

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS NATURAIS E EXATAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA E GEOCIÊNCIAS**

**PERFIL DO IDOSO DO BAIRRO CAMOBI, SANTA MARIA/RS:
QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carmen Lúcia Colvero Lopes

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**PERFIL DO IDOSO DO BAIRRO CAMOBI, SANTA MARIA/RS:
QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA**

Por

Carmen Lúcia Colvero Lopes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia e Geociências, Área de Concentração Produção do Espaço e Dinâmica Regional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Geografia.**

Orientador: Prof^a. Dr^a Sandra Ana Bolfe

Santa Maria, RS, Brasil

2013

© 2013

Todos os direitos de reprodução reservados a Carmen Lúcia Colvero Lopes. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Congonhas, 564, Bairro Camobi, Santa Maria, RS.

Fone (055) 3223 1107; End. Eletr: carmencolvero@hotmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS NATURAIS E EXATAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA E GEOCIÊNCIAS**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PERFIL DO IDOSO DO BAIRRO CAMOBI, SANTA MARIA/RS:
QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA**

elaborada por
Carmen Lúcia Colvero Lopes

Como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Geografia

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sandra Ana Bolfe (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Angela Pellegrin Ansuj (UFSM)
(Comissão Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Emília Camargo (UCS)
(Comissão Examinadora)

Santa Maria, 23 de Setembro de 2013.

DEDICATORIA

Dedico essa dissertação às pessoas mais importantes da minha vida...

*Ao meu amor, **Ataide**,
pelo apoio e paciência durante todos estes anos;*

*A minha querida filha, **Juliana**;*

*Aos meus pais, **José e Genuephia**,
o qual tenho certeza que estão orgulhosos de mim
neste momento onde quer que estejam...*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de estar vivendo cada dia e por sempre olhar por mim.

*Ao **Ataide**, meu amor, pela paciência por estar ao meu lado e por entender meus momentos de ausência.*

*A minha amada filha **Juliana** por me fazer querer ser sempre alguém melhor.*

*Aos **meus pais** agradeço pelo amor, onde quer que estejam, e com certeza orgulhosos por mais esta conquista.*

*Aos meus **irmãos, cunhadas e sobrinhos** que sempre torceram por mim.*

*À **Profª Drª Sandra Ana Bolfe**, minha orientadora, pela confiança a mim depositada e por me orientar e me dar à oportunidade de desenvolver este estudo.*

*À **Profª Ms. Angela Isabel dos Santos Dullius**, pelas orientações e ensinamentos durante estes anos. Incansável no seu trabalho como educadora, e mais, o exemplo de vida sempre permanecerá como alavanca em meu caminho.*

*À **Profª Draª Carmen Rejane Flores Wizniewsky**, pelo apoio e incentivo em toda a minha trajetória e pela generosidade em partilhar seus conhecimentos sobre a pesquisa.*

*À **Profª Drª Angela Pellegrín Ansué**, pelo auxílio e apoio durante o percurso e por suas precisas sugestões, as quais tanto auxiliaram a organização do estudo.*

*À **Profª Drª Maria Emília Camargo**, tenho muita honra e agradeço por aceitar o convite para participar da banca de dissertação de mestrado contribuindo de maneira imprescindível para que este estudo reflita os objetivos pretendidos.*

As amigas Lara Hartz Estrazulas e Cláudia Rodrigues, pelo apoio, amizade e carinho em todos os momentos.

Aos amigos Anderson, Ana Luíza, Taiane, Elvís, Renê, Rosebel, pelo carinho, apoio e auxílio.

As amigas Lucimara Pletiskáitz e Solange Ferraz, que estão sempre presentes nas angústias e nas vitórias, lutando sempre comigo para mais esta conquista.

A todos que colaboraram para a concretização deste trabalho, não saberia dizer toda a minha gratidão, em especial ao Programa de Pós Graduação em Geografia na pessoa do Prof. Dr. Cezar de David e de Líliane Bonília.

E a todos os idosos, que com sua sabedoria nos transmitem experiências e lições de vida.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Geografia e Geociências
Universidade Federal de Santa Maria

PERFIL DO IDOSO DO BAIRRO CAMOBI, SANTA MARIA/RS: QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA

AUTORA: CARMEN LÚCIA COLVERO LOPES
ORIENTADORA: SANDRA ANA BOLFE
Data e local de defesa: Santa Maria, 23 de setembro 2013.

O crescimento progressivo no número de idosos nas últimas décadas, resultado da queda das taxas de fecundidade e mortalidade e do conseqüente aumento da expectativa de vida, fez com que se desenvolvesse o interesse pelo estudo do envelhecimento. Na literatura é destacada a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar e nos fatores associados à qualidade de vida de idosos, a fim de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas, buscando atender as demandas da população que envelhece. Assim, este estudo tem por objetivo traçar o perfil do idoso do Bairro Camobi, situado no município de Santa Maria, RS, Brasil. A pesquisa foi feita com abordagens qualitativas e quantitativas e a coleta de dados foi realizada por meio de questionários. A análise dos achados mostra que os idosos entrevistados valorizam sua independência e autonomia na realização de suas atividades. Atribuem uma vida saudável e comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, além de destacarem as atividades de lazer, participação nos grupos e os bons relacionamentos como imprescindíveis para a satisfação pessoal. Apontam que as atividades sociais e de lazer são de extrema importância para se ter uma boa qualidade de vida. Os idosos avaliam positivamente sua qualidade de vida. As variáveis que mais contribuíram para esta avaliação positiva foram relações pessoais, apoio que recebem da família e amigos, ambiente físico onde moram cuidados de saúde que recebem e o meio de transporte que utilizam. a qualidade de vida foi mais bem avaliada. O estudo contribuiu, também, para conhecer a realidade do idoso e com isso fornecer subsidio para os órgãos competentes criarem novas políticas em relação ao envelhecimento e proporcionando melhoria na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Idosos. Qualidade de vida. Envelhecimento. População

ABSTRACT

Dissertation
Graduate Program in Geography and Geosciences
Universidade Federal de Santa Maria

PROFILE OF THE OLD NEIGHBORHOOD CAMOBI, SANTA MARIA / RS: QUALITY OF LIFE AND CITIZENSHIP

AUTORA: CARMEN LÚCIA COLVERO LOPES
ORIENTADORA: SANDRA ANA BOLFE
Data e local de defesa: Santa Maria, 23 de setembro 2013.

The progressive increase in the number of elderly in recent decades as a result of declining fertility and mortality rates and the consequent increase in life expectancy, made to develop interest in the study of aging. The literature highlighted the scientific and social relevance of investigating the conditions that affect the well-being and the factors associated with quality of life of elderly people in order to create alternative intervention and propose actions and policies, seeking to meet the demands of the population aging. Thus, this study aims to profile the Elderly Camobi Subdivision, located in the municipality of Santa Maria, RS, Brazil. The research was done with quantitative and qualitative approaches and data collection was conducted through questionnaires. The analysis of the findings shows that older respondents value their independence and autonomy in the conduct of its activities. Attribute a healthy and appropriate behavior in relation to health care, and excel leisure activities, participation in groups and good relationships as essential for personal satisfaction. Indicate that the social activities and leisure are extremely important to have a good quality of life. Older people positively evaluate their quality of life. The variables that contributed most to this positive assessment were personal relationships, the support they receive from family and friends, physical environment inhabited by the health care they receive and the means of transport they use. Quality of life was better evaluated. The study also helped to know the reality of the elderly and thereby provide subsidy to the competent organs create new policies in relation to aging and providing better quality of life.

Keywords: Elderly. Quality of life. Aging. Population

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – População Mundial com 60 ou mais anos de idade.....	18
Figura 2 – Pirâmide da Distribuição Etária da População no Brasil	21
Figura 3 – Mapa de Localização do Bairro Camobi.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos entrevistados.....	35
Tabela 2 – Importância sobre sua Qualidade de Vida.....	36
Tabela 3 – Capacidade de realizar Atividades de Lazer.....	37
Tabela 4 – Satisfação com sua vida.....	38
Tabela 5 – Capacidade de Trabalho.....	39
Tabela 6 – Crenças Pessoais.....	40
Tabela 7 – Características do Ambiente em que Vive.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
1.2 Justificativa	15
1.3 Estrutura do Trabalho	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 Envelhecimento da População	16
2.1.1 O Envelhecimento da População Mundial	16
2.1.2 O Envelhecimento da População Brasileira	18
2.1.3 A Transição Demográfica	21
2.2 Envelhecimento	22
2.3 Qualidade de Vida em Idosos	24
2.3.1 Políticas Públicas de Proteção aos Idosos	30
2.3.2 O Idoso e a Cidadania	31
3. MATERIAL E MÉTODO	33
3.1 Características da Área de Estudo	33
3.2 Instrumentos de Coleta e Análise de Dados	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Resultados	35
4.2 Discussão	41
5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO 1	52
ANEXO 2	58

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional foi inicialmente observado em países desenvolvidos, todavia, ultimamente, é nos países em desenvolvimento que a população idosa tem aumentado significativamente. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu juntamente com as melhorias das condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento, esse processo aconteceu de forma rápida, sem que condições básicas de vida tenham sido alcançadas e sem que haja políticas públicas específicas, no que se refere às melhorias da qualidade de vida desses sujeitos. O envelhecimento populacional está relacionado à mudança de alguns indicadores de saúde, que resultou no aumento da esperança de vida da população, porém há outros fatores como a redução de fecundidade e da mortalidade infantil (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Assim, o fenômeno do envelhecimento traz consigo grande impacto social, exigindo mudanças desde o nível das políticas públicas, ou seja, a intervenção do Estado, até mudanças nos grupos sociais e na família.

Por isso, o envelhecimento da população impõe duas preocupações que deverão constar prioritariamente na agenda dos gestores públicos: o envelhecimento demandará, em um futuro bem próximo, o investimento em equipamentos e/ou atividades voltadas para o atendimento desses idosos, bem como, exige uma reflexão quanto ao sistema previdenciário reforçando que deverá reforçar as políticas de apoio ao idoso.

Neste contexto, surgem sérias discussões em torno do custo do aposentado ao Estado. Reflexões de diferentes vertentes políticas questionam ou difundem a garantia dos direitos sociais e previdenciários. Dessa forma, com o aumento da expectativa de vida será necessário pensar em novas formas de garantir os direitos previdenciários, uma vez que, os idosos tendem a adiar sua saída do mercado de trabalho por considerarem insuficientes os seus rendimentos. Pois, no Brasil as ações governamentais destinadas a esta parcela da população ainda se encontram muito limitadas, perante o crescente número de idosos já existentes e os que virão.

Diante do exposto, considerando o atual padrão demográfico do Município de Santa Maria, RS, Brasil, onde reproduz o padrão de transição

brasileiro ao envelhecimento populacional, refletindo as mudanças trazidas, basicamente pelo processo de urbanização e pela implementação de políticas públicas e sociais. Ainda que na urbanização melhorem as condições de vida; acentuam-se as desigualdades sociais e a segregação espacial.

Segundo o IBGE (2010), no Município de Santa Maria/RS, a população idosa, ou seja, com 60 anos ou mais, representa 14% da população, apresentando características diferentes, no que se refere às condições de vida intra-urbano. Considerando o próprio processo de envelhecer, suas conseqüências e repercussões sociais e econômicas, é previsível que este grupo vivencie o mesmo espaço urbano, mas de modo distinto, necessitando, desta forma, trazer à luz os dados a fim de podermos compreender como os idosos se apresentam e se distribuem no Bairro Camobi, Santa Maria/RS.

Diante do exposto o presente estudo visa traçar o perfil dos idosos do Bairro Camobi, no município de Santa Maria, RS, Brasil.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Traçar o perfil dos idosos do Bairro Camobi, no município de Santa Maria, RS, Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar as variáveis relacionadas com as características demográficas do idoso;
- Levantar as condições sócio-econômicas e ambientais no espaço urbano em que vive o idoso;
- Verificar a autopercepção do idoso em relação a sua qualidade de vida.

1.2 Justificativa

Diante desse novo quadro político, social e demográfico, torna-se imperativo lançar um olhar crítico e reflexivo sobre as questões concernentes ao envelhecimento com a qualidade de vida. O envelhecimento, apesar de construir um processo natural, não ocorre de forma homogênea em todos os

indivíduos. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica, que influenciam sua qualidade de vida (NERI, 2000).

Na medida em que se percebe que conhecer o perfil do idoso, vem assumindo importância cada vez maior, nos últimos anos, particularmente, no que diz respeito à qualidade de vida tanto individual quanto coletivamente. Quando se constata que a população idosa do Brasil está aumentando significativamente, bem como as políticas públicas construídas para atender às necessidades dessa população, fica evidente a importância de se traçar o perfil do idoso, justificando-se assim a elaboração deste estudo.

1.3 Estrutura do Trabalho

Este trabalho foi dividido em cinco capítulos. O primeiro trata da introdução com seus respectivos objetivos, justificativa e estrutura do trabalho. O segundo versa sobre a revisão bibliográfica que embasa o presente trabalho. O terceiro capítulo traz à metodologia utilizada para o bom andamento da pesquisa. O quarto apresenta os resultados da pesquisa. No quinto encontra a conclusão e recomendações para trabalhos futuros. As referências bibliográficas encerram o presente trabalho.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Envelhecimento da População

2.1.1 O Envelhecimento da População Mundial

A humanidade passa por uma transformação notável, com profundas implicações para a organização social e para as políticas públicas: o envelhecimento da população (WATANABE, 2002, p. 913-918). Uma análise demográfica mostra que o envelhecimento global pode ser atribuído à soma de dois fatores: a queda da taxa de natalidade e a queda da taxa de mortalidade. As taxas de mortalidade diminuíram dramaticamente nos últimos 50 anos, elevando a expectativa de vida média da população mundial. De 41 anos, em 1950, para 62 anos em 1990 e espera-se que em 2020 o ser humano viva 70 anos. Da mesma forma, a taxa de natalidade tem decaído em quase todos os países em desenvolvimento, com exceção da África Subsaariana (NETO, 2003).

A população mundial atingiu a maior taxa de crescimento da história da humanidade na década de 1960, cerca de 2% ao ano. De lá para cá, o ritmo de crescimento demográfico tem diminuído, estando em torno de 1,1% ao ano, no quinquênio 2010-2015. A população mundial está crescendo menos e vivendo mais. A esperança de vida ao nascer era de 48 anos em 1950-1955 e subiu para 68 anos no quinquênio 2005-2010.

Mas enquanto a população como um todo cresce em ritmo mais lento, a população idosa cresce num ritmo mais veloz, pois a grande onda de nascimentos e de filhos sobreviventes depois da Segunda Guerra Mundial, especialmente das décadas de 1950 e 1960, está se transformando em uma grande onda de idosos que chegam à “terceira idade” agora no século XXI. Alguns autores estão chamando este fenômeno de tsunami grisalho-grey tsunami (ALVES, 2012).

Segundo Alves (2012), existiam no mundo 204 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade, em 1950. Este número passou para 610 milhões em 2000, para 760 milhões em 2010 e deve atingir 1.378.945.000 (um bilhão e trezentos e setenta e oito milhões e 945 mil) idosos em 2030. Enquanto a população total deverá apresentar um crescimento de pouco mais de 3 vezes

entre 1950 e 2030, a população idosa (60 anos ou mais) deverá apresentar um crescimento de quase 8 vezes, no mesmo período. Ou seja, esta onda de tamanho quase 8 vezes maior está sendo chamada de tsunami grisalho. Em 1950 o total da população mundial era de 2,532 bilhões de habitantes. Em 2075, a divisão de população da ONU projeta que o mundo terá 2,539 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Ou seja, haverá mais idosos no mundo em 2075 do que toda a população mundial de 1950.

Nos países desenvolvidos a população de 60 anos ou mais era de 95 milhões em 1950, passando para 269 milhões em 2010, devendo chegar a 370 milhões em 2030. Nos países em desenvolvimento a população idosa era de 109 milhões de habitantes em 1950, passou para 491 milhões em 2010 e deve chegar a 1 (um) bilhão de pessoas em 2030. Portanto, a grande maioria dos idosos (60 anos ou mais) do mundo estará localizada nos países em desenvolvimento.

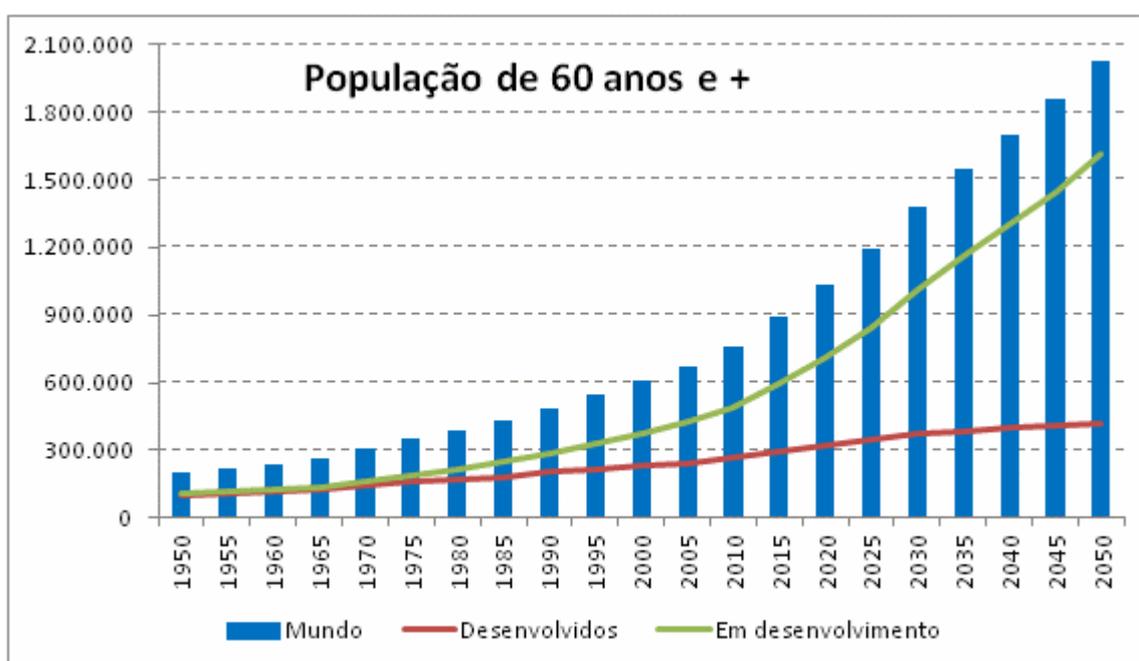
Paralelamente, houve uma queda das taxas de fecundidade no mundo. Isto significa que além da redução do ritmo de crescimento demográfico passa a haver uma mudança da estrutura etária da população, com o progressivo estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional. Ou dito em outros termos, a queda da fecundidade acelera o processo de envelhecimento populacional. Portanto, o desafio não é apenas o fato de haver mais idosos na população, mas também o fato de haver menos jovens e adultos para cuidar e contribuir com a manutenção do padrão de vida desta população idosa.

Em 1950, as pessoas com 60 anos ou mais de idade representavam apenas 8% da população mundial este número passou para 11% em 2010 e deve chegar a 17% em 2030. Nos países desenvolvidos, as pessoas com 60 anos e mais de idade representavam 12% da população total em 1950, passando para 22% em 2010 e devendo chegar a 29% em 2030. Nos países em desenvolvimento, as pessoas com 60 anos e mais de idade representavam apenas 6,3% da população total em 1959, passando para 9% em 2010 e devendo chegar a 14,4% em 2030.

Portanto, os países em desenvolvimento vão ter o maior volume de pessoas idosas, mas são os países desenvolvidos que já apresentam o maior percentual de idosos na população. Isto é, o processo de envelhecimento

populacional é universal, mas os países desenvolvidos terão uma carga de dependência demográfica mais pesada de idosos nas próximas décadas. O tsunami grisalho vai atingir primeiro os países desenvolvidos e, algumas décadas mais à frente, os países em desenvolvimento.

O tamanho da onda do envelhecimento vai variar conforme os países e as regiões. Mas ninguém vai ficar imune ao tsunami grisalho, pois esta onda vai afetar a dinâmica econômica e demográfica de todo o mundo, que precisa, desde já, se preparar para lidar com este fenômeno inevitável. A Figura 1 mostra a população mundial com 60 anos ou mais, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.



Fonte: IBGE-2010

Figura 1 - População mundial com 60 ou mais anos de idade.

2.1.2 O Envelhecimento da População Brasileira

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente (ALVES, 2000, p. 7). Entre 1890 e 1940, o número de brasileiros com menos de 15 anos variou entre 41% e 44% da população total, o de pessoas entre 15 e 59 anos ficou entre 52% e 54% e de pessoas com mais de 60 anos permaneceu em torno de 4% (SAAD & CAMARGO, 1990, p. 9). As taxas de mortalidade e natalidade pouco oscilaram e a população se manteve extremamente jovem. As décadas de 40, 50 e 60 foram marcadas por altas

taxas de fecundidade e pela redução da taxa de mortalidade, o que culminou com o crescimento da população. Entre 1940 e 1970, a população saltou de 41 milhões para 93 milhões de pessoas. Entretanto, a estrutura etária da população não se alterou; a redução da taxa de mortalidade deveu-se principalmente, à queda das taxas de mortalidade específicas da infância. A maior sobrevivência de crianças manteve o Brasil como um país jovem (CHAIMOWICS, 1997, p. 184).

A tendência de envelhecimento da população brasileira cristalizou-se mais uma vez na nova pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os idosos, pessoas com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas (PNAD-Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio).

A conclusão tem como base o índice de envelhecimento do país, calculado por meio da relação entre o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para cada cem pessoas de menos de 15 anos de idade. Segundo o instituto, o índice no Brasil foi de 51,8 em 2011, em comparação com resultado de 48,2 para o indicador de envelhecimento mundial, referente ao mesmo ano. Isso, na prática, significa que havia, no país, no ano passado, aproximadamente uma pessoa de 60 anos ou mais de idade para cada duas pessoas de menos de 15 anos de idade.

Em números absolutos, o crescimento no número de idosos no país foi considerado "marcante" pelo IBGE: passou de 15,5 milhões de pessoas, em 2001, para 23,5 milhões em 2011. A fatia de pessoas nessa faixa etária, dentro da população brasileira, passou de 9% para 12,1% no período.

O estudo também mostra que os idosos têm uma situação de renda melhor do que os jovens. De acordo com o levantamento, 53,6% das pessoas com menos de 25 anos estão concentrados nas duas menores faixas de renda per capita familiar pesquisada pelo instituto (menos de um quarto do salário mínimo; e de um quarto a metade de um salário mínimo), ou seja, na base da pirâmide.

Apenas 17,9% dos idosos de 60 anos ou mais de idade se encaixam nas duas faixas de renda, de acordo com a pesquisa - fruto de políticas sociais e previdenciárias que garantem benefícios mínimos de um salário mínimo para

idosos carentes do país, de acordo com o estudo do IBGE. Em 2011, o grupo com até 24 anos na população brasileira era de 78,5 milhões de pessoas, em torno de 40,2% do total. Essa faixa etária está perdendo peso na população brasileira. Em 2001, pessoas nessa faixa de idade correspondiam a quase metade dos brasileiros (48,2%).

De acordo com o IBGE, o envelhecimento da população é influenciado pelo recuo das taxas de fecundidade. Pelo Censo Demográfico 2010, a taxa era de 1,90 filhos por mulher - a menor da última década. Outro fator a ser considerado, de acordo com o instituto, é o recuo no contingente de pessoas em faixas de idade mais jovem. De 2001 a 2011, diminuiu de 45,9 para 36 o número de pessoas até 14 anos de idade para cada 100 pessoas de 15 a 59 anos, segundo o levantamento.

O estudo mostra ainda que a proporção de mulheres sem filhos difere de acordo com a escolaridade. Entre mulheres com até sete anos de estudo de 15 a 19 anos, 18,3% tinham filhos, sendo que do total de mulheres com oito anos ou mais de estudo, na mesma faixa etária, apenas cerca de 7% tinham filhos. Ainda conforme o documento, a renda média do trabalho principal de pessoas com 16 anos ou mais de idade subiu 16,5% entre 2001 e 2011. As categorias que tiveram os maiores ganhos reais no período, respectivamente de 22,3% e de 21,2%, foram mulheres e trabalhadores informais. Segundo o instituto, no caso das mulheres, o maior avanço de renda foi apurado na região Nordeste. Entre os trabalhadores informais, a região Centro-Oeste foi a maior responsável pelo avanço na renda. A Figura 2 apresenta a pirâmide da distribuição etária da População no Brasil de 1992 a 2011.

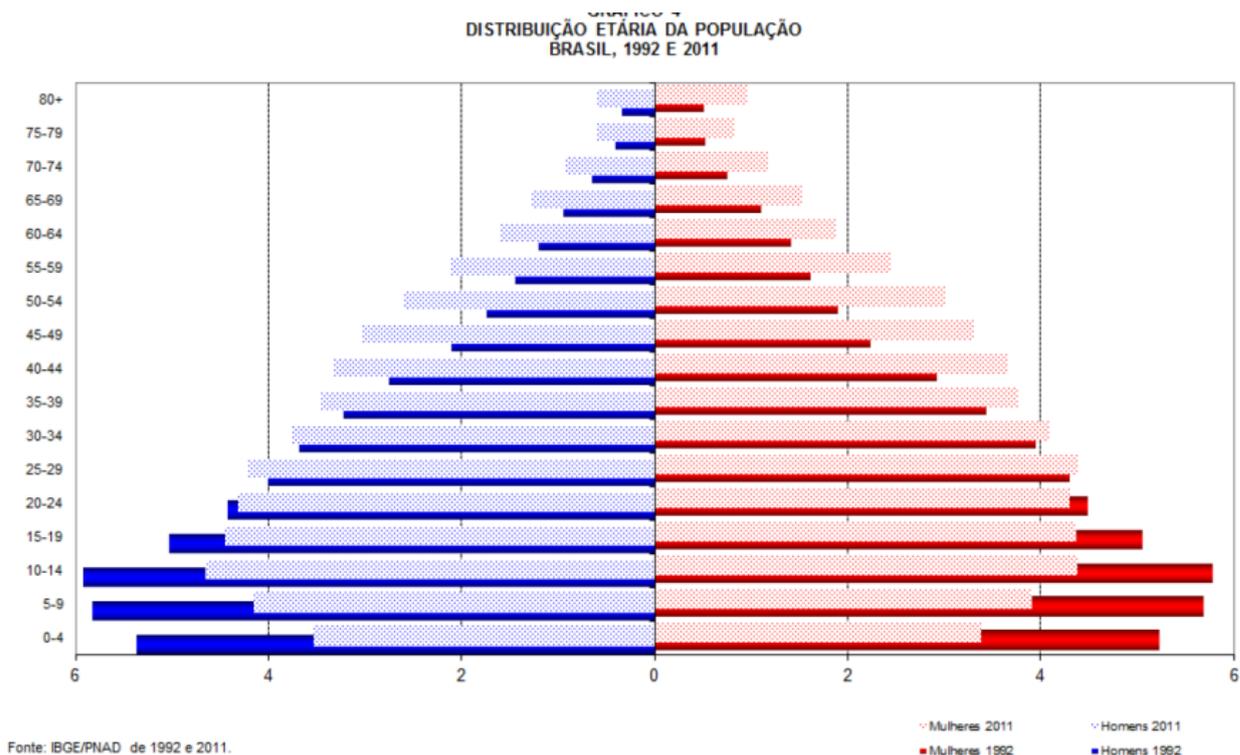


Figura 2 - Pirâmide da Distribuição Etária da População no Brasil de 1992 de 2011.

2.1.3 A Transição Demográfica

Somente a partir da década de 60, com a diminuição da fecundidade, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional (CHAIMOWICS, 1997, p. 31). Nesse momento, começa a transição demográfica: as pessoas vivem mais, ao mesmo tempo em que menos nascimentos ocorrem. Em outras palavras, a transição demográfica é caracterizada pela queda acentuada das taxas de natalidade e fecundidade, com o conseqüente envelhecimento da população. As causas mais frequentemente atribuídas à queda da mortalidade são os avanços na área da medicina, saneamento e condições de vida. À queda da fecundidade, creditam-se fatores como urbanização, industrialização, inserção da mulher no mercado de trabalho, expansão da escolaridade etc. Em 1970, o Censo Demográfico já iniciava o início da transição demográfica – o grupo etário de 0 a 4 anos baixou de 16% da população, observados entre 1940 e 1960, para 14,9%, em 1970 (SAAD e CAMARGO, 1990 p. 9-25).

Desde então, o envelhecimento da população brasileira tem sido contínuo e progressivo. Em cinco décadas, o número de brasileiros com 60 anos ou mais aumentou mais de seis vezes – em 1950, eram 2,3 milhões, ou 3,5% da população.

2.2 Envelhecimento

A compreensão do processo de envelhecimento humano não requer apenas o entendimento do termo, o qual se pode dizer que envelhecer é chegar pouco a pouco a um período mais avançado da vida ou perder a jovialidade e a beleza além das possíveis perdas das habilidades cognitivas. Sob esta perspectiva, o envelhecimento humano representa apenas uma mudança ou simples passagem de uma fase para outra fase da vida. A análise do processo de envelhecimento humano deveria considerar o estudo de diferentes variáveis presentes na vida dos indivíduos, tais como: fatores familiares, sociais, econômicos, pessoais e, principalmente, fatores físicos e biológicos.

Esse olhar mais cauteloso para o estudo do envelhecimento humano poderia possibilitar a compreensão em como o idoso, a família e o próprio meio social concebem o processo de envelhecimento e as respectivas mudanças nesse período da vida. Diante desse aspecto, é necessário não apenas entender o envelhecimento sob a perspectiva biológica, mas principalmente social, legal, cultural entre outras, entender como um ciclo complexo que engloba desde a aceitação das pequenas mudanças por parte dos indivíduos até as mudanças mais complexas presentes no meio sociocultural.

A aceitação do envelhecimento humano não é uma das tarefas mais fáceis, uma vez que os indivíduos estão predispostos a acreditar que só os outros envelhecem e que eles permanecerão eternamente jovens ou maduros, mais experientes, mas... Jamais velhos.

O culto ao novo, ao atual e ao moderno transformou o processo de envelhecimento em um martírio levando, muitas vezes, a uma exclusão social causando temor às pessoas que envelhecem. Esse “suposto martírio” é percebido aos primeiros sinais da passagem do tempo. Nessa perspectiva, é importante compreender o envelhecimento como um processo que ocorre

naturalmente com os indivíduos ao longo de suas vidas, não sendo um fenômeno que ocorre rápido e isoladamente.

Para que essas novas visões de envelhecimento se modifiquem, é importante que o idoso abandone os rótulos que a sociedade o atribuiu. Ele deve buscar novas experiências e novas alternativas de vida, seja participando de grupos de terceira idade, de roda de amigos, de atividades programadas para orientá-los, a vivenciar essa etapa da vida de forma prazerosa e, na maioria das vezes, preparando para a aposentadoria. Além disso, as mudanças introduzidas em suas vidas poderão contribuir não só para a ampliação dos seus horizontes, como também apresentar melhorias nos quadros físico, emocional e intelectual, possibilitando um envelhecimento humano com qualidade de vida.

Atualmente, o Brasil começa a ser visto como um país de cabelos brancos, ou seja, em 2025 o país terá 16 vezes mais idoso do que em 1950. Assim, a sociedade deve rever suas ações no sentido de desmistificar o papel do idoso na sociedade contemporânea e criar políticas públicas para atender esse grupo de pessoas.

A inversão da pirâmide etária brasileira, o envelhecimento humano acelerado, o aumento significativo da expectativa de vida das pessoas idosas, a redução da taxa de natalidade, as conquistas tecnológicas e científicas, os avanços da medicina, as mudanças no contexto sócio-político-econômico levam a diferentes dilemas e desafios.

Faz-se necessário entender as características de uma realidade em que o Estado é mínimo a ação social se coloca como responsabilidade.

O idoso só será visto diferentemente com a transformação da sociedade e essa transformação fazemos com ações concretas desmistificando mitos e tabus acerca do envelhecimento humano.

Como vivenciar essa nova realidade? Algumas respostas estão pautadas nas ações para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, em novas práticas sociais, em ações empreendedoras.

2.3 Qualidade de Vida em Idosos

Segundo convenções sociodemográficas, os idosos são as pessoas com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, e de mais de 65, nos países desenvolvidos (NERI, 2005, p. 56). Alguns estudiosos se referem a três grupos de idosos: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idoso jovem refere-se aos indivíduos com 65 a 74 anos de idade, que costumam estar ativos, cheios de vida e vigorosos. Os idosos velhos são constituídos por indivíduos de 75 a 84 anos e o grupo de idosos mais velhos é formado por indivíduos de 85 anos ou mais, que têm maior tendência a patologias e podem ter dificuldades para desempenhar algumas atividades da vida diária (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2006, p.112).

A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou expressão nos últimos 30 anos. Isto se deu, entre outros, devido ao aumento do número de idosos na população e a expansão da longevidade. Embora ainda inexista um consenso sobre o seu significado, há certa unanimidade entre os estudiosos em utilizar a definição do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. De acordo com este grupo, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, aos seus padrões e as suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1985, p.1404).

Observam-se ainda três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida que estão implícitos nesse conceito do Grupo WHOQOL: a subjetividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo. A multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida, é composta por várias dimensões.

Nesse sentido, a qualidade de vida, ao englobar várias dimensões, exige que o profissional tenha uma visão integral do ser humano e seja capaz de articular ações que contemplem as necessidades dos indivíduos e dos grupos, em sua totalidade.

A qualidade de vida é um conceito difícil de ser medido, pois representa uma avaliação única/individual (CAR e HIGGINSON, 2001; FRY, 2000). Além

disso, os valores de referência do indivíduo podem mudar com o passar do tempo (CAR, GIBSON e ROBINSON, 2000). Segundo o estudo de Bowling (1995), os domínios considerados como importantes para a qualidade de vida mudam com a idade. Desta forma, pessoas mais jovens dariam mais importância ao trabalho e às finanças enquanto os idosos julgariam a saúde e a mobilidade como os itens mais importantes para a qualidade de vida .

A promoção da boa qualidade de vida na terceira idade excede, entretanto, os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural. Ou seja, “uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudanças” (FEATHERMAN, SMITH e PETERSON, 1990).

A partir desta definição, percebe-se que o termo qualidade de vida engloba o conceito amplo de bem-estar, o que depende do auto-julgamento do próprio indivíduo, ou seja, o quanto ele está ou não satisfeito com a qualidade subjetiva de sua vida. É um conceito subjetivo, dependente de padrões históricos, culturais, sociais e até mesmo individuais. A avaliação da qualidade de vida de determinado indivíduo varia em função das três dimensões, nas quais o sujeito encontra-se inserido: física, psicológica e social, sendo que, estamos longe de atingirmos o envelhecimento bem sucedido, pois o envelhecimento populacional brasileiro caracteriza-se pelo acúmulo de incapacidades progressivas nas suas atividades funcionais e de vida diária, associada a condições socioeconômicas adversas. A mortalidade é substituída por morbidades e a manutenção da capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, relevante para o idoso em que o acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil cria novos desafios para a sociedade Brasileira contemporânea, onde esse processo ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares.

O estudo da qualidade de vida do idoso vem ocupando lugar de destaque, pois os avanços na medicina contribuíram para o aumento na expectativa de vida e no contingente de idosos, mas de que adianta ter uma grande população de idosos vivendo mais de 80 anos, se não for possível proporcionar a eles qualidade de vida.

Sendo que segundo Vieira (1996),

...alguns fatores favoráveis como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações sociais e familiares positivas e consistentes, manter um senso de humor elevado, ter autonomia e um efetivo suporte social contribuem para a promoção do bem-estar geral do idoso e conseqüentemente, influenciam diretamente numa melhor qualidade de vida.

Atualmente ouve-se com muita freqüência a expressão “qualidade de vida” em relação a todas as áreas do conhecimento humano, seja relativa à situação política, social, econômica, familiar, entre tantas, inclusive ao setor saúde, na medicina e na odontologia, principalmente em se tratando da terceira idade.

A busca de uma melhor qualidade de vida e o resgate dos anseios da terceira idade são aspectos, ainda, não muito discutidos e nem afirmados, nas diversas áreas da saúde, nem geográficas e demográficas, mas com uma sugerível preocupação, sendo que uma aproximação da percepção dos idosos com relação à qualidade de vida poderia servir de guia para formulações e práticas resolutivas às questões de suas necessidades, orientando e, até, desenvolvendo soluções viáveis, que possibilitariam o resgate da terceira idade excluída, historicamente, da sociedade.

(In OMS, 1998) “consideram que o termo qualidade de vida é geral e abrange uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu cotidiano, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas” (VIEIRA, 1996).

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.7) afirmam que:

...qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiente, e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo qualidade de vida abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural

Gill e Feinstein (In OMS, 1998) “acreditam que a expressão qualidade de vida como vem sendo aplicada na literatura não parece ter um único significado e a própria definição não consta na maioria dos artigos que o utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação”.

Guyatt e Cols (In OMS, 1998) “alertam que os termos condições de saúde, funcionamento social e qualidade de vida têm sido usados como sinônimos”. Embora o termo condições de vida, segundo Nutbeam (1996), “refira-se ao nível de qualidade dos recursos materiais disponíveis e de adequação ao meio físico em que vivem as pessoas”.

Já Neri (1995), relativa à qualidade de vida dos idosos, uma velhice bem sucedida é assim uma condição individual e grupal de bem estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. Do ponto de vista biológico o envelhecimento é produto de fatores biológicos, enfermidades e mudanças sociais que afetam o indivíduo durante toda a vida, sendo, portanto um processo altamente individual, seqüencial, cumulativo e irreversível. Ressalta-se a importância da saúde sentida, ou seja, a interpretação pessoal feita a partir de experiências de saúde no contexto da vida diária. Esta percepção se baseia em geral na informação e nos conhecimentos disponíveis modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. Assim a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia (NUTBEAM, 1996).

Pode-se dizer, ainda, que como regra geral, segundo afirma Neri (1995, p. 69),

...que, em relação à terceira idade, o envelhecimento bem-sucedido depende de um conjunto de elementos. O principal sem dúvida é de ordem econômica, fundamental à promoção de boa saúde física e à educação ao longo do curso devida. Outro é a adoção de providências reais no sentido de potencializar o desenvolvimento e a adaptação da pessoa humana, educando-a continuamente e realizando as adaptações sociais necessárias à sua melhor qualidade de vida. O terceiro é o estímulo à flexibilidade individual e social em relação às questões da velhice. É também importante para a sociedade lidar com as crenças vigentes em relação à velhice, tanto para saber o que as determina como para identificar suas conseqüências sobre o bem-estar do idoso.

Finalmente, “uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitando-se os limites da plasticidade de cada um” (NERI, 1995).

Poder-se-iam relatar todos os aspectos dos idosos a níveis biológicos, psicológicos, cognitivos, psico-imaginativos. É importante conhecer os limites e os desejos que cada um, não é por estar na velhice que não possa fazer nada, podem-se fazer quase tudo (Silva, 1998), apenas os ritmos alteram, os tempos se constituem de forma diferente, o ritmo biológico pode ser mais lento, mas o intelectual pode manter-se ou produzir ainda mais.

É interessante, mas muitos dos que ainda têm a possibilidade de melhorar suas condições econômicas, ganhando algum salário, encontram dificuldades para trabalhar, dadas as exigências legais e discriminatórias feitas em relação à idade. E, conforme Costa (1987) é curioso, porém, “que as mesmas exigências de idade não sejam adotadas para os que se ocupam da vida pública: presidente da república, parlamentares e líderes políticos que, a despeito da idade, continuam em seus postos, mesmo nos momentos mais difíceis da vida do país, fazendo valer suas opiniões”.

“A realidade da velhice no Brasil convive com uma ideologia de velhice segundo a qual envelhecer bem só depende do indivíduo: mantendo-se ativo, engajado e útil, apesar das perdas biológicas, econômicas, sociais e psicológicas, qualquer pessoa pode ter uma velhice satisfatória” (NERI, 1995). Ainda, as teorias da atividade e do afastamento, que foram geradas no bojo do processo de envelhecimento populacional que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos nos anos 50 e 60, foram adotadas de maneira indiscriminadas pela gerontologia nacional, sem que nos déssemos conta de que serviam de suporte a uma ideologia de velhice concernente a culturas e momentos históricos diferentes, e que sua ampla utilização aqui poderia representar uma armadilha.

Hoje, a concepção segundo a qual envelhecer bem, dando conta de perdas e incapacidade, é uma responsabilidade individual, serve aos propósitos do Estado, no momento em que este se encontra impossibilitado de conceder e gerir os benefícios sociais devidos aos seus aposentados. A adoção de posturas públicas conjunturais, imediatistas e carentes de visões sociocultural e demográfica de longo prazo é igualmente facilitada pela

disseminação dessa ideologia. A noção de que a velhice é dominada por doenças, perdas e incompetência comportamental de origem biológica é avalizada pela medicina e pela gerontologia. Com desconcertante frequência este aval atende necessidades do mundo do trabalho, quando se descarta dos trabalhadores que se tornaram obsoletos em virtude da falta de oportunidades para acompanhar as mudanças tecnológicas, educacionais e econômicas, com a justificativa de que eles tornaram-se biológica e intelectualmente despreparados para enfrentar novos desafios e exigências (NERI,1995).

Ainda segundo Neri(1995), envelhecer bem depende das chances do indivíduo quanto a usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo o seu curso de vida. Esses são elementos cruciais à determinação da saúde (a real e a percebida) e da longevidade; da atividade, da produtividade e da satisfação; da eficácia cognitiva e da competência social; da capacidade de manter papéis familiares e uma rede de relações informais; das capacidades de auto-regulação da personalidade; do nível de motivação individual para a busca de informação e para a interação social, dentre outros indicadores comumente apontados pela literatura como associados a uma velhice bem-sucedida. Essa adequação é evidentemente relativa às estruturas e aos valores vigentes na sociedade, mas é de se esperar que num sistema social estável, que valoriza o ser humano para além de critérios de produtividade econômica, as pessoas tenham condições mais favoráveis para uma velhice satisfatória.

Deve-se, então, haver uma mudança de paradigma, que pré-definida como um “modelo”, pressuposto por hábitos e, até, formas de se agir, um paradigma é institucionalizada desde o surgimento do homem, resignado a cumprir tarefas e obrigações para um “bem comum”.

A sociedade, ainda, não está preparada para a grande mudança. Em alguns aspectos políticos legislativos foram desencadeadas leis e atitudes que intervêm até judicialmente na atitude da população, o que ainda não altera a concepção cultural da sociedade. É preciso à quebra deste paradigma, e com o amadurecimento da população, esta ruptura estaria próxima.

2.3.1 Políticas Públicas de Proteção aos Idosos

No Brasil a questão dos direitos dos idosos só começou a ganhar força pela ênfase dada na Constituição de 1988. Nesse momento a sociedade brasileira reconhece os direitos sociais especialmente em relação a violências dos sujeitos discriminados. Conforme aponta Debert (2004), foi nesse período que o combate à violência contra o idoso passou a ser alvo de ações governamentais. Podemos destacar, neste período, as Delegacias de Polícia de Proteção ao Idoso, que são órgãos especializados em investigar os crimes contra os idosos.

Conhecer os direitos dos idosos e o Estatuto do Idoso é o início do respeito à autonomia do idoso, pois conhecendo seus direitos, ele poderá optar entre lutar por eles ou manter-se indiferente.

Para o alcance do principal objetivo do Estatuto do Idoso, que é a promoção do amparo, da assistência e da proteção ao indivíduo em seu processo de envelhecimento e quando já velho, é necessário que os idosos, as famílias, a equipe que presta assistência aos idosos e a sociedade em geral conheçam e respeitem os direitos da população idosa.

Os direitos fundamentais do idoso, tanto nos âmbitos social, de saúde, físico, financeiro e mental são assegurados pela legislação, no entanto, surge a indagação se os idosos conhecem seus direitos, se consideram que seus direitos são respeitados e que medidas são necessárias para o respeito a seus direitos. Para responder a essas indagações é necessário que os principais interessados no assunto, os próprios idosos sejam ouvidos.

Na lei da Política Nacional do Idoso que objetiva um padrão de atenção ao idoso, pautado em alguns princípios: a não segregação e marginalização do idoso; o reconhecimento das múltiplas dimensões do envelhecimento; o idoso como ser total (CAMARANO, 2006).

Em outubro de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, o qual o artigo 3º preceitua:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à

cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL,2003).

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL,2003).

2.3.2 O Idoso e a Cidadania

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), no artigo 230, refere-se ao idoso e à família, onde dispõe que, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. O parágrafo 1º do referido artigo cita que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

No que se refere à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996), objetivando ainda assegurar a assistência ao idoso, foram promulgadas a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 e o Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, os quais dão ênfase à manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde dos que adoecem e à reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a lhes garantir permanência no ambiente onde vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. Ainda no artigo 3º, refere-se aos princípios em seu primeiro parágrafo, estabelecendo que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.

Em 2 de outubro de 2003, data em que se comemora o Dia Internacional do Idoso, o Presidente da República sancionou o Projeto de Lei nº 57, o qual dispõe sobre o Estatuto do Idoso, com seus 119 artigos, passando a vigorar em 1º de janeiro de 2004. Esse, por sua vez, vem complementando a Política Nacional do Idoso, apresentando alguns pontos críticos e entre

eles a importância da notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra idosos, fazendo referência aos órgãos de auxílio (BRASIL, 2003). Portanto, supõe-se que tenha sido elaborado para reafirmar, não só para a sociedade, mas também para os próprios idosos, a importância dos seus direitos.

A atual legislação atribui ao Poder Público, incumbências muito claras nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e previdência, urbanismo, habitação e justiça.

Quanto à Política Nacional do Idoso, que cita a permanência do idoso no ambiente em que vive, exercendo suas funções, independentemente, na sociedade, necessitam de maior discussão entre os Estados, municípios e a sociedade.

Verifica-se que tanto a Constituição Brasileira, como as Políticas Públicas, apresentam amparo ao idoso no campo legislativo.

3 MATERIAL E MÉTODO

Esse estudo foi planejado para traçar o perfil do idoso do Bairro Camobi, do município de Santa Maria, RS, para conhecer a atual realidade dessa população que rapidamente tornou-se idosa sem se quer prevenir adequadamente as conseqüências negativas do processo de envelhecimento.

3.1 Caracterização da área de estudo

Como se trata de um estudo observacional foi escolhido o Bairro de Camobi, por ser o segundo bairro, do município de Santa Maria, RS, com o maior número de idosos, de 60 ou mais anos de idade. A população de idosos, em Santa Maria é de 26.423 habitantes, dos quais 2.932 idosos pertencem ao bairro selecionado.

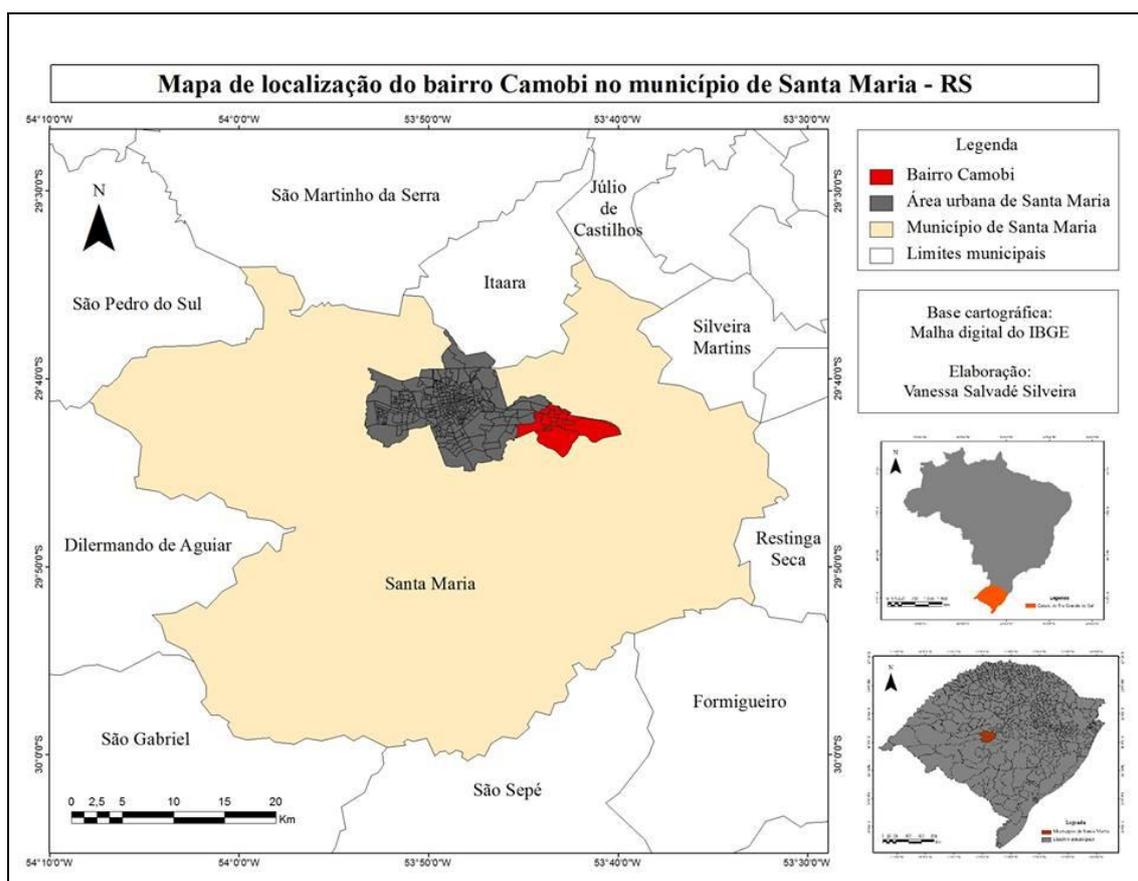


Figura 3 – Mapa de localização do Bairro Camobi.

Santa Maria é um município brasileiro, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Fica distante da capital Porto Alegre 329 Km e possui uma área de 1.788.121Km², dos quais 121.84Km² estão em zona urbana e sua população é de 261.031 habitantes, onde 248.347 são residentes urbanos e 12.684 são residentes rurais .O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,784, a expectativa de vida (anos) é 74,01 (IBGE, 2010). Na Figura 3 pode-se visualizar a localização do bairro em estudo.

3.2 Instrumento de coleta e análise dos dados

Foi elaborado um questionário com questões referentes aos dados sociodemográficos investigando as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ocupação, percepção de saúde, uso de medicação, uso de cigarro e bebida (quantidade e frequência). Para coletar as informações sobre a percepção de qualidade de vida foi utilizado uma adaptação do questionário WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al.; 1999), o qual é um instrumento desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da OMS que possui seis domínios (físico, psicológico, nível de dependência, relacionamento social, meio ambiente e espiritualidade).

Após foram sorteadas duas ruas de grande porte, duas de médio e duas de pequeno, através de amostragem aleatória simples. Para o sorteio do domicílio, nas ruas selecionadas, foi utilizada a amostragem sistemática, com razão de 2, onde a primeira casa amostrada foi à segunda casa do lado direito da via e imediatamente a quarta casa do lado esquerdo e assim sucessivamente até completar a amostra desejada. A amostra resultou em 240 idosos, com p=0,06. Porém, só 100 selecionados aceitaram participar da pesquisa, concordando e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. A partir daí, foram convidados a responder as informações sociodemográficas e a percepção subjetiva de qualidade de vida. Foi utilizado o programa SPSS v.17, para a análise descritiva dos dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos entrevistados.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos entrevistados.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Porcentagem</i>
Sexo	Masculino	50	50%
	Feminino	50	50%
Estado Civil	Solteiro	8	8%
	Casado	53	53%
	Vivendo maritalmente	5	5%
	Separado/divorciado	9	9%
	Viúvo	25	25%
Escolaridade	Analfabeto	3	3%
	Ensino Fundamental	58	58%
	Ensino Médio	16	16%
	Curso Técnico	6	6%
	Curso Superior	17	17%
Renda	1 a 2 salários	30	30%
	3 a 4 salários	36	36%
	5 a 6 salários	13	13%
	Mais de 7 salários	13	13%
	Sem salários	5	5%
Moradia	Na sua casa	81	81%
	Com família, mas não na sua casa	10	10%
	Sem apoio da família, na sua casa	7	7%
	Outros	2	2%
Atividade Profissional	Empregado integral	3	3%
	Empregado eventual	1	1%
	Autônomo	6	6%
	Aposentado	81	81%
	Afazer domésticos	9	9%
Percepção de saúde	Saudável	48	48%
	Doente	52	52%

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013.

Conforme pode ser observado a média das idades é de 70,5 anos com um desvio padrão de 8,62 anos. Sendo que, 50% dos entrevistados são do sexo feminino, apresentando média 70 anos de idade com um desvio padrão de 7,38 anos. Já os outros 50% são do sexo masculino, apresentando média

72,50 anos de idade e desvio padrão de 9,55 anos. O estado civil mais freqüente, com 53%, foi o de casado. A escolaridade mais prevalente foi o ensino fundamental, ou seja, 58%. A renda mais presente foi a de 3 a 4 salários mínimos, que corresponde a 36% dos entrevistados. A moradia mais expressiva é na sua própria casa, com 81%. A aposentadoria foi à ocupação atual mais prevalente, representando 81% dos entrevistados. A percepção de saúde predominante foi a de doente com 52%.

Na Tabela 2, estão apresentadas as respostas às questões sobre o conceito e os aspectos importantes para a qualidade de vida.

Tabela 2 - Importância sobre sua Qualidade de Vida.

<i>Aspectos</i>	<i>Percentagem (%)</i>
Aproveita a vida	13% nada 24% muito pouco 36% mais ou menos 26% bastante 1% extremamente
Valoriza-se	3% nada 21% muito pouco 24% mais ou menos 49% bastante 3% extremamente
Sentimento de depressão	25% nada 23% muito pouco 24% mais ou menos 27% bastante 1% extremamente
Sente-se sozinho	27% nada 25% muito pouco 28% mais ou menos 20% bastante
Dificuldades financeiras	1% nada 24% muito pouco 59% mais ou menos 12% bastante
Bons cuidados médicos	4% muito pouco 27% mais ou menos 65% bastante 4% extremamente

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013.

O quanto aproveitam a vida: 13% não aproveitam nada da vida; 26% muito pouco; 36% mais ou menos; 24% bastante e somente 1% aproveitam extremamente. O quanto o idoso se valoriza: 3% não se valorizam nada; 21% muito pouco; 24% mais ou menos, 49% bastante e 3% dos idosos se valorizam extremamente. O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda: 25% dos idosos não têm nada de sentimento de depressão; 23% muito pouco; 24% mais ou menos; 27% bastante e 1% extremamente. Quão sozinho o idoso se sente na vida. 27% não se sentem só; 25% muito pouco; 28% mais ou menos e 20% bastante. Quanto às dificuldades financeiras: 1% diz não ter nada de dificuldades financeiras; 24% muito pouco; 59% mais ou menos, 12% bastante e 4% extremamente. Quão facilmente tem acesso a bons cuidados médicos: 4% muito pouco; 27% mais ou menos; 65% bastante e 4% extremamente.

Houve uma associação entre qualidade de vida e aproveitar a vida, valorizar-se, o sentimento de depressão, sente-se sozinho, dificuldades financeiras e bons cuidados médicos. Salientaram que se valorizam muito e tem bons cuidados médicos

Na Tabela 3, apresentam-se as respostas das questões sobre quão completamente o idoso tem sentido ou é capaz de sentir certas coisas nos últimos tempos.

Tabela 3 - Capacidade de realizar atividades de lazer.

<i>Atividades</i>	<i>Percentagem (%)</i>
Atividade de lazer	6% nada 11% muito pouco 71% mais ou menos 12% bastante
Onde costuma ter atividades de lazer	4% praça 8% baile 24% passeio 28% viagem 1% clube 4% jogos 31% outras atividades

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013.

Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? 62% dizem que não tem nada; 14% muito pouco; 14% mais ou menos e 10% bastante. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer? 6% não têm nada de oportunidade; 11% muito pouco, 71% mais ou menos e 12% bastante. Onde você costuma ter atividade de lazer? 4% praça; 8% baile; 24% passeio; 28% viagem; 1% clube; 4% jogos e 31% outras atividades.

Conforme pode se observar, o aspecto que mais prejudica o bem-estar dos idosos desta amostra é o dinheiro não ser suficiente para satisfazer suas necessidades. Apontaram como aspecto que melhoraria a qualidade de vida, ter mais oportunidade de lazer.

Na tabela 4, perguntamos quão satisfeitos (a), feliz ou bem, o idoso se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida. Inicialmente Quão satisfeito (a) ele está com a qualidade de vida: 3% muito insatisfeito, 7% insatisfeito, 31% nem satisfeito/nem insatisfeito, 55% satisfeito e 4% muito satisfeito.

Tabela 4 - Satisfação com sua vida.

Satisfação	Percentagem(%)
Qualidade de Vida	3% muito insatisfeito 7% insatisfeito 31% nem satisfeito/nem insatisfeito 55% satisfeito 4% muito satisfeito
Com sua Vida	3% muito insatisfeito 10% insatisfeito 27% nem satisfeito/nem insatisfeito 55% satisfeito 5% muito satisfeito
Com apoio da Família	1% muito insatisfeito 11% insatisfeito 29% nem satisfeito/nem insatisfeito 55% satisfeito 4% muito satisfeito
Com apoio dos Amigos	2% muito insatisfeito 9% nem satisfeito/nem insatisfeito 60% satisfeito 29% muito satisfeito

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013

Em geral, quão satisfeito (a) ele está com a sua vida: 3% muito insatisfeito, 10% insatisfeito, 27% nem satisfeito/nem insatisfeito, 55% satisfeito e 5% muito satisfeito. Quão satisfeito (a) ele está com o apoio que recebe de sua família: 1% muito insatisfeito, 11% insatisfeito, 29% nem satisfeito/nem insatisfeito, 55% satisfeito e 4% muito satisfeito. Quão satisfeito (a) ele está com o apoio que recebe dos amigos: 2% muito insatisfeito, 9% nem satisfeito/nem insatisfeito, 60% satisfeito e 29 % muito satisfeito.

Salientaram como aspecto importante estarem satisfeitos com sua qualidade de vida e com sua vida. Além disso, os idosos enfatizaram a satisfação com o apoio com a família e amigos.

Na Tabela 5, que se refere ao trabalho que o idoso faça. Foi perguntado: Você é capaz de trabalhar (fora)? 37% nada, 10% muito pouco, 17% mais ou menos, 19% bastante e 17% extremamente. Já se são capazes de fazer suas tarefas disseram que: 9% nada, 19% muito pouco, 16% mais ou menos, 26% bastante e 30% extremamente.

Tabela 5 - Capacidade de trabalho.

Capacidade	Percentagem (%)
É capaz de trabalhar fora?	37% nada 10% muito pouco 17% mais ou menos 19% bastante 17% extremamente
É capaz de fazer suas tarefas?	9% nada 19% muito pouco 16% mais ou menos 26% bastante 30% extremamente

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013

Na Tabela 6, no que se refere às crenças pessoais, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. Iniciamos perguntando se suas crenças pessoais dão sentido a sua vida: 7% disseram que mais ou menos; 66% bastante e 27% extremamente. Já na pergunta, em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades: 7% disseram mais ou menos, 64% bastante e 29% extremamente. E finalmente, em que medida suas

crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades: 1% disse que nada; 3% mais ou menos; 66% bastante e 30% extremamente.

Tabela 6 - Crenças pessoais.

Crenças	Percentagem (%)
Dão sentido a sua vida?	7% mais ou menos 66% bastante 27% extremamente
Dão força para enfrentar dificuldades?	7% mais ou menos 64% bastante 29% extremamente
Ajudam a entender as dificuldades da vida?	1% nada 3% mais ou menos 66% bastante 30% extremamente

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013

Na Tabela 7, apresentam-se as respostas das questões de quanto você tem sentido alguma coisa nos últimos tempos. Quão preocupado (a) você está com o barulho na área que você vive? 4% muito pouco; 27% mais ou menos, 65% bastante e 4% extremamente. Em que medida você tem problema com transporte? 2% disseram não ter nada de problema com transporte; 13% muito pouco; 59% mais ou menos e 26% bastante. O quanto às dificuldades de transporte dificultam sua vida? 48% disseram nada; 47% muito pouco e 5% mais ou menos. Você acha que vive em um ambiente seguro? 27% nada seguro; 25% muito pouco; 28% mais ou menos e 20% bastante. Que confortável é o lugar onde você mora? 4% nada confortável; 4% muito pouco; 47% mais ou menos e 45% bastante. O quanto você gosta de onde mora? 4% não gostam nada de onde mora; 2% muito pouco; 21% mais ou menos; 71% bastante e 2% extremamente.

Conforme pode ser observado, o aspecto que mais prejudica o bem estar dos idosos desta amostra é o barulho na área onde vivem. Pois os outros aspectos: transporte, segurança e conforto são considerados bons para a maioria dos idosos.

Tabela 7 - Características do ambiente em que vive.

<i>Características</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Barulho na área onde vive	4% muito pouco 27% mais ou menos 65% bastante 4% extremamente
Problemas com transporte	2% nada 13% muito pouco 59% mais ou menos 26% bastante
Quanto às dificuldades de transporte dificultam sua vida	48% nada 47% muito pouco 5% mais ou menos
Vive em ambiente seguro	27% nada 25% muito pouco 28% mais ou menos 20% bastante
Confortável onde mora	4% nada 4% muito pouco 47% mais ou menos 45% bastante
Gosta de onde mora	4% nada 2% muito pouco 21% mais ou menos 71% bastante 2% extremamente

Fonte: LOPES, C.L.C. 2013

4.2 Discussão

Segundo os resultados do presente estudo, os idosos (as) consideram como itens mais importantes para a qualidade de vida os afetos positivos (apoio da família e amigos) e a saúde. Esse resultado concorda com a percepção de diversos estudos sobre a importância da afetividade, dos relacionamentos e da saúde para os idosos (BOWLING, 1995; BROWNE, et al., 1994). Alguns autores defendem a ideia de que as relações sociais são um dos componentes mais importantes da boa qualidade de vida de idosos, tanto quanto o estado de saúde (ANDERSON, WAERN e ALLEBECK, 2005; GABRIEL e BOWLING, 2004). É possível que estas variáveis estejam

presentes de forma relativamente dependente, já que melhores condições de saúde auxiliam ou ao menos não prejudicam na busca pelas relações sociais e vice-versa. Novaes (1997) também defende que as relações sociais são de extrema importância para a saúde física e mental do idoso, já que o isolamento social poderia ocasionar o surgimento da angústia e da solidão.

Outro aspecto que foi apontado como importante para a qualidade de vida foi o recurso financeiro onde mais da metade diz possuir dificuldades. Em concordância com o presente resultado, Néri (1993) afirma que o recurso financeiro tem um efeito compensatório sobre as perdas da velhice, já que se tivessem bons resultados financeiros, ajudaria à saúde, ao lazer, a sensação de autoestima e à auto eficácia, tornando possível a compensação de perdas inevitáveis nessa fase da vida. Outros estudos encontram da mesma maneira, que a segurança financeira, o suporte familiar e amigos e a independência são os principais determinantes de uma vida satisfeita para os idosos (IRWIN, 1999; MILNE e WILLIAMS, 2000).

Os problemas de saúde aparecem como segundo item que mais prejudica o seu bem-estar. Uma hipótese de explicação para esse achado seria a de que um estado de saúde mais precário refletiria em diminuição da autonomia e da independência. Segundo Pavarini e Néri (2000), o principal desafio que a longevidade impõe é a preservação da qualidade de vida, frente às ameaças de restrição da autonomia e a independência são ótimos indicadores de saúde entre idosos. A autonomia é o objetivo principal de todo ser humano, sendo que depender dos outros na idade adulta é algo rejeitado e temido.

No presente estudo, a saúde não foi considerada como o item mais significativo do conceito de qualidade de vida e nem foi destacada como o aspecto mais importante para a melhora de sua qualidade de vida. Entretanto, foi destacada como o aspecto mais importante para a melhora de sua qualidade de vida. Uma possibilidade de explicação para o referido achado estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A amostra foi composta por 52% de idosos doentes. Essa característica poderia explicar o fato de que por serem idosos doentes, desejam mais saúde para poderem melhorar sua qualidade de vida. Segundo Puts et al. (2007), as pessoas saudáveis e doentes diferem quanto a fatores importantes para a qualidade de

vida. Assim, os doentes afirmam que o contato social era o fator mais importante, enquanto os saudáveis atribuíram à saúde a maior importância.

Outra variável mais consistentemente associada à qualidade de vida foi a intensidade de depressão. Uma maior intensidade de sintomas depressivos esteve associada a pior QV em idosos. A associação entre má QV em idosos e depressão tem sido encontrada em diversos estudos. (SULLIVAN et al., 2000; GOLDNEY et al.; 2000; XAVIER et al., 2002). No presente estudo podemos observar que a depressão segue sendo uma variável como pior QV.

Nós observamos associação entre escolaridade e a QV, onde pessoas de menor escolaridade podem ter desempenhado trabalhos fisicamente mais desgastantes, podem ter tido menos acesso à saúde, bem como podem ter mais dificuldades em seguir/entender ordens e prescrições médicas. Em idosos, é observado um relacionamento recíproco entre a saúde e a base educacional: não apenas a má saúde e a falta de instrução podem limitar a cognição, como também as pessoas com maior capacidade cognitiva tendem a obter melhor educação e cuidar de sua saúde (SCHAIE E WILLIS, 1996).

Observamos que 81% dos idosos desta amostra são aposentados, e associando a dificuldades financeiras pode levar a uma pior QV. No Brasil, a aposentadoria tem sido caracterizada como um “período decadente” da vida (VERAS, 2000). Ao contrário do que acontece em países desenvolvidos, o idoso brasileiro tem uma situação financeira pior do que quando trabalhava pelo fato de o valor de sua aposentadoria ser inferior aos vencimentos do período produtivo. Em um estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, quando os entrevistados foram indagados sobre a principal carência e/ou dificuldade de seu cotidiano, o item mais prevalente foi o econômico (30%). Além desses, foram listadas queixas relativas à moradia e à percepção da rejeição social (10%) (VERAS, 1992; VERAS E DUTRA, 1993). Um aspecto que também pode contribuir para a diminuição do status social do idoso é o rápido desenvolvimento tecnológico: o que antes colocava o idoso em posição de destaque (saber, experiência) hoje não é mais valorizado. A ideologia do saber atual é gerada pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens. Certamente esta questão será ainda muito debatida em decorrência do aumento da expectativa de vida. Além da saúde pior, é possível que a maior atividade dos não aposentados traga melhor QV, em

concordância com a evidência demonstrada por Cummings (2002) de associação positiva entre atividade e bem estar. Ainda outro determinante desta pior QV dos aposentados poderia ser uma eventual presença de maior número de sintomas depressivos em que não está mais trabalhando, o que estaria em concordância com o encontrado por Kim e Moen (2002). Por fim, é provável que o indivíduo que saia para trabalhar tenha mais possibilidade de encontro com outras pessoas quando comparado com o aposentado: o ambiente de trabalho e também um espaço de encontro com outras pessoas. Como descrito por Demura e Sato (2003), uma maior extensão das atividades sociais está relacionada à diminuição no número de sintomas depressivos.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo traçar o perfil do idoso do bairro Camobi, do município de Santa Maria, RS. O resultado apontou para a importância de se colocar em prática as políticas voltadas às questões do envelhecimento populacional e às novas concepções de saúde, para que os idosos vivenciem de forma natural e com qualidade essa fase da vida. Para tal, as pesquisas devem buscar o entendimento das reais necessidades destes idosos em torno da sua qualidade de vida, a fim de que ações efetivas sejam criadas centradas nas pessoas e nos seus “quereres”.

Durante a aplicação das entrevistas foi possível conhecer as percepções, impressões e opiniões que os idosos manifestam em torno da própria vida, em especial, as que se relacionam aos significados de qualidade de vida, saúde e bem-estar percebido.

Em relação aos sentimentos, os idosos entrevistados manifestam aceitar e viver bem com a idade que apresentam pelo fato de terem autonomia e independência para suas atividades, evidenciando tais fatores como positivos em suas vidas. Na opinião deles, as dificuldades na autonomia e na independência poderiam gerar sentimentos ruins em relação ao envelhecimento, o qual poderia ser associado a fatores negativos, relacionados a perdas físicas e/ou mentais, perdas de papéis sociais, sobrecarga familiar, desrespeito, dentre outros aspectos que “deterioram” a imagem do idoso.

Destacaram ainda, que muitos familiares insistem em mantê-los na dependência e dominação, impedindo-os de manifestar suas vontades e a participar das decisões familiares, mas eles não aceitam esta decisão.

As questões relativas aos relacionamentos familiares são de extrema relevância para o estudo do envelhecimento, cabendo ressaltar que as atitudes dos familiares podem estar relacionadas à educação, meios culturais e sociais vivenciados por eles e também a falta de informação, de diálogo e de vínculo afetivo com o idoso.

Pelas respostas dos idosos a qualidade de vida foi percebida também como a satisfação com a vida. Os sujeitos da pesquisa apontam os mesmos fatores, ou seja, ter amigos, bons relacionamentos, condições financeiras, e

envolver-se em atividades sociais, religiosas e de lazer, tanto ajudando na satisfação com a vida quanto para se ter qualidade de vida.

Destacam ainda que, o trabalho, a participação em grupos, os passeios, as viagens, sair para dançar são atividades importantes na manutenção de sua qualidade de vida, pois o mantêm em contato com outras pessoas e lugares, fazendo com que eles se percebam como parte integrante da sociedade.

Os participantes da pesquisa, quando perguntados sobre o que dificulta a sua satisfação com a vida, associaram a insatisfação à falta de condições financeiras, problemas familiares e doenças. Entretanto, foi possível perceber que essas dificuldades são colocadas em segundo plano, porque eles privilegiam em suas vidas os fatores positivos e as ações que colaboram para o seu bem-estar.

Os idosos manifestam que as conquistas da vida, como: amizades, experiências, atividades (dança, passeios, viagens, etc) e outras, proporcionam na melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Viver mais e melhor. Um guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida.** Assessoria de Comunicação Social, Brasília, DF, 1999. p.23 .

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Anuário estatístico do Brasil - 2001.**

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil** – Disponível em <http://www.ibge.gov.br> acesso em 15 fev.2010.

BOWLING, A. **What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life.** Soc Sci Med. 1995. 41(10): 1447-142.

BROWNE, J.P. et al. **Individual quality of life in the healthy elderly.** Quality of Life Research. 1994. 3:235-244.

CAMARANO, A. A. (org.) **Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

CAR, A.J.; HIGGINSON, I.J. **Are quality of life measures patient centred?** British Medical Journal, 322(7298), 1357-1360; 2001.

CAR. A.j.; GIBSON, B.; ROBINSON, P.G. **Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?** British Medical Journal, 322 (7296), 1240-1243; 2001.

CARVALHO. C. B. de et al. **Programas e serviços de proteção e inclusão social dos idosos.** São Paulo: IEE/PUC, Brasília: Secretaria de Assistência Social/ MPAS, 1998.

CARVALHO, E. M. P. **Geriatrics-fundamentos, clínicas e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. Tradução de Luiz Fugazzola Pimenta e Margareth de Castro Afeche Pimenta. 3 ed. Florianópolis. Editora UFSC, 2007.

COCHRAN, W.G. **Técnicas de Amostragem**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1955.

ERMEL, R.C.. **Qualidade de Vida da Pessoa Idosa: comparação Brasil-Portugal** (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

FANNY, J. **Atenção a idosos**. In: PINTO, V.G.; Saúde bucal coletiva. 4ª edição, Ed. Santos, São Paulo, 2000. pp.120-127.

FRÉMONT, A. **A região, espaço vivido**. Coimbra. Livraria Almedina, 1980.

GOLDENEY, R.D.; et al. **Major depression and its associated morbidity and quality on life in a random, representative Australian Community Sample**. Aust NZY Psychiatry. 2000. Dec; 34(6): 1022-9.

GUIDI, M.L. M. e MOREIRA, M.R. de L. P. (orgs.). **Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2 ed., 1996.

MAGALHÃES, D. N. **A Invenção Social da Velhice**. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

MARTINS, J.de S. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na sociedade anômala**. São Paulo. Hucitec, 2000.

MATSUDO, S., MATSUDO, V.R., BARROS NETO, T.L. **Impacto do Envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e**

metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, V. 8 n. 4 pag. 21-32. Setembro, 2000.

MINAYO, M.C.S.; 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.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde.** Ed. Hucitec. 4ª edição. São Paulo. 1996. 256p.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** São Paulo. Ed. Santos. 2002. 120 p.

NERI, A. L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Ed. Papyrus, Campinas, SP, 2001. 200 p.

_____; **Psicologia do envelhecimento.** Coleção viva idade, Ed. Papyrus, 2ª edição, Campinas, SP, 1995. 276 p.

_____; **Qualidade de vida e idade madura.** Coleção viva idade, Ed. Papyrus, 2ª edição, Campinas, SP, 1995. 285 p.

_____; **Palavras-chave em Gerontologia.** São Paulo: Alinea, 2005.

NERI, A. L. e DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade.** Coleção viva idade, Ed. Papyrus, Campinas, SP, 1999. 232 p.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **História e natureza do estudo.** In: Lebrão, ML; DUARTE, Yao. Org.. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.* Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde; 2003 p. 16-32.

PAPALIA, D.E.; OLOS, S.W. e FELOMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

PUTS, M.T.E.; et all. **What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?** *Quality of Life Research*, 16, 263-277; 2007.

ROUQUAYROL, M.Z. ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia e Saúde**. 6a.edição. Rio de Janeiro: MEDSI, p.592, 2003

ROWE, J. W. e SCHNEIDER, E. L. **Processo de envelhecimento**. In: Manual Merck de Geriatria. São Paulo. Roca. 1995. p. 323-328.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. São Paulo. Editora USP, 2002 (Coleção Milton Santos I)

_____, **Espaço e Método**. São Paulo. Nobel, 1985.

SALGADO, M. A. **O significado da velhice: uma imagem da realidade**, Caderno Terceira Idade, vol. 5, nº 10, 1982. pp.07–16.

SILVA, I.O. **Papéis sociais e envelhecimento numa perspectiva de curso de vida**, monografia, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, DF, 1998. 134p.

SIMIONI, A.M.C. et al. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. Serie monográfica no. 2, USP, SP. 1996. 21p.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 3. ed. São Paulo: UNIMEP, 1998.

SOUZA, S.X de. **A Velhice fora do Lugar: história oral de vida**. Dissertação de Mestrado em Geografia – Núcleo de Ciências e Tecnologia (NCT). Programa de Pós-Graduação Mestrado em Geografia (PPGG). Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, 2009.

SHOUERI JÚNIOR, R. et al. Crescimento Populacional: Aspectos Demográficos e Sociais. In: Carvalho Filho, Eurico Thomaz e Papaléo Neto, Matheus. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SULLIVAN, M.D. et al. **Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly**. Qual Life Res. 2000. 9(7):801-10.

TAHAN, J.. **Envelhecimento e Qualidade de Vida**: significados para os idosos particularmente de Grupos de Promoção de Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família. Ribeirão, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine, 46, 1569-85; 1998.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência**. Tradução de Livia de Oliveira. São Paulo. Difel, 1983.

VERAS, R. **País Jovem de Cabelos Brancos**. Editora UnATI UERJ – Relume-Dumará, 1994.

ANEXO 1**INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS**

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
2. Idade: _____
3. Estado Civil atual:
 1. Solteiro (nunca casou)
 2. Casado
 3. Vivendo maritalmente
 4. Separado/Divorciado (sem companheiro atual)
 5. Viúvo
 6. Quanto tempo? _____
4. Mais alto nível de escolaridade alcançado:
 1. Ensino Fundamental
 2. Ensino Médio
 3. Curso Técnico
 4. Curso Superior
 5. Analfabeto (incapaz de ler ou escrever)
 6. Outra: _____
5. Situação de moradia:
 1. Morando na sua casa (apoiado pela família, cuidador ou companheiro)
 2. Morando com sua família, mas não na sua própria casa
 3. Morando na sua casa (sem apoio da família/cuidador ou companheiro)
 4. Outro
6. Por favor, assinale qualquer das alternativas abaixo que melhor se aplica a você.
 1. Empregado em tempo integral
 2. Empregado em tempo parcial (um turno)
 3. Empregado eventualmente
 4. Trabalhador autônomo
 5. Desempregado, procurando trabalho
 6. Aposentado
 7. Permanentemente incapacitado para o trabalho
 8. Estudante
 9. Afazeres domésticos
 10. Trabalho voluntário
- 7 Qual era a sua ocupação anterior?
 1. Profissional graduado ou Administrador (por ex.; médico, professor, engenheiro, artista, contador, executivo, funcionário público graduado, etc.)
 2. Vendas e Serviços (por ex.; gerente de vendas, proprietário de loja, vendedor, corretor de seguros, policial, garçom, zelador, cabeleireiro, etc.)
 3. Trabalhador técnico e Auxiliar (por ex.; mecânico, auxiliar de gráfica, costureira, eletricitista, secretária, auxiliar de escritório, técnico de contabilidade, gerente de escritório, etc.)

4. Trabalhador semi ou Não qualificado (por ex.; trabalhador de construção civil, motorista de ônibus, operário, padeiro, porteiro, etc.)
 5. Fazenda (por ex.; fazendeiro ou trabalhador rural, etc.)
 6. Militar
 7. Afazeres Domésticos
 8. Trabalho não remunerado
 9. Outro: _____
8. Se você está empregado atualmente, qual é sua ocupação no momento?
1. Profissional graduado ou Administrador (por ex.; médico, professor, engenheiro, artista, contador, executivo, funcionário público graduado, etc.)
 2. Vendas e Serviços (por ex.; gerente de vendas, proprietário de loja, vendedor, corretor de seguros, policial, garçom, zelador, cabeleireiro, etc.)
 3. Trabalhador técnico e Auxiliar (por ex.; mecânico, auxiliar de gráfica, costureira, eletricista, secretária, auxiliar de escritório, técnico de contabilidade, gerente de escritório, etc.)
 4. Trabalhador semi ou Não qualificado (por ex.; trabalhador de construção civil, motorista de ônibus, operário, padeiro, porteiro, etc.)
 5. Fazenda (por ex.; fazendeiro ou trabalhador rural, etc.)
 6. Militar
 7. Afazeres Domésticos
 8. Trabalho não remunerado
 9. Outro: _____
9. Em comparação a outras pessoas da sua idade, como você classifica a sua situação financeira e bens (posses)?
1. Bem acima da média
 2. Levemente acima da média
 3. Na média
 4. Levemente abaixo da média
 5. Bem abaixo da média
10. Qual a sua renda em reais? _____
11. Sobre seu relacionamento com seu companheiro:
1. Eu não tenho companheiro
 2. Eu não tenho relacionamento íntimo e próximo
 3. Raramente íntimo e próximo
 4. Algumas vezes íntimo e próximo
 5. Muito íntimo e próximo
12. Quantos filhos você tem? _____
13. Quão satisfeito você está com seu relacionamento com os seus filhos?
1. Muito satisfeito
 2. Satisfeito
 3. Nem satisfeito e nem insatisfeito
 4. Insatisfeito
 5. Muito insatisfeito
 6. Não se aplica
14. Quantos netos você tem? _____
15. Quão satisfeito você está com seu relacionamento com os seus netos?
1. Muito satisfeito
 2. Satisfeito

3. Nem satisfeito e nem insatisfeito
 4. Insatisfeito
 5. Muito satisfeito
 6. Não se aplica
16. Você se considera, de um modo geral, uma pessoa saudável ou doente?
1. Saudável
 2. Doente
17. Por favor, dê detalhes de qualquer problema de saúde que você tenha que possa interferir com sua qualidade de vida _____
18. Caso você tenha algum problema de saúde, você usa medicação em função dele?
1. Sim
 2. Não
19. Você usa algum remédio complementar (por ex.; vitaminas, ou outras substâncias não prescritas por um médico)?
1. Sim
 2. Não
20. Você fuma cigarros?
1. Fumante
 2. Ex-fumante
 3. Nunca fumou
21. Quão freqüentemente você consome bebida alcoólica?
1. Diariamente
 2. Muitas vezes na semana
 3. Aproximadamente uma vez por semana
 4. Aproximadamente duas vezes por mês
 5. Uma vez por mês ou menos
 6. Nunca
22. Quantos copos de bebida alcoólica consomem nos dias em que bebe?
1. 1 ou 2
 2. 3 ou 4
 3. 5 ou 6
 4. 7 a 9
 5. 10 ou mais
 6. Não se aplica

QUALIDADE DE VIDA

23. O quanto você aproveita a vida?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
24. O quanto você se valoriza?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente

25. O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
26. Quão sozinho você se sente na vida?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
27. Você acha que vive em um ambiente seguro?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
28. Que confortável é o lugar onde você mora?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
29. O quanto você gosta de onde mora?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
30. Você tem dificuldades financeiras?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
31. Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
32. Quão preocupado (a) você está com o barulho na área que você vive?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente

33. Em que medida você tem problema com transporte?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
34. Que meio de transporte você usa?
1. Ônibus
 2. Carro
 3. Táxi
 4. Outros
35. O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
36. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
37. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
38. Onde você costuma ter atividades de lazer?
1. Praça
 2. Baile
 3. Passeio
 4. Viagem
 5. Clube
 6. Jogos
 7. Outros: _____
39. Quão satisfeito (a) você está com a qualidade de vida?
1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito
40. Em geral, quão satisfeito (a) você está com a sua vida?
1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito

41. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?
1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito
42. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de sua família?
1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito
43. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito
44. Suas crenças pessoais dão sentido a sua vida?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
45. Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
46. Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
47. Você é capaz de trabalhar? (fora)
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente
48. Você é capaz de fazer suas tarefas?
1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
 4. Bastante
 5. Extremamente

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **ESPACIALIZAÇÃO DO IDOSO EM SANTA MARIA/RS: QUALIDADE DE VIDA E CIDADANIA**, que tem como **objetivos**: Traçar um perfil dos idosos em Santa Maria/RS verificando o conjunto de variáveis relacionadas às características demográficas da população. Este é um estudo baseado em abordagem quantitativas e qualitativas, utilizando como método dialético.

A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. A entrevista será gravada em cd para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Geografia.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Sandra Ana Bolfe

Nome do Orientador

Pesquisador Principal UFSM

Cel: 99191995

e-mail: sabolfe@hotmail.com

Carmen Lúcia Colvero Lopes

Nome do Orientando

Mestrando UFSM

Cel: 9978 4477

e-mail: carmencolvero@hotmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)