

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ENVELHECIMENTO, ESTRATÉGIAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE
VIDA EM UMA VILA POPULAR DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

ALINE IARA DE SOUSA

PORTO ALEGRE, MAIO DE 2002

ALINE IARA DE SOUSA

ENVELHECIMENTO, ESTRATÉGIAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM UMA VILA POPULAR DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes**

PORTO ALEGRE, MAIO DE 2002

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Tatiana Gerhardt

Prof. Dr. Sérgio Antônio Carlos

Prof^a. Dr^a. Olga Rosário Eidt

***Pai, mãe, mana e André pela
inspiração e amor, a vocês o meu
trabalho.***

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que enriqueceram e apoiaram a realização desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Aos idosos pela acolhida em suas casas com paciência, carinho e sinceridade.

À professora Dra. Marta Júlia Marques Lopes, orientadora dedicada, obrigada!

À professora Vera Portela pelo início do trabalho com os idosos.

À professora Denise Tolfo, pela amizade e assessoria “*no mundo*” do Epi-Info.

À professora Tatiana Gerhardt pelas sugestões e pelo incentivo, obrigada!

À Dra. Chris e à Adriana pelo apoio e carinho nas traduções para o inglês e o espanhol.

À Maria da Graça M. Domingues, pelo sorriso e palavras de solidariedade.

Às amigas do CEDEN Naira e Josi, pela presença e disponibilidade.

Às queridas Kátia e Heloísa pelo carinho e amizade de hoje e sempre.

A toda turma de Mestrado 2000 pelo crescimento em grupo.

Ao Paulo G. D. Martins (Paulinho), pelo suporte na biblioteca.

Aos profissionais da equipe do PSF da Vila Pitinga, especialmente, à agente comunitária de saúde Márcia, pela de coleta dados.

Aos meus pais, amados, Neila e Valdir pelo amor, carinho, apoio e dedicação irrestritos, e hoje estamos juntos em mais uma conquista. O meu amor eternamente.

À minha adorada irmã Dana, por sua amada presença em minha vida.

Aos meus queridos avós Boaventura, Ireny e Nelson (*in memória*) e Leza pela inspiração e auxílio na compreensão de que os idosos fazem parte da nossa vida trazendo a ela também qualidade de vida.

Obrigada Denise, pela revisão deste trabalho.

André, marido, companheiro e colaborador que tudo isso some-se ao imenso amor que tenho por ti, e que, quando idosos, possamos passar aos que fizerem parte de nossas vidas.

***“Reinauguração
Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados
mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata
beleza que vem dos gestos espontâneos e do
profundo instinto de subsistir enquanto as coisas
em redor se derretem e somem como nuvens
errantes no universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos
gulosos a um sol diferente que nos acorda para
os descobrimentos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular que se exprime no
cálido abraço e no beijo comungante, no
acreditar na vida e na doação de vivê-la em
perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós”
Carlos Drummond de Andrade
(citado por Minayo e Coimbra Jr., 2002, p. 11).***

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	09
LISTA DE TABELAS.....	10
RESUMO.....	11
1 INTRODUÇÃO – O IDOSO COMO FONTE DE INSPIRAÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTOS DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
2.1 O envelhecimento populacional: a questão demográfica e a legislação específica.....	17
2.2 Envelhecimento: novas exigências assistenciais e de cuidados profissionais.....	20
2.3 A situação de vida e as estratégias de saúde, na perspectiva da qualidade de vida – a trama dinâmica desses conceitos, como base analítica.....	23
3 A PROPOSTA METODOLÓGICA.....	25
3.1 O modelo do estudo.....	25
3.2 A área de estudo– a Vila Pitinga e o Programa de Saúde da Família.....	27
3.3 A população em estudo.....	29
3.4 A coleta dos dados.....	30
3.5 A análise dos dados.....	34
3.6 Considerações éticas.....	36
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1 Caracterização sócio-demográfica dos idosos da Vila Pitinga.....	37
4.1.1 Dados gerais dos idosos.....	38
4.1.2 Informações habitacionais, ocupacionais e econômicas	46
4.1.3 Informações familiares e de saúde.....	50
4.2 O idoso da Pitinga e sua situação de vida e de saúde.....	52
4.2.1 Sua auto-imagem.....	52

4.2.2 Sua família.....	56
4.2.3 Sua saúde.....	60
4.2.4 Seus recursos terapêuticos.....	66
4.2.5 Sua pobreza.....	74
4.2.6 Sua qualidade de vida.....	78
5 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....	82
ABSTRACT.....	86
RESUMEN.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos idosos segundo a faixa etária - Porto Alegre – RS – 2001.....	39
Figura 2 – Distribuição dos idosos segundo o tipo de moradia - Porto Alegre – RS – 2001.....	46
Figura 3 – Distribuição dos idosos segundo o motivo da aposentadoria - Porto Alegre – RS – 2001.....	48
Figura 4 – Distribuição dos idosos segundo a sua própria definição de condição de saúde - Porto Alegre – RS – 2001.....	50
Figura 5 – Distribuição dos idosos segundo a incidência de doenças, nos últimos seis meses - Porto Alegre – RS – 2001.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Crescimento da população brasileira com 60 anos ou mais, em números absolutos.....	18
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo idade e sexo - Porto Alegre – RS – 2001.....	41
Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo estado civil e sexo - Porto Alegre – RS – 2001.....	42
Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo anos de estudo e sexo - Porto Alegre – RS – 2001.....	44

RESUMO

Envelhecimento, estratégias de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre é um estudo sobre a situação de vida e de saúde, na perspectiva da qualidade de vida, de idosos pobres, moradores da Vila Pitanga – Porto Alegre, RS. Trata-se de uma proposta diagnóstica, do tipo sócio-demográfica e descritiva das práticas e estratégias quotidianas de saúde, adotadas por estes indivíduos. Chamada de estudo híbrido, tal proposta, na pluralidade desse modelo, permite a utilização simultânea de coleta de dados e análise quanti-qualitativa. Através deste estudo destaca-se a necessidade de se reforçar a compreensão, não só dos idosos, mas da sociedade em geral, de que ser idoso não significa ser ou estar doente. Também não se pode ignorar que cada idoso constrói as suas próprias formas de ter saúde e de manter-se saudável. Assim, noções de situação de vida e de saúde adotadas pelos idosos, aliadas às estratégias de saúde dos mesmos, frente às suas necessidades e peculiaridades, permitem que a “*vida de pobre*” também possa ser vivida com qualidade, numa oportunidade positiva de se viver o envelhecimento, através das escolhas individuais de cada um.

1 INTRODUÇÃO - O IDOSO COMO FONTE DE INSPIRAÇÃO

A dissertação que apresentamos é requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Ao iniciar o Curso de Mestrado, da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, decidi realizar minha dissertação sobre o tema - Idosos. O interesse por essa fase da vida acompanha-me, muito antes da época da graduação.

Isto se explica, em parte, pela minha formação familiar, primeira filha de pais jovens, primeira neta de meus avós maternos, os paternos não os conheci. A presença marcante dos idosos em minha família representou sempre motivo de grande felicidade para mim.

Além disso, não se pode ignorar que o aumento gradativo e significativo no Brasil e no mundo do contingente total da população de idosos, passa hoje, a nos exigir atenção especial e, certamente, um maior investimento

nas ações de saúde. Visando proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade a esses indivíduos, no período de graduação, também na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, procurei voltar-me para essa temática. Desta maneira, um mês antes de minha formatura no curso, fui convidada a trabalhar em uma instituição geriátrica privada que abrigava 57 idosos, entre dependentes e independentes, todos sob os meus cuidados. Destes idosos, vinte dentre eles, eram mantidos através de doações da comunidade e da instituição, os demais, pagavam uma mensalidade por terem melhores condições financeiras.

Entretanto, durante o período em que permaneci atuando nessa instituição um fato me intrigava: a dificuldade observada em alguns profissionais da área médica e de enfermagem, nas suas práticas cotidianas, em dedicar-se a conhecer e compreender o idoso na sua realidade de vida e saúde.

Isso ocorreu, provavelmente, porque as pessoas não se preocupavam em ouvir ou falar com os idosos sobre assuntos de seu interesse. Sem a preocupação com essa perspectiva, tudo era feito e determinado, teoricamente, para o bem do idoso. No entanto, muitas vezes, essas ações dirigiam-se apenas para aquele idoso que apresentava condições favoráveis, quer sejam econômicas ou de saúde, de garantir a eficácia dessas ações. Com isso, nem sempre, ocorreu a participação real e efetiva nas decisões com conhecimento de causa por parte desses indivíduos.

Assim, as ações de saúde resumiam-se a atividades programadas e impostas pela vontade e julgamento dos profissionais envolvidos. Esses

mesmos profissionais, foi possível observar, pouco conheciam acerca das necessidades e particularidades do cuidado ao idoso.

É claro que tal situação não pode, e, nem é esse o objetivo, ser generalizada a todos os grupos de idosos e programas desenvolvidos para esta faixa etária, pois, hoje, existem iniciativas valorosas e importantes trabalhos realizados por profissionais competentes, junto aos idosos, e que merecem nosso destaque.

No entanto, a situação constatada ainda ocorre e, neste caso, o que se percebe é a falta de motivação dos idosos em participar das atividades programadas e a dificuldade em se discutir com estes, questões relativas a saúde. Com essa limitação, alguns programas e trabalhos direcionados aos grupos de idosos, em clínicas particulares ou na rede básica, ficam, portanto, vinculados somente a oportunidades de viagens ou festas, e a grande maioria delas, restrita apenas aos idosos com melhores condições sócio-econômicas.

Mas, afinal, porque isto acontece? O que dificulta a verdadeira interação profissional - idoso nas atividades e discussões relativas às questões de saúde? Por que o idoso pobre, muitas vezes não é consultado a respeito do que ele pensa e almeja para sua vida? Por que não falar de qualidade de vida e saúde com os idosos pobres?

Hoje, trabalhando em saúde coletiva, no município de Porto Alegre, e estando em contato permanente com as mais diversas faixas etárias e sociais, estas e outras questões preocuparam e motivaram-me para a realização desta dissertação de mestrado na área da assistência em comunidade ao idoso pobre.

A necessidade de atenção a esta faixa etária, atualmente, encontra amparo na Legislação brasileira. Com a criação da Lei da Política Nacional do Idoso, Lei número 8842, de 04 de janeiro de 1994 e com a publicação do Decreto número 1948, de 03 de julho de 1996 (Brasil, 1997), a assistência a esses indivíduos, tem seu respaldo para assegurar o exercício da cidadania aos idosos. Idosos são por essa lei definidos como sendo todas as pessoas com mais de sessenta anos, sendo esta, a perspectiva adotada neste estudo.

Entretanto, definir a precária situação sócio-econômica do grupo investigado com a adoção do termo pobreza, não foi tarefa fácil, uma vez que conforme nos traz a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, de São Paulo, 1992 (apud Barata, 1997, p. 198), tal proposta *“requer a existência de amplo e diversificado conjunto de informações acerca da população a ser caracterizada”*. Esta fundação *“reafirma a situação de pobreza como fenômeno complexo, que só pode ser apreendido em toda sua extensão quando abordado sob vários ângulos”*, ao trabalhar com o conceito de pobreza.

Escorel, por sua vez, enriquece o debate e justifica nossa escolha pela adoção do termo pobreza, mais especificamente *pobreza relativa*, quando expressa que, sendo assim:

“A pobreza relativa, a desigualdade, é a falta de recursos ou de consumo em relação a padrões usuais ou aprovados do que é considerado essencial, pela sociedade, para uma vida digna. A pobreza absoluta significa não ter acesso aos bens e serviços essenciais, é o afastamento de um mínimo necessário à manutenção da sobrevivência física de um indivíduo” (Escorel, 1999, p. 25).

Portanto, tentando responder às preocupações e motivações deste estudo e, contando com o incentivo e a receptividade dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) da Vila Pitinga, em Porto Alegre, buscou-se conhecer o universo de vida e saúde dos idosos residentes na Vila Pitinga.

Tal proposta agregou outras concepções e ajustes do objeto em estudo através das contribuições do exame de qualificação. Sendo assim, além da introdução, que expõe as influências e a temática escolhida, apresentamos também um capítulo que subsidia a compreensão do problema de pesquisa investigado, num diálogo com a bibliografia, mediante a articulação dos conceitos de situação de vida, estratégias de saúde e qualidade de vida. Após, apresentamos a proposta metodológica, a discussão dos resultados e, por fim, as considerações conclusivas e as referências bibliográficas adotadas.

2 FUNDAMENTOS DO PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 O envelhecimento populacional: a questão demográfica e a legislação específica

As questões relativas ao envelhecimento têm assumido grande importância no cenário do Brasil e do mundo. Envelhecer com dignidade representa hoje um desafio real para a população. Esse desafio assume maiores proporções quando nos deparamos com dados que revelam o crescimento populacional significativo desse grupo etário e que alertam para o fato de que as pessoas, a partir de agora, vivem mais.

Ao tratar desse tema, Heredia (1999), nos diz, reforçando também nossa referência à Política Nacional do Idoso (Brasil, 1997), que nos países considerados desenvolvidos o início do processo do envelhecimento, se dá por volta dos 65 anos de idade, já nos países em desenvolvimento esse limite se mantém na faixa dos 60 anos.

Desta maneira, *“as estatísticas revelam que no século XXI, existirão, no mundo 600 milhões de pessoas maiores de 60 anos e perto de 15 milhões com mais de 85 anos”* (Heredia, 1999, p. 8).

Como contribuição, Barreto (1999) com base em referências da Organização Mundial de Saúde (OMS), ressalta que, por volta do ano de 2150, um terço da população de idosos será formada por indivíduos acima de 80 anos, sendo que atualmente, eles já representam 11% do grupo das pessoas com mais de 60 anos.

No Brasil, em comparação com a América Latina, encontramos um dos maiores aumentos na população de indivíduos idosos, resultando num acelerado processo de envelhecimento, o que pode ser comprovado através de valores retirados dos Censos, nas projeções até 2020 - Tabela 1 - (Heredia, 1999, p. 15).

TABELA 1 - Crescimento da população brasileira com 60 anos ou mais, em números absolutos.

Anos	População 60 + anos
1960	3.330.996
1970	4.716.208
1980	7.216.017
1990	10.722.705
2000	13.090.100
2010	18.114.300
2020	27.173.600

FONTE: Heredia, (1999, p. 15).

Como vemos, o crescimento acelerado da população de idosos não pode ser ignorado, e os desafios estão lançados, no sentido de assegurar-lhes uma vida tranqüila e de qualidade. No que tange à legislação, encontramos hoje um importante respaldo que permite garantir a inserção real do idoso como indivíduo portador de deveres, mas especialmente de direitos.

Com a criação da lei número 8842, de 04 de janeiro de 1994 e decreto número 1948 de julho de 1996 (Brasil, 1997), ao idoso foram possibilitadas as condições de exercer sua cidadania, através da promoção de sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade, tendo sido criados em vários estados e municípios, inclusive, os chamados Conselhos de Idosos, como estratégias para garantir o cumprimento de seus direitos.

No Brasil, o crescimento acelerado da população de idosos, discutido anteriormente, pode representar um problema sério, a médio e longo prazos; pois, conforme o Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (1996, p. 71) o mesmo revela o chamado *“fenômeno da velhice desamparada”*.

Segundo essa publicação, com essa mudança na transição demográfica brasileira *“as pessoas idosas pertencerão a famílias cada vez menores (tendência a famílias com apenas dois filhos) e a probabilidade de terem filhos ou parentes com quem morar tornar-se-á rapidamente decrescente”*. Dessa maneira, *“o país deverá conviver com este fenômeno sem ter provavelmente superado problemas típicos do subdesenvolvimento, enfrentando assim uma situação complexa”*.

Esse aumento significativo na população de idosos precisa ser considerado pela sociedade como um todo e, sua trajetória não pode ser

ignorada pelo sistema previdenciário do país, pois ao contrário, o mesmo poderá não responder de modo eficiente às necessidades destes indivíduos, reforçando assim, o *“infeliz rol”* de idosos em situação de pobreza no Brasil.

2.2 Envelhecimento: novas exigências assistenciais e de cuidados profissionais

O processo de envelhecimento e suas particularidades, já há algum tempo, vem assumindo proporções significativas na vida das pessoas. Com a sociedade enfrentando o que Lehr (1999), denomina *“estado de envelhecimento”*, o cuidado à saúde exige novas perspectivas de ação.

Nesse sentido, conforme nos diz Duarte (1994, p. 105), no que concordamos com ela, *“para atender com resolutividade a este contingente populacional é inadiável a construção de uma nova forma de prestação de serviços, apontada na 8ª. e na 9ª. Conferências Nacionais de Saúde (1986 e 1992)”*.

Assim, segundo essa autora, a implementação dos serviços básicos de atenção primária, possibilitando a orientação dos idosos, da família e da própria comunidade na direção de um *“novo conviver”* no processo de envelhecimento, inclusive com a criação de unidades geriátricas em hospitais gerais, como preconiza o Ministério da Saúde, apontam para um redirecionamento nas estratégias do setor saúde, sempre com a prioridade voltada às necessidades individuais de cada idoso.

Fraiman (1995, p. 27-8), nesse sentido, complementa, propondo que se trabalhe o envelhecer como um processo natural que, como tal, requer o reconhecimento de que *“cada pessoa como ser único e especial desenvolve o*

seu próprio processo de envelhecimento". Desta maneira, sugere que *"antes de encararmos o envelhecer como uma situação globalizante e homogeneizante; é preciso ter em vista as diferentes expressões individuais"*.

Acompanhando essa idéia, Krüger (1994, p. 85) contribui para o debate quando refere que *"o atendimento aos idosos, desde que haja real interesse em ajudá-los, deve repousar sobre informações a respeito das características que individualizam cada um deles"*.

Desta forma, para Duarte (1994, p. 106), as atitudes dos profissionais da saúde devem estar situadas no fato de que:

"Em decorrência do relacionamento da fundamentação científica e as suas atividades de assistir, ajudar, orientar e capacitar outrem, a pessoa idosa poderá ultrapassar suas dificuldades, obter a responsabilidade com sua capacidade de gerenciar a própria saúde e sua independência".

O envelhecer surge então como uma possibilidade real de vida saudável e ativa para os idosos. Concordando com Guimarães (1999, p. 6), entende-se, portanto, que *"envelhecer não significa adoecer. A maturidade e a velhice não constituem sinônimo de degradação e desespero"*.

Neste contexto, a idade, como afirma Moragas (1997, p. 18):

"Constitui um dado importante, mas não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam".

Conforme sugere esse autor, um enfoque ao idoso, não apenas levando em consideração sua idade cronológica, mas também estabelecendo-se, a partir dela, uma relação com as condições psíquicas e sociais do indivíduo, poderá atribuir à idade sua verdadeira dimensão. É preciso, dessa maneira, que se descubra que o idoso tem potencialidades próprias, desde que sejam respeitados seus limites diante das exigências a que são submetidos (Moragas, 1997).

Nessa perspectiva, acreditamos que a esfera de atuação multidisciplinar, interdisciplinar e participativa se apresenta como fundamental.

Dessa forma, conforme dados do relatório: Os idosos no Rio Grande do Sul, de 1997, concordamos que a situação de saúde destes indivíduos deve ser repensada, segundo uma série de fatores:

“1) A qualificação, motivação e capacidade de empatia do profissional que se dedica ao atendimento ao idoso; 2) a importância da avaliação das condições do idoso que leve em conta sua história de vida e 3) a valorização das ações preventivas, que devem ser priorizadas, considerando-se os danos pessoais e econômicos associados às necessidades curativas, de modo especial à hospitalização” (Rio Grande do Sul, 1997, p. 72).

A respeito disso, Minayo, et al. (2000, p. 16), contribui para o debate quando sugere que, para que se estabeleça o vínculo entre promoção da saúde e qualidade de vida, o profissional deve aprofundar sua compreensão acerca desses conceitos *“para que signifique mais do que uma idéia de senso comum, programa ideológico, imagem-objetivo e possa nortear o sentido verdadeiramente positivo da qualidade de vida”*.

Concordamos com Buss (2000, p. 167), quando o mesmo sugere que:

“Proporcionar saúde significa além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida ‘vivida’, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar...”

Assim, questões antes tão distintas quanto envelhecer com qualidade de vida na pobreza, encontram respaldo em definições como a de Guimarães (1999, p. 100) que ressalta que *“o maior indicador de bem-estar na maturidade e na velhice é o conceito que as pessoas têm de si mesmas e não a presença de problemas ou indicadores clínicos”*.

Portanto, norteamos nossas reflexões que seguem a partir desses referenciais, ampliando a perspectiva de concepção de assistência e ações de saúde ao idoso.

2.3 A situação de vida e as estratégias de saúde, na perspectiva da qualidade de vida – a trama dinâmica desses conceitos, como base analítica

Partindo da idéia de Patrick e Erickson ([199-], p. 16), temos que *“qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas, refletindo o conhecimento, experiência e os valores do indivíduo”*.

Dessa maneira, para esses autores, *“a qualidade de vida pode ser um critério pelo qual avaliamos os efeitos da intervenção, seja no cuidado da saúde em geral, intervenções farmacológicas, legislação ou iniciativas ambientais”*.

Concordando com eles, admitimos, portanto, que a qualidade de vida é constituída e compreendida de diferentes maneiras, refletindo a amplitude desse conceito.

Neste sentido, citando Gerhardt (2000), entendemos que a noção de situação de vida, capaz de mostrar a utilização que os indivíduos fazem de suas condições materiais e imateriais, numa reinterpretação e recomposição contínua de suas dificuldades, associada às estratégias de saúde, desenvolvidas pelos sujeitos, frente às mesmas, podem fornecer ferramentas interessantes para se discutir saúde e qualidade de vida, particularmente, quando se trata de analisar as desigualdades sociais e de saúde.

Assim, as idéias citadas nos conduzem a um esforço de sintetizá-las, utilizando perspectivas ou categorias que nos permitam fazer a leitura da realidade dos idosos pobres, sujeitos deste estudo.

Através da reconstituição e correlação das possibilidades de abordagem e das relações conceituais adotadas, consideradas em sua dinamicidade, estabelecemos como objetivo para este estudo:

Conhecer e compreender as concepções e estratégias de saúde utilizadas entre a população de idosos pobres de uma vila popular de Porto Alegre, tendo como base analítica as situações de vida e de saúde, na perspectiva da qualidade de vida.

3 A PROPOSTA METODOLÓGICA

3.1 O modelo do estudo

Trata-se de uma proposta diagnóstica, do tipo sócio-demográfica, e descritiva das práticas e estratégias quotidianas de saúde. Essa proposta utiliza-se de conceitos múltiplos de base sócio-antropológica. A base geográfica é o bairro e a sociológica refere-se ao grupo populacional dos idosos.

A fundamentação metodológica reporta-se aos pressupostos dos estudos sócio-demográficos, sob influência dos estudos sócio-antropológicos envolvendo sujeitos e comunidades (Lopes, 1993).

Essa forma de aproximação diagnóstica do campo da pesquisa é muito utilizada no que se chama pesquisa-desenvolvimento, onde se busca estudar os indivíduos no contexto e as formas de inter-relação estabelecidas, a partir da realidade social. Acredita-se que, através deste diálogo, podem ser concebidas e elaboradas as inovações socialmente apropriadas e adaptadas às condições reais das comunidades. A realização do diagnóstico se dá através de aproximações construídas conforme o diálogo entre teoria e problemática expressa na comunidade estudada. Cria-se, deste modo,

condições de detecção dos fatores e condições limitantes relativos ao grupo em questão, proporcionando um “retrato” particularizado da realidade. Essa perspectiva contribui com subsídios para a concepção e implantação de políticas e programas de saúde, neste caso, adequados a essas realidades e à idéia de planejamento territorializado (Defumier, 1996).

A abordagem diagnóstica foi adotada, pois entendemos que, através da transposição do conteúdo diagnóstico, direcionando-o para o campo de domínio das ciências humanas e sociais, é possível realizar a análise do contexto, dos sistemas organizados e a leitura global da realidade estudada.

O diagnóstico da situação de vida e saúde embasa-se nas referências institucionais e demográfico-epidemiológicas da população em estudo.

Chamada de estudo híbrido, tal proposta na pluralidade desse modelo, permite a utilização simultânea de coleta de dados e análise quanti-qualitativas. Através dela, busca-se uma oportunidade real de análise alternativa ao tema.

Os estudos com desenhos híbridos, também chamados de estudos metodológicos mistos, são mais capazes de dar respostas às relações entre ambiente e saúde. O que caracteriza estes desenhos é a abordagem que agrega perspectivas teóricas e metodológicas advindas de múltiplas disciplinas e especialmente da aproximação com as ciências sociais e do comportamento.

Dados quantitativos e qualitativos, advindos da pesquisa realizada em etapas, contribuem para expor (“dar conta”) a complexidade das realidades sociais, representando o desafio de agregar estas abordagens à compreensão do objeto em estudo.

Faz-se necessário salientar também, que esta proposta refere-se apenas à cena traçada, a partir dos fatos investigados, na referida área e com a população definida. Não sendo, portanto, seus resultados considerados como generalizáveis a outras situações e populações.

Nessa perspectiva, uma das formas de coleta de dados recaiu sobre a chamada entrevista semi-estruturada, no sentido de que se obtivessem resultados mais particularizados à comunidade investigada. Dados estatísticos, demográficos e epidemiológicos locais do serviço de saúde, no caso o PSF Pitinga, complementados por dados da cidade e região, compuseram a situação de vida dos idosos. Documentos produzidos localmente também foram utilizados como fontes complementares.

3.2 A área de estudo – a Vila Pitinga e o Programa de Saúde da Família

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Programa da Saúde da Família (PSF):

“É um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo e da comunidade, através de equipes de saúde, que fazem o atendimento na unidade local de saúde na comunidade, no nível de atenção primária” (Martini, 2000, p. 71).

Como local deste estudo, optou-se pela área de atuação adscrita ao PSF da Vila Pitinga, localizada na zona sul, do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pelas características da população e interesse da equipe local de saúde.

Trata-se de uma comunidade instalada em área de proteção ambiental, portanto, integra o grupo dos loteamentos irregulares, advindos dos processos de segregação urbana das populações pobres. Atualmente, apresenta 6,75 % de idosos na sua população total, representando cento e oitenta e cinco indivíduos, em números absolutos, o que adequa-se aos propósitos deste estudo.

Conforme dados retirados do Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB - (Porto Alegre, 2000), a população cadastrada no PSF-Pitinga compreende 942 crianças (0-14 anos), 259 adolescentes (15-19 anos) e 1353, adultos (20-59 anos) e 185 idosos (60 anos ou mais).

A área geográfica do PSF é de grande extensão e o local de difícil acesso. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde.

O prédio do PSF é de alvenaria, localizado no alto de um morro, e está instalado junto à sede da associação de moradores.

O PSF-Pitinga atende, portanto, um total de 815 famílias cadastradas. A vila não conta com serviço de esgoto, a água utilizada pelas famílias é fornecida para 91,66% dos moradores, pela rede pública. A energia elétrica é utilizada por cerca de 99,63% da população. A coleta de lixo atinge 96,81% das famílias cadastradas, o restante é queimado ou colocado a céu aberto.

As ruas da Vila Pitinga, na quase totalidade (em torno de 98%), não têm calçamento; a região não conta com supermercados ou farmácias, entre outros, exigindo que os moradores percorram grandes distâncias para ter acesso a estes serviços.

A maioria das casas dos moradores adscritos ao PSF-Pitinga é de alvenaria rudimentar (63%), o restante é feito de madeira (31%), de material aproveitado (3%) e mistas de outros materiais (3%).

Das crianças, de 7 a 14 anos, 95,54% estão na escola, que atende apenas alunos do ensino fundamental e, do total da população, de 15 anos ou mais, 93,61% é alfabetizada, segundo dados atuais do cadastro local (Porto Alegre, 2000).

3.3 A população em estudo

Dentro dessa proposta metodológica, a definição da população obedeceu ao critério diagnóstico. Assim, considerando o número inicial de idosos cadastrados na área adscrita ao PSF Pitinga, segundo os dados colhidos para o Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB - (Porto Alegre, 2000), encontrou-se 185 indivíduos com mais de 60 anos. Optou-se, portanto, nessa primeira fase diagnóstica, por trabalhar com toda esta população.

Para a entrevista, entretanto, foram selecionados trinta idosos, através de critérios pré-determinados e que serão descritos no detalhamento da coleta de dados.

Para participar do estudo, foram eleitos todos os moradores com mais de sessenta anos, cadastrados no PSF Pitinga e que consentiram em participar, assinando para tanto, o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo A).

Todos os trinta idosos, selecionados para esta segunda fase do estudo, foram encontrados e concordaram voluntariamente em participar.

O referido termo teve como propósito informar aos participantes deste estudo acerca da pesquisa a ser realizada, de forma acessível e valendo-se de uma linguagem usual.

3.4 A coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Para a primeira etapa foi elaborado um instrumento composto de cinco blocos de questões, divididos em: Dados Gerais do Idoso; Informações sobre Condições de Moradia; Informações Ocupacionais e Financeiras; Informações Familiares e Informações de Saúde (Anexo B). Este instrumento foi aplicado, em visita domiciliar, a toda a população de idosos, moradores do local, e que compõe o cadastro do PSF Pitinga.

Nesta fase, verificou-se que o número de idosos cadastrados no PSF é superior ao encontrado em campo, uma vez que muitos idosos não moram mais no local ou já faleceram. Assim, o grupo é constituído de um total de cento e vinte e oito idosos, apresentando uma redução de 30,81% do número inicial, constante do cadastro de dados do SIAB (Porto Alegre, 2000).

Na segunda fase do estudo, foi selecionada uma população de trinta idosos, para os quais foi realizada visita domiciliar e uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas (Anexo C) que tiveram suas respostas gravadas, conforme consentimento dos mesmos, registrado no Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo A).

O número de trinta idosos foi definido com base nos estudos franceses, em particular, no trabalho de Vèrges, que justifica este número de sujeitos, como adequado à obtenção da saturação dos dados coletados (Vèrges, 1991/1992).

Para esta seleção, foi utilizado o método de amostragem casual simples, na área de maior concentração populacional da Vila Pitinga, definida pelo traçado das ruas, mapa desenhado pela equipe do Programa de Saúde da Família, que considera essa área (destacada em negrito no mapa), como a que melhor a caracteriza (Anexo D). Os cadastros destes idosos foram, portanto, ordenados pelas ruas de moradia e então selecionados. A cada três cadastros destes indivíduos, de um total de oitenta e oito, da área de maior concentração populacional da Vila Pitinga (Anexo D), um era selecionado como provável participante do estudo.

Estipulou-se, nesse momento, que ao ser selecionado um idoso, e caso o mesmo, após três visitas sucessivas não fosse encontrado, ou ainda, não desejasse participar do estudo, o idoso selecionado seria imediatamente substituído por outro.

Entretanto, tal artifício não precisou ser utilizado, uma vez que, como anteriormente já havíamos mencionado, todos os trinta idosos selecionados, para esta segunda fase, foram encontrados e concordaram voluntariamente em participar do estudo.

A dinâmica da coleta de dados

Os dados do estudo foram coletados pela autora, juntamente com um aluno do Curso de Graduação de Enfermagem da UFRGS e uma Agente Comunitária de Saúde do PSF Pitinga. Ambos foram orientados pela pesquisadora a fim de manter o mesmo tipo de abordagem, durante esta fase da coleta de dados.

Na segunda etapa, entretanto, todas as trinta entrevistas foram realizadas exclusivamente pela autora, no sentido de garantir a continuidade do estudo e o alcance dos objetivos propostos pelo mesmo.

A remuneração do trabalho da equipe foi financiada através de recursos próprios da pesquisadora. Posteriormente, ocorreu uma pequena complementação, advinda de um projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no quadro do Plano Sul de Pesquisa. Esse projeto faz parte da Rede de Metodologias Assistenciais em Saúde e Educação intitulado: *“As doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida”*, coordenado pela orientadora desta dissertação.

A coleta de dados, através da aplicação do instrumento, foi realizada no mês de novembro e as entrevistas desenvolvidas no mês de dezembro de 2001.

Os endereços dos participantes do estudo foram obtidos através dos prontuários de família, cadastrados no PSF Pitinga.

A sensibilização para a participação no estudo, foi realizada no dia 15 de Setembro de 2001, durante a realização da reunião trimestral entre a comunidade e a equipe de saúde do PSF Pitinga e através da distribuição à comunidade de um informe de orientação sobre o mesmo (Anexo E).

A coleta de dados foi efetuada no domicílio dos idosos e durante a realização da mesma era explicado, aos idosos, os propósitos e os objetivos do estudo. Nesse momento, era também explicitado a eles, o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo A), após sua concordância, dava-se início ao preenchimento do instrumento, na primeira fase da coleta, ou a realização da entrevista, na segunda etapa da pesquisa de campo, conforme o caso. O tempo de coleta de dados do instrumento foi de, em média, 15 minutos. Para a entrevista este período passou a ser de aproximadamente 30 minutos cada.

Não houve recusas por parte dos idosos em participar do estudo. Todos os abordados foram extremamente receptivos, mostrando-se dispostos e interessados na realização do estudo dentro da sua comunidade.

A riqueza da experiência da aproximação com o campo

Durante a realização deste estudo, foi fundamental a participação espontânea e enriquecedora dos idosos, que proporcionaram, com seus sinceros discursos, momentos de extrema felicidade e gratificante convivência.

Obviamente, no entanto, nosso percurso não se fez sem a presença de contratempos que exigiram uma superação maior. Fazendo destes um passo a mais para a realização deste trabalho.

Talvez, o principal, e que com certeza merece nosso destaque, uma vez que foi descrito inclusive pela maioria dos entrevistados, refere-se à dificuldade de acesso à Vila Pitinga, e, em especial, à Unidade de Saúde do PSF – Pitinga.

A Unidade de Saúde está localizada em uma área, construída no alto de um morro, bastante íngreme, o que causa transtornos não só aos idosos, mas também às gestantes e às crianças, devido à exaustiva caminhada para que se possa finalmente alcançá-la.

A oportunidade de visita aos mesmos, mostrou-nos uma realidade particular e com diferentes nuances. A vida deles, muitas vezes pode apresentar a falsa idéia de sofrimento constante, de preocupações e limitações relacionadas apenas à sua condição de idoso, o que, felizmente, não condiz com a realidade. Contudo, não queremos simplificar a situação e afirmar que *“tudo é bom o tempo todo”*, mas sim, com isso, tentar expor um pouco da alegria de viver, que, não raro, encontramos entre nossos entrevistados e que, certamente, caracterizou de modo bastante especial nossa convivência.

A recepção calorosa e afetiva ofertada por todos os idosos foi um marco na realização desse trabalho e a todos eles só temos a agradecer pela oportunidade única de crescimento.

3.5 A Análise dos Dados

Para a análise dos dados foram empregadas quantificações de frequência, para as quais foi utilizado o software Epi-info, versão 6, sendo os mesmos analisados separadamente, de acordo com o bloco temático do qual faziam parte.

As entrevistas foram analisadas a partir do seu conteúdo temático, conforme a orientação das questões norteadoras, que foram agrupadas em blocos para facilitar a exploração de seu conteúdo.

A análise de conteúdo, segundo Minayo, encontra em seu significado mais do que a mera realização de um procedimento técnico. Ela *“faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”* (Minayo, 1996, p.199).

Segundo esta autora, *“a análise de conteúdo parte de uma estrutura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos”*. Sendo assim, esclarece-nos que:

“Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (Minayo, 1996, p. 203).

A categorização temática das informações obtidas foi uma das perspectivas de análise do tema. Para tanto, foram criados os seguintes grandes blocos de análise que foram emergindo ao longo da realização deste estudo, após a primeira fase de coleta de dados: 1) sua auto-imagem; 2) sua família; 3) sua saúde, limitações e doenças; 4) seus recursos terapêuticos; 5) sua pobreza; e 6) sua qualidade de vida.

3.6 Considerações éticas

Esse estudo envolveu a participação direta de seres humanos. Sendo assim, conforme a resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997), assegurou a preservação da identidade dos envolvidos e garantiu o sigilo das informações fornecidas.

Dessa maneira, cabe aqui ressaltar que os nomes dos entrevistados foram alterados para garantir seu anonimato. Os participantes foram previamente informados a respeito dos objetivos a serem atingidos através do documento Termo de Consentimento Livre e Informado, que foi devidamente assinado nos casos de concordância, por parte dos mesmos (Anexo A).

O projeto desse estudo foi qualificado no Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e recebeu parecer positivo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, antes de sua implementação.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização sócio-demográfica dos idosos da Vila Pitinga

Para caracterizar os idosos da Vila Pitinga, cadastrados no Programa de Saúde da Família, que compreendem todos os moradores com mais de sessenta anos deste local, optou-se, inicialmente, pela aplicação de um Instrumento de Coleta de Dados (Anexo B), que foi analisado em três grandes blocos: I Dados gerais do idoso; II Informações habitacionais, ocupacionais e econômicas; e III Informações familiares e de saúde.

A partir deles, foi possível, então, realizar a análise de uma série de variáveis que serão expostas, a partir de agora, mediante a apresentação e discussão de gráficos e tabelas de estudo freqüencial.

4.1.1 Dados gerais do idoso

Conforme citamos anteriormente, no Brasil e no mundo, o fenômeno do aumento populacional de idosos assume hoje grandes proporções e, a partir dele, constata-se que as pessoas passaram a viver mais. Para se ter idéia do impacto que este fenômeno representa, Veras, citado por Minayo e Coimbra Jr. (2002) nos diz que a esperança de vida ao nascer dos brasileiros, que hoje, chega a quase setenta anos, tem previsão de ultrapassar os setenta e cinco anos de idade, no ano de 2025.

Braga (2001), citando dados retirados do jornal Zero Hora, de Porto Alegre / RS, nos diz que a expectativa de vida no estado do Rio Grande do Sul, apresentou um crescimento considerável de 1,9 anos para ambos os sexos, no período de 1995 a 2000. Segundo esta autora, a expectativa de vida das mulheres que era de 74,48 anos em 1995, chegou a 76,30 anos em 2000; para os homens, o valor de 69,4 anos em 1995, alcançou em 2000 a faixa de 71,87 anos.

Estes dados são visíveis também em nosso estudo, onde encontramos uma média de idade entre os idosos de sessenta e oito anos, com idade mínima de sessenta anos e máxima de noventa e dois anos (Figura 1).

Neste sentido, de acordo com as referências de Krüger (1994, p. 111), *“dois fatores são larga e imediatamente responsáveis por tal situação: a progressiva redução das taxas de natalidade e a ampliação da expectativa de vida”*. Mesmo se considerarmos as baixas condições sócio-econômicas, identificamos esse *“novo perfil”*.

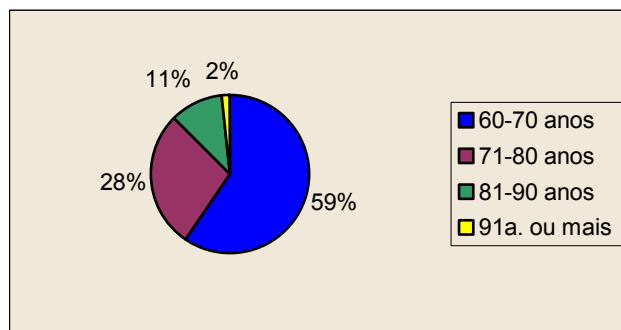


Figura 1 Distribuição dos idosos segundo faixa etária - Porto Alegre - RS - 2001.

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

No que se refere à faixa etária dos entrevistados, as características das idades encontradas na Figura 1 demonstram que 59% dos idosos (6,75% da população adscrita ao PSF da Vila Pitinga) apresentam idades entre sessenta e setenta anos; 28% deles estão entre os indivíduos com idades entre setenta e um e oitenta anos; 11% estão na faixa entre oitenta e um e noventa anos; e, 2% compõem o grupo dos indivíduos com noventa e um ou mais anos de idade.

Estes resultados se assemelham aos apresentados no relatório: Os idosos no Rio Grande do Sul, (Rio Grande do Sul, 1997), onde foi encontrado também o grupo majoritário de idosos, com faixa etária entre 60 e 69 anos de idade, coincidindo com as médias de vida expressas para o mesmo Estado.

Como vemos, o envelhecimento deixa de ser uma preocupação exclusiva dos países desenvolvidos e torna-se relevante também em nosso meio, gerando novas demandas para os serviços de saúde, comprometendo a previdência social e afetando a economia do país como um todo, passando a ser um “*problema*” de todos nós.

Relacionando as variáveis idade e sexo podemos constatar, conforme nos aponta a Tabela 2, que o número de mulheres idosas, ultrapassa o dos homens no total e também na faixa etária majoritária.

De acordo com Veras (1994, p. 42), este fato acontece não só no Brasil, mas em todo o mundo. Segundo ele, as mulheres brasileiras vivem em média 5 anos mais do que os homens e “*prevê-se que esta tendência continue a aumentar com o tempo por causa dos padrões de mortalidade masculina*”.

Kalache et. al., citado por Duarte (1994, p. 104) complementa afirmando que:

“As mulheres apresentam uma expectativa de vida mais elevada que os homens provavelmente devido a sua proteção hormonal, menor inserção em trabalhos de risco. Além disso, as mulheres realizam freqüentemente exames de saúde para detecção precoce de danos”.

Acrescentaríamos a essa reflexão também o que chamamos de “*culturas de gênero*”, que segundo Lopes (1996) definem formas de viver de homens e mulheres e são responsáveis pela vulnerabilidade diferenciada no processo saúde-adoecimento. Nesse aspecto, diz a autora, as mulheres vivem suas vidas

de forma menos arriscada, adotando condutas protetoras, desenvolvendo atividades de lazer e de habilidades manuais, entre outras, responsáveis por mantê-las ativas e em interação com grupos comunitários e com as comunidades assistenciais.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo idade e sexo - Porto Alegre – RS - 2001.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
60-70anos	23	46,94	55	69,62	78	60,94
71-80anos	20	40,82	14	17,72	34	26,56
81-90anos	5	20,20	7	8,86	12	9,37
91 a. ou mais	1	2,04	3	3,80	4	3,13
Total	49	100,0	79	100,0	128	100,0

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

Segundo a distribuição do estado civil e do sexo (Tabela 3) dos idosos entrevistados, encontramos resultados semelhantes em Rio Grande do Sul (1997), no qual, o número de idosos casados é predominante.

Neste sentido, segundo Veras (1994, p. 45), deve-se considerar também que *“o Brasil, como muitos outros países, possui um padrão que reflete o fato de que a imensa maioria dos homens e mulheres se casa em algum momento de suas vidas”*.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo estado civil e sexo - Porto Alegre – RS - 2001

<i>Estado Civil</i>	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Amigado	6	14,24	10	12,23	16	12,5
Casado	23	46,93	27	34,18	50	39,06
Separado	5	10,2	3	3,8	8	6,25
Solteiro	5	10,2	8	10,12	13	10,16
Viúvo	10	20,4	31	39,24	41	32,03
Total	49	100,0	79	100,0	128	100,0

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

A proporção de viúvos também foi significativa. Entre os idosos em condição de viuvez, o sexo feminino tem hoje o maior contingente. De acordo com Bosi, citado em Rio Grande do Sul (1997), isso acontece, pois:

“No Brasil, a mulher apresenta maior incidência de viuvez, já que esta sobrevive ao cônjuge com mais freqüência. Entre outros aspectos, nestas gerações, a viuvez deve-se a normas sociais e culturais predominantes na sociedade brasileira em que os homens se casam com mulheres mais jovens. Para muitas mulheres idosas, a não concretização do segundo casamento pode dar-se por barreiras sociais tanto pelas dificuldades de encontrar um parceiro (poucos espaços de convívio social, como por preconceitos familiares e/ou sociais. A questão do respeito pela memória do falecido, na qual a lembrança é central, geralmente pode aparecer como uma opção em manter a viuvez” (Rio grande do Sul, 1997, p. 29-30).

Essa explicação pode ser considerada parcialmente verdadeira, pois verifica-se que, hoje, um número significativo de viúvas afirma “*ter-se libertado do*

casamento” e que não estão mais dispostas a submeterem-se a este tipo de experiência conjugal. A situação de *“solteirice voluntária”* corresponde ao fato de que muitas destas mulheres entraram no casamento em momentos da vida, onde as opções femininas limitavam-se ao lar ou a outras poucas oportunidades no campo profissional, limites estes associados à realidade sócio-cultural desse segmento da população.

Com relação à distribuição dos idosos segundo os anos de estudo (Tabela 4), a proporção de idosos analfabetos entre os moradores da Vila Pitinga é grande. É provável que isto esteja relacionado ao fato de que, muitos deles, em suas falas, durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (Anexo B), revelaram ser oriundos da zona rural. Também, segundo o relatório, anteriormente citado, na época, de seu período escolar, a oferta educacional era bastante escassa, especialmente na referida região.

Entre os que tiveram a oportunidade de estudar, a maior concentração deles se dá entre os que têm escolaridade inferior a um e dois anos de estudo, representando num cálculo de frequência acumulada, 56,25% do número total de idosos.

Analisando estes dados, não poderíamos deixar de citar também que os resultados encontrados confrontam-se com a grande proporção de alfabetizados do total da população 93,61%, encontrados nos dados do cadastro local (Porto Alegre, 2000), o que nos leva a questionar a atualização e os parâmetros utilizados pelos mesmos.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo anos de estudo e sexo - Porto Alegre – RS - 2001

<i>Anos de estudo</i>	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
00 anos (Analfabeto)	12	24,49	29	36,7	41	32,03
01 anos	7	14,28	5	6,33	12	9,37
02 anos	9	18,37	10	12,66	19	14,84
03 anos	4	8,16	9	11,39	13	10,1
04 anos	4	8,16	6	7,6	10	7,8
05 anos	8	16,33	14	17,72	22	17,2
06 anos	1	2,04	1	1,27	2	1,56
07 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
08 anos	0	0,0	3	3,79	3	2,34
09 anos	2	4,09	0	0,0	2	1,56
10 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11 anos	1	2,04	1	1,27	2	1,56
12 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13 anos	1	2,04	1	1,27	2	1,56
Total	49	100,0	79	100,0	128	100,0

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

A tabela reflete também a diferença de oportunidades entre os sexos. No período da idade escolar desses idosos, as poucas oportunidades de frequência à escola eram reservadas, prioritariamente, aos homens.

De acordo com Veras (1994), conseqüentemente, as mulheres mais velhas dispõem agora de menor nível de educação e de recursos financeiros mais escassos para que possam lidar com as dificuldades e exigências advindas da idade.

Segundo este autor, este desequilíbrio gera ainda grandes implicações, especialmente, se pensarmos na possibilidade de, com ele, advir a fragilidade da saúde e o maior risco de institucionalização destas mulheres.

Diante desta situação, concordamos com Vieira (1999, p. 40) quando a mesma nos diz que não podemos ignorar, contudo, que a educação é um processo contínuo e, desta maneira:

“Julgamos necessária a existência de programas específicos para a terceira idade que proporcionariam o desenvolvimento dessas pessoas por meio de aprendizado diverso, contribuindo para lhes dar uma oportunidade de crescimento, de realização e de convivência social.”

Portanto, traçando-se um perfil do idoso da Vila Pitinga, constata-se que, nesta comunidade, a maioria deles apresenta idades entre sessenta e setenta anos e que o número de mulheres ultrapassa o dos homens. Dentre os idosos, os casados são a maioria, apesar do número significativo de viúvos, especialmente, do sexo feminino. Verifica-se também que na Vila Pitinga, a proporção de idosos analfabetos é grande alcançando uma média de 32.03% do total dos indivíduos com mais de sessenta anos.

4.1.2 Informações habitacionais, ocupacionais e econômicas

Dos idosos, para os quais foi aplicado o instrumento de coleta de dados (Anexo B), todos residiam em casa e a grande maioria (65%) tem sua casa construída em alvenaria simples, entretanto, grande parte destas construções não conta com a realização de reboco ou a utilização de aberturas adequadas, aparentando, portanto, um acabamento rudimentar para as mesmas (Figura 2). A média do número de peças das casas é de 2 cômodos, com número máximo de 9 e mínimo de 1 peça.

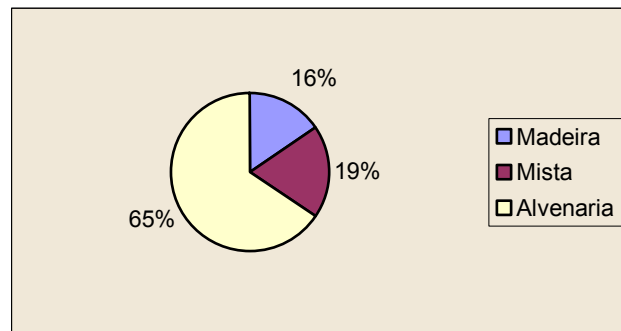


Figura 2 - Distribuição dos Idosos segundo o tipo de moradia - Porto Alegre - RS - 2001

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

O número médio de pessoas morando na casa, contando com o idoso, foi de duas pessoas, com mínimo de uma pessoa e máximo de dez pessoas.

A maioria dos idosos (99,21%) dorme em quarto próprio para este fim. Apenas um deles, referiu dormir na sala da casa. Destes idosos, 53,12% dormem

com outras pessoas, incluindo esposo (a), filhos e/ou netos e 46,88% destes dormem sozinhos.

Durante a realização da pesquisa de campo percebeu-se também que apesar da simplicidade das casas, a maioria delas era mantida limpa e organizada, revelando uma preocupação de seus moradores em viver num ambiente agradável.

Outro aspecto observado refere-se à escassez de recursos dentro das moradias. Nem todos os idosos contavam, por exemplo, com fogões ou geladeiras, ou outros eletrodomésticos, como foi possível constatar durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (Anexo B) aos mesmos.

Em muitas destas casas, quarenta e três (33,6%) delas, constatou-se também que é a escassa aposentadoria do idoso que garante o sustento de toda a família. Desta maneira, pouco ou nada resta para que os mesmos possam destinar a compra de medicamentos, por exemplo, obrigando-os a desenvolver estratégias de saúde que serão melhor abordadas no decorrer deste estudo.

Segundo os idosos, a média de idade com que começaram a trabalhar foi de dez anos. Dentre eles, 112 (87,5%) afirmaram não estar mais trabalhando e 16 idosos (12,5%) ainda exercem alguma atividade ocupacional. Destes idosos, setenta e nove (61,72%) já estão aposentados e quarenta e nove (38,28%) deles ainda não conseguiram efetuar sua aposentadoria, apesar de já terem encaminhado o seu processo. Muitos alegam, neste sentido, dificuldades relacionadas, especialmente, aos trâmites necessários e a extensa burocracia exigida para a obtenção dos proventos.

Desta maneira, constata-se que o número de idosos que não dispõe ainda dos recursos provenientes da aposentadoria é muito elevado e isto implica em maior grau de pobreza e de dificuldades financeiras.

Além disso, esta situação revela, em muitos casos, a necessidade do estabelecimento, do que Robles et al. (2000) denomina “*redes de ajuda*” e que são compostas basicamente por filhos, cônjuges e outros, mas que também podem ser identificadas nas relações extra-familiares.

Segundo este autor, estas “*redes de ajuda*” formam-se não apenas para apoio econômico, mas também para apoio social, emocional, de cuidados pessoais entre outros, e acompanham o fenômeno do aumento populacional de idosos no mundo.

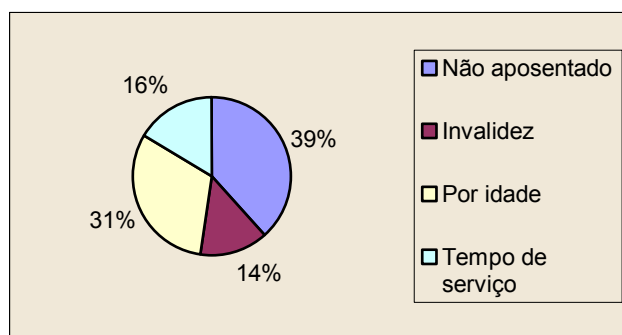


Figura 3 - Distribuição dos idosos segundo o motivo da aposentadoria - Porto Alegre – RS - 2001

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

De acordo com o motivo da aposentadoria, a maioria dos idosos aposentados alcançou a mesma, por idade, o que também confere com dados encontrados em Rio Grande do Sul (1997).

Dentre eles, 78 (60,93%) se mantêm financeiramente através da renda da aposentadoria, 25 (19,53%) deles recebem pensão, 21 (16,42%) vivem através da renda da esposa ou filhos e quatro (3,12%) se mantêm exclusivamente da renda de seu trabalho.

A renda média aproximada dos idosos da Vila Pitinga em salários mínimos é de dois salários, o que expressa a baixa renda com que hoje vivem.

Sendo assim, seguindo o pensamento de Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002, p. 25), diante desta realidade, nos perguntamos, *“como garantir uma sobrevivência digna a todos aqueles que tiveram suas vidas prolongadas em anos?”*

Segundo estes autores, no que concordamos com eles:

“A busca de soluções exige a inclusão do envelhecimento da população brasileira como um elemento fundamental na elaboração das novas políticas e na agenda das investigações científicas do novo milênio”.

Desta maneira, é de fundamental importância, o conhecimento da realidade socioeconômica dos idosos, para que a definição das ações possa corresponder às reais expectativas e necessidades locais destes indivíduos.

4.1.3 Informações familiares e de saúde

Dos idosos entrevistados, 117 (91,41%) têm filhos e 11 (8,59%) não os possuem; 39,84% dos 117 idosos entrevistados têm os filhos morando junto com eles. A média de filhos entre os idosos da Vila Pitinga é de 4 filhos.

Com relação a presença ou não de netos, 112 (87,5%) idosos já são avós e 16 (12,5%) não possuem netos. Dentre os idosos, 31,25% têm hoje seus netos morando junto com eles, em sua residência.

Esse é um dado importante, no sentido em que aponta para a constituição extensiva de família. Mais adiante, dedicaremos algumas reflexões sobre esse fato na definição de felicidade e qualidade de vida sugerida por esses idosos.

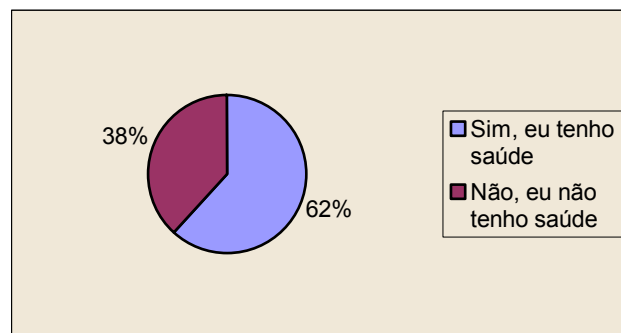


Figura 4 - Distribuição dos idosos segundo a sua própria definição de condição de saúde - Porto Alegre – RS - 2001

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

Dentre os idosos entrevistados, 62% afirmaram que se consideram hoje com saúde (Figura 4) e 52 % (Figura 5) deles afirmaram que não ficaram doentes nos últimos seis meses.

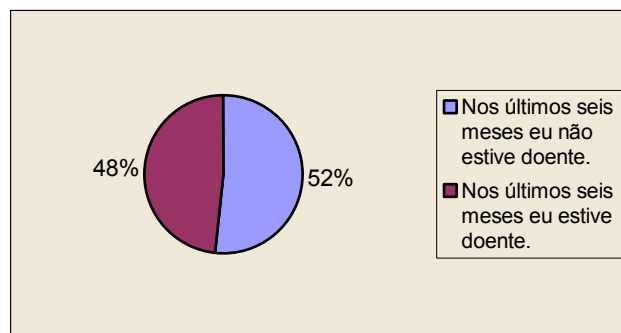


Figura 5 - Distribuição dos idosos segundo a incidência de doença, nos últimos seis meses - Porto Alegre – RS - 2001

Fonte: Pesquisa Direta; Sousa, Aline Iara de. Coleta de Dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, nov/dez.2001.

A importância e a preocupação atribuída pelo idoso a sua condição de saúde foi destacada também durante a realização das entrevistas e serão melhor abordadas no transcorrer deste estudo.

Assim, a análise descritiva até então proposta será complementada pela exploração do conteúdo das entrevistas, compondo e recompondo, além do perfil e do cenário em que habitam os idosos, as suas idéias e concepções de vida e de saúde.

4.2 O idoso da Pitinga e sua situação de vida e de saúde

Para a exploração do conteúdo das entrevistas, optou-se por trabalhar estruturando-as em 6 grandes blocos de análise, quais sejam: sua auto-imagem; sua família; sua saúde, limitações e doenças; seus recursos terapêuticos; sua pobreza; e, por fim, sua qualidade de vida.

4.2.1 Sua auto-imagem

Quando começamos este estudo, uma das questões que tínhamos em mente, era trabalhar com os idosos acerca das percepções de sua auto-imagem. Nossa intenção era discutir e quem sabe desmistificar a idéia de que o idoso se conforma e aceita o rótulo de indivíduo velho, feio e doente.

Assim, uma das primeiras questões levantadas nas entrevistas foi “Como o senhor(a) se vê? Como o senhor(a) se enxerga? As respostas a estas perguntas corresponderam às nossas expectativas iniciais.

A fala de Roberto, 71 anos, avança na direção de uma imagem valorizada. Diz ele:

“A minha imagem é de um rapaz de mais ou menos uns 45 anos, por aí, bonito, porque eu não mudei nada de 45 anos para cá”.

Bem como as palavras de Júlia, 68 anos, quando nos diz:

“Eu me acho bonita... linda, maravilhosa”.

Estas afirmações e a de mais vinte idosos, dentre os trinta entrevistados, corroboram com a idéia, de que o idoso não considera mais a idade como fator determinante de sua condição de pessoa (Moragas, 1997).

Nesse sentido, lembrando Fraiman (1995, p. 32), *“podemos considerar o envelhecimento como um processo no qual as capacidades desabrocham e se realizam”*. Como diz ela, é *“neste contexto, que o idoso adquire a sua maior expressão de individualidade”*.

Para esta autora:

“A atual tendência é de nos despirmos dos estereótipos sociais e culturais e ‘encarmos’ o velho na sua integridade e com o devido respeito, e não uniformizá-lo de acordo com as nossas conveniências e rigidez de pensamento e aceitação, projetando ali todo o nosso medo de envelhecer”.

Através das falas dos idosos podemos observar também em destaque o fato de que para os mesmos a auto-imagem negativa, muitas vezes, está relacionada com a condição de estar ou não doente. Para eles, a doença, em determinadas situações, é fator de *“achar-se feio”*, o que pode ser constatado em afirmações como a de Angélica, 80 anos, que ao ser questionada acerca de sua imagem, nos diz que a considera,

“Ruim, porque eu tô só doente... eu hoje me acho feia...”.

Entretanto, como bem nos traz Safons (1999, p. 28),

“Entende-se que é preciso deixar claro que o envelhecimento por si só não é uma doença e que a maior parte das pessoas velhas não tem uma saúde debilitada. O envelhecimento está acompanhado de mudanças físicas e assim incrementa a possibilidade de desenvolver enfermidades crônicas. Porém, a idéia de que tudo piora na velhice é uma imagem negativa e estereotipada”.

Portanto, utilizando-se das palavras de Minayo e Coimbra Jr. (2002, p. 14), podemos dizer que *“aqui se trabalha para executar um movimento que positive o envelhecimento como um tempo produtivo específico da vida emocional, intelectual e social, superando assim, os estigmas da discriminação”.*

Segundo estes autores, neste sentido, *“o que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença, a solidão que a dependência”.*

Assim, percebe-se, a necessidade de reforçar a compreensão não só dos idosos, mas, da sociedade, em geral, de que ser idoso não significa ser ou estar doente. Todos nós podemos, em alguma fase da vida, desenvolver doenças e a forma com que a sociedade *“encara”* o idoso reforçará, ou não, sua percepção negativa frente ao aparecimento das mesmas.

É interessante notar também que estes indivíduos vivem hoje sem dispor de melhores condições sócio-econômicas e isto contribui para a construção de uma imagem negativa acerca do envelhecimento. Além disso, não se pode ignorar que o apelo presente na mídia para a compra de bens e serviços, como cremes, cirurgias plásticas entre outros, e que prometem a *“eterna juventude”* existem e

estimulam a vontade das pessoas e são praticamente inacessíveis para esta parcela da população.

A falta de recursos para uma melhor valorização do corpo e da imagem está presente nas palavras de Alda, 63 anos, que nos diz:

“Eu acho que o pobre não pode ter uma boa aparência. Falta tanta coisa para eu parecer melhor”.

Sabe-se, portanto, que tal situação reforça as desigualdades e afasta as oportunidades de se encarar o envelhecimento de forma positiva e está presente de maneira marcante nesta comunidade.

Vivendo, em sua maioria, com apenas dois salários mínimos e sendo, muitas vezes, os únicos provedores do sustento de toda a família, como reservar recursos para melhorar sua auto-imagem?

A análise da situação de vida dos idosos da Vila Pitinga revela um sério comprometimento econômico e social dos mesmos e reforça a idéia da dificuldade advinda do aumento da esperança de vida no Brasil. Temos, a partir de agora mais anos somados às vidas, mas com que qualidade, perguntamo-nos? Será suficiente apenas aumentar as chances dos idosos de viver mais?

Obviamente, não. Portanto, o desafio que se lança é o de tentar diminuir as desigualdades sociais, inserindo o tema do envelhecimento populacional no contexto das discussões destas e de outras tantas preocupações da sociedade brasileira.

4.2.2 Sua família

Guardando semelhança com os resultados trazidos pelo relatório: Os idosos no Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 1997), para os idosos, a família é considerada como um dos valores mais importantes da sua vida. Em nosso estudo, às referências a esta instituição foram destacadas e revelam a necessidade dos idosos de *“estar junto aos seus”*, nesta fase da vida.

Questionados acerca do fato de considerarem, ou não, sua vida como sendo boa, a grande maioria dos idosos (vinte deles) vê a felicidade no fato de estar junto à sua família. Para eles, a convivência com esposa(o), filhos, netos e outros, é extremamente gratificante.

“Graças a Deus, minha vida é boa, porque eu tô no meio dos meus filhos, netos, bisnetos, tenho cinco bisnetos” (Amália, 65 anos).

“Me acho que sou feliz, graças a Deus. Vivo bem com minha mulher. Tenho meus filhos bonitos... Eu me sinto um homem feliz” (Paulo, 77 anos).

Segundo Guidi e Magalhães Pinto (1999, p. 13), *“é na vivência afetiva/amorosa com cônjuge, filhos e netos que ocorrem as possibilidades de absolvição de omissões passadas, de resgate das lembranças, de sentirem-se úteis e amados...”* Para estas autoras:

“É na vivência dessas relações de afeto e solidariedade, mantidas com as gerações jovens e propiciadas pelos laços consangüíneos estabelecidos dentro da instituição família que os idosos exercitam em plenitude sua longa aprendizagem e enriquecem a dos seus netos, criando com eles, e por meio, deles um vínculo que ultrapassa as funções educadoras e se estende para além de cada neto em particular, formando uma cadeia intergeracional que se perpetua”.

Aqueles idosos que já não têm mais a possibilidade de conviver com os seus, expressam, em suas falas, segundo Grams (2000), a importância atribuída à família¹ e a dolorosa “perda” de seus entes queridos e que, não necessariamente, refere-se à morte dos mesmos, mas também é sentida com o afastamento do convívio diário por motivo de casamento dos filhos e/ou outros, revelando sua sensação de solidão.

As palavras de Eneida, 63 anos, aproximam-se desta afirmativa.

“Prá mim, a vida já foi boa... Hoje não. Não tenho mais ninguém... (choro). Os filhos todos casaram, meu marido morreu, minha mãe também...eu estou sozinha”.

As “perdas familiares” potencializam a sensação de sofrimento e abandono dos idosos e não devem ser ignoradas por aqueles que trabalham pelo alcance de um envelhecimento bem sucedido e saudável.

¹ Para a definição de família, adotamos as referências de Fukui, citada por Guidi e Magalhães Pinto (1999, p. 10) que a define como “conjunto de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos, reconhecimento este que tanto pode ser costumeiro como legal”.

Os idosos necessitam de auxílio para que possam superá-las e assim entender que, conforme nos traz Grams, (2000, p. 21) *“a vida solitária é um exercício permanente de torná-la estimulante e enriquecedora”*.

Contudo, não se pode deixar de citar também que, embora, o relacionamento entre os idosos e suas famílias seja ressaltado pela maioria deles como importante para o alcance de uma vida boa, para outros, a família pode representar uma constante fonte de preocupações e de sofrimento e, neste caso, o idoso é forçado a enfrentar esta realidade, como podemos constatar através das palavras de Alda, 63 anos, que nos diz:

“Eu tenho três filhos e já tenho três netos, mas os meus filhos até hoje não me dão sossego, só me trazem problemas...”

Ou nas palavras de Tereza, 65 anos que revela a preocupação com a saúde da filha de trinta e cinco anos:

“A guria está sempre doente e não se cuida... ela não me ouve não adianta”.

Assim, pode-se observar que a presença da família não necessariamente é garantia de felicidade e de boas relações. Além disso, se formos nos deter nas questões econômicas, o *“peso”* do sustento da mesma, muitas vezes, nesta comunidade, priva o idoso de recursos necessários para responder às suas próprias necessidades.

Neste sentido, Ramos et al. (1993, p. 93-4), enriquece o debate quando nos diz que:

“Se por um lado, o domicílio multigeracional tende a abafar uma demanda de cuidados médicos, sociais e hospitalares, por outro lado, esse suporte tende a se colapsar com o aumento do número de idosos dependentes que cada família terá no futuro e com o aumento no grau de incapacidade que cada idoso irá desenvolver, fruto da má qualidade de vida a que estão expostos”.

Segundo este autor, devemos, desta maneira, nos preocupar em auxiliar a família a manter a autonomia e a independência do idoso, o maior tempo possível,

“Para tanto, é necessário que se institua uma porta de entrada para o idoso no sistema de saúde que não seja o pronto socorro de hospitais de primeira linha, e sim a unidade básica de saúde, devidamente equipada com material e pessoal treinado para fazer frente à problemática multiforme do idoso”.

Acreditamos, portanto que, nesta situação, o suporte social das relações interpessoais estabelecidas, especialmente, através das trocas entre profissional-idoso-família pode atuar na tarefa de estabelecer oportunidades positivas de se refletir sobre esta fase da vida, através da divisão de responsabilidades, direitos e deveres, na busca de uma convivência saudável, pautada pela harmonia e pelo respeito mútuos.

4.2.3 Sua saúde

Citando Gerhardt (2000), a noção de situação de vida pode fornecer elementos importantes para se discutir questões de saúde, particularmente, quando se trata de analisar as desigualdades sociais e de saúde.

Para esta autora, tal noção é capaz de mostrar a utilização que os atores sociais fazem de suas condições materiais e imateriais, às quais eles estão submetidos, recompondo e reinterpretando essas dificuldades. Essa noção tem o mérito de permitir uma síntese entre o que, na existência do indivíduo ou de um grupo, são fatores de dificuldades quer sejam materiais, sociais ou culturais e as interpretações e combinações que o indivíduo faz delas, em função de suas próprias concepções e percepções, de seus objetivos e de sua capacidade de formular seu projeto de vida.

Nesse contexto, acreditamos que é necessário (des)construir e reconstruir conceitos no campo da saúde para melhor compreendê-la. Ter saúde, portanto, vai além do seu sentido biofisiológico e define-se como um meio de vida, como podemos constatar na declaração de Alda, 63 anos que nos fala:

“Saúde eu tenho, porque olha eu caminho, eu trabalho, eu não sinto dor, eu tenho boa perna, bons olhos, faço todo o meu serviço, cuido desse meu neto...me sinto muito bem...”.

Desta maneira, Dejours (1986, p. 11), nos diz que *“a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original,*

em direção ao bem-estar físico, psíquico e social". Esse relativismo também pode ser evidenciado nas falas dos idosos, como mostra o relato a seguir:

"Saúde eu tenho, porque eu sou um homem que, às vezes, quando me dá uma dor, eu faço alguma coisa, me cuido e aquilo já passou e eu já saio conversando, brincando, dando risada com os meus filhos e termina tudo..." (Paulo, 77 anos).

Neste sentido, não se pode deixar de relacionar que a saúde destes idosos é resultado também das suas dificuldades econômicas e sociais. A baixa renda com que vivem, dificulta, muitas vezes, a compra de remédios, por exemplo, influenciando diretamente a sua condição de saúde.

As palavras de Eneida, 63 anos, refletem esta situação:

"Sabe minha filha, saúde eu não tenho, pois eu não consigo comprar os remédios que o doutor manda, eu gasto muito com eles e aí fica difícil".

Percebe-se, portanto, lembrando Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002, p. 31) que *"a situação financeira pode exacerbar ou aliviar as conseqüências de um problema de saúde. Assim, parece ser constitutiva da própria definição de problemas a existência ou não de recursos para solucioná-los"*.

No caso dos idosos da Vila Pitinga, que vivem, em sua maioria com dois salários mínimos e onde muitos ainda não conseguiram efetuar sua aposentadoria, estas dificuldades de saúde tendem a estar acentuadas.

Pensando sob este aspecto, cremos que através de contatos mais estreitos, possibilitados pelo conhecimento da realidade de vida e de saúde dos indivíduos e, dos idosos, em particular, pode-se oferecer uma assistência que venha ao encontro das necessidades locais desta população. Afinal, ter saúde é “negociar” esses meios, ou seja, agir, interferir na realidade considerando a dinâmica sócio-cultural dos indivíduos.

No que diz respeito às limitações advindas da idade, observamos que para esses idosos, refletir sobre o significado das mesmas, implica reconhecê-las como parte de um processo gradual e que lhes exige a adaptação a estes limites para o alcance de uma boa condição de saúde.

Este reconhecimento pode ser ilustrado através da fala de Carlota, 65 anos, que nos diz:

“A comida eu já não posso mais comer muitas coisas, assim, por exemplo, ir numa festa, eu já não posso mais comer tudo, né? Me tira muita coisa. Eu tenho que diminuir um pouco da comida, né? Mas isso não me deixa mal, pois o meu limite eu já sei, né? Já me cuido e já sei”.

Nessa perspectiva, Moragas (1997, p. 19), nos diz que o envelhecimento:

“Origina reduções na capacidade funcional devidas ao transcurso do tempo, como ocorre em qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa que vive, não somente, com o físico, mas sobretudo com o psíquico e o social”.

Para este autor, o idoso possui certas limitações, mas também, apresenta potencialidades únicas e individuais, desde que *“se normalizem adequadamente as limitações desta etapa da vida”*.

Entretanto, estas limitações ainda são percebidas pelos idosos como problemas e encaradas como *“perdas”* do processo de envelhecimento, como podemos perceber no relato de Cláudio, 64 anos, que nos diz:

“Olha, o problema é que eu já não consigo mais caminhar como antes, eu já não escuto muito bem e isso atrapalha... eu fiquei assim com a idade”.

Portanto convém que os idosos possam ser estimulados a *“ajustarem-se”* aos seus novos limites, o que inclui também a possibilidade de acesso a próteses auditivas, óculos, entre outros dispositivos, que facilitem esta adaptação e que o sistema social e de saúde precisa prover aos mesmos, para que possam fazer desse momento da vida uma oportunidade positiva, afinal, como bem nos traz Loureiro (1999, p. 85):

“Nessa capacidade e oportunidade de, mesmo com algumas potências físicas diminuídas, poder reviver, reexperimentar, pois já experimentado, de recordar, pois gravado na memória, momentos de alegria e de encantos, pode residir a sabedoria da vida, acreditando que novas felicidades podem acontecer”.

Para esta autora, os idosos devem conhecer seus limites para que possam, dessa maneira, contando com o apoio das famílias, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, reorganizar suas vidas, criando situações novas e vivendo bem, numa possibilidade constante de mudança na busca da felicidade.

Com relação às referências a situações de doença, as entrevistas mostram os seguintes problemas de saúde: problemas respiratórios (5); hipertensão arterial sistêmica (11); *Diabetes mellitus* (8); reumatismo (9); problemas do coração (4); colesterol elevado (3); diminuição da acuidade visual e auditiva (2).

Percebe-se, portanto, que estes problemas de saúde podem aparecer isolados ou em associação nas falas dos idosos. Dos trinta idosos entrevistados, doze deles associam, mais de uma doença, em seu histórico de problemas.

Como vemos, há uma nítida prevalência das doenças ditas de longa duração, aparecendo em primeiro lugar a hipertensão arterial sistêmica, na fala de 11, dos 30 idosos entrevistados.

Este resultado assemelha-se aos dados apresentados no relatório: Os idosos no Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul 1997), o qual salienta também esta patologia como primeira colocada nas referências dos idosos.

Entretanto, um aspecto que gostaríamos de salientar é que entre os participantes de nosso estudo, muitos elaboram e compreendem a importância do auto-cuidado para o controle das mesmas, como pode ser evidenciado na fala de Tereza, 65 anos, e de mais 18 dos trinta idosos entrevistados, que refere:

“Eu controlo a pressão ali no ‘posto’, eu quero me cuidar, porque eu quero durar mais uns anos... então eu me cuido, se a gente não se cuida a saúde, não adianta, né?”.

Assim, lembrando Buss (2000, p.67):

“Proporcionar saúde significa além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida ‘vivida’, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar...”.

Como já havíamos citado, anteriormente, o envelhecer surge, portanto, como uma possibilidade de vida saudável para os idosos, afinal, como nos cita Guimarães (1999, p. 100), *“o maior indicador de bem-estar na maturidade e na velhice é o conceito que as pessoas têm de si mesmas e não a presença de problemas ou indicadores clínicos”.*

Corroborando com essa idéia, Papaléo (1996), diz que, desta maneira, existe a necessidade de buscarmos as causas determinantes das condições de vida e de saúde dos idosos, conhecendo os múltiplos fatores que envolvem o envelhecimento. Segundo Papaléo, é preciso ter uma visão do envelhecimento como um processo e do idoso como um indivíduo, no planejamento contínuo de nossas ações.

De acordo com Duarte (1994, p. 108), isto exige a compreensão de que:

“Envelhecer de maneira saudável implica não apenas na possibilidade de obter cuidados em relação aos problemas de saúde que se apresentam nesta etapa da vida. Implica também em reconhecer os idosos como seres humanos com necessidades e possibilidades especiais”.

Assim, parece oportuno, tentarmos discutir a importância do reconhecimento às estratégias de saúde dos idosos, frente às suas necessidades de saúde, como norteadoras da assistência a estes indivíduos.

4.2.4 Seus recursos terapêuticos

Não se pode ignorar que cada indivíduo constrói as suas formas de ter saúde e de manter-se saudável, tanto do ponto de vista biofisiológico, quanto social. Desta maneira, ao analisarmos as escolhas dos idosos, deste estudo, frente às suas necessidades de saúde, observamos uma trajetória semelhante, para o alcance da mesma, o que chamamos de recursos terapêuticos e que passam pelo uso dos chás, buscam o apoio nas crenças e no trabalho desenvolvido pela equipe de profissionais do Programa de Saúde da Família da Vila Pitinga.

Sendo assim, consideramos adequado utilizar também neste estudo, a noção de estratégias de saúde que, segundo Gerhardt (2000), são as atitudes e ações desenvolvidas por indivíduos, acompanhadas de discurso próprio, e que se elaboram a partir das instituições, das representações coletivas e das relações sociais preexistentes que os sujeitos reinterpretem e recompõem em função de suas necessidades.

Reconhecendo a contribuição dessa noção na compreensão das trajetórias de vida dos idosos, a adotamos nesta dissertação em sentido restrito, no limite da busca de recursos terapêuticos. Essa noção é complexa e mereceria um maior acompanhamento desses idosos e não só sua apreensão pela via do discurso dos mesmos.

As estratégias de saúde são parte do que denominamos qualidade de vida e a qualidade de vida não se resume a ter saúde. Assim, as referências às estratégias de saúde, na busca da qualidade de vida, nos permitem pensar a dinamicidade do processo saúde-adoecimento. Afinal, as estratégias de saúde referem-se às escolhas dos indivíduos frente às suas necessidades. Podemos, neste sentido, afirmar que não existe um estado absoluto de saúde, mas sim o contínuo implementar de estratégias na sua direção, num chamado pluralismo terapêutico.

Neste contexto, acreditamos que o reconhecimento e o respeito às estratégias individuais de saúde e aos recursos terapêuticos, construídos a partir delas, representam um passo necessário na viabilização das ações assistenciais e de educação em saúde na busca pela qualidade de vida.

Segundo Gerhardt (2000), é nesse cenário dinâmico das relações estabelecidas a partir da (re)elaboração desses conceitos que, na vida real, se dá a hierarquização de problemas. As noções de situação de vida e de saúde adotadas pelos indivíduos, na perspectiva da qualidade de vida podem conciliar a existência de fatores objetivos ou de vulnerabilidade, condições materiais e sociais

de vida e a ação do sujeito como intérprete do real, tornando-se, dessa forma, uma ferramenta importante para se compreender essa vulnerabilidade.

Neste sentido, no desenrolar das entrevistas, percebemos semelhanças significativas entre os itinerários terapêuticos dos idosos da Vila Pitinga, diante de suas necessidades de saúde.

Entretanto, conforme nos traz Nazareno (1999, f. 214), não se pode deixar de citar que:

“Estas estratégias, por sua vez, são particulares e nem todos se comportam da mesma maneira quando submetidos às mesmas condições. Porém, são processos próprios dos indivíduos e fazem parte de quadros e estratégias sociais capazes de atenuar o impacto das condições adversas de vida sobre a saúde e sobre os diversos desdobramentos de sua vida cotidiana”.

Assim, como primeira escolha dos idosos, frente a estas necessidades, destaca-se o uso alternativo dos chás, como tentativa de se alcançar uma boa condição de saúde. Esta alternativa é valorizada pela maioria dos idosos (vinte e seis deles), o que se pode verificar nos discursos que se seguem:

“Eu primeiro me cuido em casa. Sei muitos chás que as minhas patroas me ensinaram e tento com eles” (Márcia, 67 anos).

“Eu tomo primeiro os chás da véia (esposa)” (Omar, 65 anos).

Sendo assim, mais do que lutar contra esta tendência, o que se espera da parte dos profissionais de saúde é a dedicação em conhecê-las melhor para com isso poder auxiliar os pacientes com o uso adequado desta terapêutica. Pois, sabe-se que, apesar de comum e antiga, esta prática, muitas vezes, é utilizada de modo inadequado. As falhas podem ocorrer no preparo das infusões, na seleção das folhas, no armazenamento ou na mistura das mesmas, inibindo suas ações, por exemplo. Desta maneira, é fundamental para os profissionais poderem articular de modo correto o seu uso.

Afinal, hoje em dia, sabe-se que *“um número crescente de pessoas confia mais nos métodos de cura natural do que nos métodos altamente científicos”* (Gomes, 1999, p. 116).

Acreditamos, assim, que essa tendência emerge e tem seu valor especial no fato de oportunizar ao próprio paciente o exercício do seu auto-cuidado.

Entretanto, estas experiências bem sucedidas não devem fechar o espaço para a visualização de outras interpretações quando analisamos as escolhas dos idosos. Pois, sabe-se que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somada ao alto custo dos medicamentos que, muitas vezes, não podem ser obtidos junto aos mesmos, também são fatores que levam estes indivíduos a desenvolver e adotar estratégias como estas, para o alcance de uma boa saúde.

Sendo assim, como nos diz Nazareno:

“O conhecimento desta realidade urbana e social diversificada e da importância das estratégias sociais utilizadas pelos indivíduos é de fundamental importância não só para explicar as disparidades

no estado de saúde como também para desenvolver ações de saúde mais próximas das realidades locais” (Nazareno, 1999, f 214).

Neste sentido, a influência da cura pelo poder da crença também se apresenta com destaque como uma das estratégias adotadas na vida desses idosos e reflete-se nas palavras, como as de Carla, 66 anos, quando nos diz:

“Eu procuro a mão de Deus. Tudo tem que ter uma ajudazinha, né? E existem as ajudas espirituais, pras coisas que os médicos não conseguem resolver. Eu procuro ajuda da minha religião”.

Ou na fala de Carlos, 77 anos, que nos afirma:

“Às vezes, eu vou numa benzedeira...sabe eu acho muita melhora quando a gente benze e acredita”.

Estas falas demonstram a relação importante entre envelhecimento e espiritualidade, expressa na religiosidade e esta relação não pode ser ignorada por aqueles que se dedicam ao cuidado dos idosos.

Afinal, como nos traz Gomes (1999, p. 117), *“as necessidades de muitos idosos são espirituais e não médicas”* e, para a autora, faz-se fundamental reconhecê-las.

Segundo Gomes, o profissional deve dedicar-se a conhecer:

“Os antecedentes da pessoa, suas crenças e seus valores, saber quem ela é. O sistema de valores dos pacientes determina sua maneira de encarar a doença. Temos de entender e respeitar seus valores e o resultado ao qual gostariam de chegar; do contrário, estaremos simplesmente impondo nosso sistema de valores”.

Assim, pode-se dizer que dispensar atenção à necessidade espiritual dos idosos proporciona aos mesmos a reflexão e exercita um repensar sobre o “eu”, traz esperança e, muitas vezes, ameniza as dores das perdas, proporcionando serenidade, crescimento e possibilidade real de enfrentamento frente aos obstáculos da vida (Grams, 2000).

Da mesma forma, porém, sabemos que apesar de a religiosidade ter essa representação significativa na vida dos idosos, não se pode deixar de visualizá-la também como alternativa para suprir, em muitos casos, a necessidade de atenção individual, particular e imediata que estes indivíduos buscam nos serviços de saúde e que nem sempre conseguem.

No decorrer de nosso estudo, não tardaram em aparecer referências ao trabalho desenvolvido pela equipe do Programa de Saúde da Família da Vila Pitinga.

Observa-se através das falas dos entrevistados que a comunidade do local, nutre um carinho especial pelos profissionais e reconhecem o PSF – Pitinga como uma referência para o alcance de sua saúde.

“Eu vou no posto (PSF). Eu adoro este posto. As meninas são um amor... O doutor é muito atencioso. Este posto é uma mãe brasileira para nós” (Alda, 63 anos).

Entretanto, apesar de todo o esforço dos profissionais, a dificuldade de acesso geográfico ao local onde está instalado o PSF- Pitinga é mencionada pelos idosos, como nas palavras de Rosa, 77 anos,

“No posto é difícil eu ir. As minhas pernas não me levam lá em cima. É difícil prá eu chegar lá... é uma briga”.

Além disso, não se pode ignorar que, neste local, a comunidade não dispõe de hospitais próximos e o serviço do PSF Pitinga funciona, exclusivamente, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00h, apresentando uma lacuna no atendimento de saúde noturno e nos finais de semana para esta população.

Somam-se também a estas dificuldades, as precárias condições socioeconômicas dos idosos, que em sua maioria, têm renda de apenas dois salários mínimos e que em função disto, muitas vezes, não dispõem de recursos para o deslocamento até outros serviços ou para o pagamento de atendimento particular.

Desta maneira, seguindo o pensamento de Ramos (2001, f. 60-1), quando a mesma cita Adami e Unglert, lembramos que a questão do acesso à saúde:

“Inclui a acessibilidade aos serviços de saúde, classificando-a em acesso geográfico (distância, tempo e meios de locomoção, obstáculos a serem transpostos, tempo de permanência fora do trabalho) acesso funcional (tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento e qualidade) acesso cultural (inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população) e acesso econômico (a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos)”.

Como vemos a situação vivenciada pelos idosos da Vila Pitinga é complexa, pois, ao nosso ver, representa um dos fatores que levam a população a não procurar o serviço. Desta forma, optam pela ida a outros locais, mesmo para problemas mais simples, o que significa um acúmulo de demanda em um número restrito de instituições, especialmente, as emergências públicas hospitalares. Assim, utilizam-se de estratégias distintas frente às suas necessidades de saúde que, acreditamos, devem ser reconhecidas por aqueles que dedicam-se à sua assistência, pois do contrário, a mesma poderá estar fadada ao fracasso.

Neste sentido, Nazareno (1999, f. 214), complementa o debate quando nos diz que:

“A utilização de forma diferenciada dos serviços de saúde e a maior capacidade de mobilização de camadas de nível médio no uso dos serviços públicos, mostra a necessidade do desenvolvimento de estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde dos grupos menos privilegiados socioeconomicamente, com menor poder de pressão e articulação”.

Desta maneira, pode-se dizer, que o pluralismo terapêutico adotado pelos idosos, moradores da Vila Pitinga, face à sua realidade de vida e de saúde se dá

primeiro pela tentativa de cura com o uso dos chás, após ocorre a procura de apoio espiritual e, por último, percebe-se a busca pelo serviço prestado pelo Programa de Saúde da Família neste local. No entanto, a alternativa para situações mais complexas ou para fins de semana é limitada aos poucos e concorridos serviços públicos de pronto atendimento. Essa limitação ocorre também em função da falta de recursos para chegar até os serviços. Deslocamento de ônibus nem sempre é possível pela própria condição de saúde do idoso e em alguns casos falta dinheiro para o deslocamento.

4.2.5 Sua pobreza

Como já havia sido referido no início deste estudo, definir a precária situação econômica dos idosos investigados não foi tarefa fácil, pois a adoção do termo pobreza exigiu-nos o reconhecimento da complexidade deste tema.

Nossa idéia inicial era a de que a condição de pobreza não seria definitiva na concepção desses indivíduos acerca da qualidade de vida.

Dessa maneira, ao realizarmos as entrevistas buscávamos, de alguma forma, referências à condição de pobreza associada à qualidade de vida. Com isso, optamos por elaborar a seguinte questão: “O senhor(a) tem uma vida boa? A grande maioria dos idosos entrevistados (24, dentre eles), considera sua vida *“muito boa, graças a Deus”*.

Constata-se, através das afirmações, que, para os idosos, a condição de pobreza não é um mal em si, nem sinônimo de falta absoluta, como podemos constatar no depoimento de Carlos, 77 anos, que nos diz,

“Eu acho que não sou rico, como eu tava te dizendo, mas tenho uma qualidade de vida boa, porque, graças a Deus, não me falta nada do que eu preciso. Eu me considero com qualidade de vida. Vida de pobre, né? Mas não é mal também”.

Como vemos, para os idosos da Vila Pitinga, a relativização da condição de pobreza pode ser um dos fatores responsáveis pela sua “*vida boa*” e podemos constatar que “*vida de pobre*”, também pode ser vivida com qualidade. Isso não quer dizer, entretanto, que não existam dificuldades, mas demonstra o espaço que elas adquirem na vida destas pessoas.

Contudo, a realidade das condições materiais e sociais dos idosos da Vila Pitinga, não pode ser esquecida. Em especial, lembra-se das condições de habitabilidade do local, que, por ser uma área de invasão, não oferece aos seus moradores os recursos necessários para sua ocupação habitacional. As ruas, em sua grande maioria não são calçadas, não existe serviço de esgoto e os habitantes não contam com serviços essenciais próximos, como hospitais, unidades de pronto-atendimentos, farmácias, etc. Além disso, a baixa renda com que vivem torna precária suas condições de vida.

Entretanto, lembrando Cãmpana, citado por Barata (1997, p. 125):

“Não é suficiente saber, por exemplo o nível de renda ou a capacidade produtiva dos membros da sociedade, mas é importante também conhecer seu grau de satisfação, de felicidade, de liberdade, de sensação de segurança e assim por diante”.

Sendo assim, percebe-se que apesar da presença de dificuldades, as estratégias de resposta dos idosos da Vila Pitinga, demonstram que as mesmas não são encaradas como um estado de sofrimento absoluto, mas sim como situações quotidianas, às quais os indivíduos devem reagir, com base em suas referências de vida e de saúde, numa dinâmica positiva de interpretação destes atores sociais.

Com relação às dificuldades foi possível observarmos também que para os idosos, o alcance dos anos pode representar importantes perdas econômicas, provocadas, muitas vezes, pelo afastamento do trabalho.

Assim, a renda quer seja da aposentadoria, pensão ou outra, nesta faixa etária é baixa e é lamentada em discursos como os de Alda, 63 anos, aposentada, que nos diz:

”A gente ganha pouco, falta dinheiro, a gente gostaria de ter mais conforto, de passear, de ter um bom carro, de ter um boa casa, de ter tanta coisa e a gente não tem... Isso frustra a gente”.

Nestas condições, segundo Vieira (1999, p. 119), *“o afastamento do trabalho remunerado poderá ser vivenciado como uma forma de castigo e não como um prêmio a ser usufruído por merecimento, pois representará uma grande perda”.*

Dessa forma, acreditamos que a relação entre o envelhecimento e o afastamento do trabalho merece ser revista.

Ao nosso ver, baseada no grupo estudado, a possibilidade do trabalho na vida do idoso faz com que o mesmo possa “*sentir-se vivo*” e desenvolva expectativas e esperanças de um tempo melhor, na contribuição laboral diária. Além disso, as dificuldades advindas do baixo valor das aposentadorias poderiam ser diminuídas, como podemos perceber na fala de Omar, 65 anos, que nos diz:

“Eu trabalho, pois se eu parar eu adoço e morro...e com o dinheiro da aposentadoria não consigo nem me manter...”

Neste caso, também não se pode ignorar que o aumento acentuado do número de idosos no Brasil e no mundo pode gerar sérias dificuldades não só ao sistema previdenciário e de saúde, mas para a economia do país como um todo. Para se ter idéia, o aumento do número de anos às vidas fará com que cada vez mais pessoas adquiram o direito à aposentadoria e como faremos para garanti-lo? Teremos trabalhadores suficientes no mercado de trabalho?

Sendo assim, acreditamos que não se pode mais, por muito tempo, manter os idosos, desde que tenham condições para tanto, afastados do mercado de trabalho. No entanto, a adequação deve ser pensada no sentido de compatibilizar essa “*nova*” demanda de trabalhadores e trabalhadoras.

Neste sentido, concordamos com Neri (1993), quando a mesma nos diz que, desta maneira, a indústria e a sociedade, de uma forma geral, não podem mais ignorar a necessidade de valorização do trabalhador idoso através de uma avaliação realista de suas condições ocupacionais, afinal, em muitas áreas, a

capacidade para o trabalho não se deteriora com o avanço da idade, exigindo apenas a adequação das mesmas às potencialidades dos idosos para que possam ser realizadas.

4.2.6 Sua qualidade de vida

Quando pensamos em investigar qualidade de vida entre os idosos da Vila Pitinga, não tínhamos ainda a noção do espaço rico para exploração deste tema com o qual iríamos nos deparar.

Fundamentados na definição de Patrick e Erickson ([199-], p. 16), que entendem que *“qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas...”* e admitindo a amplitude deste conceito, partimos para as pesquisas de campo, esperando apenas, tentar uma breve aproximação desta noção. Entretanto, na sabedoria da diversidade das respostas dos idosos, encontramos definições surpreendentes.

Questionados sobre o que entendiam acerca da qualidade de vida e se os mesmos consideravam-se com qualidade de vida, os idosos da Vila Pitinga, em seus sinceros e sábios depoimentos, comoveram-nos com suas experiências, como podemos explicitar a seguir.

“Qualidade de vida...eu acho que é um estar, né?... Do meu nível... eu me considero com muita qualidade de vida!” (Roberto, 71 anos).

“Qualidade de vida, eu acho que quer dizer assim, né, que a gente se sente bem, que tem uma vida boa... vida saudável, acho

que é isso aí, né?... O meu limite eu já sei, né? Já me cuido e já sei, né? Acho que é isso que é qualidade de vida, né?” (Carlota, 65 anos).

Neste sentido, lembrando Demo, citado por Rocha et. al. (2000, p. 64), a qualidade de vida pode ser definida, a partir do *“respeito tão tênue quanto vital da felicidade”*. Para ele, *“não se é feliz sem a esfera do ter, mas é principalmente uma questão de ser”*. Segundo este autor:

“A qualidade de vida não é uma conquista de uma mina de ouro que nos faria, ricos, mas sobretudo a conquista de nossas potencialidades próprias, de nossa capacidade de auto-determinação, do espaço da criação”.

Como vemos, a amplitude do conceito de qualidade de vida permite compreendê-la sob diferentes aspectos. Cada pessoa vive a sua qualidade de vida e traça, a partir de suas concepções de condição de vida e saúde, perspectivas e significados diversos para a mesma.

Júlia, 68 anos e Carla, 66 anos, por exemplo, relacionam a noção de qualidade de vida à importância que atribuem à alimentação e às condições de saúde dos indivíduos.

“Eu acho que qualidade de vida é ter as coisas, alimentação, saúde para andar e viver... Eu tenho qualidade de vida” (Júlia, 68 anos).

“Qualidade de vida, minha filha, é não faltar o meu pão de cada dia... e tenho que levantar as mãos pros céus e pedir pra não faltar e ir à luta, pois dos céus não cai nada” (Carla, 66 anos).

Caio, 70 anos, agrega à sua definição a importância das condições de renda das pessoas e Paulo, 77 anos, por sua vez, reforça para uma boa qualidade de vida a necessidade de bons relacionamentos e a presença da família.

“Qualidade de vida eu entendo como uma pessoa que seja afortunada, que vive bem... Eu tenho, mas a minha é média, né? Não sou rico, mas ganho o suficiente para viver bem.” (Caio, 70 anos).

“Qualidade de vida... olha, a minha qualidade de vida é viver bem com as pessoas, é saber respeitar as pessoas, é saber dar educação para os filhos, é saber dar valor ao próximo e a si próprio, é mais ou menos isso, né?” (Paulo, 77 anos)

Featherman, Smith e Peterson, citados por Neri (1993, p. 9), contribuem para o debate quando afirmam que a promoção da boa qualidade de vida para os idosos:

“Excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural, ou seja, uma velhice satisfatória não é atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudanças, vivendo numa sociedade em mudanças”.

Neste sentido, percebe-se que entre os idosos da Vila Pitinga, a interpretação da sua noção de qualidade de vida revela a dinâmica da realidade a

qual estão expostos. As condições de vida e de saúde destes indivíduos, e a importância a elas atribuídas, desenham o quadro de sua percepção e concepções de uma vida boa e repercutem na sua forma de encarar as diferentes dificuldades que enfrentam no cotidiano.

“Qualidade de vida é quando a gente consegue viver bem... não sem problemas, pois isso todo mundo tem, mas é quando eles não incomodam tanto a gente. Assim, como eu disse, eu tenho qualidade de vida” (Márcia, 67 anos).

Como vemos, a elaboração do conceito de qualidade de vida dos idosos é a expressão de suas experiências na dinamicidade das suas relações. Em suas falas, eles nos deixam claro, que mais do que uma compreensão única, a *qualidade de vida deve ser vivida individualmente. É quando os problemas podem ser superados, quando podemos conviver com eles... é ter saúde para viver... é viver bem, respeitando os nossos limites, é conviver com o outro... “é um estar, né?”*. A *qualidade de vida não pode ser procurada no outro... ela está dentro da gente, na vida e nas escolhas de cada um de nós*.

Essa síntese de idéias advindas das falas dos idosos compõe e empresta identidade de sujeito à noção de qualidade de vida. Formula conceitos complexos e ao mesmo tempo simples somente passíveis de serem compreendidos, se considerados na dinâmica da vida desses sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Tendo como base analítica as situações de vida e de saúde dos idosos da Vila Pitinga, na perspectiva da qualidade de vida, este estudo teve por objetivo conhecer e compreender as concepções e estratégias de saúde utilizadas entre esta população de idosos pobres.

No entanto, antes de tecermos nossas considerações conclusivas, mais uma vez gostaríamos de salientar que tal proposta de trabalho referiu-se apenas à cena traçada, não sendo, portanto, seus resultados considerados generalizáveis a outras situações e populações.

Assim, este estudo mostrou uma realidade particular de vida e de saúde, com diferentes nuances, e que, ao nosso ver, são resultado das estratégias e práticas de saúde adotadas pelos idosos da Vila Pitinga.

Observamos através dele que o idoso não se conforma mais com rótulos estereotipados, social e culturalmente definidos; e que a auto-imagem negativa dos mesmos, muitas vezes, pode estar relacionada à condição de estar ou não doente, no sentido estrito da palavra. Revela a necessidade de se reforçar a

compreensão, não só dos idosos, mas da sociedade em geral, de que ser idoso faz parte de um processo natural que é o envelhecimento e que ser idoso não significa ser ou estar doente.

Percebe-se que, para os idosos, este enfrentamento positivo do envelhecimento exige a necessidade de *“estar junto aos seus”*, na convivência saudável e, por vezes, nem tanto, das relações familiares e, neste caso, o suporte social das relações interpessoais oferece, aos idosos, oportunidades reais e únicas de refletir sobre esta fase da vida.

Desta maneira, podemos pensar a saúde para estes indivíduos, como refere Dejours (1986), como um *“meio”* para se alcançar um bem estar físico, psíquico e social.

Ao *“negociar”* estes meios, o reconhecimento às limitações advindas da idade como parte de um processo gradual, exige adaptação contínua para o alcance de uma boa saúde e ao idoso esta compreensão se faz fundamental.

Também não se pode ignorar que cada idoso constrói as suas próprias formas de ter saúde e de manter-se saudável e o itinerário terapêutico dos idosos da Vila Pitinga revelou a adoção do uso dos chás, a cura ou o conforto encontrado nas crenças e o reconhecimento e o respeito pelo trabalho desenvolvido pela equipe do Programa de Saúde da Família, no local.

Neste sentido, não podemos esquecer, ainda, como complementa Nazareno (1999, f. 218), que *“as condições de vida não são suficientes para explicar as disparidades ou semelhanças na situação de saúde, uma vez que*

podem existir situações de vida diferentes dentro de uma mesma condição material de vida”.

Assim, as noções de situação de vida e de saúde adotadas pelos idosos, aliadas às estratégias de saúde dos mesmos, frente às suas necessidades, são parte do que denominamos qualidade de vida e qualidade de vida para estes indivíduos não se resume a ter saúde ou dinheiro.

A relativização da condição de pobreza dos mesmos permite que a “*vida de pobre*” também possa ser vivida com qualidade, demonstrando o espaço que as dificuldades que, certamente existem, adquirem na vida destas pessoas.

Percebe-se, desta maneira, uma “*realocação*” dos desejos dos idosos, através da visualização dos mesmos, não apenas por meio da dimensão econômica, mas antes disso, na felicidade encontrada também na alegria espontânea de viver.

Como podemos observar, ao longo deste estudo, a dinamicidade das relações e a expressão das ricas experiências dos idosos *traduzem a noção de qualidade de vida na superação dos problemas, no respeito aos limites, no conviver com o outro... e as estratégias de saúde dos mesmos revelam a possibilidade de se controlar a própria vida, no direcionamento de suas ações, numa oportunidade positiva de se viver o envelhecimento, nas escolhas individuais de cada um.*

Sendo assim, entendemos que nossos olhares para estes indivíduos devem voltar-se para a possibilidade ampla de nossas ações, que, de antemão, julgamos, necessitam ser permeadas pela compreensão da importância de sua avaliação

contínua, e que possam repousar na vontade de cada um deles, na possibilidade de troca entre cuidador e ser cuidado, frente às escolhas dos idosos, numa forma mais humanizadora de se prestar a assistência.

Sendo assim, mais uma vez reforçamos, que o desafio que se lança é o de se tentar diminuir as desigualdades sociais, inserindo, portanto, o tema do envelhecimento populacional no contexto das discussões fundamentais da sociedade brasileira.

Fazendo nossas as palavras de Minayo e Coimbra Jr. (2002, p. 12) com este estudo, *“nosso interesse foi o de tentar ir além; fazer novas perguntas, olho no olho dos que estão em plena estrada, ‘na chuva para se molhar’, e que por isso resistem ao rótulo que a sociedade quer lhes impor”*. Pois, a partir daí, acreditamos que, como profissionais, podemos passar a ouvir os idosos, motivamos a sua participação, planejamos em conjunto suas atividades, enfim, podemos proporcionar-lhes uma verdadeira interação e atuação nas questões de vida e de saúde.

Gostaríamos de deixar claro que este estudo não se encerra aqui, mas entendemos que um primeiro passo foi dado nesta trajetória e esperamos que o mesmo contribua para despertar nos leitores a importância do tema do idoso pobre como um dos aspectos principais de intervenção nesta área.

ABSTRACT

Aging, strategies of health and quality of life in a popular village in the city of Porto Alegre is a study on the health and life situation, in the perspective of quality of life of aged and poor people, inhabitants of Pitinga village – Porto Alegre, RS. This work proposes a diagnostic with social-demographic and descriptive scope, regarding practical issues of the day-to-day health care habits adopted by these individuals. This proposal – also called a hybrid study – allows simultaneous use of data collection along with a quantity and quality analysis of such data. From this study it is evident the need to emphasize, not only to the aged ones but also to the society in general, that to be aged does not mean to be sick. Nevertheless, it cannot be ignored that each elderly person constructs his own ways of being and remaining healthy. Thus, the knowledge gathered about aged people lives and health, allied with health strategies adopted by them in respect to their peculiarities and needs, allow the life of a poor person to be lived with quality, in a positive opportunity to go through the aging process, depending on people's individual choices.

RESUMEN

Envejecimiento, estrategias de salud y calidad de vida en una villa popular de la ciudad de Porto Alegre es un estudio acerca de la situación de vida y salud, en la perspectiva de calidad de vida, de ancianos pobres, moradores de la villa Pitinga – Porto Alegre – RS. Es una propuesta de diagnóstico socio-demográfico y descriptiva de las practicas y estrategias cotidianas de salud adaptadas por estos individuos. Tal propuesta es un estudio híbrido, en la pluralidad de este modelo, y permite la utilización simultánea de colecta de datos y análisis cuanti-calitativa. Con este estudio se destaca la necesidad de refuerzo a la comprensión, no solo de los ancianos, sino de toda la sociedad, de que ser anciano, no quiere decir ser o estar enfermo. No si puede, también, ignorar que cada anciano tiene sus propias maneras de tener salud y mantenerse con salud. Así que la percepción de vida y salud adaptadas por los ancianos, sus estrategias de salud, delante sus necesidades y peculiaridades, permiten que la “*vida de pobre*” también pueda ser vivida con calidad, en una oportunidad positiva de vivir el envejecimiento, através de las opciones individuales de cada uno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, R.B. (Org.) **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 276 p.

BARRETO, F.F.P. Espaços para a terceira idade. **Humanidades**, Brasília, DF, n. 46, p. 54-65, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

BRAGA, C. **O idoso de uma comunidade de Porto Alegre, condições de vida e de saúde**. 2001. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso: Decreto nº. 1948 de 3 de julho de 1996. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 252-253, jul./ago. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 52-62, jan./fev. 1997.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Tradução de Leda Leal Ferreira. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 54, n. 14, p. 7-11, maio/jun. 1986.

DUARTE, M.J.R.S. Atenção ao idoso: Um problema de saúde pública e de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 100-111, maio. 1994.

DUFUMIER, M. **Les Projects de développement agrícola**. Paris: Karthala-CTA, 1996. 354 p.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 276 p.

FRAIMAN, A.P. **Coisas da Idade**. São Paulo: Gente, 1995. 143 p.

GERHARDT, T, E. **Anthropologie et Santé Publique: approche interdisciplinaire**. 2000. 362 f. Thèse (Doctorat) – Université de Bourdeaux 2, Bourdeaux.

GOMES, L. Papel do Geriatra: aliado à técnica, muito amor. **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 110-117, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

GRAMS, A.T. **A felicidade na adultez final e suas implicações gerontológicas**. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 2000. 59 p. Extracto de la tesis apresentada para la obtención del grado del Doctor.

GUIDI, M. L.M.; MAGALHÃES PINTO, S.L.E. O imaginário afetivo do idoso e o contexto familiar. **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 8- 13, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

GUIMARÃES, R.M. Viver mais (e melhor). **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 95-102, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

HEREDIA, O.C. Características demográficas na terceira idade na América Latina e no Brasil. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 7-21, 1999.

KRÜGER, H.R. Aspectos psicossociais da gerontologia de intervenção. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO, PREVENÇÃO E GERONTOLOGIA., ago. 1994, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Delegacia Estadual do Ministério de Educação e Desporto, 1994. p. 111-123.

LEHR, U. Cadernos de Envelhecimento. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, p. 7-35, 1999.

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais do sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. cap. 5, p. 55-62.

_____. **Les soins: images et réalités: lê quotidien soignant au Bresil**. Paris, 1993. 2 v. Thèse (Doctorat) – Université de Paris VII Denis Diderot, Paris.

LOUREIRO, A.M.L. Velhice: encantos, desencantos ... recantos. **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 77- 87, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

MARTINI, J.G. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. especial, p. 71-76, dez. 2000.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. Ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 267 p.

_____. COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 211 p.

_____. HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MORAGAS MORAGAS, R.M. (Org.) **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997. 283 p.

NAZARENO, E.R. **Condições de vida e saúde infantil**: heterogeneidades urbanas e desigualdades sociais em Paranaguá, Brasil. Tese de doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, UFRP, Curitiba, 1999.

NERI, A.L. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papyrus, 1993. 285 p.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

PATRICK, D.L.; ERICKSON, M.S.P. O que significa qualidade de vida? conceitos e dimensões. [pt. 1] **Squibbline** – Publicação de Squibb Indústrias Químicas S.A., São Paulo, p. 16-24, [199-].

_____; _____. _____. [pt. 2] **Squibbline** – Publicação de Squibb Indústrias Químicas S.A., São Paulo, p. 15-24, [199-].

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação Básica – **Relatório A2**: Consolidado anual das famílias cadastradas por área -PSF. Porto Alegre, 2000. 2 p. (Dados colhidos até o dia 30/06/2000).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil: 1996**. Brasília: PNUD; Rio de Janeiro: IPEA, 1996, 185p.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre / RS no contexto da municipalização de saúde.** 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.

ROBLES, L. et. al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 557-560, abr./jun. 2000.

ROCHA, A.D. et. al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, p. 63-82. 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Trabalho; Cidadania e Assembléia Social. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa.** Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997. 123 p.

SAFONS, M.P. Algumas considerações sobre envelhecimento e atividade física. **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 25- 33, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr. (Orgs.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, cap. 1, p. 25-36.

VERAS. R.P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: RELUME, 1994.

VÈRGES, P. L' evocation de l'argent:une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, Marseille, v. 15, n. 405, p 203-209, 1991/1992.

VIEIRA, C.M. Dificuldades da terceira idade. **Humanidades**, Brasília, DF, n.46, p. 118- 119, out. 1999. (Edição Especial: Terceira Idade).

4 ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - INFORMADO

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado (a) pela Mestranda Aline Iara de Sousa, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes.

Declaro ter sido informado (o) que se trata de uma pesquisa com idosos e entendo que fui selecionado (a) porque sou idoso e morador de uma vila de Porto Alegre. A entrevista será gravada e conduzida a partir de um instrumento-guia proposto pela pesquisadora, sendo que o uso da gravação, após ter ciência do que será registrado, terá a minha autorização.

Também fui informado (a) que mesmo após o início dessa entrevista posso, a qualquer instante, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação.

Declaro que me foi assegurado o sigilo das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que estas, serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Considerando-me esclarecido em relação a proposta da pesquisa concordo em participar da mesma.

DATA:

Assinatura do entrevistado

Enfermeira Aline Iara de Sousa
COREN 85479 Fone: 99.171960

ANEXO B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ESTUDO DIAGNÓSTICO SOBRE OS IDOSOS RESIDENTES NA VILA PITINGA
Porto Alegre/ 2001

I Dados Gerais do Idoso:

Número de ordem: _____

Letras Iniciais do Idoso: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Anos de Estudo: _____

II Informações sobre Condições de Moradia do Idoso:

Reside em casa? _____

A casa é de? _____

Quantas peças possui a casa? _____

Quantas pessoas, contando com o Sr. (a), moram em sua casa? _____

Em que local da casa o Sr. (a) dorme? _____

O Sr.(a) dorme com outras pessoas na mesma peça da casa? _____

Com quem? _____

III Informações ocupacionais e financeiras:

O Sr. (a) trabalha? _____

O Sr.(a) lembra quando começou a trabalhar? _____

Com que idade o Sr. (a) começou a trabalhar? _____

O Sr. (a) já está aposentado? _____

Com que idade o Sr. (a) se aposentou? _____

Qual foi o motivo de sua aposentadoria? _____

De onde vem o seu sustento? _____

Renda aproximada: _____

IV Informações Familiares

O Sr. (a) tem filhos? _____

Quantos? _____

O Sr. (a) tem netos? _____

Quantos? _____

Os filhos moram com o Sr.(a)? _____

Os netos moram com o Sr. (a)? _____

V Informações de Saúde:

O Sr. (a) se considera com saúde? _____

Nos últimos seis meses, o Sr.(a) esteve doente? _____

Pesquisador _____

Entrevistado _____

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Como o senhor (a) se vê/ enxerga sua imagem?
2. O senhor (a) se considera com saúde? Porque?
3. O senhor (a) ficou doente nos últimos seis meses?
4. O que o senhor fez ou faz para melhorar? Podes me contar um episódio?
5. A sua vida é boa? Porque?
6. O que o senhor entende quando eu falo em qualidade de vida?
7. O senhor se considera com qualidade de vida? Porque?

ANEXO D - MAPA DA VILA PITINGA

ANEXO E - INFORME DE ORIENTAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa realizada pela enfermeira Aline I. de Sousa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes, que visa traçar um perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos, moradores da área adscrita ao Programa de Saúde da Família PSF – Pitinga.

Atenciosamente,

Aline Iara de Sousa
Fone: 99171960