dos que estão acima dos 75 anos tem limitações funcionais, ou seja, uma redução da capacidade funcional. Essa “redução” não significa “doença”. Podemos citar como exemplo um idoso que apresenta uma maior lentidão para caminhar, o que não significa que seja doente, apenas mais lento.

Muitas pessoas, ainda hoje, entendem o envelhecimento como evento negativo. Estas concepções redundam em admitir que:

“...[o] envelhecimento é declinante. Como se estivéssemos andando numa contramão. No processo de envelhecimento fisiológico, o curso é lento e o declínio não é passível de reversão. Todos os recursos médicos utilizados, então, têm como objetivo a preservação da saúde. Às vezes, o envelhecimento se dá a partir de um processo de desencadeamento. É um efeito dominó, em que um problema desencadeia outro e por aí vai.” (BURLÁ apud REIS, 2003, p.17))

No entanto, nos dias de hoje, nossa sociedade que não raro associa a velhice à doença, já apresenta uma visão diferente, isto é, a de que o idoso pode ser saudável, ativo, produtivo e ainda pode representar a principal fonte de renda de famílias que têm idosos como sujeitos responsáveis pelos domicílios, conforme já referimos no capítulo anterior .

“A realidade da velhice no Brasil convive com uma ideologia de velhice segundo a qual envelhecer bem só depende do indivíduo: mantendo-se ativo, engajado e útil, apesar das perdas biológicas, econômicas, sociais e

psicológicas, qualquer pessoa pode ter uma velhice satisfatória.” (NERI, 1995, p.37 apud PIO, 2009, p.37)

Segundo Moragas, “a velhice não é uma doença em si mesma, mas a probabilidade de adoecer durante a velhice e de que a doença deixe seqüelas no organismo é muito maior do que em outras etapas da vida.” (1997, p.50). Como já expusemos, mudanças fisiológicas com declínio dos sistemas orgânicos explicam essa maior vulnerabilidade do indivíduo envelhecido, o que pode resultar em doenças mais comuns na velhice. Porém devemos sempre admitir que é possível envelhecer com saúde. Como complementa o autor:

“Uma definição útil associa velhice normal com condição física em que não há doença aguda. Um conceito relacionado com a saúde na velhice é o da longevidade ou extensão da vida humana, considerando-se não só o número de anos, mas também a qualidade de vida.” (1997, p.48).

As análises de Monteiro explicitam e reforçam a relação saúde-qualidade de vida ao expor que: “a definição de saúde como sendo simplesmente a ausência de doença torna-se imprecisa e limitada quando nos reportamos à questão da qualidade de vida.” (2003, p.70). Ao se referir à qualidade de vida, acrescenta: “ter qualidade de vida é ser saudável, ao contrário do que muitos pensam quando consideram saúde em termos numéricos.” (2003, p.70)

Muitos idosos acreditam que a doença faz parte da velhice e por isso, não há nada para ser feito a não ser se conformar e lamentar. Esses conceitos sociais com relação à velhice, segundo Monteiro, “exercem uma influência tão negativa sobre as pessoas que elas passam a crer que não são merecedoras de qualquer satisfação”. (2003, p.74) Lembremo-nos de que não é somente o idoso que fica vulnerável à doença, mas qualquer indivíduo que não se encontre em harmonia com corpo e alma, haja vista as situações de estresse que surgem em qualquer época da vida. No idoso, porém, esse sentimento de impotência diante da velhice gera somatizações, propiciando o aparecimento de problemas no corpo físico, o que pode resultar em diferentes tipos de doença cujas concepções extrapolam o sentido biológico.

Cabe considerar ainda que o maior sofrimento do idoso não é a doença biológica, e sim, o isolamento social. Segundo Monteiro (2003, p.77):

“Os velhos não ficam somente vulneráveis à doença, porque experimentam mudanças biológicas ao longo de um período de tempo, mas tornam-se doentes porque sofrem também com a exclusão, segregação, ausência de calor na relação, entusiasmo, compreensão, esperança, aspiração, perdendo o seu sentido e significado como ser humano”.

De fato, o isolamento é um fator agravante à saúde do idoso assim como os sentimentos advindos das situações de abandono. Nas palavras do autor:

“Os velhos afastados e isolados nutrem-se de um sentimento de desesperança, insegurança, desproteção que causa sofrimento devido à falta de sentido na vida. Esse vazio existencial faz com que o velho fique suscetível à doença, porque uma vida sem sentido sempre gera desespero, depressão e perda de auto-estima, retirando-lhe qualquer motivação para enfrentar os seus desafios e reconhecer aquilo que lhe está faltando para restabelecer uma melhor qualidade de vida. Os velhos que se encontram sozinhos e isolados geram uma grande tensão em seus corpos, enrijecendo-os, formando uma forte carapaça de proteção, dessensibilizando o corpo que não aceita mais sentir o mundo. Um simples toque faz-se doloroso, incomoda, invade”. (MONTEIRO, 2003, p.76).

Refletindo sobre as análises desenvolvidas por Monteiro, pode-se admitir a importância da formação de redes sociais que surgem com a participação em grupos da terceira idade que transformam a vida de seus participantes conforme já observado anteriormente. Ouvimos relatos de idosas que antes de participarem dos grupos queixavam-se constantemente de dores e atualmente são capazes de dançar, realizar aulas de ginástica e têm muito mais disposição para a vida. A amizade e a troca de experiências vivenciadas nesses grupos favorecem a qualidade de vida.

Assim, as relações sociais vivenciadas pelo idoso podem fortalecê-lo para enfrentar situações incômodas como o desgosto de ficar só, motivando-o para novas aprendizagens em favor da velhice saudável. Torralba (2006, p.198) aborda essas questões:

“É de grande importância a construção de espaços coletivos que possibilitem a troca, fazendo com que eles se expressem e mostrem seu valor. Só assim

podemos retirá-los da solidão e do isolamento em que o antigo conceito de velhice os fez cair para que eles possam mostrar que nunca é tarde para trocar, aprender, ensinar e criar”.

Uma pesquisa realizada em Harvard demonstrou que a disponibilidade de tempo ocioso, quando é excessiva, se torna patogênica, e que a ocupação do tempo em atividades instrumentais da vida diária é essencial para a conservação da saúde. Idosos mais ativos são menos queixosos e apresentam uma melhor qualidade de vida e, portanto, uma saúde melhor. Isso pode ser provado pelo provérbio popular “Cabeça desocupada, oficina do diabo”. Pessoas que não têm o que fazer ocupam a mente com pensamentos ruins.

As condições de saúde dos idosos brasileiros são pouco conhecidas. Sabe-se de doenças que acometem as pessoas de idade mais avançada bem como suas consequências, mas cabe destacar os fatores causais dessa condição e apontar para a necessidade de suportes que favoreçam as mudanças necessárias. Ramos (2009, p.40 e 41) trata dessas questões:

“De fato, a maioria irá ter, com idade avançada, menos independência e menos autonomia na vida cotidiana, em comparação com a vida como adulto jovem. Existem evidências no mundo inteiro de que nesse cenário de limitações pessoais e grandes necessidades sociais e de saúde, uma proporção alta de pessoas idosas irá experimentar a dependência e a necessidade de ter um suporte formal ou informal para realizar plenamente o seu cotidiano.”

Uma pesquisa realizada no município de São Paulo em 2003 pelo Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) revelou que o estado de saúde dos idosos é ruim e que está relacionado a uma baixa qualidade de vida, influenciada pela escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade. Além disso, a pesquisa também mostrou que, entre os idosos pesquisados, é alta a presença de três ou mais doenças crônicas, principalmente no sexo feminino que, segundo os resultados desse estudo, aponta 55% das mulheres idosas com 75 anos ou mais como portadoras de hipertensão.

O que se verifica é que a melhoria das condições sanitárias, dos padrões de vida, o acesso ao cuidado de saúde e o atendimento e aparato tecnológico da medicina têm contribuído para uma maior expectativa de vida. Por outro lado, um dos grandes desafios da

longevidade tem sido uma incidência mais alta de quadros clínicos crônicos e limitações nas atividades diárias, especialmente para indivíduos idosos acima dos 85 anos.

Ainda segundo a referida pesquisa, mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade identifica um quadro crônico que impõe alguma limitação na vida cotidiana, mas apenas 10% relatam que a limitação afeta uma atividade principal. As quatro condições médicas mais frequentemente relatadas entre os idosos são a artrite, doenças do coração, lesões auditivas e ortopédicas. Três quartos dos muitos idosos (acima de 85 anos) reconhecem ter uma deficiência e mais da metade afirmaram que sofrem de duas ou mais doenças incapacitantes. Estes idosos têm duas vezes mais problemas com as atividades de vida diária que os idosos mais jovens, ou seja, aqueles que estão entre 65 a 74 anos. Percebe-se também que, pelos relatos, a questão da limitação de atividades é bastante importante no idoso, e as doenças artrite, reumatismo e artrose são em grande parte as causadoras desse quadro.

Apesar das condições médicas crônicas, os idosos de hoje, em geral, são capazes de se adaptar e manter a capacidade funcional até uma idade bem avançada, isto é, os idosos estão se mantendo mais ativos por mais tempo. Não é raro nos depararmos com indivíduos longevos trabalhando ou participando ativamente da sociedade. Basta visitarmos Grupos da Terceira Idade para notarmos idosos envolvidos em atividades ou tarefas, exercendo plenamente suas capacidades funcionais.

Capacidade Funcional diz respeito ao grau de preservação da capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs), as quais são divididas em atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Explicitando: as ABVDs envolvem as atividades de autocuidado, ou seja, alimentar-se, banhar-se, vestir-se, transferir-se e locomover-se e controlar o esfíncter; as AIVDs englobam as atividades que o indivíduo realiza para viver independente na comunidade, como usar meios de transporte, pagar contas, comunicar-se, preparar alimentos, manter os compromissos sociais, cuidar da própria saúde e resolver os problemas do cotidiano.

Ramos (2009, p.40) define a capacidade funcional como “uma medida da funcionalidade global que é por sua vez o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida”. Esta definição nos remete à amplitude do conceito e suas múltiplas dimensões.

A capacidade funcional é atualmente um fator importante a ser avaliado, pois é um dos fatores determinantes do estado de saúde do indivíduo envelhecido. Para Ramos (2009, p.40), “Delineia-se um novo paradigma na saúde: a população envelhece e o indicador de saúde importante, não é mais a presença ou não de doença, mas o grau de capacidade funcional do indivíduo”.

Apesar de, hoje, tratarmos a velhice sob um novo ângulo, também devemos entender que as mudanças são inevitáveis e já que “o tempo não para” como dizia Cazuza, é essencial entendermos esse processo nas suas causalidades e conseqüências, além de admitir que mudar é um movimento implícito na condição de viver plenamente e na diversidade da vida.

A mudança relacionada à idade varia nos diferentes sistemas de órgãos. O componente genético é parcialmente responsável por estas alterações, mas há também os fatores ambientais, o comportamento e estilo de vida, que são fatores que podem ser modificados. Assim, a capacidade de adaptação às mudanças no sistema corporal e o efeito dessas mudanças na atividade cotidiana dependem muito do estado cognitivo, do estado emocional, dos recursos disponibilizados pelos sistemas sociais e da fisiologia básica do idoso que se diferencia das demais idades:

“O tempo é implacável e não se desfaz, demarca tudo o que, num dia, ganhamos e, então, noutro dia, deixamos de ter e a face da velhice é cruel. Com o tempo, perdemos células cerebrais, força muscular, a capacidade de enxergar de perto. A pele fica mais fina, os ossos mais frágeis. Deixamos de perceber os sons mais agudos e os cheiros mais sutis. Ficamos mais lentos, sentimos mais frio”. (VARELA, 2006 apud PIO, 2009, p. 39)

Na velhice, essas alterações podem ser descritas em termos de perdas e ganhos como apontamos anteriormente, e o equilíbrio dessas duas variáveis representa constante adaptação humana. GLOGOSKI E FOTI expõe sobre a capacidade de adaptação:

“A maioria das pessoas é capaz de se adaptar com sucesso e administrar as muitas transições que ocorrem com o envelhecimento. Pesquisadores e médicos encaram os idosos como indivíduos proativos que são capazes de lidar com restrições e superar circunstâncias desafiadoras através do contínuo desenvolvimento e recriação de si mesmos”. (2004, p.1048)

A eficiência dos rins e pulmões diminui, acarretando uma redução na capacidade cardiovascular que, por sua vez, afeta a resistência para a realização de atividades intensas. Isto é, como o idoso necessita de um esforço maior para realizá-las, a diminuição da capacidade pulmonar os leva a uma vida mais sedentária. No sistema gastrointestinal e imunológico também ocorrem pequenas mudanças com o avançar da idade.

Na velhice, também é bastante comum os indivíduos terem incontinência urinária, que é mais frequente na mulher. Essa incontinência traz como consequência o isolamento social, uma vez que os idosos se sentem constrangidos ao apresentarem perda urinária quando estão fora de casa ou na presença de terceiros. Esta falta de controle urinário faz ainda com que muitos necessitem usar fraldas constantemente o que gera mais gastos, além de ser impossível disfarçar com as roupas o uso delas.

Muitos idosos apresentam diminuição da força muscular, da massa óssea e da flexibilidade das articulações que acometem a mobilidade. Alguns estudos explicam que a redução da força muscular com o passar dos anos é maior no sexo feminino. Verifica-se que a osteoporose, que é uma doença que atinge os ossos e que se caracteriza pela perda de massa óssea, deixando os ossos ociosos e susceptíveis a fraturas, acomete mais as mulheres em virtude das alterações hormonais que ocorrem com a menopausa.

Com o envelhecimento, também se observa a diminuição progressiva do equilíbrio postural, em decorrência das transformações nos sistemas neural, sensorial e musculoesquelético. A perda de equilíbrio explica a necessidade que muitos idosos têm de utilizar adaptações como bengalas ou andadores para locomoção.

Vale ressaltar que as quedas constituem uma importante ocorrência nos idosos e suas consequências são as fraturas, principalmente as de fêmur. No entanto, prevalece a dúvida se a fratura antecedeu a queda, no caso muitas vezes decorrente da osteoporose ou tumor ósseo, ou se a queda foi responsável pela fratura. Sabe-se que as fraturas nos idosos podem levar a várias complicações e até à morte. Ademais, as perdas da força muscular, da flexibilidade e do equilíbrio levam os idosos a uma maior dependência para execução das atividades cotidianas.

Observa-se também declínio da massa corporal magra em relação à diminuição da massa muscular. A desnutrição proteica ocorre com muita frequência entre a população idosa, pois esses indivíduos passam a receber “alimentos mais leves” constituídos principalmente por carboidratos. Fatores como problemas na dentição, dificuldade para preparação de alimentos, problemas digestivos, diminuição da secreção salivar e do paladar, juntamente com a perda de apetite, levam a um prejuízo nutricional, como explica Jacob Filho (2009).

A fragilidade do idoso também é atualmente relacionada à longevidade. O termo “Fragilidade” indica a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. Entretanto, não há consenso sobre o significado do termo fragilidade e múltiplas conceituações têm sido utilizadas.

No que diz respeito à pele do idoso, ela fica mais fina, com menor elasticidade, mais enrugada e mais susceptível às lesões, às rupturas e às infecções. Aparecem as manchas senis, que representam os anos vividos, porém estética e psicologicamente, essas manchas para alguns indivíduos representam a chegada da velhice, e muitas pessoas ainda hoje se sentem incomodadas com o aparecimento delas e tentam escondê-las ou disfarçá-las.

As perdas sensoriais também são comuns nos idosos. Os distúrbios visuais podem afetar o dirigir automóvel, o lazer, a mobilidade, as atividades básicas da vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). “As mais frequentes causas de cegueira e deficiência visual relacionadas à idade incluem catarata (quase 50% de todos os tipos de cegueira), glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética (OMS,1997)”. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

Além da visão, a discriminação auditiva também é reduzida no idoso e afeta a capacidade de interação social, pois compromete a comunicação e a interação com o meio ambiente, levando o indivíduo ao isolamento social e à depressão.

No sistema nervoso central ocorre uma diminuição no número de neurônios em determinadas áreas cerebrais. As mudanças cognitivas que ocorrem com o envelhecimento afetam o desempenho das atividades de vida diária, pois a capacidade funcional depende do processamento de informações e soluções de problemas. Mesmo idosos saudáveis apresentam

diferenças nos aspectos cognitivos, mas neles essas mudanças não chegam a comprometer a independência nas ABVDs e AIVDs.

Além disso, a perda da memória é uma preocupação para muito que chegam à velhice. A maioria dos idosos saudáveis é capaz de compensar a perda da memória utilizando mecanismos compensatórios, como agendas ou despertadores.

Quando se estuda saúde da pessoa idosa, deve-se dar atenção especial também à saúde mental investigando, principalmente, a demência e a depressão, doenças que têm suas incidências aumentadas com o avanço da idade e que podem levar à perda de autonomia funcional.

A depressão em idosos, muito frequente, é uma síndrome heterogênea. Segundo FORLENZA (2000, p. 299) “Os indivíduos idosos são expostos a vários possíveis fatores de risco que contribuem para a prevalência de depressão neste grupo etário”. Podemos citar como fatores que predisõem a depressão, a perda de papéis sociais, o falecimento do cônjuge, a instalação de incapacidades físicas e a falta de projetos para o futuro.

Considerando os conceitos anteriormente descritos entendemos por que, por exemplo, uma pessoa com 74 anos de idade pode estar bem fisicamente e ser até um jogador de golfe, enquanto outra pessoa de mesma idade pode ser limitada funcionalmente e encontrar dificuldades na execução das atividades da vida diária. Fatos como estes comprovam que existem as singularidades da condição de saúde na velhice e que cada idoso tem seu processo de envelhecimento único.

Vários fatores influenciam no envelhecimento como hereditariedade, estilo de vida, meio ambiente e doenças. Desta diversidade decorre que pessoas de todas as faixas etárias querem ser funcionais e independentes por mais tempo possível. Um idoso que tem capacidade de realizar uma função ou uma tarefa cotidiana é mais independente e, em contrapartida, o que apresenta uma disfunção ou falta de função, necessita de uma atenção especial para realizar as atividades.

Função se refere à habilidade física da pessoa viver e inserir-se no contexto do qual faz parte, dispendo de habilidade para realizar as AVDs e interagir com o meio ambiente;

disfunção se refere à falta de capacidade para agir de forma independente e executar as atividades da vida diária.

Segundo pesquisa realizada por Mello (2000), em um grupo de idosos de 64 a 70 anos, um em cada 20 indivíduos demonstra dificuldade em realizar atividades de autocuidado, como se vestir, andar e se banhar. Considerando os indivíduos acima de 85 anos, esta proporção sobe para um em cada três. Disfunção nas atividades de autocuidado e administração do lar são preocupações para os idosos, pois essas dificuldades são os sinais da necessidade de serviços que os auxiliem e representam a causa primária para institucionalização.

Pelo exposto, é fundamental realizar uma avaliação funcional do idoso para detectar seu *status funcional* e aprender sobre sua história e as consequências da falta de habilidade no desempenho das AVDs. O conhecimento desse *status funcional* do idoso é que vai determinar as intervenções necessárias para melhorar sua qualidade de vida e desenvolver suas aptidões para viver plenamente, mesmo com limitações.

Por conseguinte, a avaliação funcional do idoso identifica sua capacidade para desempenhar as atividades cotidianas, em padrões normais, com comportamentos socialmente aceitáveis, envolvendo funções físicas, mentais e psicossociais. Além disso, é um parâmetro que, associado a outros indicadores como morbidade e mortalidade, pode ser utilizado para determinar a eficiência de intervenções propostas.

“A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.”
(http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)

A avaliação funcional é frequentemente feita através da aplicação de testes e medidas que fornecem dados subsidiários para definição de tratamentos clínicos e outras formas de atendimento e cuidados, por dispor de informações objetivas para orientar intervenções como sobre as habilidades iniciais do paciente e sua progressão em direção a níveis funcionais mais complexos, grau de segurança para realização de tarefas e o risco de lesão com a execução continuada das mesmas.

Admite-se também que a avaliação funcional se faz necessária para detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidados adequado às demandas e definir a necessidade de serviços especializados.

Ao longo do tempo, surgiram algumas definições sobre avaliação funcional, dentre as quais destacaremos a de Lawton, em 1971, que tem uma preocupação com os aspectos cognitivos e emocionais:

“Tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da automanutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesmo e ao estado emocional”. (O PROJETO SABE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/2003).

A concepção de avaliação funcional, de 1984, também se apresenta, mais especificamente associada às realizações das atividades básicas de vida diária. Para Granger, citado por Willis ET.al, em 1984, este procedimento foi definido como:

“Método para descrever habilidades e atividades em ordem de mensurar o uso individual de uma variedade de habilidades incluídas no desempenho de tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, nas atividades de lazer e outros comportamentos”. (O PROJETO SABE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/2003) (http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf)

Existem pelo menos três maneiras de avaliar o desempenho das ABVDs: autorrelato, relato feito por um cuidador e por observação do desempenho. Um dos instrumentos utilizados é a Medida de Independência Funcional (MIF, ou FIM), com base no nome original em inglês *Functional Independence Measurement*, que é um instrumento que permite medir a incapacidade do indivíduo através de um número mínimo de itens.

Esta é uma medida de função física, psicológica e social, desenvolvida pela Fundação de Pesquisa da Universidade de Nova York e foi criada para ser utilizada como uma escala de sete níveis representativos de independência e dependência. A escala MIF já está disponível no Brasil, e é validada como instrumento de avaliação funcional de idosos.

“A MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional internacionalmente. No Brasil, a MIF teve sua tradução e reprodutibilidade da versão em 2001 por Riberto et al, apresentando também uma boa confiabilidade para o escore total da MIF (ICC=0,98 inter-observados e 0,97 teste/reteste) e para as dimensões.” (<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>).

O instrumento tem como objetivo mensurar a funcionalidade do paciente, por intermédio da observação direta do terapeuta. Essa escala contempla as seguintes habilidades: atividades de cuidados pessoais como alimentar-se, arrumar-se, banhar-se, vestir a parte superior e inferior do corpo e toalete, controle esfínteriano (urinário e fecal), itens relacionados a transferências (leito/cadeira/cadeira de rodas, vaso sanitário; banheira/chuveiro), condições de locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas), capacidade de comunicação (compreensão e expressão), de cognição, interação social, resolução de problemas e memória.

Cada um dos dezoito itens recebe uma cotação máxima de sete e uma cotação mínima de um ponto, sendo a pontuação total mais elevada de cento e vinte e seis, que representa independência total e a pontuação mínima de dezoito que representa a dependência máxima. A MIF mede o que o indivíduo faz e não o que ele poderia fazer sob certas circunstâncias.

É importante definirmos indicadores de capacidade funcional, validados e confiáveis, para que sejam utilizados considerando as distintas realidades socioeconômicas do Brasil. Para Ramos (2009, p.41) “a utilização da capacidade funcional como indicador de saúde de populações de idosos, é de extrema valia para o planejamento de políticas públicas voltadas aos idosos”. Utilizamos nesta pesquisa o protocolo de Medida de Independência Funcional com a finalidade de avaliarmos a capacidade funcional de nossos participantes.

As idéias apresentadas permitem observar que a pessoas com mais de 60 anos pode envelhecer saudável, por isso não devemos associar idoso à doença. É fato que, com o avançar dos anos, as alterações fisiológicas e o declínio dos vários sistemas acometem os idosos, mas isto não significa que todos os indivíduos longevos apresentem declínio funcional a ponto de torná-los necessariamente dependentes. Mesmo o envelhecer sem doença envolve algum grau de perda funcional. Como discutiremos no próximo capítulo, os dados da pesquisa de campo demonstram que é possível envelhecer com saúde e chegar aos 80 anos como pessoas ativas e felizes.

CAPÍTULO 3

PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa realizada teve como objetivo geral analisar a relação entre a situação socioeconômica e a condição funcional de idosos com 80 anos ou mais, no desempenho das suas atividades cotidianas e, com base nos conhecimentos construídos, contribuir para promover a conscientização de familiares, de cuidadores e dos próprios idosos sobre a importância de realizarem suas atividades do dia a dia de maneira independente, com autonomia.

Estes estudos foram desenvolvidos considerando a proposição de desenvolver vários aspectos da investigação, a saber, caracterizar a situação socioeconômica dos idosos, identificando indicadores que retratam essa realidade; identificar as atividades realizadas pelos idosos em seu cotidiano; verificar o modo de vida do idoso e suas condições de autonomia e independência; constatar o grau de satisfação dos idosos no desempenho das atividades de vida diária; comparar as diferentes situações socioeconômicas e os graus de autonomia e independência dos idosos.

3.1- Metodologia da pesquisa

A pesquisa científica tem sido marcada fortemente por estudos que valorizam o emprego de métodos quantitativos para descrever e explicar fenômenos, porém, com o avanço das Ciências Humanas e Sociais, presencia-se de modo amplo a realização de pesquisas qualitativas. Cumpre esclarecer que os estudos quantitativos seguem com rigor um plano previamente estabelecido, pautado em referências estatísticas, enquanto a pesquisa qualitativa costuma privilegiar as diversidades e singularidades, ao longo do desenvolvimento do processo de investigação interpretativa.

Além disso, a pesquisa qualitativa se caracteriza pela obtenção de dados mediante contato direto e interativo do pesquisador com os sujeitos e a situação objeto de estudo. Na pesquisa qualitativa é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a

perspectiva que os participantes têm da situação estudada, compondo interpretações respaldadas nos fundamentos teóricos de referência desta abordagem.

Cabe destacar que os métodos qualitativos e quantitativos não são excludentes, mas resultam da possibilidade de contribuições distintas para a investigação, considerando os procedimentos que os caracterizam. Ou seja, o método qualitativo pode complementar as análises quantitativas, viabilizando uma compreensão dos fenômenos de modo a contemplar a pluralidade dos fatos, investigando-os de maneira a extrapolar os significados meramente numéricos.

Com base na fundamentação exposta, esta pesquisa adotou para delimitação dos procedimentos metodológicos tanto os princípios da abordagem qualitativa quanto os da quantitativa. O trabalho de coleta de dados foi realizado através de entrevistas de 10 idosos com 80 anos ou mais, moradores da cidade de São Paulo. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e selecionados por meio de conhecimentos pessoais e por indicação, sendo 5 idosos pertencentes às classes socioeconômicas A ou B e 5 das classes C ou D, de acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008.

Os critérios adotados para seleção foram diferentes para cada uma das classes socioeconômicas. Assim, os idosos pertencentes às classes socioeconômicas A e B foram selecionados mediante conhecimento pessoal e por indicação de pessoas conhecidas, enquanto os idosos pertencentes às classes C e D foram selecionados por indicações da Subprefeitura do Butantã, onde fomos instruídos a contatar uma senhora responsável por um Grupo da Terceira Idade o qual se reúne na Paróquia de São Patrício, no bairro do Rio Pequeno. Este grupo da Terceira Idade recebe um auxílio da Prefeitura Municipal de São Paulo, verba esta destinada para a compra de materiais de artesanato usados em cursos além de também disponibilizar ônibus para a realização de passeios mensais.

Os sujeitos escolhidos apresentaram as seguintes características: além de residirem na cidade, não eram institucionalizados. A origem socioeconômica foi considerada parâmetro na seleção, a fim de possibilitar a delimitação de um grupo de sujeitos com características similares de carências quanto às condições de vida pessoal e social, em contraponto àqueles privilegiados no que diz respeito ao atendimento de suas necessidades básicas.

Vale ressaltar que o histórico prévio de doença neurológica foi utilizado como critério de exclusão, pois as sequelas interferem na execução das atividades cotidianas, independentemente da idade, o que poderia comprometer os resultados deste trabalho.

Os idosos selecionados foram contatados previamente e informados a respeito da pesquisa e dos procedimentos adotados. Na ocasião, requisitou-se aos sujeitos que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), como pré-requisito para realização da pesquisa. Ocorreu a exceção de dois dos participantes que não assinaram o termo por serem analfabetos e, no caso, autorizaram a pesquisadora que incluísse seus nomes.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se um roteiro predefinido (ANEXO 2) para identificação dos sujeitos, a fim de garantir a adequação dos critérios de seleção e para conhecimento das rotinas diárias e satisfação pessoal. Foi aplicado um protocolo de qualidade de vida, Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF – 36 (ANEXO 3), já validado no Brasil. A aplicação deste instrumento demandou adaptações no processo de coleta e análise. Para a classificação socioeconômica, utilizamos o Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008 (ANEXO 4), além de se aplicar, também, o Protocolo de Avaliação da MIF - Medida de Independência Funcional (ANEXO 5), a cujas questões os idosos responderam verbalmente, não havendo necessidade de demonstração. Os dados coletados foram organizados e analisados, correlacionando-se a classificação socioeconômica com os resultados obtidos na aplicação da MIF.

Como procedimento preliminar da pesquisa de campo, os idosos provenientes de diferentes bairros da cidade de São Paulo e de classes socioeconômicas distintas, foram consultados para o agendamento e definição do local da realização das entrevistas que foram gravadas, após autorização, para garantia da fidedignidade dos dados no processo de análise.

Os sujeitos envolvidos neste trabalho, pertencentes a classes sociais mais privilegiadas, foram entrevistados em suas residências, com exceção de um deles que preferiu nos receber em seu ambiente de trabalho; os de classes sociais mais baixas foram entrevistados durante o encontro semanal do Grupo da Terceira Idade, na Paróquia de São Patrício, no bairro Rio Pequeno, já mencionado anteriormente.

Para facilitar a sistematização e registro dos resultados do processo de análise, tendo em vista os objetivos deste estudo, os dados foram interpretados considerando-se a separação dos idosos em dois grupos, a saber, Grupo 1 - formado pelos idosos de classes socioeconômicas A e B e Grupo 2 - composto pelos indivíduos de classes socioeconômicas C e D.

Todos os idosos participantes foram submetidos à caracterização socioeconômica através do protocolo de avaliação Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008 (ANEXO 4). Este protocolo possui um sistema de pontuação das respostas e, de acordo com a pontuação obtida, os indivíduos são classificados economicamente nas classes A1, A2, B1, B2, C, que atualmente estão divididos em C1 e C2, D e E. Abaixo temos as classes socioeconômicas e suas respectivas pontuações:

Pontos de corte das classes	
Classe A1	42 a 46 pontos
Classe A2	35 a 41 pontos
Classe B1	29 a 34 pontos
Classe B2	23 a 28 pontos
Classe C1	18 a 22 pontos
Classe C2	14 a 17 pontos
Classe D	8 a 13 pontos
Classe E	0 a 7 pontos

Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008

De acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008, a renda média familiar por classe econômica compõe a demonstração constante da tabela a seguir:

Classe CCEB2008	Renda familiar média
Classe A1	R\$ 9.733,47
Classe A2	R\$ 6.563,73
Classe B1	R\$ 3.479,36
Classe B2	R\$ 2.012,67
Classe C1	R\$ 1.194,53
Classe C2	R\$ 726,26
Classe D	R\$ 484,97
Classe E	R\$ 276,70
Total	R\$1.432,84

Fonte: LSE 2005 – Ibope Mídia

Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008

3.2 – Resultados da análise dos dados

3.2.1- Identificação dos sujeitos da pesquisa

Os dados gerais de identificação apontam as seguintes características básicas: em relação ao sexo, dos dez idosos que participaram desta pesquisa, temos nove mulheres e um homem. A idade dos entrevistados variou de 80 a 95 anos, sendo a idade média de 85,1 anos.

Para a exposição dos resultados da análise dos dados, tanto da identificação como em relação aos depoimentos das entrevistas, foram utilizados nomes fictícios para que a identidade dos idosos fosse preservada e para facilitar o entendimento, apresentaremos os idosos participantes deste estudo localizados nos Grupos 1 e 2, conforme subtítulos a seguir:

Grupo 1(Idosos pertencentes às Classes Econômicas C1,C2 e D):**DONA ROSA**

Dona Rosa, 87 anos, portuguesa, viúva há 10 anos, foi casada durante 56 anos, mora sozinha em seu apartamento. Recebe aposentadoria do marido. Completou o curso primário apenas. É hipertensa, diabética e, como seu índice de colesterol está acima do desejável, faz uso de medicamentos para controle dessas doenças. Durante a entrevista, queixou-se muito e chorou, em virtude de sentir falta do marido de quem falou com carinho. Sua rotina de vida é bastante ativa, pois todos os dias vai de ônibus para a residência da filha para cuidar da arrumação da casa e, ao voltar para seu apartamento, se ocupa com os próprios afazeres domésticos. Idosa pertencente à classe socioeconômica C2.

DONA MARIA

Dona Maria, 89 anos, baiana, vítima de maus tratos e abandonada pelo marido quando os seis filhos ainda eram pequenos. Hoje está viúva e mora na companhia da filha, no apartamento desta, e de quem se queixa bastante. Analfabeta, recebe aposentadoria. Tem osteoporose e problema visual. Trabalhou até 2006 como faxineira numa loja comercial. Alega ter uma rotina tranquila em casa e que gostaria de se ocupar mais, porém a filha não permite. Talvez por esse motivo tenha deixado claro que preferia morar sozinha. Idosa pertencente à classe socioeconômica C1.

DONA APARECIDA

Dona Aparecida, 85 anos, viúva duas vezes, muito animada, em bom estado físico, sem queixas, mora sozinha num apartamento cedido pela filha. Recebe pensão alimentícia. Não completou o Ensino Superior e trabalhou como estilista. Sua rotina é bem ativa, pois, além de cuidar da casa, tem o hábito de todas as tardes encontrar as amigas. Idosa pertencente à classe socioeconômica C2.

DONA MARISA

Dona Marisa, 81 anos, casada, mora com o marido em uma casa própria. Com curso primário completo, trabalhou quando jovem como ajudante de encarregada de seção. Hipertensa, para comprar medicamentos recebe auxílio da empresa em que o marido trabalhou. Ocupa-se diariamente com os afazeres domésticos. Por ocasião da entrevista, estava entristecida com a partida do filho para a China, mas considera-se feliz. Idosa pertencente à classe socioeconômica B2, de acordo com Critério Brasil 2008, que leva em conta posse de bens materiais para a classificação econômica, mas, de acordo com o rendimento mensal citado na entrevista, esta idosa pertence à classe social C1.

DONA RITA

Dona Rita, 95 anos, viúva, mora sozinha no conjunto de moradias que recebeu o nome de Cingapura. É a participante mais velha da pesquisa. Analfabeta, hipertensa, com deficiências auditiva e visual bastante significativas. Trabalhou como faxineira até os 92 anos e hoje trabalha em casa de família como passadeira, duas vezes por semana. Recebe pensão alimentícia. É bastante ativa, acorda todos os dias às 4h30 para poder dar conta dos afazeres do lar e vai à missa com frequência. Idosa pertencente à classe socioeconômica D.

Grupo 2(Idosos pertencentes às Classes Econômicas A2 e B1):

DONA BEATRIZ

Dona Beatriz, 82 anos, viúva, mora em apartamento próprio, em bairro nobre de São Paulo, em companhia da neta. Estudou em colégio alemão profissionalizante e foi professora de piano. Desanimada por causa da rotina empobrecida a que está submetida atualmente, fica na cama, de pijama, grande parte do dia. Recebe a aposentadoria do marido, e também rendimento de aplicações financeiras e de aluguel. Idosa pertencente à classe socioeconômica A2.

DONA SARA

Dona Sara, 80 anos, viúva, mora sozinha em sua casa. Apesar de ser diabética e cardiopata, está bem fisicamente. Com curso superior completo, trabalhou como professora. Tem uma rotina diária diversificada, pois costuma sair bastante para fazer pagamento de contas, compras, etc. Considera-se feliz, mas faz uma ressalva: o quadro neurológico do filho. Seu rendimento mensal é proveniente de pensão alimentícia, aposentadoria, aplicação financeira e doação dos filhos. Idosa pertencente à classe socioeconômica B1.

DONA IVONE

Dona Ivone, 81 anos, viúva, mora com a filha, a irmã e uma neta em sua casa própria. Professora de geografia aposentada da Prefeitura de São Paulo, atualmente atua como Coordenadora do Núcleo de Convivência de Idosos São Patrício. Está muito bem fisicamente. É a participante que apresenta a rotina mais diversificada dentre os participantes da pesquisa, pois, além de trabalhar como coordenadora do grupo da Terceira Idade, participa todos os dias de várias aulas, como hidroginástica, artesanato, dança, entre outras, e ainda atua na Pastoral da Saúde. Quando pode e está em casa, também auxilia a empregada doméstica nos afazeres da cozinha. Recebe rendimentos de aposentadoria e juros de aplicações financeiras. Idosa pertencente à classe socioeconômica A2.

SENHOR ROBERTO

Senhor Roberto, português, 86 anos, casado, mora com a esposa há 43 anos, em um apartamento alugado em bairro nobre. Iniciou curso superior em engenharia, mas não o concluiu. Trabalhou como revisor e administrador de editora até o ano de 2005. Sofre de labirintite, que o levou a se acidentar em uma queda na escadaria do prédio, aproximadamente três semanas antes da realização desta pesquisa. Sua rotina é repleta de afazeres domésticos, pois é ele o responsável pela limpeza da casa e pelo preparo das refeições. Atualmente não trabalha fora e recebe rendimento de aposentadoria. Idoso pertencente à classe socioeconômica C1, de acordo com Critério Brasil 2008, que leva em conta posse de bens materiais para a classificação econômica, mas, de acordo com o rendimento mensal citado na entrevista, este idoso pertence à classe social B1. Ao ser questionado sobre os bens materiais,

relatou que não possui muitos, pois não acha necessário para uma casa com apenas duas pessoas.

DONA PAULA

Dona Paula, 85 anos, viúva, mora sozinha em uma cobertura cedida pelo filho, num bairro nobre, mas tem uma dama de companhia que dorme com ela todas as noites. Fumante, gosta de beber seu uísque todas as manhãs. É professora aposentada. Sua rotina diária é bem diversificada: prepara o almoço todos os dias e leva para o filho. Costuma sair com as amigas, à tarde, e viaja pelo menos uma vez por mês. Relata ser uma pessoa feliz. Recebe rendimentos de pensão alimentícia e aposentadoria. Idosa pertencente à classe socioeconômica A2.

Os dados coletados permitem complementar a identificação inicial com especificações sobre moradia, rendimentos, situação civil. Neste sentido, todos os participantes do grupo 2 moram em casas de alvenaria, apartamentos próprios ou cedidos pelos filhos. Apenas uma reside no Cingapura. No Grupo 1, todos os idosos, com exceção de um deles que paga aluguel, têm casa própria ou apartamento. Apesar de Dona Paula ter sua casa própria, atualmente reside num apartamento cedido pelo filho.

Todos os idosos do Grupo1 recebem rendimento de aplicações financeiras e aposentadoria, que totalizam mais de cinco salários mínimos; os do grupo 2 recebem rendimento de aposentadoria que não ultrapassa três salários mínimos.

Quanto ao estado civil, dentre os idosos entrevistados neste estudo, apenas dois são casados e vivem com os cônjuges; os demais são viúvos, moram com filhos ou sozinhos. Uma idosa de nível socioeconômico baixo separou-se do marido que a maltratava e a abandonou com seis filhos ainda pequenos.

3.2.2 – Interpretações dos Depoimentos

Os depoimentos foram agrupados por categorias, tomando por base os itens constantes do roteiro utilizado nas entrevistas. As interpretações serão expostas considerando, portanto,

estas referências: A) Rotina diária e condição funcional; B) Satisfação pessoal; C) Saúde e qualidade de vida e D) Sentimento de felicidade.

A) ROTINA DIÁRIA E CONDIÇÃO FUNCIONAL

Todos os idosos pesquisados apresentam um escore, ou seja, uma pontuação que corresponde ao grau de independência funcional medido pela MIF, Medida de Independência Funcional já mencionado na p. 43. É dada uma pontuação referente a cada atividade avaliada pelo protocolo e, ao final, somam-se os pontos obtidos. Os escores variaram de 91 a 123, levando-se em conta que quanto maior o escore, maior o nível de independência.

O entrevistado com a menor pontuação, ou seja, com o menor nível de independência foi a idosa mais velha, Dona Rita. Apesar de apresentar o escore mais baixo é uma das que demonstra o maior nível de independência nas atividades instrumentais da vida diária. Aos 95 anos, pega dois ônibus para trabalhar como passadeira em casa de família, duas vezes por semana, além de cuidar da própria casa. Sua baixa pontuação na Escala de Medida Funcional se deve não somente à diminuição da velocidade com que realiza as atividades, mas também à deficiência auditiva que compromete sua comunicação e interação social. Esta idosa que apresentou a mais baixa pontuação da MIF, é também a de nível socioeconômico mais baixo, ou seja, da classe D. Interessante notar que, apesar destes índices, ela se mantém bastante ocupada, muito ativa, acorda às 4h30, prepara o seu café da manhã e vai à missa diariamente. Com muita satisfação, ela relata:

“Faço todo serviço de casa, menos limpá vidro e azulejo”.

A idosa com a maior pontuação da Escala MIF, com 123 pontos foi Dona Ivone que, aos 81 anos, coordena o Grupo da Terceira Idade da Paróquia de São Patrício. Idosa de classe socioeconômica A2 é uma exceção entre os participantes do Grupo 1, uma vez tem uma rotina diária extremamente ativa e diversificada, com papéis sociais bastante definidos, chefe de família e referência para o grupo de idosos que coordena no bairro do Rio Pequeno. Além de coordenar o grupo da Terceira Idade, participa de atividades como aulas de artesanato, biodança, *tai chi chuan*, hidroginástica, treino esportivo para jogos regionais e ainda faz parte da Pastoral da Saúde, tendo como função visitar os doentes e levar-lhes a comunhão.

Pudemos observar que a Escala de Independência Funcional, quando aplicada aos idosos sem deficiência física, diferentemente de quando aplicada a pessoas portadoras de deficiência física, não retrata o grau de dependência do idoso, pois a menor pontuação encontrada nesta pesquisa não significa que a idosa seja mais dependente, ao contrário, ela é totalmente independente, apenas necessita de um tempo maior para a realização das atividades. Sua independência vai além de realizar as atividades básicas, pois também executa as atividades instrumentais da vida diária e está ativa no mercado de trabalho aos 95 anos.

A maioria dos idosos de nível socioeconômico mais privilegiado apresentou uma rotina diária empobrecida, ficando a maior parte do tempo em suas residências e tendo por principal atividade de lazer assistir à TV.

Em contrapartida, os idosos com nível socioeconômico mais baixo apresentaram uma rotina diária mais rica, pois além de darem conta dos trabalhos domésticos, têm atividades fora do ambiente residencial. Importa acrescentar que muitos desses idosos, além de cuidarem da própria casa, ainda são responsáveis pelos afazeres domésticos nas residências dos filhos. Apenas uma idosa, Dona Maria, de nível socioeconômico mais baixo é muito protegida pela filha e reclama:

“Pois é, meu bem, eu fazia tudo... trabalhava e fazia a comida, tudo eu fazia, limpeza... Minha filha aposentou e mandaram ela embora por causa da idade. Agora ela que faz tudo em casa. Eu não faço mais nada.”

Esta idosa gostaria de continuar cuidando dos serviços da casa, talvez até sentir-se útil, mas a filha não deixa. Às vezes ajuda a arrumar a cozinha depois das refeições. Por isso, manifestou que gostaria de ter o próprio lar e morar só. Reza o terço todas as noites antes de dormir. Gosta das atividades que realiza no grupo da Terceira Idade:

“Mas agora gosto de vir aqui. Gosto, estou gostando muito dos passeios, dos amigos, to gostando muito... O pessoal faz aniversário e nós vamos todos aqui em São Paulo. Antes não...mas agora eu to gostando muito”.

Dona Maria é um exemplo de idosa que, após envelhecer, teve a oportunidade e acesso a atividades de lazer e se sente feliz por poder viver momentos e situações que revertem em prazer pessoal.

O único homem participante da pesquisa, Senhor Roberto, com 86 anos, do grupo 1, relata em relação a sua convivência conjugal e vida doméstica:

“Minha mulher é o homem da casa”.

Senhor Roberto faz essa afirmação em virtude de a esposa trabalhar fora e ele cuidar dos afazeres domésticos. Porém, conforme ele mesmo admite, é um homem conformado com as atividades que realiza hoje em dia:

“Tenho computador e tenho visão de observador da situação. Não realizo nada de trabalho. Sou apenas um espectador e, ao fim de 86 anos, a gente tem direito de ser espectador e tá bom.”

Sobre a família, Senhor Roberto destaca:

“Tenho filhos, dois filhos, quatro netos, e isso faz parte do que eu considero a minha vida hoje. E essa proximidade deles que moram aqui em São Paulo atenua um pouco o vazio que tenho da ocupação profissional”.

Percebemos um descontentamento no Senhor Roberto e, aparentemente, ele se sente incomodado com a situação de cuidar da casa enquanto a esposa trabalha fora. Vemos aí a inversão de papéis, pois o mais usual e aceitável para os idosos da sociedade contemporânea, é o homem trabalhar fora enquanto a mulher cuida do lar. Nossa sociedade machista preconiza que o homem é o responsável pelo rendimento da casa.

Dona Paula, também do grupo 1, tem uma rotina bastante atribulada, mas, para compensar, ela comenta sobre como curte prazeres associados ao cumprimento de tarefas:

“Tomo meu uisquezinho todas as manhãs para ficar inspirada e cozinhar”!

Todos os dias, apesar de morar só, cozinha e leva o almoço para o filho. Sente prazer em cozinhar para as pessoas, mas admite que a bebida a torna mais inspirada. De acordo com o que nos relatou, ela bebe, mas não fica embriagada. Tem o hábito de encontrar as amigas

para tomar um café quase diariamente e, quando retorna para casa, faz crochê para os pobres, se distrai com palavras cruzadas e joga “paciência”.

Dona Paula, apesar de ter os filhos frequentemente ao seu redor, em conversa durante nossa pesquisa, nos falou que sente solidão, principalmente após o entardecer. Relata que durante o dia se sente muito disposta e animada, mas que após as 18 horas sempre fica mais recolhida. Nas manhãs toma sua dose de uísque e diz que após a ingestão da bebida alcoólica se sente com disposição para alimentar uma multidão. Chamou-nos atenção a quantidade de cigarros que fumou durante a entrevista, porque não é muito usual depararmos com idosas, de idade avançada, dependentes de bebida e cigarro.

Dona Beatriz, do grupo 1, é a que apresenta a rotina mais empobrecida que se resume em ficar em casa de pijama, na cama. Não realiza nem um tipo de atividade em casa, nem fora e não tem horários para acordar, dormir e fazer as refeições. Foi entrevistada por volta das 21 horas, pois neste horário ela acordaria mesmo para assistir à novela. Porém, recebeu-nos de pijama. Sua falta de motivação é aparente, talvez pela falta de projetos que lhe possam trazer sentido para a vida.

Dona Rosa, aos 87 anos, de nível socioeconômico menos privilegiado, todos os dias pega ônibus para ir para a casa da filha, que está bem financeiramente, para fazer a limpeza. Volta todos os dias, aproximadamente às 16 horas, e só então vai cuidar da própria casa. À noite, vai à igreja assistir à missa.

Dona Aparecida é a mais animada do grupo 2. Além de cuidar da casa, costura e visita amigas quase diariamente. Gosta de ir a bailes, de dançar e de namorar. Aos risos, ela conta:

“Uma amiga minha me convidou para ir ao baile com ela e o marido e, quando a gente chegou lá, o marido dela só quis dançar comigo. Dançamos a noite toda e ela ficou sentada com cara feia e ela agora não fala mais comigo e nem me convida mais para sair. Eu não tive culpa!”

Para Izquierdo (apud Côrte, 2002, p.218), “a chave da qualidade de vida é abrir tempo e usá-lo fundamentalmente para amar, para ser quem somos e melhorá-lo através do amor”.

Dona Aparecida diz-se aberta para novos relacionamentos aos 85 anos. A mídia atualmente tem mostrado esse tema em programas que despertam para discussões e reflexões sobre questões ignoradas ou envolventes. Os idosos devem se preparar e se dispor a viver novos relacionamentos após o falecimento do cônjuge mesmo quando os filhos se posicionam contrários a uma nova união.

Dona Marisa se ocupa bastante cuidando do marido e da casa. Apesar disso, reclama que o marido não a ajuda em nada, nem com as compras. Ela é descendente de polonês e o marido, pernambucano. Segundo ela, não é hábito os esposos nordestinos ajudarem suas esposas com os deveres de casa. Vemos aí as diferenças de cultura. Seu lazer é participar dos encontros do Grupo da Terceira Idade, sobre o qual fala com entusiasmo:

“Hoje eu sou feliz, principalmente vindo na terceira idade. Eu adoro vir aqui. Não viajo sempre porque não tenho condição também.”

Como já dito anteriormente, a prefeitura destina uma verba ao grupo da terceira idade e fornece ônibus para passeios mensais, mas esses passeios são de um dia apenas. Quando o passeio é para lugares mais distantes, onde os idosos necessitam pernoitar, a prefeitura não fornece ônibus, e os participantes assumem os custos desses passeios. Na TV, D. Marisa assiste apenas a canais religiosos e ao Jornal Nacional e para isso tem sua TV e quarto separado do esposo, porque ele dorme tarde e tem preferência por outros programas.

Observamos que alguns idosos participantes deste estudo têm inserido em sua rotina cotidiana a prática de realizar visitas a amigos ou encontrá-los num ambiente fora do domiciliar. Alves aborda essa questão destacando o papel da amizade para as pessoas idosas:

“A existência de uma esfera de amizade ativa entre os idosos é um indicador relevante das práticas de sociabilidade vigentes entre os idosos no meio urbano. (...) As amizades dos idosos colocam em cena as afinidades de gosto, de estilo de vida e uma outra linguagem de sentimento que apela mais abertamente para as dimensões negociadas das relações. A intimidade e a reciprocidade implicadas nas relações de amizade favorecem a construção de uma identidade comum e o estabelecimento de laços de ajuda e de conforto emocional”. (2007, p.130)

Também constatamos em nosso estudo que, independentemente da classe socioeconômica, os idosos participantes atribuem importância às relações de amizade. Dona Aparecida, por exemplo, tem o hábito de pegar o ônibus e a cada tarde visitar uma amiga diferente. Já Dona Paula que conta com motorista particular disponível todas as tardes, vai sempre a um café, onde se reúne com amigas.

Outra prática que se observa na vida das participantes desta pesquisa, principalmente nas de nível socioeconômico mais baixo é a religiosidade. Todas as idosas do grupo 2, em algum momento da entrevista, mencionaram algum ato que caracteriza o catolicismo, seja a participação em missas, a reza do terço ou o acompanhamento de programas religiosos em canais católicos da TV ao qual fez menção apenas uma idosa do grupo 1. Quanto à religião, Alves (2007, p.132) analisa a importância do vínculo religioso para idosos e o significado que esta prática assume:

“A religião é um espaço de coesão e criação de laços sociais ainda muito forte e expressivo na sociedade brasileira, embora em muitos aspectos, principalmente em questões de cunho moral, os indivíduos tenham mais liberdade para tomar decisões independentemente das orientações das igrejas”.

Nas três visitas realizadas à Paróquia de São Patrício para a coleta das entrevistas, pudemos observar os mais de cem idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade em plena atividade religiosa. Antes de iniciar as atividades do grupo há sempre um momento de oração, durante o qual os idosos cantam e rezam unidos pedindo bênção e proteção para mais aquele dia.

B) SATISFAÇÃO PESSOAL

Todos as idosas do grupo 2, com exceção de uma delas, estão felizes com as atividades que desenvolvem no dia a dia. Apenas Dona Maria, 89 anos, que sempre foi muito ativa, e trabalhou até os 86 anos fazendo limpeza em loja comercial, hoje reclama da filha que não a deixa fazer nada em casa:

“Pois é, meu bem, eu fazia tudo, trabalhava, fazia a comida, tudo eu fazia, limpeza. Minha filha depois ela aposentou e mandaram ela embora, ela agora é que faz tudo (...) Vou ficando assim até quando Deus quiser!”

Já Dona Rosa afirma que está muito satisfeita com as atividades que realiza hoje e acrescenta sobre novos programas que passou a curtir, o que, observamos, lhe dá satisfação:

“Fui no dia 6, sábado, até dançar quadrilha!”

Dona Marisa também avalia positivamente, ao ser questionada sobre sua satisfação quanto às atividades desenvolvidas atualmente. Ela se reporta a importância desse sentimento de ter prazeres na velhice:

“Com certeza, principalmente vindo na Terceira Idade.”

Entre os idosos participantes do Grupo 1, Dona Beatriz não se sente completamente feliz com as atividades que desempenha hoje. Esta idosa é a que apresenta a rotina mais empobrecida do grupo, apesar de gozar de boa saúde, como já foi citado, por falta de projetos de vida. Sr. Roberto, ao falar da satisfação com relação às suas atividades que realiza hoje em dia, relata:

“Estou conformado.”

Dona Paula afirma em relação às atividades que exerce atualmente e reafirma, de certa maneira, o sentido de conformismo encontrado na expressão do Senhor Roberto:

“Já não é como antigamente, mas, por enquanto, eu vejo que ainda tenho forças.”

Os dados coletados demonstram que, muitas vezes, o conformismo com a situação atual impede que idosos façam planos para o futuro e que vivam mais intensamente o presente. Esta realidade nos remete à necessidade de maior conhecimento da realidade da população idosa e proposição de programas condizentes com seus interesses e necessidades.

Observamos que os idosos que frequentam o Grupo da Terceira Idade, portanto pertencentes ao Grupo 2 da pesquisa, são os indivíduos mais satisfeitos com as atividades que conseguem realizar e com a rotina diária. Constatamos ainda que quanto maior o nível educacional, maior a exigência consigo. Verificou-se que estes são os que dão mais valor às pequenas coisas realizadas. É como se os idosos de classe social menos privilegiada e com um nível educacional igualmente menor se contentassem com atividades mais simples e com um modo de vida mais humilde. Dentre estes casos, o simples fato de poder dançar uma quadrilha com amigos significou muito para uma idosa de nível socioeconômico mais baixo. Em contrapartida, a pesquisa revela que somente uma das entrevistadas poderia e teria condições para usufruir de uma vida repleta de atividades prazerosas como viagens, cursos, refeições fora de casa com amigos e familiares, mas, ao contrário, prefere ficar recolhida em seu quarto, na cama, de pijama, a maior parte do dia. Esta situação indica que, mesmo o idoso que dispõe de recursos materiais, permanece em situação de isolamento ou de inatividade.

Os idosos necessitam e podem desempenhar novos papéis sociais e executar atividades para manter sua autoestima e se sentirem inseridos no seu meio ambiente. Quanto ao desempenho das atividades, Doll relata:

“Existe uma crença generalizada de que a atividade é essencial ao desenvolvimento e à manutenção das forças físicas, da competência cognitiva e das habilidades sociais. Acredita-se igualmente que a atividade é fundamental para que se alcance um envelhecimento saudável e satisfatório (Martin, 2000) ou um envelhecimento bem-sucedido (Baltes e Baltes,1990), este indicado justamente por atividade e também por baixo risco para doenças, envolvimento social, compromisso com a vida e capacidade de investir seletivamente em certos domínios do funcionamento e assim otimizá-los, colaborando para a compensação das perdas decorrentes do envelhecimento.”(2007, p.109)

Em relação à citação de Doll, averiguamos em nosso estudo que os idosos, principalmente aqueles inseridos no Grupo da Terceira Idade, dão muito valor às atividades desenvolvidas e à relação de amizade que construíram na participação em grupos de vivências da terceira idade. É possível perceber que o modo de viver mudou para melhor, a

partir do envolvimento com o grupo, como relata Dona Marisa, ao ser questionada quanto à satisfação no tocante às atividades que consegue desempenhar:

“Com certeza, principalmente vindo na terceira idade. Eu adoro vir aqui!”

C) SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Dos dez idosos entrevistados, apenas três não referiram problemas de saúde. A doença que mais acomete os idosos participantes é a hipertensão, vindo na sequência o diabetes. Também foram citados problemas visuais, labirintite, índice alto de colesterol, osteoporose, problemas auditivos, cardiopatia e insuficiência respiratória.

Todos os idosos participantes têm acesso à medicação, independente do nível socioeconômico. Alguns idosos de poder aquisitivo menor recebem medicação gratuita, através de planos dos governos estadual e municipal, ou até adquirem esses remédios com ajuda financeira de terceiros.

Alguns idosos de poder aquisitivo mais alto relatam dependência de medicação para indução do sono. Interessante notar que a queixa de insônia não foi mencionada em nenhum momento pelos idosos do grupo 2. Coincidentemente, aqueles que alegaram dificuldade para dormir são os que têm a rotina diária mais empobrecida.

Em geral, todos os idosos participantes expuseram que têm bom estado de saúde. Dois idosos consideraram sua saúde pior em relação ao último ano, dois disseram que melhoraram e os outros seis acreditam que o seu estado de saúde está igual há um ano.

Dois idosos tiveram episódios de queda que interferiram no desempenho das atividades de vida diária. O único idoso participante, que sofreu uma queda, notou mudanças significativas na qualidade de vida após o acidente. Tal alteração chegou ao ponto de a esposa providenciar um acompanhante para o marido, pois ela estava com viagem planejada e não sentia segurança em deixá-lo sozinho.

Apenas uma idosa aludiu a um estado de depressão que a acometeu um mês antes da entrevista, desencadeado pela partida de um dos seus filhos para a China. Além disso, manifestou desânimo para a realização de atividades com conseqüente marasmo em casa.

Observamos que os idosos com rotina diária mais pobre apresentaram maior desânimo no dia a dia, ao contrário dos idosos com rotina mais diversificada que demonstraram ser felizes e apresentaram sensação de considerável vigor.

Ainda com relação à saúde, nenhum deles vislumbra possibilidade de piora, todos creem que conseguirão se manter bom estado. Apenas uma participante acredita que a saúde ou falta dela não é o pior problema, e sim, a falta de paciência que a filha tem ao se dirigir a ela. Dona Maria relata a respeito:

“Ela é muito nervosa. Ela fala comigo só gritando. Ela não tem paciência por causa dos nervos dela. Eu falei com ela, que ela não tem paciência para cuidar de gente de idade. Ela não tem paciência. Eu vou aguentando até quando Deus quiser!”

Como vimos anteriormente a intolerância por parte de familiares com os idosos e o isolamento em casa ocorrem com certa frequência. Dona Maria, em diversos momentos da entrevista, demonstrou descontentamento em residir com a filha e um grande desejo de poder realizar atividades domésticas em casa. A superproteção da família é um fator que desagrada à idosa.

Ao refletirmos tal comportamento por parte da filha de Dona Maria concluímos que é importante manter o idoso o mais ativo possível e permitir e incentivar que realizem as atividades que lhe proporcionem prazer, desde que realizadas com segurança. Evidentemente não encorajamos que o idoso suba numa escada para fazer limpeza em cima de um armário, mas se tem condição física boa, por que não deixá-lo lavar louça, arrumar uma gaveta ou ir à padaria? O idoso, quando realiza tarefas, se sente mais útil, mais feliz e, conseqüentemente, sua qualidade de vida melhora.

Com relação à saúde, Dona Maria demonstra não se render às limitações decorrentes do acometimento de alguma doença. Seu curto depoimento revela disposição para não se entregar, mas reagir:

“Minha doença agora é a vista e as pernas, mas, graças a Deus, eu não sou muito doente não”.

No tocante à categoria “qualidade de vida”, notamos que idosos de nível socioeconômico baixo e alguns de nível educacional igualmente inferior apresentaram dificuldade de entendimento do questionário de qualidade de vida, necessitando várias vezes de interrupção para esclarecimentos. Os idosos de classe social privilegiada responderam aos questionamentos sem necessidade de explicações adicionais o que revela a importância da educação antes e na velhice.

Além disso, muitos idosos entrevistados, principalmente os do grupo 2, referiram que a participação no grupo da Terceira Idade melhorou muito a qualidade de vida. Dona Maria, que criou os seis filhos sozinha, pois foi abandonada pelo marido, nos conta:

“Em casa a gente não saía porque eu só trabalhava para cuidar de filho, seis filhos não era (sic) brincadeira. Mas agora, na terceira idade, a gente faz atividades e eu tô gostando muito. Fomos pra Serra Negra, Campos do Jordão, o pessoal faz aniversário aqui em São Paulo e a gente vai. Antes não.”

Como exposto, muitos idosos têm a oportunidade de acesso a atividades de lazer nesta fase da vida, o que, quando jovens, não foi possível, seja pela falta de tempo ou pela falta de dinheiro. Hoje, com o Estatuto do Idoso, a realidade mudou, pois os idosos têm acesso a programas de lazer pagando meia entrada, transporte gratuito e ainda há programas da Terceira Idade, como aquele visitado por nós para realização da pesquisa, que lhes propiciam passeios e pequenas viagens. Dona Maria é um exemplo desta chance de gozar de momentos de lazer durante a velhice.

D) SENTIMENTO DE FELICIDADE

Muitos idosos relacionam o sentimento de felicidade pessoal à saúde e à felicidade dos filhos ou familiares. Os depoimentos a seguir revelam o quanto ser feliz é um estado dependente das relações familiares, em particular com cônjuge e filhos.

“Eu sou muito feliz. Eu tenho quatro homens, cinco com meu marido”. (Dona Marisa)

“Sou feliz porque não tenho nenhuma doença e meus filhos estão bem”. (Dona Paula)

Dona Beatriz, que refere que sua qualidade de vida é “mais ou menos”, que tem uma rotina diária empobrecida e aparentemente é desanimada com a vida que leva relata:

“Acho que pela minha idade eu sou feliz. Tenho uma saúde relativamente boa. Acho que não posso me queixar”.

Dona Sara referindo-se ao problema neurológico que acometeu seu filho, afirma que, apesar de gozar de boa saúde, ter uma boa casa e condição financeira favorável, sua felicidade não é completa, por causa do estado de saúde dele:

“Sou feliz, tirando o que o meu filho teve...” (Dona Sara)

Dona Rosa, que atribui sua felicidade aos 56 anos de casada, fala do falecido marido com carinho e lágrimas nos olhos:

“Meu marido... mas era muito bom demais!”

Durante a entrevista, Dona Rosa foi repetitiva e chorosa ao lembrar-se dos bons tempos em que vivia com o marido e da felicidade que teve em compartilhar sua vida com seu companheiro. Já Dona Marisa ao falar de felicidade, consegue enfatizar a importância do reconhecimento das oportunidades, valorizando algumas habilidades essenciais:

“Eu estou feliz porque eu posso andar, conversar. Eu acho que isso pra uma pessoa idosa é muita coisa.”

Mesmo admitindo o reconhecimento de aptidões por D. Marisa, ao refletirmos a respeito desta fala, observamos o preconceito de inferiorização com relação à velhice está

presente, o que nos remete a questões como: Para o idoso é suficiente só andar e conversar? Isto já não é esperado de todas as pessoas em todas as fases da vida? Por que o idoso tem de se contentar só em andar e conversar? Observamos na fala de Dona Marisa a tendência ao conformismo com a situação em que se encontra, comum aos idosos.

Atualmente, como já expusemos, os idosos são mais longevos e muitos envelhecem com saúde, disposição e são capazes de estabelecer planos para o futuro. Dona Marisa, que goza de bom estado de saúde, tem capacidade de realizar mais coisas para si mesma e com isso alcançar felicidade plena.

Senhor Roberto ao falar sobre esse tema nos permite destacar o sentido da diversidade que indica a existência de pensamentos e ações singulares na trajetória de vida e busca de felicidade:

“É, não tenho razão de queixa. O conceito de felicidade é muito individual, e dentro daquilo que exponho e tenho, eu sou feliz”.

Pudemos notar na realização desta pesquisa que os idosos de nível socioeconômico menos privilegiado (grupo 2), são os idosos que menos se queixam da vida e os que se dizem felizes; são eles que demonstram também ter melhor qualidade de vida.

Pudemos constatar, ainda, que a satisfação de alguns se deve à participação no Grupo da Terceira Idade, o que nos faz retomar constatação da importância de estudos que permitam um conhecimento ampliado e profundo da realidade dos idosos, se seus dilemas, mas, principalmente, a necessidade de criar novas oportunidades para o desenvolvimento das suas capacidades funcionais com prazer e felicidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diminuição da taxa de natalidade, a melhoria das condições sanitárias e as conquistas da tecnologia científica na área da saúde estabeleceram um novo parâmetro no que diz respeito ao aumento da expectativa de vida, assegurando à maioria da população um novo patamar de longevidade e de qualidade de vida.

Este é um novo momento para o Brasil cujas alterações demográficas apontam um aumento da população idosa que não foi devidamente acompanhado pelos gestores públicos de todas as esferas e até mesmo pela sociedade civil, pela estrutura familiar, enfim, pela sociedade brasileira que não sabe exatamente como enfrentar todas as questões emergentes dessa nova situação.

Estudiosos do assunto indicam que há a necessidade de uma revolução social e cultural para que a sociedade reveja o modo como trata de seus idosos. Neste contexto, a educação aparece em destaque, pois terá de se adequar e propor novas estruturas curriculares que atendam a tais exigências. Ou seja, a educação tem de ser reinventada para que nossas crianças sejam conscientizadas e aprendam a valorizar e a respeitar a velhice. Dito em outros termos: a educação para o envelhecimento se faz essencial.

Na nossa sociedade ocorre a valorização do belo e do jovem, razão pela qual a preocupação com a qualidade de vida do idoso permanece em segundo plano. Na maioria das vezes, quando se discute o envelhecimento, os assuntos abordados são relacionados à estética e à busca pela eterna juventude, ou ainda, se exalta uma estreita relação entre velhice e doença.

Sob essa ótica, a mídia e as indústrias investem cada vez mais em produtos que prometem devolver a aparência jovial, negando-se sempre a velhice. Rugas e cabelos brancos são totalmente ignorados, pois o que se cultua é a aparência “sarada”; por conseguinte a imagem física do velho é desvalorizada.

O processo de envelhecimento é repleto de pluralidade, uma vez que nem todos os idosos envelhecem da mesma maneira e as perdas ocorridas na velhice envolvem várias

dimensões nesta etapa da vida, dentre elas o trabalho, a saúde, as relações sociais, em especial as que se dão no convívio familiar.

De fato, muitas vezes é dentro da própria família que se dá o processo de exclusão do idoso ao privá-lo, por exemplo, do manuseio do dinheiro e da administração do lar, fazendo com que ele deixe de assumir papéis sociais como os de pai, chefe de família ou esposo.

No entanto, as perdas na velhice não podem ser generalizadas, porquanto há idosos que são ativos e representam a principal fonte de renda da casa. Além disso, constatamos nesta pesquisa a existência de idosos que, não obstante a idade avançada, moram sozinhos e se mantêm atuantes. Vale lembrar que os avanços da medicina moderna têm possibilitado aos idosos envelhecerem com saúde e continuarem participando da vida.

Por outro lado, os grupos de convivência provam que os idosos são capazes de estabelecer novos laços sociais e desenvolver atividades que não exerciam quando mais jovens. Os frequentadores do grupo da terceira idade da Paróquia de São Patrício nos relataram que participar desse grupo lhes proporcionou uma melhor qualidade de vida com a possibilidade de aprendizado e realização de novas atividades. Realizar passeios com o grupo, por exemplo, é uma das atividades que se demonstrou viável para idosos mais longevos.

O que averiguamos por meio desta pesquisa é que na sociedade contemporânea o mal que mais acomete os idosos é a solidão, pois não raro são abandonados e sofrem descaso da própria família. Assim, se pode afirmar que o isolamento assusta mais os idosos do que a própria doença. A impaciência por parte de familiares é outra situação frequente, como se constatou nos depoimentos dos entrevistados que nos descreveram violências que sofreram até por parte de parentes próximos, como os filhos.

No nosso estudo, expusemos, ainda, que o envelhecimento é um processo complexo e que, com o passar dos anos, podem ocorrer perdas funcionais e declínio fisiológico nos vários sistemas do corpo, mas que não devem ser confundidos com doença. Esta afirmação se baseia no resultado advindo da aplicação do protocolo de Medida de Independência Funcional (MIF), utilizado neste trabalho, ou seja, que todos os idosos participantes da pesquisa, com mais de 80 anos e com escore diminuído, apresentavam lentidão para realizar as atividades de vida diária, o que não significou que eram mais dependentes ou doentes.

Assim, podemos afirmar que a MIF não revela com exatidão o nível de dependência dos nossos idosos, já que a idosa que obteve o pior escore é a mais velha - 95 anos, mas continua trabalhando fora, toma dois ônibus e mora sozinha.

Entretanto, muitos idosos acreditam que a doença faça parte da velhice. Tal crença, isto é, de que doença e velhice são sinônimas, faz que idosos se conformem e lamentem essa fase da vida. Este estudo revelou que quanto mais ativos eram os idosos, menos queixosos. A lamentação e a conformidade com a velhice estavam mais presentes nos idosos de nível socioeconômico mais alto e com rotina diária mais empobrecida.

Verificou-se também que o envolvimento em atividades e a diminuição da ociosidade são essenciais para a conservação da saúde, aspecto comprovado pelos relatos de idosos sobre a melhora da saúde após o início da sua participação no grupo da terceira idade. Eles reconhecem que doenças como hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes, insuficiência respiratória, osteoporose, aumento de colesterol, problemas visuais e auditivos, labirintite, artrose e artrite não inviabilizam sua participação na busca de uma melhor condição de vida.

Devemos destacar que os resultados das análises sobre a situação socioeconômica e condição funcional de idosos com 80 anos ou mais, no desempenho das suas atividades cotidianas, bem como sobre a qualidade de vida destes idosos, revelaram que o instrumento de avaliação MIF, quando aplicado a idosos sem deficiência física, não retrata o seu grau de dependência. Isto se comprova ao verificarmos que a menor pontuação encontrada nesta pesquisa não significou em nenhum momento maior dependência, embora se tenha constatado situação de lentidão para realização das atividades.

Ademais, por meio da pesquisa, se demonstrou que a capacidade funcional não foi afetada pelo nível socioeconômico, pois todos os idosos tiveram escores semelhantes, embora a rotina diária e as atividades exercidas tenham sido distintas entre os participantes dos grupos 1 e 2. Observou-se que quanto menor o nível socioeconômico, mais ativa era a rotina diária e, conseqüentemente, mais atividades desempenhavam os idosos.

Realmente, muitos idosos pertencentes a um nível econômico mais privilegiado relataram ter uma rotina diária empobrecida, pior qualidade de vida e se mostraram mais

queixosos e mais desanimados. Em contrapartida, os idosos de nível socioeconômico mais baixo se revelaram muito mais ativos e mais felizes.

Como já exposto, a participação dos idosos no Grupo da Terceira Idade foi fundamental para melhorar-lhes a qualidade de vida, pois, além de trazer benefícios para a vida social, conforme já dito, também lhes proporcionou melhor estado de saúde. Pode-se verificar pelos relatos constantes desta pesquisa que muitos idosos se recuperaram de dores, após o contato com o grupo. Notamos que a atividade exerce considerável influência na qualidade de vida dos idosos, daí a importância em mantê-los mais ativos por mais tempo.

É interessante notar que o instrumento selecionado para caracterização do nível socioeconômico, qual seja, o Novo Critério de Classificação Social Brasil 2008, não distinguiu o nível socioeconômico dos idosos de forma correta, por se basear na posse de bens materiais. Isto ocorreu em duas situações, a saber: um dos participantes da pesquisa teve pontuação baixa, porque possuía menos bens materiais e, apesar de ter um rendimento mensal alto, foi classificado como nível socioeconômico C1. Outra idosa teve pontuação alta, por ter relacionado os bens materiais e, embora tenha rendimento mensal baixo, foi classificada como B1.

É preciso ainda acrescentar que a pesquisa qualitativa completou a pesquisa quantitativa, revelando que instrumentos padronizados nem sempre demonstram com exatidão a realidade, havendo necessidade de complementação. Ao aplicarmos o instrumento de avaliação de medida de independência funcional, verificamos que ele por si só é insuficiente para caracterizar o idoso como dependente ou independente, porque pontuações e escores não refletem a realidade da pessoa. Por isso, foi necessário acrescentar as entrevistas abertas para que a avaliação fosse mais fiel.

Para concluir, ressaltamos que este estudo foi relevante para mostrar a necessidade de promover a conscientização de familiares, de cuidadores e dos próprios idosos a respeito da importância de realizarem suas atividades do dia a dia de maneira independente. Esta pesquisa demonstrou que o idoso ativo é mais feliz, mais saudável e pode ter uma melhor condição de vida, mesmo que sua situação socioeconômica não seja a mais favorável. Podemos e devemos desenvolver seus potenciais para que estas atividades funcionais sejam significativas para sua realidade de vida pessoal e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, V.L.V. *Existência, acessibilidade e limites de competência*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, ano 3, n. 3, p. 63-70, 2000.

_____. *Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios*. In: Velhice Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor Editora, 2005, p. 93-110.

ALVES, A.M. *Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares*. In: Idosos no Brasil Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p.125-139.

BERZINS, M.A.V.S. *Velhos, cães, gatos e a comunidade*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo ,v. 4, n. 1, p. 171-180, 2001.

BRUNO, M.R.P. *Autonomia e cidadania: caminhos e possibilidades para o ser idoso*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo ,v. 4,n. 1, p. 143-154, 2001.

CONCONE, M.H.V.B; SMITH, M.; RAMOS, L.; MERCADANTE, E.; PONDÉ, L.F. *Envelhecimento, genética e bioética*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo ,v. 4,n. 1, p. 193-250, 2001.

CORTÊ,B. *Biotechnology e longevidade: o envelhecimento como um problema solucionável?* In: Velhice Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor Editora, 2005, p. 241-263.

_____. *Qualidade de vida: Os anos a mais que vivemos hoje são os melhores ou piores do que os poucos anos que tínhamos tempos atrás?* In: Revista Kairós Gerontologia. V5, n.2, São Paulo, dez 2002, p. 213-220.

DOLL, J. *Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida*. In: Idosos no Brasil Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p.109-123.

FERRIGNO, J.C. *A identidade do jovem e a identidade do velho: questões contemporâneas*. In: Velhices reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC,2006,p.11-24.

FORLENZA, V. F. *Transtornos Depressivos em Idosos*. In: Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo, 2000, Atheneu, cap.23, p.299-308.

GOLDFARB, D.C. *Velhices Fragilizadas: espaços e ações preventivas*. In: Velhices reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC ,2006,p.73-86.

GLOGOSKI, C.;FOTI,D. *Necessidades Especiais do Idoso*. In: PEDRETTI, L.W.,EARLY,M.B. *Terapia Ocupacional Práticas para as disfunções físicas*. São Paulo: 2004, cap.51, p. 1004-1067.

JACOB FILHO,W. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável*. In: Boletim Instituto de Saúde Envelhecimento & Saúde. São Paulo,2009, n.47, p.27-32

LEBRÃO, M.L;DUARTE,Y.A.O. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. 3 edição. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf> Acesso em: 22/07/2009.

LOPES, R.G.C. *Diversidades na velhice: reflexões*. In: Velhices reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC ,2006,p.87-100.

MELLO, M. A. F., ABREU, V. P. S. *Terapia Ocupacional em Demência*. In: Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo, 2000, Atheneu, cap.53, p.587-600.

MERCADANTE,E.F. *Velhice: uma questão complexa*. In: Velhice Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor Editora, 2005, p. 23-34.

MINAYO, M.C.S. *Visão antropológica do envelhecimento humano*. In: Velhices reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC ,2006,p.47-60.

MONTEIRO, P.P. *Envelhecer Histórias Encontros Transformações*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

MORAGAS, R.M. *Gerontologia Social Envelhecimento e Qualidade de Vida*. São Paulo: Ed. Paulinas, 1997.

PESSOA, M.N.V. Trabalho apresentado ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da PUC/SP, para Exame de Qualificação sob orientação da Prof. Dra.Nadia Dumara Ruiz Silveira. PUC/SP, São Paulo, 2008.

PIO, C. *Da beleza do corpo à beleza da alma*. In: A Terceira Idade Estudos sobre Envelhecimento. São Paulo: SESCSP, 2009, vol 20, n 44, p. 33-46.

RAMOS, L.R. *Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional*. In: Boletim Instituto de Saúde Envelhecimento & Saúde. São Paulo,2009, n.47, p.40-41.

RAMOS, P.R.B. *A velhice na Constituição*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo,ano 3,n. 3, p. 11-34, 2000.

REIS, L.M.A. *Cada um envelhece como quer e como pode*. Rio de Janeiro: Campus, 2002,

SANT'ANNA, D. B. *Entre o corpo e os incorporais*. In: Velhices reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC ,2006,p.101-112.

SILVEIRA,N.D.R. *A Educação de Pessoas Idosas: cidadania como pressuposto básico*. Disponível em: (<http://www.portaldoenvelhecimento.net>). Acesso em 30/7/2009.

TORRALBA, R. *Envelhecimento e "cuidado de si"*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 9, n.2, p.191-207, 2006.

Sites Consultados

Brasil Escola - Disponível em: (<http://www.brasilecola.com/sociologia/emo.htm>). Acesso em 1/7/2009

Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica n. 19. Brasília-DF, 2006. Disponível em: (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf).

Acesso em: 4/7/2009

IBGE - Disponível em: (<http://www.ibge.gov.br>). Acesso em 30/6/2009

IPEA - Disponível em: (http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/08_12_09_LivroEnvelhecimento_Disoc_Previdencia.pdf). Acesso em: 22/7/2009

Estatuto do Idoso. Série E. Legislação de Saúde. 1 Edição. 2 Reimpressão. Brasília-DF, 2003. Disponível em: (http://189.28.128.102/portal/arquivos/estatuto_do_idoso.pdf)

Acesso em: 3/7/2009

Saúde Business Web - Em 17 anos a população idosa no Brasil vai dobrar, por Ana Paula Martins 11/11/2008 . Disponível em:

(<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=52856>). Acesso em: 5/7/2009

Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social – Governo do Rio Grande do Sul - Disponível em: (<http://www.sjds.rs.gov.br/portal/>). Acesso em: 4/7/2009

Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira 2008 IBGE . Disponível em :

(http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2008/indic_sociais2008.pdf). Acesso em: 4/7/2009

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por este documento de autorização, por mim assinado, dou pleno consentimento à aluna Maria Noêmia Vieira Pessoa, regularmente matriculada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP para realizar a entrevista da pesquisa "Situação sócio-econômica e condição funcional do idoso".

Declaro estar ciente dos objetivos deste estudo e que meus depoimentos poderão ser gravados, mas será garantido o sigilo quanto à minha identificação não havendo qualquer risco à minha pessoa.

Fui informado também que poderei retirar meu consentimento, recusando-me a participar em qualquer fase da pesquisa e sob qualquer pretexto sem sofrer penalidades ou prejuízos.

Após receber todas as orientações sobre os objetivos e a natureza da pesquisa, reafirmo meu livre consentimento em participar deste estudo e concordo que os dados obtidos sejam utilizados pela aluna para divulgação pública do seu trabalho, respeitando os códigos de ética.

São Paulo, de 2009

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO 2**ENTREVISTA - ROTEIRO**

1- Nome:

2- Idade:

3- Data de Nascimento:

4- Mora sozinho?

() sim () se não, com quem?

5- Tem ou teve algum problema neurológico que tenha deixado seqüela física?

() sim () não

6- Você está contente com as atividades que consegue realizar hoje?

7- Você está feliz com a qualidade da sua vida hoje?

8- Você é feliz?

9- Descreva sua rotina diária:

10-Tipo de Domicílio:

() casa alvenaria () cômodo () terreno público

() casa de madeira () apartamento () terreno privado

11- Este domicílio é:

- próprio- já pago alugado
 próprio- ainda pagando cedido

12- Qual foi sua última ocupação ou trabalho remunerado que exerceu?

13- Qual é seu rendimento mensal atual?

- até 1 salário mínimo
 de 1 a 3 salários mínimos
 de 3 a 5 salários mínimos
 mais de 5 salários mínimos

14- Recebe rendimento de:

- pensão alimentícia ou fundo de pensão
 aluguel
 juros de caderneta de poupança ou aplicação financeira
 doação
 aposentadoria
 participação em Programa de Transferência do Governo: Qual?

BCP – Benefício de Assistência Continuada ()

Bolsa Família ()

Renda Mínima ()

Outro ()

ANEXO 3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36 QUESTÕES

RESPOSTAS

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente(1); Muito Boa(2) ;Boa(3) ; Ruim(4) ;Muito Ruim(5)

Pontos

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor(1); Um Pouco Melhor(2); Quase a Mesma(3); Um Pouco Pior(4)

Muito Pior(5)

Pontos

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, muita dificuldade	Sim, um pouco de dificuldade	Sem dificuldade
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

 a) Pts b) Pts c) Pts d) Pts e) Pts f) Pts g) Pts h) Pts i) Pts j) Pts

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

 a) Pts b) Pts c) Pts d) Pts

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

a) Pts
 b) Pts
 c) Pts

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo? De forma nenhuma(1); Ligeiramente(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente (5)

Pontos

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? Nenhuma(1); Muito Leve(2); Leve(3); Moderada(4); Grave(5); Muito Grave(6)

Pontos

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

Pontos

De maneira alguma(1); Um pouco(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente(5)

9- Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Sempre	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado?	1	2	3	4	5	6
b) Por quanto tempo se sente nervosa(o)?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo se sente calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo se sente esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Por quanto tempo se sente cansado?	1	2	3	4	5	6

a) Pts
 b) Pts
 c) Pts
 d) Pts
 e) Pts
 f) Pts
 g) Pts
 h) Pts
 i) Pts

10- Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Pontos

Sempre(1) ;A maior parte do tempo (2); Boa parte do tempo (3); Poucas vezes(4); Nunca(5)

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso	
a) Eu costumo adoecer um pouco + facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5	<input type="text"/> a) Pts
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça	1	2	3	4	5	<input type="text"/> b) Pts
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5	<input type="text"/> c) Pts
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5	<input type="text"/> d) Pts

AGORA INTERPRETE e TRANSFIRA OS PONTOS COLOCADOS POR VOCÊ ABAIXO:

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação		SEUS PONTOS FINAIS
01	Se a resposta for 1	Pontuação 5,0	
	2	4,4	Pontos
	3	3,4	
	4	2,0	<input type="text"/>
	5	1,0	
02	Manter o mesmo valor		Pontos
			<input type="text"/>
03	Soma de todos os valores		Pontos
			<input type="text"/>
04	Soma de todos os valores		Pontos
			<input type="text"/>
05	Soma de todos os valores		Pontos
			<input type="text"/>

06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1	Pontos <input type="text"/>
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0	Pontos <input type="text"/>
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se $7 = 1$ e se $8 = 1$, o valor da questão é (6) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 1$, o valor da questão é (5) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 2$, o valor da questão é (4) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 3$, o valor da questão é (3) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 4$, o valor da questão é (2) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 3$, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>		Pontos <input type="text"/>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>		Pontos <input type="text"/>
10	Considerar o mesmo valor.	Pontos <input type="text"/>	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>		Pontos <input type="text"/>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

- Capacidade funcional
 - Limitação por aspectos físicos
 - Dor
 - Estado geral de saúde
 - Vitalidade
 - Aspectos sociais
 - Aspectos emocionais
 - Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela) - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4.

- Aplicar fórmula: Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2 \times 100}{10} = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Links sobre o assunto, adaptado de:

<http://listas.cev.org.br/pipermail/cevidoso/2005-May/000221.html>

ANEXO 4

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginásial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima = 0
Pontuação máxima = 46

Disponível em: < www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf >

ANEXO 5

Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem Ajuda			
	6 Independência modificada (ajuda técnica)				
	Dependência modificada	Ajuda			
	5 Supervisão				
4 Dependência Mínima (indivíduo \geq 75%)					
3 Dependência Moderada (indivíduo \geq 50%)					
	2 Dependência Máxima (indivíduo \geq 25%)				
	1 Dependência Total (indivíduo \geq 0%)				
Data		Admissão		Alta	Seguimento
Auto-Cuidados					o
A. Alimentação					
B. Higiene pessoal					
C. Banho (lavar o corpo)					
D. Vestir-se acima da cintura					
E. Vestir-se abaixo da cintura					
F. Uso do vaso sanitário					
Controle de Esfínteres					
G. Controle da Urina					
H. Controle das Fezes					
Mobilidade					
<i>Transferências</i>					
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas					
J. Vaso sanitário					
K. Banheira ou chuveiro					
Locomoção					
L. Marcha / cadeira de rodas		m	-	m	-
		c		c	
M. Escadas					
Comunicação					
N. Compreensão		a	-	a	-
		v		v	
O. Expressão		v	-	v	-
		n		n	
Cognição Social					
P. Interação Social					
Q. Resolução de problemas					
R. Memória					
Total					
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1					