

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão -
COGEAE

Ana Paula Santos

Deise Bosso

Como os profissionais da saúde veem a velhice?

**O caso dos profissionais do Serviço de Atendimento
Domiciliar do município de Sorocaba (SP)**

Sorocaba

2009

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão -
COGEAE

Ana Paula Santos
Deise Bosso

Como os profissionais da saúde veem a velhice?

O caso dos profissionais do Serviço de Atendimento
Domiciliar do município de Sorocaba (SP)

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção
do Certificado de Especialização em
Gerontologia sob a orientação da
Prof.^a Dr.^a Beltrina Côrte.

Sorocaba
2009

Resumo

A velhice e o processo de envelhecimento vêm sendo ultimamente objeto relevante de reflexão, e ambos estudados por diferentes áreas do conhecimento, oferecendo, entretanto, grandes desafios: a velhice por ser uma etapa da vida marcada por diferenças trazidas pelas desigualdades sociais, psicológicas, econômicas e regionais em que se situam as pessoas idosas; o envelhecimento por exigir novas concepções sobre seus conceitos afins e novos procedimentos. Considerando isso, o objetivo deste estudo foi compreender como a velhice é percebida pelos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar do município de Sorocaba (SP), a alguns dos quais, precisamente 18 questionários, foram aplicados contendo 6 perguntas abertas cada um. Os resultados obtidos levaram-nos a apresentá-los na forma das categorias descritivas seguintes: (i) fase da vida; (ii) desânimo e fragilidade; (iii) maturidade; (iv) incapacidade/independência; e (v) envelhecimento ativo, que foram ilustradas por meio de algumas falas, extraídas das respostas dadas. Pôde-se verificar que a imagem negativa sobre a velhice foi a que mais se destacou, se comparada com a imagem positiva, o que nos incita a empregar nossos esforços no campo da Gerontologia no sentido de uma mudança dessa mentalidade. Como consideração final, o trabalho levanta a importância de uma educação continuada com sensibilização, atualização e/ou supervisão sobre o campo gerontológico, para que os serviços de atendimento à pessoa idosa tenham melhor qualidade em sua aplicação e assim possam oferecer maior satisfação ao segmento atendido.

Palavras-chave: Velhice; Atendimento Domiciliar; Profissionais da saúde; Município de Sorocaba.

Como os profissionais da saúde veem a velhice?

O caso dos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar do município de Sorocaba (SP)

SUMÁRIO	PÁG.
1. Introdução	05
2. Metodologia	09
3. Resultados e Discussões	11
4. Categorias levantadas	13
4.1. Fase da vida	13
4.2. Desânimo e Fragilidade	15
4.3. Maturidade.....	17
4.4. Incapacidade e Dependência	19
4.5. Envelhecimento Ativo.....	21
5. Considerações Finais	23
6. Referências bibliográficas	25
7. Anexos	28

1. Introdução

O desejo de se realizar a investigação na temática em foco neste trabalho se iniciou nas aulas de *Laços Comunitários e os Idosos*, no curso de Especialização em Gerontologia PUC-SP (COGEAE), quando se refletiu a respeito dos conceitos sobre velhice e envelhecimento e quais seus efeitos no meio social e pessoal.

O cenário do Serviço de Atendimento Domiciliar do Município de Sorocaba foi escolhido como campo de pesquisa no qual pretende-se compreender como a velhice é percebida, entendida, pelos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar do Município de Sorocaba. Parte-se da seguinte hipótese: como a maioria das pessoas atendidas pelo serviço é de idosos, será que os profissionais que as atendem atuam com um cuidar diferenciado?

Sorocaba é um município do interior do Estado de São Paulo conhecido como uma cidade que se destaca no meio industrial e que possui uma área de 449,122 Km², sendo 55% de área urbana e 45% de área rural. A cidade está localizada na região sudoeste do estado de São Paulo, a 100 quilômetros de distância da capital do Estado. Sua população estimada em 2007 é de 612.000 habitantes, segundo o último censo realizado em 2002; 29.412 são de pessoas com idade acima de 65 anos.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) iniciou-se em 17 de dezembro de 1999, tendo como objetivo principal facilitar o acesso das pessoas acamadas aos serviços de saúde do município.

A ideia de implantar esse Programa veio através de médicos geriatras, políticos e pessoas autônomas, visando a superar a dificuldade de locomoção aos serviços de saúde.

Foram muitos anos de pesquisa e de luta em como começar, pois existiam algumas barreiras burocráticas, que ora findaram, e concretizaram o sonho de realizar um atendimento diferente e eficaz.

O perfil do paciente atendido pelo serviço se faz presente naquele que tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tais como estar acamado, ter a locomoção prejudicada, ter o comprometimento de sua autonomia e / ou independência funcional.

O Programa, criado pelo município, funciona como um Centro de Saúde, com a diferença de que os profissionais vão até a residência do paciente, em visitas periódicas seguindo uma agenda trimestral.

Diferentemente do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, tornou-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo principal para a saúde e estabeleceu vínculo com a comunidade, visando a humanizar práticas voltadas à vigilância na saúde (Brasil,1994), denominando-se não mais Programa e sim Estratégia da Família (ESF). A proposta do (PSF) está centrada na responsabilidade da equipe de saúde, articulada ao Programa de agentes comunitários de saúde, visando à promoção da saúde.

Os principais objetivos do Serviço de Atendimento Domiciliar do município de Sorocaba consistem em:

- Proporcionar melhor qualidade de vida, oferecendo atendimento personalizado, valorizando o vínculo médico-paciente;
- Reduzir internações, contribuindo para a otimização dos leitos hospitalares;
- Humanizar atendimento ao paciente;
- Reduzir risco de infecção hospitalar;
- Equidade - fazer mais para quem mais precisa;
- Promover ações de saúde, higiene e nutrição visando à melhoria das condições de vida do paciente e seus familiares;
- Promover, manter e minimizar os efeitos das doenças crônico-degenerativas ou neoplásicas e suas incapacidades.

Para que os atendimentos aconteçam, compõe este serviço uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional e assistente social.

Os critérios de inclusão são:

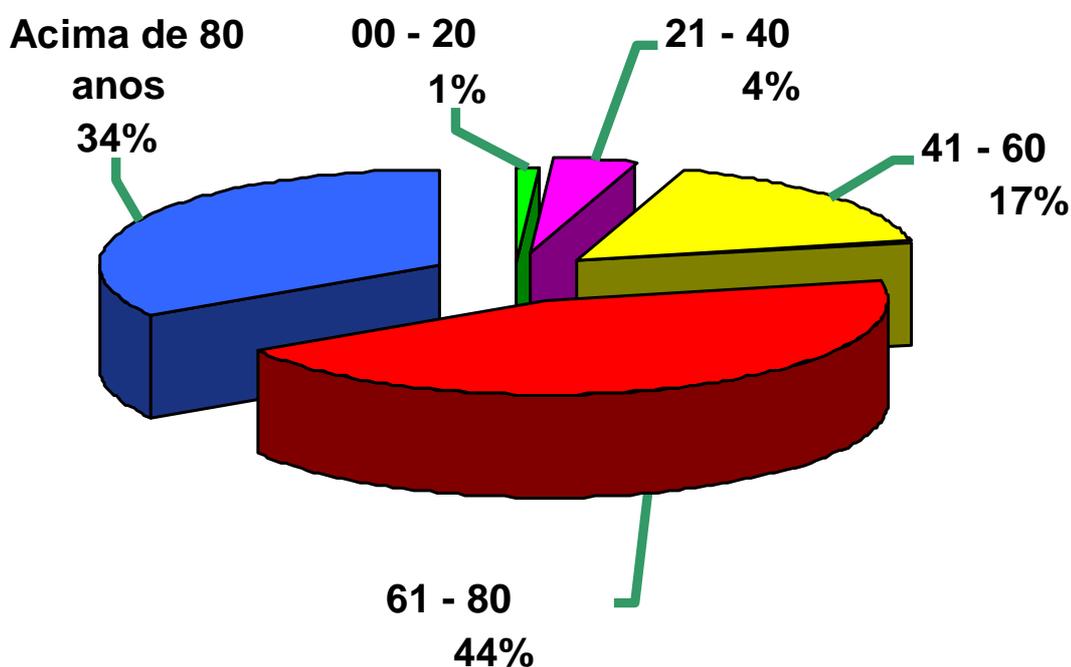
- a) Residir no Município de Sorocaba;
- b) Estar acamado ou ter grande dificuldade de locomoção;
- c) Estar clinicamente estável e não necessitar de cuidados hospitalares;
- d) Ter um prestador de cuidados, apto a receber orientações gerais, medicação, alimentação, curativos, exercícios etc.

Seguindo esses critérios de inclusão existem também algumas patologias que são atendidas pelo Serviço, tais como:

- Sequelas de Acidente Vascular Cerebral;
- Sequelas de Lesão Medular;
- Demência Senil / Doença de Alzheimer;
- Síndromes Parkinsonianas;
- Síndrome de Down;
- Paralisia Cerebral;
- Sequelas de Traumatismo Crânio-encefálico;
- Esclerose Múltipla;
- Esclerose Lateral Amiotrófica;
- Distrofia Muscular Progressiva;
- Doença Oncológica em fase terminal;
- Neuropatias periféricas;
- Sequelas de politraumas;
- Fraturas e amputações de membros inferiores (na fase em que não podem andar).

Esses critérios fazem com que o Programa se diferencie no seu atendimento, uma vez que promove um serviço com qualidade para a população atendida, em sua maioria pessoas idosas, muitas portadoras de patologias crônicas, fato que as impossibilita de ir a um centro de saúde.

Gráfico 1 – Frequência de pessoas idosas atendidas pelo SAD por faixa etária no ano de 2002



Observa-se, no gráfico 1, que a maior parte da população atendida pelo SAD no período do ano de 2002 é aquela em que se encontram as pessoas acima de 80 anos (34%), seguida da faixa etária de 61-80 anos (44%) e da faixa etária de 41-60 anos (17%). O que nos leva a assinalar que o SAD é um serviço que tende a ser dirigido à população de idade mais avançada.

2. Metodologia

Esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa e, para a realização da coleta de dados, utilizamos como instrumento a entrevista não-estruturada caracterizada pela flexibilidade e pela descoberta do significado, desafiando as pré-concepções do pesquisador e permitindo ao entrevistado responder dentro da sua própria estrutura de referência.

Minayo (1994), que trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, assinala que estes fatores correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais.

A entrevista provê profundidade qualitativa, ao permitir que os entrevistados falem sobre o tema, baseados em ideias e significados com os quais estão familiarizados, confirma May (2004).

As entrevistas foram realizadas somente com os profissionais que se encontravam no setor operacional do Programa de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Sorocaba no período de março a abril de 2009. Foram realizadas 18 entrevistas a 14 (77%) pessoas do sexo feminino e 4 (22%) do sexo masculino, entre 20 e 30 anos (média de 25 anos), envolvendo os setores administrativo e de saúde, sendo que a maior parte das questões foi respondida por profissionais da área da saúde.

Foi aplicado pelas próprias pesquisadoras um questionário de modelo aberto, contendo seis questões relacionadas ao tema velhice, sendo a última questão elaborada pelas próprias pesquisadoras, a fim de se obterem maiores elementos para a análise final da pesquisa, que é saber o significado da velhice para os profissionais do Programa de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Sorocaba.

Segundo Amaro (2004-5), o questionário é instrumento de investigação que visa a recolher informações, baseando-se, geralmente, na

aquisição de um grupo representativo da população em estudo. Tomamos como base o questionário construído por Souza e Cerqueira (2006), em estudo realizado em Portugal, visando à imagem global da velhice e do envelhecimento com relação ao idoso acamado.

Para este estudo, os profissionais complementaram as seguintes frases:

1. *A velhice é... (Procurando despersonalizar a imagem)*
2. *Uma pessoa velha é... (Personalizando a imagem do idoso)*
3. *Um homem velho acamado é... (Focalizando o sexo masculino)*
4. *Uma mulher velha acamada é... (Focalizando o sexo feminino)*
5. *Sabemos que alguém está velho quando? (Incide no processo do envelhecimento)*
6. *Você já se imaginou em 2030? Como seria?*

Esta última questão foi acrescentada ao questionário original aplicado, uma vez que acreditamos que tal pergunta incida diretamente na vida pessoal e profissional dos sujeitos entrevistados em relação a sua postura diante de seu próprio processo de envelhecimento e, conseqüentemente, da velhice dos outros.

Para analisar as respostas das perguntas abertas, seguiu-se o mesmo procedimento de análise dos dados do estudo de Souza e Cerqueira (2006), que compreendeu quatro categorias, acrescida mais uma, elaborada por nós, a partir da última questão.

(i) *Fase da vida*: fases normais da vida e do desenvolvimento correspondem a uma faixa etária de mais de 65 ou 75 anos.

(ii) *Desânimo e fragilidade*: tristeza, solidão, perdas, por mortes de amigos e familiares, necessidade de atenção e carinho.

(iii) *Maturidade*: sabedoria, saber dar conselhos. Experiência de vida e capacidade de adaptação. Capacidade de estabelecer objetivos de vida ajustados a essa fase (cuidar da casa, dos netos, aproveitarem o tempo livre).

(iv) *Incapacidade e dependência*: perda ou ausência de competências em vários níveis: cognitivos, sensorial e funcional. Associação à dependência e/ou problemas de saúde.

(v) *Envelhecimento Ativo*: focar o conceito de saúde e não de doença dentro do processo de envelhecer.

3. Resultados e Discussões

De acordo com estudos recentes do IBGE (na sua revisão de 2008, sobre a projeção e estimativas oficiais da população do Brasil e grandes regiões, unidades da federação e município), os brasileiros estão envelhecendo de modo acelerado. A média de expectativa de vida ao nascer era de 45,5 anos em 1940, tendo ido para 72,7, em 2008.

Esse prolongamento da vida está sendo estudado e suscitando inúmeros questionamentos. Entre eles: “Como estão sendo compreendidos a velhice e o envelhecimento humano na nossa sociedade atual?”.

A pesquisa realizada tem como problema de estudo saber dos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar de Sorocaba o significado de velhice. Para tal, nos fundamentamos nos estudos de representações sociais de Moscovici (1981), para o qual a função essencial da representação social, para aqueles que representam, é tornar aquilo que não é familiar em algo familiar, próximo e prático.

Essa função relaciona-se com a tentativa de representar uma realidade pouco conhecida a partir do que se sabe dela como nos mitos e crenças. Na pesquisa em estudo, verificamos, a partir das respostas dos profissionais ao questionário, que o idoso não está sendo compreendido como protagonista de sua própria vida, assim como a velhice, como uma etapa e o envelhecimento, enquanto um processo.

Segundo Hummert (1990), a velhice e o envelhecimento associam-se a um composto de imagens mais negativas, que englobam também aspectos positivos e neutros. Nesse estudo realizado no SESC-SP, a maior parte da população (75%) soube citar traços negativos da imagem que os mais jovens têm sobre os idosos, e 21% referiram algum traço positivo como componente dessa imagem.

A partir da análise realizada na presente investigação, encontramos imagens representativas da velhice *positivas* como as incluídas nas categorias *maturidade* e *fase da vida*; mas também imagens *negativas* que sobressaem na pesquisa em noções como: estar *incapacitado*, *frágil*, *dependente*, *improdutivo*, dentre outras.

Moscovici (1981) faz uma análise muito interessante ao relatar que em geral as pessoas não mudam características como as de gênero, raça ou etnia. Nesse sentido, podemos dizer que todas as pessoas avançam na idade e quase todas serão idosas um dia. Uma parte desses preconceitos e valores sobre a velhice é construída na forma de representações que emergem nas conversações cotidianas das pessoas, o que mostra que fazem parte de um senso comum.

A partir dos dados levantados por meio dos questionários respondidos pelos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar do município de Sorocaba, observamos que algumas respostas vêm ao encontro das imagens positivas e negativas da velhice aqui apontadas; daí então a importância de contextualizá-las e dividi-las em categorias como as seguintes: (i) *fase da vida*; (ii) *desânimo e fragilidade*; (iii) *maturidade*; (iv) *incapacidade e independência*; e (v) *envelhecimento ativo*.

4. Categorias levantadas

4.1. Fase da vida

A *fase da vida* está ligada ao fato de ter mais idade e ser um período da vida com características específicas. Nesta categoria as respostas apontadas pelos entrevistados enfocaram a imagem da velhice como fase natural da vida assim como todas as outras: infância, adolescência e fase adulta.

Segundo Stevens-Long (1979), *apud*: Neri (1995), muitos psicólogos vêm realizando estudos sobre o envelhecimento há algum tempo, embora a área da psicologia estivesse mais voltada para a infância, como consequência do predomínio da ideia de que a vida adulta constitui um período de estabilidade.

O desenvolvimento de curso de vida difere da psicologia clássica do desenvolvimento que supõe o término do desenvolvimento com o findar da adolescência, sendo que o desenvolvimento é um processo multidirecional e multifuncional influenciado pelo contexto histórico, abrangendo todo o curso da vida.

Para Mercadante,

A infância é a infância. A adolescência é a adolescência. A idade adulta é a idade adulta. A velhice é a velhice. A vida é um processo e o ser humano é um vir-a-ser, embora, em cada “etapa” da vida ele seja também um ser-em-si sem débitos para com os demais, sendo assim uma situação complexa. (2005: 91)

Nas respostas obtidas, vimos que a velhice é singular e cada um tem sua própria visão sobre ela, fazendo uma relação com o envelhecimento biológico; ainda não dispomos de respostas a todas as indagações de *como* e *por que* envelhecemos; sabemos, porém, que a velhice faz parte do ciclo do desenvolvimento como uma etapa que se

inclui dentro do processo do viver. E que hábitos de vida, condições de moradia, emprego e saúde interferem na qualidade de vida e geram um perfil diferenciado.

Para Arcuri,

Ainda que na modernidade, passamos a considerar a velhice como um estágio importante para o desenvolvimento humano, não como anteriormente era visto quase como uma fase terminal da existência. (2005: 91)

O envelhecimento independe na sua singularidade, da idade cronológica (*kronos*); assim alguns indivíduos, mesmo com idade avançada, não se sentem velhos (*kairós*) enquanto que para outros, de idade até aparentemente pouco avançada, o peso da velhice é algo intenso e limitante.

Seguem abaixo algumas respostas que determinaram a categoria apresentada como *fase da vida*:

“Uma realidade.”

“Uma fase da vida que todos um dia irão viver. Alguns com boa saúde, outros com nem tanta saúde assim, uns com uma alegria contagiante e outros um pouco mal humorados, mas é uma etapa da vida que não poderá deixar de ser vivida.”

“A última fase do ciclo da vida de um indivíduo. É uma de grandes perdas (fisiológicas, profissionais e sociais), mas também na qual o indivíduo possui grande experiência de vida.”

“Um estágio da vida.”

“Uma fase onde já se viveu muito e temos mais confiança em nós mesmos.”

4.2. Desânimo e Fragilidade

Para entendermos esta categoria, vale lembrar que a velhice faz parte da condição humana. Experiência que não está disponível para todas as pessoas, pois não temos controle sobre determinadas situações, como: doenças, infortúnios ou os acasos que nos impedem de experimentar a velhice.

Neste trabalho de pesquisa, verificamos que algumas respostas se sobressairam como imagem de *desânimo e fragilidade*. Queremos levantar como ponto de discussão que a velhice não retira do indivíduo a capacidade de escolha ou de estabelecer preferência e tomar decisões livres e informadas.

Segundo Diniz (2006), a fragilidade que acompanha a velhice não é ditada pelo corpo velho e com limitações. É também resultado de um jogo complexo entre as limitações individuais e a estrutura social pouco sensível à necessidade de cuidados.

Percebemos que fragilidade e cuidado caminham juntos. A este respeito, Boff (2004) relata que o cuidado significa uma relação amorosa para com a realidade; importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção, e proteção, para com aquilo que tem valor e interesse para nós.

Apesar de as pessoas idosas com idade avançada viverem bem, é cada vez mais frequente o aparecimento de situações de extrema fragilidade física e vulnerabilidade social. A esse estado se chama de “condição de fragilidade” que se relaciona às mudanças naturais de todo o organismo vivo, como a questão de equilíbrio das funções, a harmonia no funcionamento de nosso organismo. Podemos sofrer certo grau de fragilidade sem estarmos doentes. Contudo, o enfraquecimento geral, provocado por múltiplos fatores que provocam a fragilidade, acaba facilitando o aparecimento de doenças (Goldfarb, 2006).

Existem múltiplas definições para a questão da fragilidade, e várias são as classificações, todas elas ligadas às condições de dependência nas atividades diárias, vulnerabilidade a doenças, incapacidades dentre outras.

Bergman *et al.* (2004) observam que fragilidade é entidade multidimensional resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida. A história individual influencia a velhice, frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em contexto particular.

Para minimizar a condição de fragilidade, Goldfarb (2006) assinala que, quando a vida avança no tempo, é fundamental aumentar o bem-estar. Isso inclui a possibilidade real de realizar investimentos afetivos, vínculos; enfim, que se restaure a auto-estima perdida junto com a perda de papéis sociais ligados ao desânimo e à fragilidade.

Que se reconstrua a capacidade de desejar; que se faça de um cidadão idoso desabilitado e marginalizado um cidadão pleno, apesar de sua fragilidade.

Seguem abaixo algumas respostas das entrevistas aqui incluídas que determinaram a categoria ora apresentada:

“Uma pessoa que alcançou a terceira idade na qual sua aparência física fica ou vai ficando debilitado.”

“Meiga, carente de cuidados e carinho.”

“Carente, necessita de atenção e cuidados.”

“Quando nos sentimos incapazes de viver e enxergar a vida com outros olhos.”

“O acúmulo dos anos vividos, enfado e cansaço.”

“Digno de ser cuidado com amor e carinho.”

“Uma pessoa necessitada de observação constante onde muitas vezes o acamado sofre depressão, por sentir-se inválido.”

“Uma pessoa que viu seu vigor físico e força de trabalho se esvaír com a doença; é preciso lidar com essa fase com atenção e carinho, de forma a promover melhor qualidade de vida.”

4.3. Maturidade

Envelhecimento não implica necessariamente doença e afastamento. O idoso tem potencial para mudar as situações de sua vida e a si mesmo, e tem muitas reservas inexploradas. Um idoso pode se sentir feliz, quando realizado e atuante em seu meio social.

Gusmão assinala que:

É importante reconhecer, no idoso, o seu papel mediador na vida social, nos diversos tempos e espaços. Partindo deste princípio, a velhice constitui um tempo estratégico da vida em sociedade. Porém, o que a velhice representa está em nós e na imagem que construímos. (2001: 304)

No Documento do SAD (2001), *maturidade* inclui auto-conhecimento e auto-aceitação, e é uma qualidade do *self*, construída ao longo da vida. Durante a velhice, há um processo de busca interior e de investimento na espiritualidade e no auto-conhecimento, componentes essenciais para o desenvolvimento pessoal.

A religião, a ciência, a arte, a filosofia, a natureza, a educação e a literatura são caminhos para se chegar a uma transformação pessoal. É a partir deste princípio que a vida de uma pessoa idosa pode vir a ter grande riqueza interior em relação ao encontro com o próprio *self*, com sua essência.

Segundo Neri (2001) e Baldessim (2002), a velhice é um “estado de espírito”, pois não depende da idade cronológica ou de outros marcadores de velhice. Dessa maneira, o envelhecimento pode ser dividido em físico e espiritual. Portanto, a velhice pode ser um período prazeroso, com projetos e

realizações, liberdade e experiência acumulada, ocasionando um maior grau de especialização e capacitação com projetos de vida e de potencialidades.

Seguem abaixo algumas respostas às questões feitas que determinam a categoria aqui apresentada:

“Alguém com muita experiência de vida sábia que pode exercer várias atividades, até produtivas, se tiver saúde física e mental, mesmo que com algumas limitações físicas.”

“É uma pessoa que já viveu tudo e que tem muita sabedoria para passar, e para mostrar que apesar de difícil que seja o decorrer da vida, temos que ter força de vontade e muita fé em Deus.”

“Uma pessoa que alcançou a terceira idade, depois, de uma longa jornada e muitas experiências de vida.”

“Alguém que pode transmitir muita experiência de vida é alguém que ainda possui potencialidades e capacidades.”

“Um ser humano experiente possui história de vida para ensinar aos mais jovens, é um cidadão de direitos, passivo de proteção integral, porém na sociedade capitalista é visto como uma pessoa improdutivo e esquecida pelas políticas públicas.”

“Pois velho é aquele que se sente velho e não aquele que tem muita idade.”

“Uma pessoa que tem mais de 60 anos, com uma história de vida marcada por sua subjetividade e vivências.”

“Amadurecer com sabedoria, de uma forma saudável, principalmente alegre, com muita experiência para nos passar.”

“Um privilégio onde todos deveriam chegar.”

“Uma coisa natural, na qual devemos pensar durante toda a vida, para que seja a melhor possível.”

4.4. Incapacidade e Dependência

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial. Os países em desenvolvimento convivem com uma crescente modificação no perfil de saúde da população.

A saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças e, sim, pelo grau de preservação da capacidade funcional.

As mudanças do estado fisiológico e psicológico, prevalentes nos idosos, resultam na dificuldade de manter a homeostasia corporal em face à exacerbação das doenças crônico-degenerativas.

A incapacidade funcional, ou desabilidade, limita a autonomia dos idosos na execução das atividades de vida diária, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, cuidados, e morte prematura.

A American Geriatric Society preconiza que a fragilidade é como uma síndrome fisiológica caracterizada pelo declínio das reservas e da resistência aos agentes estressores, modificações estas que agem sobre a homeostasia corporal, causando estado de alta vulnerabilidade para eventos adversos, em que se incluem os seguintes: incapacidade funcional, dependências, quedas, exacerbações de doenças crônicas, permanência hospitalar prolongada e mortalidade.

Denominam-se limitações funcionais, as restrições na realização de ações físicas e operações mentais fundamentais para a vida diária, em comparação às pessoas de mesmo sexo e faixa etária. Assim, incapacidade funcional ou desabilidade é a limitação para a realização das AVD's, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo para manter-se independente.

Envelhecer, por conseguinte, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades.

É importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e prevenção em saúde.

O processo biológico no envelhecimento apresenta-se em cada idoso de modo singular. Se for quantificado o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade funcional de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como etapa de “falência” e “incapacidade”. No entanto, o processo natural é previsto na evolução dos seres vivos, e as pessoas não ficam incapacitadas porque envelhecem. A pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade.

Seguem abaixo algumas respostas que determinam à categoria ora apresentada:

“Quando se acha incapaz de realizar suas atividades normais.”

“Voltar ao tempo e ver que você fica dependente de outras pessoas.”

“Um homem que perde sua independência, sua saúde e em muitos casos a sua consciência.”

“É uma pessoa impossibilitada de exercer qualquer atividade, e tem que depender de parentes ou outros.”

“Incapacitado de suas funções normais, dificuldade de pensamentos (confuso).”

“Uma pessoa com a saúde física ou mental comprometida que na maioria das vezes depende de outras, que no caso do homem às vezes é mais difícil por ser um pouco machista.”

“Uma pessoa que por alguma razão tem que deixar de realizar atividades e se sente triste, pois muitas vezes depende de outros para coisas simples como a própria higiene.”

“Uma pessoa com perda da autonomia.”

4.5. Envelhecimento Ativo

Esta categoria vem bem ao encontro das respostas que foram colocadas na pergunta acrescentada pelas pesquisadoras em *Como você se imagina em 2030?*

Alguns profissionais podem não ter pensado na própria idade na hora de responder a esta questão, sendo que a maioria nem estaria daqui a 20 anos na faixa etária dos 60-65 anos. O problema nas respostas não foi com a questão da velhice, mas sim com a preocupação em torno da saúde; o medo não foi o de envelhecer, mas o de não ter saúde.

Sendo assim, focamos no conceito de *envelhecimento ativo* que é definido, segundo a política de saúde (2005) como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Tem como objetivo aumentar a expectativa de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis fisicamente, incapacitados e que requerem cuidados. O que está de acordo com o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que se refere ao bem-estar físico, mental e social.

Se quisermos que a velhice seja uma experiência positiva e com saúde, esta deve ser acompanhada de oportunidades de manutenção da

saúde, participação e segurança; o *envelhecimento ativo* permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental. Ao longo do curso de vida de cada um, e que estas sejam participativas dentro da sociedade, de acordo com suas vontades, procurando manter sua autonomia e independência.

Segundo dados da OMS (1994), a *expectativa de vida saudável* é uma expressão geralmente usada como sinônimo de expectativa de vida sem incapacidades físicas.

Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento.

Existem boas razões econômicas para se implementarem programas e políticas que promovam o *envelhecimento ativo*. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar, o que promove uma redução de custos para o Estado.

A saúde é uma preocupação de todos. O medo de ficar doente e não poder mais dispor de independência vem ao encontro da imagem de velhice que os profissionais entrevistados atendem diariamente no Serviço Domiciliar, lidando todo o tempo com fragilidades, doenças e incapacidades que impedem que a pessoa possa desfrutar do envelhecimento dito como ativo. Dessa forma, as respostas colocadas abaixo não serão diferentes de tudo o que discutimos sobre esta categoria.

Seguem abaixo algumas respostas às questões de pesquisa que determinam a categoria ora apresentada:

“Espero ser com saúde e que Deus continue me abençoando.”

“Sim, que eu tenha saúde e muita força de vontade para viver bem.”

“Não, mas gostaria de estar um idoso com saúde e lúcido.”

“Sim, espero estar uma velhinha animada; porém não posso prever como estaria a minha saúde, espero que muito boa, e se acaso eu vier a precisar de cuidados que eu tenha o apoio dos meus familiares.”

“Sim, estarei trabalhando com saúde e levando uma vida menos agitada.”

“Sim, vivendo com qualidade de vida.”

“Não, eu já teria meus 46 anos, imagino que poderia ter um filho e estar cansada para realizar certas atividades. Mas imagino que ainda não me sentiria velha.”

“ Bom, vou estar com 44 anos, espero que, com a saúde em geral melhore, pois sabemos que o SUS tem muitos recursos, mas muito pouco para exercerem as atividades com “competência”; sim, me imagino formada no desejo seu, com minha vida estável .. Seria feliz.”

“Ainda não me imaginei, mas espero que eu tenha saúde para frequentar os grupos da terceira idade, dançar, viajar, e aproveitar o tempo livre para me divertir. Também espero ter uma boa aposentadoria, para não precisar depender de ninguém, principalmente do poder público”.

5. Considerações Finais

Com base na interpretação dos dados aqui coletados, sistematizados e analisados, verificou-se que muitas das questões foram, de fato, objeto de reflexão para os entrevistados naquele momento de pesquisa, destacando-se que esses profissionais se dividiram nas suas respostas. Alguns aspectos negativos se evidenciaram, especialmente a preocupação relativa aos cuidados na velhice, assim com o tratamento inadequado ou limitado de certos profissionais para com os idosos atendidos. Alguns dos entrevistados lidam direta e/ou indiretamente com a população idosa. Como complementos à questão: “Sabemos que alguém está velho quando...”, predominaram as categorias: “*estar incapacitado*” e “*independência*”. O mesmo ocorreu nas respostas às questões: “Uma mulher velha acamada

é...; “um homem velho acamado é...”, associadas à não-distinção e diferença de sexo.

Os resultados desta pesquisa respondem plenamente, a nosso ver, ao objetivo proposto, no sentido de apontarem a necessidade de que seja implementado um Serviço de Saúde, no município de Sorocaba, com competência e saberes específicos e bem atualizados acerca do envelhecimento humano e da velhice, na perspectiva do ser que envelhece, e não unicamente na perspectiva do ser que adocece.

Para tal, é importante uma sensibilização e preparação contínua dos profissionais envolvidos com o cuidado das pessoas idosas, para que estes possam dar um atendimento mais bem adequado, específico na verdade, de acordo com os novos paradigmas para o envelhecimento e que garanta a qualidade de vida às pessoas que vivenciam justamente a fragilidade da vida. E, assim, melhorar o serviço de saúde aos idosos em geral na cidade de Sorocaba (SP).

A Gerontologia não deixa de uma área de saber jovem, mas que vem apresentando uma verdadeira interlocução interdisciplinar, preparando profissionais e sensibilizando a comunidade, no sentido de desenvolver uma escuta atenta e sensível aos próprios idosos, capaz de captar as diferentes demandas em suas necessidades e exigências diversas.

Sabemos que a interdisciplinaridade é construída nas relações de cooperação, sinergia e combinação entre competências e inteligências profissionais individuais, em espaço representativo de suas áreas do conhecimento, gerando uma rede de ensino/aprendizagem coletiva. Mas sabemos também que visões simplificadoras do processo de interdisciplinaridade podem gerar concepções equivocadas sobre como atuar no campo do envelhecimento. Muitas vezes, envoltos em seu egocentrismo, profissionais pensam que a interdisciplinaridade pode ser efetivada por um só profissional ao desenvolver sua prática, articulando conteúdos de diferentes áreas de forma integrada: para ser interdisciplinar é preciso, no mínimo, a interação entre duas visões da realidade a partir de

duas áreas disciplinares, isto é, de duas formações. Interdisciplinaridade, sim, no sentido de um diálogo teórico entre as várias disciplinas, mas sendo preservada a especialidade de cada uma.

Diante da complexidade desta problemática, assumem relevância as relações interdisciplinares entre profissionais que trabalham nas variadas áreas da saúde, para a promoção de uma longevidade com qualidade de vida, baseada em ações de prevenção e tratamento interdependentes: a saúde é responsabilidade não só das áreas biomédicas, mas também de áreas como a educação, economia, comunicação e assistência social, dentre outras, pois cuidar da saúde implica numa concepção integral de ser humano.

Identificamos com este estudo que não só as equipes que trabalham nas residências, em contato direto com o paciente e seus familiares, apresentam mitos sobre o envelhecimento e a velhice; alguns profissionais internos que não se responsabilizam por um atendimento direto também apresentam os mesmos mitos, dificultando uma visão mais complexa e diversa sobre esta etapa da vida.

Finalizamos, ressaltando que “*esse olhar diferenciado sobre a velhice*”, de que falamos, requer mudança de atitudes e crenças em relação à velhice e ao envelhecimento. Para os profissionais da saúde, representa ainda a revisão de conceitos e novas práticas sociais que levem em conta o sujeito que vive em um determinado corpo biológico, ou seja, que o ser humano seja levado em conta em sua complexidade e diferença.

6. Referências Bibliográficas

AMARO, A.; PVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionário de mestrado em química para o ensino**. Coimbra: Faculdade de ciências da Universidade do porto, 2004.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, n.º 117. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, novembro 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de políticas da saúde. Departamento de atenção básica: **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000.

CORTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, G.I. (orgs.) **Velhice Envelhecimento Complex(idade)** São Paulo: Vetor, 2005.

DINIZ, D. Fragilidade, envelhecimento e desamparo. **Revista-Sesc/SP**, n.º 115, Dezembro, 2006. Disponível em: <http://www.sesc.sp.org.br/sesc/revistas>. Acesso em 3 de outubro de 2009.

ENVELHECIMENTO ativo. **Uma política de saúde/** ord.Heath Organization, Tradução de: Gontijo, Suzana- Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2005.

FREITAS, A.; Souza.P. R. **“Entre um bom e mau envelhecer”**. In:..Masculinidade e Velhices: entre um bom e mau envelhecer. Corte, B.; Marcadante.F. E.; Arcuri.G.I (orgs.). Vol 44, São Paulo: Vetor 2006.

FLORIANI, A.C.; Schramm, R.F. Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? **Artigo, Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4) julho-agosto 2004.

LUZ, C.M.M.;A.M.Mauro. Vivência de felicidade de pessoas idosos. **Artigo de Estudos de Psicologia**. Campinas, 25(2), abril de 2008.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F; GOMES.R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Prefeitura do município de Sorocaba. Disponível em: <http://www.sorocaba.sp.gov.br/aps/> Acesso em 10 de novembro de 2009.

SILVA, R.T.; GUINTEHER, A.I. **Papéis Sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida**. Psic: Teoria e pesquisa, Brasília, janeiro, abril de 2002, vol.06. n.º 1.

SOUZA, L.; CERQUEIRA, M. Influência do gênero nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista Kairós**, São Paulo, 8(2) dezembro de 2005.

VALE, R.L.E. **Neurociências na melhor idade: aspectos anuais em uma visão interdisciplinar**. In: Zarebski, G.; Valle, L.R. E. (orgs.) Ribeirão Preto: Novo Conceito Editora, 2009.

VIEIRA, C.S, L. **Visão do estagiário de fisioterapia em relação à velhice do idoso hospitalizado**. São Paulo: PUC-SP, 2008 (xerox).

VIEIRA, A.M. **Re-conhecendo o envelhecimento pelas práticas do agente comunitário de saúde em Diamantina: Políticas e contexto histórico**. Tese de mestrado em Gerontologia, São Paulo: PUC-SP, 2008 (xerox).

7. Anexos

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é **Atendimento Domiciliar X Velhice**, que está sendo realizada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Essa pesquisa tem como objetivo: Compreender o significado de velhice para os profissionais de saúde que atuam no programa de Atendimento Domiciliar do Município de Sorocaba.

Todas essas informações são absolutamente sigilosas, serão mantidas conosco, e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é absolutamente voluntária e, caso não queira participar, em nenhum momento será prejudicado, podendo desistir de participar do estudo e solicitar a suspensão do seu consentimento, mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradecemos a atenção,

Ana Paula Santos

Deise Bosso

(Pesquisadoras)

Sorocaba, ___/___/___

Consentimento do entrevistado _____

ANEXO 2: Questionário (Questões-Respostas)

1. Uma pessoa velha é...

- *...é você amanhã.*
- *... alguém com muita experiência de vida sábia que pode exercer várias atividades, até produtivas, se tiver saúde física e mental, mesmo que com algumas limitações físicas.*
- *... é uma pessoa que já viveu tudo e que tem muita sabedoria para passar, e para mostrar que apesar de difícil que seja o decorrer da vida, temos que ter força de vontade e muita fé em Deus.*
- *...idosa.*
- *... uma pessoa que alcançou a terceira idade, depois, de uma longa jornada e muitas experiências de vida.*
- *... quando se acha incapaz de realizar suas atividades normais.*
- *...uma pessoa que alcançou a terceira idade na qual sua aparência física fica ou vai ficando debilitada.*
- *...uma pessoa que merece respeito da sociedade.*
- *...uma pessoa que já viveu muitos anos, passou por inúmeras experiências.*
- *...uma pessoa com bastante conhecimento e experiência de vida.*
- *...meiga, carente de cuidados e carinho.*
- *...alguém que pode transmitir muita experiência de vida é alguém que ainda possui potencialidades e capacidades*
- *...um ser humano experiente, possui história de vida para ensinar aos mais jovens, é um cidadão de direitos passivo de*

proteção integral, porém na sociedade capitalista é vista como uma pessoa improdutiva e esquecida pelas políticas públicas.

- *...problema de saúde pública, caso não haja mudança de comportamento da população atual (envelhecer c/ saúde)*
- *...uma pessoa que tem mais de 60 anos que é muito experiente e se sente velha. Pois velho é aquele que se sente velho e não aquele que tem muita idade.*
- *....sinal de experiência.*
- *...carente, necessita de atenção e cuidados.*
- *...uma pessoa que tem mais de 60 anos, com uma história de vida marcada por sua subjetividade e vivências.*

2. A velhice é ...

- *... com saúde, é linda; sem, é triste.*
- *... em muitos casos, uma libertação de obrigação, horários e responsabilidade. E se ela vier com saúde e dinheiro pode significar viagens, passeios, teatros etc.*
- *... o problema não é a velhice ou a idade, mas a falta de saúde física e/ou mental, que limitam a vida da pessoa (esta pode ocorrer em qualquer idade, só que se torna mais comum com o envelhecimento) e falta de dinheiro também.*
- *... quando nos sentimos incapazes de viver e enxergar a vida com outros olhos.*
- *... uma realidade...*
- *... uma fase da vida que todos um dia irão viver. Alguns com boa saúde, outros com nem tanta saúde assim, uns com uma alegria contagiante e outros um pouco mal humorados, mas é uma etapa da vida que não poderá ser vivida...*
- *... sinal de ter renunciado quase toda as situações que a vida lhe oferecia...*

- ... amadurecer com sabedoria, de uma forma saudável, principalmente alegre, com muita experiência para nos passar.
- ... um privilégio onde todos deveriam chegar.
- ... uma coisa natural, na qual devemos pensar durante toda a vida, para que seja a melhor possível.
- ... voltar ao tempo em que você fica dependente de outras pessoas.
- ... o acúmulo dos anos vividos, enfado e cansaço.
- ... a última fase do ciclo da vida de um indivíduo. É uma fase de grandes perdas (fisiológicas, profissionais e sociais) mas também na qual o indivíduo possui grande experiência de vida.
- ... uma fase da vida em que o ser humano deve ser passivo de proteção da família, do poder público, deve aproveitar o tempo para realizar atividades que lhes trazem prazer e qualidade de vida.
- ... um estágio da vida...
- ... uma fase da vida onde já se viveu muito e temos mais confiança em nós mesmos.
- ... uma consequência...
- ... de difícil aceitação tanto para eles mesmos e para a família, pois existem os agravos decorrentes da idade, e as patologias que são adquiridas.
- ... um período da vida que requer sossego e atenção por sua fragilidade, uma vez que vigor físico diminui. Também é uma época na qual a sabedoria é maior, tendo em vista toda a ausência do indivíduo. Acredito que é uma fase que deveria ser valorizada pelo conhecimento que pode ser passado aos mais jovens.

3. Um homem velho acamado é...

- *...uma pessoa triste porque homem não gosta de depender dos outros.*
- *...um homem que perde sua independência, sua saúde e em muitos casos a sua consciência.*
- *...é uma pessoa impossibilitada de exercer qualquer atividade, e tem que depender de parentes ou outros.*
- *...incapacitado de suas funções normais, dificuldade de pensamentos (confusos).*
- *...um idoso que igual a qualquer outro, com o passar dos anos ficou debilitado, precisando de auxílio dos familiares, acompanhamento e orientação médica.*
- *...digno de ser cuidado com amor e carinho.*
- *...um pessoa com a saúde física ou mental comprometida que na maioria das vezes depende de outras pessoas que no caso do homem às vezes é mais difícil por serem um pouco machistas.*
- *...uma pessoa necessitada de observação constante onde muitas vezes o acamado sofre por depressão por sentir-se inválido.*
- *...uma pessoa que por alguma razão tem que deixar de realizar atividades e se sente triste pois muitas vezes depende de outros para coisas simples como a própria higiene.*
- *...dependente pra tudo.*
- *...para o homem talvez seja mais difícil a condição de ser velho e acamado, para quem lutou na vida inteira para não deixar faltar nada dentro de casa se ver em uma situação assim deve ser péssimo.*
- *...um indivíduo que pode estar com seu papel de chefe de casa (atribuição social ao homem) comprometido e necessitando de cuidados muitas vezes de pessoas que foram por eles cuidados (filhos, esposa, netos). Que tem direito de receber atenção integral a sua saúde por profissionais que compreendam as implicações psicossociais da situação de acamado deste homem.*
- *...um ser humano que necessita de um atendimento pautado na humanização, proteção e recuperação da saúde se for consciente geralmente sente-se fragilizado perante a situação da doença pois geralmente o homem exerce o papel de provedor da família (financeiro), enfim necessita de proteção integral em todos os sentidos.*

- *...uma pessoa com perda da autonomia.*
- *...é uma pessoa que já tem uma certa idade e sem condições adequadas para se locomover por uma patologia ou pelo excesso de idade.*
- *...merecedor de cuidados.*
- *...desatento, pois depende, quando consciente de seus cuidados.*
- *...uma pessoa que viu seu vigor físico e força de trabalho se esvaír com a doença. É preciso lidar com essa fase com atenção e carinho, de forma a promover melhor qualidade de vida ao idoso.*

4. Uma mulher velha acamada é...

- *...uma pessoa que aceita o que Deus lhe deu mas gostaria de continuar ajudando a sua família.*
- *...igual ao homem velho acamado.*
- *...é uma pessoa impossibilitada de exercer seus próprios afazeres, higiene pessoal, cozinhar, cuidar dos filhos, netos etc. Dependendo da causa que ocasionou ela ter ficado numa cama, ou ela é uma pessoa de muita fé e força de vontade ou uma pessoa triste, depressão...*
- *...idem, incapacitada de suas funções normais e neurológicas.*
- *...pode-se dizer que é quando se encontra na mesma situação de um homem acamado, porém às vezes é mais maleável por não ter pensamentos e comportamento machistas.*
- *...digna de ser cuidada e respeitada por todos.*
- *...a mesma situação do homem idoso; porém na maioria das vezes são mais maleáveis.*
- *...idem a anterior.*
- *...a definição para mulher velha acamada é a mesma de um homem velho acamado.*

- *...dependente para tudo.*
- *...envergonhada por estar acamada e dependendo dos filhos para estar fazendo sua higiene íntima e que antes ela mesma fazia.*
- *...da mesma forma que o homem tem um papel social comprometido (administradora da casa, esposa) e também o mesmo direito de atenção integral a sua saúde.*
- *...um ser humano que necessita de um atendimento pautado na humanização, proteção e recuperação da saúde, portanto geralmente a mulher é a pessoa que administra a residência e geralmente quando fica acamada ela e a família ficam bem mais fragilizadas e passivas de proteção integral.*
- *...igual ao homem velho acamado.*
- *...uma mulher com a certa idade que está incapacitada de deambular por motivo de uma patologia ou por excesso de idade.*
- *...merecedora de cuidados especiais.*
- *...envergonhada, devido depender de pessoas para auxiliá-la nos seus afazeres diários.*
- *...uma idosa acamada é uma pessoa que passa os mesmos percalços que um idoso acamado; porém com agravante de questões de gênero, já que as políticas de saúde ainda estão mais voltadas para as necessidades masculinas.*

5. Sabemos que alguém está velho quando...

- *...seu corpo não ajuda mais, e sua mente padece.*
- *...tem mais de 60 anos.*
- *...quando não consegue exercer qualquer atividade, e começa ter dificuldade de pensamento, raciocínio ou demência e começa a ficar debilitado tanto mentalmente, como fisicamente.*
- *...apresenta algum sintoma de saúde ou neurológico.*

- *...a pessoa vai ficando debilitada, fraca, precisando da ajuda de outras.*
- *... pessoas... determinadas ações apesar de algumas pessoas não apresentarem a idade que têm e viverem a vida igual ou até melhor a de uma pessoa jovem, com muita animação, entusiasmo e muita saúde,*
- *...se torna dependente de outras pessoas.*
- *...sua aparência física, seu corpo, às vezes deitados, problemas de saúde, apesar que alguns idosos além de não aparentar velhos são super saudáveis.*
- *...suas funções já não respondem tão bem quanto antes.*
- *...começa a apresentar dificuldades para realizar funções e tarefas que antes eram feitas naturalmente.*
- *..as marcas da vida começam a aparecer, e existe algumas dificuldades para exercer determinadas tarefas fáceis de serem feitas.*
- *...se torna incapaz de tomar suas próprias decisões.*
- *...um grande marco que separa a fase adulta da velhice é a aposentadoria (marco social do fim da produtividade), o que não significa necessariamente a presença de doenças ou inutilidade. Pode ser, sim, uma fase para novos projetos que não foram possíveis ao longo da vida (em parte pelo trabalhador).*
- *...o ser humano começa a apresentar perda do vigor físico, aspecto envelhecido, problemas de saúde, torna-se improdutivo para a sociedade e muitas vezes ignorado e esquecido pela sociedade.*
- *...tem mais de 65 anos.*
- *...ela se acha velha e começa a se queixar de situações rotineiras que não consegue realizar com tanta eficácia.*
- *....o mesmo se limita a determinadas situações.*
- *...através de suas atitudes, tem muitos velhos de 30 anos e muitos jovens de 80.*
- *...eu considero o estatuto do idoso e a OMS, que define velhice a partir dos 65 anos. No entanto algumas questões podem ser consideradas: vigor físico, aposentadoria etc.*

6. Você já se imaginou em 2030? Como seria?

- *Espero que seja com saúde e Deus continue me abençoando.*
- *Sim, morta na “vida eterna” com meu marido.*
- *Sim, que eu tenha saúde e muita força de vontade para viver bem.*
- *Não, mas gostaria de estar um idoso com saúde e lúcido.*
- *Sim, me imagino uma velhinha animada; porém, não posso prever como estaria a minha saúde; espero que muito boa, e se acaso eu vier a precisar de cuidados que eu tenha o apoio dos meus familiares.*
- *Espero que realizada com meus objetivos e vivendo em paz*
- *Sim, espero que bem melhor, que os idosos sejam mais respeitados, tratados com mais carinho, que surjam mais leis em seus benefícios mais condições na área da saúde.*
- *Sim, estarei trabalhando, com saúde, e levando uma vida menos agitada.*
- *Em 2030 eu me imagino levando uma vida tranquila, e com saúde.*
- *Sim, velho.*
- *Não, não sei.*
- *E difícil imaginar como será daqui mais 20 anos, mas tudo que realizamos ao longo da vida, de certa forma influenciará na velhice (seja como cuidados da saúde, hábito de vida, trabalho etc.)*
- *Espero que em 2030 eu ainda tenha saúde e me preparando para aposentadoria e fazendo projetos novos de vida.*
- *Ainda não me imaginei, mas espero que eu tenha saúde para frequentar os grupos da melhor idade, dançar, viajar, e aproveitar o tempo livre para me divertir. Também espero ter*

uma boa aposentadoria, para não precisar depender de ninguém principalmente do poder público.

- *Não, terei + ou - 50 anos, trabalhando, espero que com saúde.*
- *Não. Eu já teria meus 46 anos, imagino que poderia ter um filho e estar cansada para realizar certas atividades. Mas imagino que ainda não me sentiria velha.*
- *Sim, vivendo com qualidade de vida!*
- *Bom, vou estar com 44 anos, espero que a saúde em geral melhore, pois sabemos que o SUS tem muitos recursos, mas muito pouco para exercer as atividades com competência; sim, me imagino formada no desejo seu, com minha vida estável... Seria feliz...*
- *Em 2030 estarei com 49 anos, me imagino trabalhando, estudando e fazendo atividades para manter a minha qualidade de vida. Também estarei às voltas com cuidados aos meus pais que estarão idosos, visto que acredito ser a pessoa mais indicada para liderar a família nesse sentido.*