

SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR ESTÁCIO DE SÁ
LABORO – CENTRO DE CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANA PAULA PINHEIRO SARAIVA
CONCEIÇÃO DE FÁTIMA PEREIRA ALMEIDA
LUCINDA MARIA CASTRO ABREU FREITAS
MARIA EURÍDICE MARQUES CARDOSO
ROSANA DE JESUS CORRÊA MENDES**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE
BEZERRA DE MENEZES**

São Luís
2007

SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR ESTÁCIO DE SÁ
LABORO – CENTRO DE CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANA PAULA PINHEIRO SARAIVA
CONCEIÇÃO DE FÁTIMA PEREIRA ALMEIDA
LUCINDA MARIA CASTRO ABREU FREITAS
MARIA EURÍDICE MARQUES CARDOSO
ROSANA DE JESUS CORRÊA MENDES**

**PERFIL BIOPSISSOCIAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE
BEZERRA DE MENEZES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro de Consultoria e Excelência em Pós-Graduação – LABORO, para obtenção do grau de Especialista.

Orientadora: Prof^a. MSc. Jacira do Nascimento Serra

São Luís
2007

**ANA PAULA PINHEIRO SARAIVA
CONCEIÇÃO DE FÁTIMA PEREIRA ALMEIDA
LUCINDA MARIA CASTRO ABREU FREITAS
MARIA EURÍDICE MARQUES CARDOSO
ROSANA DE JESUS CORRÊA MENDES**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE
BEZERRA DE MENEZES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro de Consultoria e Excelência em Pós-Graduação – LABORO, para obtenção do grau de Especialista.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MSc. Jacira do Nascimento Serra (Orientadora)
Mestra em Políticas Públicas

Maria Zali Borges Sousa San Lucas
Mestranda em Saúde da Mulher

Aos nossos familiares, pela
compreensão das nossas
ausências.

AGRADECIMENTOS

Em especial, a Deus, que sempre iluminou nossos caminhos.

Aos nossos familiares, pelo incentivo e apoio constante.

À orientadora Dr^a. Jacira do Nascimento Serra, que compartilhou seus conhecimentos, tornando possível a realização deste trabalho.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a efetivação deste trabalho monográfico.

“Durante a trajetória do rio da vida que nos banha com suas correntes de redemoinhos, surgem, em alguns momentos, pontos de bifurcação, possibilitando-nos experienciar as transformações, as incertezas, o desconhecido, a mudança de qualquer previsão de reinventar o hábito, de descobrir novos traços para compor nossa história pela passagem do tempo.”

Pedro Paulo Monteiro

RESUMO

Este trabalho apresenta um conjunto de abordagens sobre o processo de envelhecimento, destacando-se um olhar sobre a visão histórica do envelhecer, estabelecendo-se vínculos com as dimensões biopsicossociais do indivíduo. Definiu-se como objetivo geral da pesquisa, estudar o perfil biopsicossocial e econômico dos idosos que freqüentam o Centro de Saúde Bezerra de Menezes. O estudo foi descritivo avaliando-se variáveis quantitativas. Foram entrevistados 60 idosos que participam de um grupo atendido nesse Centro. Foi constatado que a maioria tem procedência do interior do Estado; encontram-se na faixa etária entre 61 a 70 anos; predominância do sexo feminino e da cor parda. Constatou-se também que a maioria dos idosos está aposentada; possuem renda familiar entre um e dois salários mínimos; residem em casa própria; moram com familiares sem companheiro; regularmente procuram assistência médica, praticam atividade física e têm problema de saúde, dentre estes: diabetes, hipertensão, osteoporose, vascular, coluna, gastrite, Alzheimer e outros. Usam medicamentos frequentemente; sentem-se bem com sua idade. Grande parte dos idosos entrevistados apresenta dificuldades quanto à mobilidade e locomoção.

Palavras-chave: Perfil biopsicossocial. Idosos. Envelhecimento. Saúde física e mental.

ABSTRACT

This work presents a set of boardings on the aging process, being distinguished a look on the historical vision of aging, establishing bonds with the biopsychosocials dimensions of the individual. It was defined as objective generality of the research, to study the biopsychosocial and economic profile of the aged ones that they frequent the Center of Health Heifer of Menezes. The study she was descriptive evaluating itself changeable quantitative. Aged ones had been interviewed 60 that they participate of a group taken care of in this Center. It was evidenced that the majority has origin of the interior of the State; they meet in the age band enters the 61 70 years; predominance of the feminine sex and the medium brown color. One also evidenced that the majority of the aged ones is pensioner; they possess familiar income between one and two minimum wages; they inhabit in proper house; they live with familiar without friend; regularly they look medical assistance, they practise physical activity and they have health problem, amongst these: diabetes, hypertension, osteoporosis, vascular, column, gastritis, Alzheimer and others. They use medicines frequent; they are felt well with its age. Great part of the aged ones interviewed presents difficulties how much to mobility and locomotion.

Keywords: Biopsychosocial profile. Aged. Aging. Physical and mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição da amostra quanto à procedência	30
Gráfico 2	- Distribuição da amostra quanto à faixa etária	31
Gráfico 3	- Distribuição da amostra quanto ao gênero	32
Gráfico 4	- Distribuição da amostra quanto à etnia	32
Gráfico 5	- Distribuição da amostra quanto ao estado civil	33
Gráfico 6	- Distribuição da amostra quanto à ocupação atual	34
Gráfico 7	- Distribuição da amostra quanto à renda familiar	35
Gráfico 8	- Distribuição da amostra quanto à escolaridade	36
Gráfico 9	- Distribuição da amostra quanto à moradia	37
Gráfico 10	- Distribuição da amostra quanto à situação familiar / conjugal	38
Gráfico 11	- Distribuição da amostra quanto à saúde	39
Gráfico 12	- Distribuição da amostra quanto às doenças mais freqüentes entre idosos	40
Gráfico 13	- Distribuição da amostra quanto à forma como os idosos se sentem	41
Gráfico 14	- Distribuição da amostra quanto ao constrangimento	42
Gráfico 15	- Distribuição da amostra quanto ao tipo de constrangimento	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	ENVELHECIMENTO E VELHICE: BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE OS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO À GERONTOLOGIA	14
3.1	Visão histórica do envelhecimento	14
3.2	Aspectos biopsicossociais do envelhecimento	17
4	O PERFIL DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO	25
5	METODOLOGIA	27
5.1	Tipo de estudo	27
5.2	Campo de estudo	27
5.3	Sujeitos da pesquisa	28
5.4	Instrumento de coleta de dados	28
5.5	Análise dos dados	29
5.6	Considerações éticas	29
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE	50
	ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento consiste em um processo que apresenta determinadas características: é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, cresce, envelhece e morre. Dessa maneira, ao longo do tempo ocorre um constante processo de modificações e a cada fase do desenvolvimento humano surgem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios. Esse processo é irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação às descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o surgimento de técnicas estéticas, nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter. E, ainda, é heterogêneo e individual, em cada espécie há uma velocidade própria para envelhecer, essa rapidez de declínio funcional varia sem medida de pessoa para pessoa e numa mesma pessoa de órgão para órgão, até chegar o inesperado, a morte.

Toda essa questão de modificações singulares do homem ao longo de sua vida corresponde ao processo de envelhecimento. Conforme Papaléo Netto (2002), esse processo e sua conseqüência natural, ou seja, a velhice, tem sido uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. A História demonstra que as idéias sobre a velhice são tão antigas quanto a origem da humanidade.

A Bíblia relata que as pessoas após o dilúvio passaram a viver mais. Vários poetas gregos escreveram sobre a longevidade. Hesíodo (poeta grego que viveu no oitavo século a.C.) descreveu a velhice como uma raça dourada, constituída por um povo que vivia centenas de anos sem envelhecer e que morria dormindo quando chegasse o seu dia. Os gregos acreditavam existir um povo que vivia em terras longínquas ao norte e que vivia milhares de anos.

Foi a partir do século 16, que começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos sobre a velhice, o seu processo e a maneira de retardá-la.

Nessa época, os cientistas acreditavam que a velhice seria “vencida” pelo desenvolvimento científico. Entretanto, nada foi comprovado nesse sentido.

Mundialmente, a população com mais de sessenta anos está aumentando mais rapidamente do que em qualquer faixa etária. No Brasil, durante muito tempo,

perpetuou-se a idéia de que se vivia em um país de jovens. Mas esse conceito mudou com os indicadores demográficos; com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e de fecundidade juntamente com a taxa de natalidade. Além desses indicadores, vale ressaltar os aspectos socioeconômicos e culturais de um povo, a fim de que se possa perceber de forma mais nítida as conseqüências, mudanças, desafios e perspectivas e quais medidas e políticas sociais que devem ser adotadas para o enfrentamento dessa nova realidade brasileira.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, até o ano 2025, a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, colocando o país com a sexta população de idosos do mundo, correspondendo a mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (OLIVEIRA, 1999).

Simultaneamente cresce a população e também a importância e a necessidade de uma política social adequada, com novas alternativas de atendimento e de estímulo aos idosos, a fim de não serem excluídos do convívio social. Mediante as medidas sociais, cita-se a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências e, ainda, o Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996 que regulamenta essa Lei.

O interesse em estudar a população idosa, parte da constatação de que atualmente é a que mais cresce em todo o mundo. Este crescimento afeta as políticas públicas, trazendo novas demandas para o Estado (diversidade e disparidade entre as regiões brasileiras), sociedade e a família. Um dos aspectos mais difíceis, na velhice, é conviver com as perdas, com as dificuldades impostas pelas limitações do corpo e que o ambiente social proporciona (ou seja, envolve os aspectos biológicos, psicológicos e sociais).

Essas perdas se intensificam em situações como: a aposentadoria; perda do papel social, com o surgimento de doenças crônicas, aliadas aos problemas financeiros; proteção exagerada da família, restringindo suas atividades, pelo mito de que por ser velho, não tem condição de continuar executando atividades necessárias à manutenção de sua vida e tomar suas próprias decisões, ou pelo abandono, dentro do próprio lar, ou em casas de repouso.

Considerando que o Centro de Saúde Bezerra de Menezes apresenta uma demanda significativa de idosos, optou-se por desenvolver um estudo com levantamento de dados, analisando os aspectos biológicos, psicossociais e

econômicos que interferem na qualidade de vida do idoso, bem como, perceber a integração dessa população em seu meio familiar e social, dentro de uma sociedade não esclarecida, quanto a esse processo e até mesmo sobre a velhice.

Esse Centro de Saúde é composto de duas equipes de Saúde da Família, que realiza um trabalho organizado e contínuo semanalmente com os idosos, visando uma integração social e buscando resgatar a auto-estima desse segmento populacional.

O interesse pela realização deste trabalho surgiu da necessidade de contribuir para a consolidação de um novo modelo de atenção ao cuidado com o idoso, haja vista a inserção dos pesquisadores como profissionais da Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estudar o perfil biopsicossocial e econômico dos idosos que freqüentam o Centro de Saúde Bezerra de Menezes.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as queixas deste grupo populacional;
- Analisar a integração do idoso com a família e com o grupo social ao qual está inserido;
- Identificar as condições biopsicossociais e econômicas deste grupo populacional;
- Descrever as condições de saúde referidas pelos idosos;
- Verificar a capacidade dos idosos quanto às atividades da vida diária.

3 ENVELHECIMENTO E VELHICE: BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE OS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO À GERONTOLOGIA

3.1 Visão histórica do envelhecimento

A atenção dada às pessoas idosas foi bem diferenciada entre os povos. A história mostra que na China de Confúcio, os membros da família obedeciam aos mais idosos, sendo estes vistos como chefe da casa. Na Antiga China, pelo menos do ponto de vista social, o segmento dos idosos daquele país receberam tratamento adequado e respeito. Entre os egípcios, em 2.500 a.C., a velhice era considerada como a pior dos males. Para os hebreus e judeus, o respeito aos mais velhos fazia parte da cultura desses povos (LEME, 2002).

Na Roma Antiga, os idosos foram reverenciados, pelos menos nominal, pelo Senado. Como legado de Túlio Cícero sobre o envelhecimento foi encontrado em seu livro: “Sobre a velhice” (De Senectude) importantes considerações acerca dos problemas do envelhecimento, tais como: memória, perda da capacidade funcional, alterações dos órgãos dos sentidos, perda da capacidade de trabalho e outros (DUTHIE; KATZ, 2002).

Na Idade Média, a medicina ocidental voltou-se para a questão de relação das tradições dos invasores bárbaros, das tradições clássicas greco-romanas e para a influência cristã. O foco acadêmico direcionou-se principalmente para as medidas higiênicas visando a manutenção de boa saúde até a idade avançada, mas sem a definição de ações concretas de saúde pública (LEME, 2002).

Arnold de Villanova em seu livro: “Da conservação da juventude e da proteção da velhice”, publicado em 1290, concordou com o conceito galênico de que o envelhecimento fosse devido ao:

Aumento dos humores secos e frios, podendo ser equilibrado pela utilização de humores úmidos.

Nesta mesma época, Roger Bacon (1212-1294), frade franciscano que é considerado, com justiça, o primeiro advogado do método científico, defendida os conceitos galênicos sobre a ligação do envelhecimento com a diminuição do calor intrínseco, acrescentando conceitos próprios sobre situações que intensificariam a perda deste calor, como infecções, desordem na organização de nossas vidas e ignorância sobre hábitos de higiene (LEME, 2002, p.20).

O período medieval foi seguido pelo Renascimento. Nessa fase, torna-se possível observar um progressivo aumento na expectativa de vida. Como consequência, surge maior interesse pelos problemas do envelhecimento de acordo com Papaléo Netto (2002).

No século XV, com o aparecimento da ciência, houve a necessidade de verificação experimental dos eventos descritos em obras publicadas. Assim, o primeiro livro de geriatria em língua francesa foi escrito nessa época, por André Laurens. Francis Bacon escreveu “A história natural da vida e da morte e a prolongação da vida”, que contraria várias teorias sobre o envelhecimento e a morte natural. Para prolongar a vida recomendava uma dieta apropriada, exercício, certas ervas, massagens e banhos especiais (LEME, 2002).

O primeiro livro de geriatria publicado originalmente em inglês foi “Medicina gerontocomia” ou a “Arte galênica de preservar a saúde dos homens idosos” escritos por Sir John Floyer, médico inglês. George Cheyne escreveu um tratado de Higiene chamado “Considerações sobre a saúde e a vida longa”. Esses dois autores têm em comum, a defesa da teoria humoral da Patologia, de acordo com Papaléo Netto (2002).

Os séculos XVII e XVIII foram marcados pelos avanços na Química, Anatomia, Fisiologia e Patologia que tornaram mais realistas as discussões sobre o problema do envelhecimento.

Nesse período, várias publicações trataram dos sintomas clínicos relacionando-os com os achados necroscópicos, o que levou à eliminação final da teoria humoral como causa única e final de todas as doenças. E, ainda, a falta de interesse de classe médica, pelos idosos, estudo da anatomia e fisiologia dos idosos e regras de higiene a serem seguidas pelos idosos (LEME, 2002).

Com o advento da Revolução Industrial e do Racionalismo, outros estudos surgiram que contribuíram para se acreditar que o progresso da ciência refletiria na expectativa de vida de forma indefinida.

Na metade do século XIX, houve o crescimento da população idosa aumentando o interesse médico pelos cuidados com esse grupo. A crescente atenção pela comunidade médica pelos temas geriátricos criou nos Estados Unidos, duas sociedades: a “The American Geriatrics Society” em 1942 e a “The Gerontological Society” em 1946. Em 1950, foi criada a “International Society of

Gerontology” (LEME, 2002).

O século XX marcou de maneira definitiva a importância do estudo da velhice, resultado, de um lado, da tendência natural do crescente interesse em pesquisar e conhecer melhor o processo de envelhecimento. De outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo pressionou o desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática.

No início desse século, Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade chamada gerontologia com base nas expressões gero (velhice) e logia (estudo). A proposta desse autor, era que essa área se tornasse um campo de investigação de estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Segundo Achenbaum (1995), ao lado de aceitar a inevitabilidade da decadência e da degeneração do ser humano com o passar dos anos, Metchnikoff achava que a velhice fisiológica normal poderia ser uma realidade para os homens (PAPALÉO NETTO, 2002).

Nesse sentido, acrescenta Lopes (2000 apud PAPALÉO NETTO, 2002), que apesar da postura rígida de Metchnikoff o seu compromisso com a pesquisa não conseguiu o apoio e a atenção da comunidade científica para o assunto foco do estudo desse pesquisador.

A partir da década de 1930, inúmeros trabalhos foram publicados em todas as áreas que atualmente formam a ciência do envelhecimento, por meio dos quais acrescentaram-se novos conhecimentos aos já existentes.

O período compreendido entre o início das décadas de 1950 e 1970 foi marcado pela formação de grupos de pesquisa longitudinal quanto à vida adulta e à velhice. De 1969 a 1979, as investigações na área cresceram em 270%. Aproximadamente 60% dos estudos tratavam sobre os processos intelectuais, refletindo a aceitação da idéia de que eles são fundamentais para a adaptação dos idosos, cujo interesse é observado até os dias de hoje (GOLDSTEIN; NERI, 2000).

Entre os anos 1980 e 1990 surgiram novas áreas de interesse geradas pelas necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade, como exemplo, destacam-se o apoio a familiares que cuidam de idosos com limitações de locomoção, aos custos dos sistemas de saúde e previdenciário, a necessidade de formação de recursos humanos, a necessidade de ofertas educacionais para idosos e pessoas de meia-idade (NERI, 2005).

Nas últimas décadas do século passado, houve o aumento da população idosa, resultado do aumento da expectativa média de vida, o que trouxe conseqüências para a sociedade e os indivíduos que integram esse segmento. Assim, foram pesquisados os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos, bem como conhecer as múltiplas faces da velhice e do processo de envelhecimento, as quais devem ser analisadas sob prismas ambiental, psicológico, social, cultural e econômico, ou seja, uma visão global do envelhecimento como um sistema e do idoso como ser humano (PAPALÉO NETTO, 2002).

3.2 Aspectos biopsicossociais do envelhecimento

O processo de envelhecimento se constitui um fato inevitável na vida de qualquer ser humano. Algumas teorias afirmam que esse processo se inicia na infância, visto que a perda de inúmeras células ocorre diariamente sem recuperação total. Tal perda aumenta progressivamente com o transcorrer dos anos refletindo nas funções biológicas do ser humano resultando em sérias conseqüências para a integridade do organismo.

Essa é a forma pela qual a ciência médica explica o envelhecimento humano, no entanto, sabe-se que outros fatores de ordem social, psicológica e econômica influenciam, sobremaneira, no processo de envelhecimento. As pessoas que dispõem de uma alimentação adequada, acompanhamento médico e condições financeiros satisfatórias envelhecem com melhor qualidade de vida enquanto aquelas que lutam dia-a-dia pela própria sobrevivência, muitas vezes em situações sub-humanas são marcadas por contingências advindas da própria realidade na qual estão inseridas (BORGES, 2003).

Não há um tempo determinado para se definir o início do envelhecimento, porém a indicação de um marco é de grande importância principalmente para a implementação de políticas públicas, dentre estas aquelas voltadas para a área previdenciária.

De acordo com Simões (1994 apud OLIVEIRA, 1999, p.33), a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu quatro estágios para o envelhecimento, sendo: a) meia-idade: de 45 a 59 anos; b) idosos: de 60 a 74 anos;

c) ancião: de 75 a 90 anos e; d) velhice extrema: de 90 anos em diante.

A população idosa no Brasil é a que mais cresce. Sua taxa de crescimento está em cerca de 6% a 7% ao ano, enquanto a população total cresce a 1,6% (BORGES, 2003). Esse dado causa preocupação aos estudiosos e ao governo quanto à questão, principalmente, da Previdência. Outros, como o mercado de trabalho e a saúde do idoso, também merecem um tratamento urgente e preventivo, a fim de evitar que no futuro ocorram sérios conflitos trabalhistas e que a saúde pública não esteja preparada para atender aos idosos, pois se sabe que para suprir as necessidades de tratamento para essa etapa da vida, exige-se um sistema de saúde complexo e caro. Espera-se, por exemplo, que, em 2025, a população idosa responda por 15% da população brasileira, que deverá ser de 250 milhões e que em 2050 haverá 13,7 milhões de pessoas com mais de 80 anos (BORGES, 2003).

O envelhecimento, na sua complexidade, é um fenômeno natural, mas profundamente sociocultural, com características individuais e variações muito significativas, dependendo de dois critérios, o da norma (convencional) e o da universalidade (mundial).

O envelhecimento é inerente a todo ser vivo que, conforme se aproxima da morte, pode passar por vários declínios que seguem certos padrões de ocorrência. O envelhecimento e, em seguida, a morte sobrevêm quando um determinado programa de crescimento e maturação chega a seu termo (BORGES, 2003, p.19).

O envelhecimento se apresenta de diversas formas. São vários os fatores – externos e internos – que estabelecem limites ao ciclo da vida do ser humano. Os sinais externos, por serem mais visíveis, são os que mais dão conotação à velhice, segundo se observa nos termos seguintes:

Entre as alterações anatômicas, a pele progressivamente enrugua e resseca, perdendo seu brilho natural, especialmente no rosto e nas mãos, devido à perda da elasticidade, intensificando as olheiras, as pigmentações diversificadas e as adiposidades, que trazem como consequência a perda da flexibilidade e de esbeltez. O enfraquecimento, o branqueamento dos cabelos e a intensificação de sua queda, principalmente no homem, é irreversível. O tronco tende a curvar-se para frente e para baixo, ocasionando diminuição na estatura. As articulações tornam-se endurecidas, reduzindo, por conseguinte, a extensão dos movimentos [...] a marcha torna-se mais lenta, com passadas curtas, os músculos se fadigam mais rapidamente e se recuperam com maior lentidão, os ossos se tornam mais porosos com o desencadeamento da osteoporose e pode aparecer o tremor nas mãos [...] surge um acúmulo de gorduras e flacidez [...]. A visão também é um órgão bastante afetado com o envelhecimento [...] a audição também decresce sensivelmente (OLIVEIRA, 1999, p.51-53).

Os fatores internos ocorrem em função de menor resistência do organismo das pessoas nessa etapa da vida, tornando-as muito suscetíveis às doenças:

Algumas alterações fisiológicas também são visíveis: a lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e da assimilação. É fato também a diminuição da capacidade e da eficácia dos pulmões e do sistema cardiovascular. O coração, as artérias, as veias e os vasos capilares também se degeneram com a idade. Há um declínio da potência sexual [...] As necessidades nutricionais mudam lentamente, e o idoso necessita de menor quantidade de alimentos para manter o peso convenientemente [...] Os idosos dormem tanto tempo quanto os jovens, se bem que normalmente despertem mais cedo e o sono profundo seja mais reduzido (OLIVEIRA, 1999, p.53-55).

Essas modificações nas funções orgânicas, embora sejam um fator denotativo do envelhecimento, ocorrem de forma diferente para cada indivíduo. Para alguns, esses sinais podem aparecer quando ainda estão situados na idade madura (por volta dos 45 anos), outros chegam aos 60 anos com alterações mínimas na anatomia ou na aparência física. Da mesma forma, existem pessoas, dentro da mesma faixa etária, com cabelos brancos e pele enrugada, mas ouvidos e cérebro ainda vigorosos ou pessoas com doença grave no aparelho respiratório, mas ainda com bom funcionamento digestivo. Tais fatos podem ser explicados por diversos fatores que operam no envelhecimento de cada ser humano, como por exemplo: o modo de vida.

São inúmeros os fatores intrínsecos que determinam o desenvolvimento e o envelhecimento dos seres vivos, mas existe um padrão básico do envelhecimento, semelhanças entre os seres de cada espécie. As questões ambientais também interferem muito nesse processo, fatores extrínsecos como doenças, nutrição, drogas, quantidade e qualidade do repouso, condições ecológicas, ambiente familiar e social, vida espiritual, atividades físicas e muitos outros podem ser determinantes na definição de características do envelhecimento (BORGES, 2003, p.28).

A explicação para o envelhecimento vem sendo dada através de diversas teorias. Essas teorias são principalmente formuladas a partir de uma abordagem biológica, psicológica e uma abordagem sócio-antropológica.

Para Borges (2003), a abordagem biológica do envelhecimento deu-se, inicialmente, a partir do ponto de vista fisiológico e, mais tarde, bioquímico e genético, buscando padrões de hereditariedade da longevidade. Oliveira (1999) afirma que os estudos de biologia sobre o envelhecimento, no início, centravam-se em investigar a longevidade mais que os mecanismos do envelhecimento, enquanto

que hoje a predominância volta-se para o estudo das causas e fatores do envelhecimento.

Conforme Moragas (1997), os estudos que tentam explicar o envelhecimento por meio da abordagem biológica deram origem a várias teorias, mas nenhuma delas transformou-se em uma teoria global sólida. Existem as teorias baseadas em fatores externos que relacionam o meio ambiente com a capacidade de sobrevivência do organismo a agressões externas, sejam de origem voluntária (estilo de vida, nutrição, consumo de drogas), ou involuntárias (poluição, radiações, vírus, etc.). Outras são baseadas nos fatores internos, como as teorias imunológicas que:

[...] tentam explicar o envelhecimento tomando por base a diminuição dos mecanismos de defesa do organismo, visto que a manifestação desta menor resistência acarreta a maior probabilidade de adoecer, em razão de diminuir a capacidade do organismo velho, seja pela sobrevivência de células modificadas, que antes tinham sido destruídas, ou pelo próprio organismo que gera anticorpos num processo conhecido como reação auto-imune (MORAGAS, 1997, p.58).

As mudanças biológicas no envelhecimento não ocorrem isoladamente, elas fazem parte de um conjunto que envolve os fatores psicológicos e sociais. Não é possível, portanto, analisar a velhice apenas sob um aspecto, mas sim como o resultado de um conjunto de fatores dinâmicos em constante movimento, em permanente mudança, que só pode ser visto dentro de um contexto histórico e cultural, dependendo ainda de fatores psicológicos, genéticos, emocionais e sociais (BORGES, 2003).

A abordagem psicológica procura compreender o que acontece com os indivíduos na velhice, nas suas funções cognitivas, intelectuais e emocionais, que caracterizam as modificações de seus aspectos psicológicos. “Ocorrem mudanças no sistema nervoso central, na capacidade sensorial e perceptual e na habilidade de organizar e utilizar informações. Acrescentam-se também as influências externas, como expectativas culturais e fatores ambientais” (OLIVEIRA, 1999, p.90).

Dentre as teorias que tentam explicar o comportamento do homem que atinge a velhice, existem as que consideram que o desenvolvimento humano é uma interação dos fatores biológicos e socioculturais presentes em todo o curso da vida, ou seja, as experiências vividas durante a sua existência refletem e determinam o perfil do idoso acerca de sua aceitação na sociedade. Outras avaliam o processo da

velhice como um desenvolvimento dialético, em que as pessoas interagem com o meio-ambiente, superando as adversidades, em um contínuo processo de evolução que só cessa com a morte.

Essas teorias e pesquisas são recentes e certamente estão possibilitando uma nova visão do processo de desenvolvimento humano e principalmente sobre a velhice, que até bem pouco tempo era discutida apenas a partir dos seus aspectos biológicos, ficando as dimensões psicológica e social destinadas aos segmentos mais jovens (BORGES, 2003).

A abordagem sociológica do ser humano leva em conta a idade cronológica como forma de organizar a sociedade para determinadas etapas do ciclo vital, tais como a época de ingressar na escola, de assumir responsabilidade civil perante a justiça ou de se afastar das atividades laborativas. Esta última é a etapa mais comumente associada à velhice, embora se saiba que esta é uma afirmação por vezes equivocada, pois muitos ainda estão no auge de sua produção e com todas as suas funções vitais em pleno funcionamento (OLIVEIRA, 1999).

Segundo Moragas (1997), as teorias sobre o envelhecimento sob a perspectiva social são recentes e sofrem influências dos fatores biológicos e são abundantes os resultados de pesquisas, mas ainda carecem de interpretação para a formulação das teorias.

Independente de postulados sociais da velhice, sabe-se que os aspectos sociais são importantes em qualquer fase da vida e que os dados de qualquer pesquisa, principalmente na velhice, servirão de base para a constatação demográfica brasileira, refletindo sobre o posicionamento da sociedade e dos governos a respeito das ações e das políticas públicas direcionadas aos idosos.

Não se pode mais desprezar a situação enfrentada pelas pessoas idosas no cotidiano, pela discriminação que sofrem por estarem situados em uma faixa que muitos consideram "inoperantes" e que por isso devem estar reclusos – segundo eles – em seus lares (quando os têm). Faz-se necessário estudar meios que afastem os idosos da marginalização e os integrem à sociedade.

Sobre o assunto Oliveira (1999, p.84) comenta:

O envelhecimento não significa apenas um espaço de tempo, mas uma categoria, uma atividade socioeconômica, um modo diferente de vida, características pessoais, objetivos e conflitos de natureza variável, sentimentos positivos e negativos, ou seja, a soma de todos os processos

de viver dentro do contexto sociocultural.

O discurso depreciativo acerca da velhice se incrustou tão profundamente na sociedade que não atingiu apenas aqueles segmentos que, a princípio, fariam contraponto dessa representação (os grupos mais jovens). Os próprios idosos, ainda que intimamente plenos e dispostos, introjetaram conceitos negativos sobre sua condição e, não raro, rejeitam essa realidade como se espelhasse apenas a imagem de declínio culturalmente imposta, uma imagem com a qual não se identificam (FROMER; VIEIRA, 2003).

Contudo, esse esforço de resgatar o prestígio da velhice gerou novas denominações que, se por um lado atenuaram o impacto negativo do termo, por outro acabaram criando novas convenções esvaziadas de sentido. Transmitem uma idéia de bem-estar e, ao mesmo tempo, não têm significado concreto: terceira idade, maior idade, idade de ouro, melhor idade (FROMER; VIEIRA, 2003). O termo "terceira idade" é o mais usual. Foi publicado pela primeira vez na revista *Informations Sociales* (1962), cujo número foi dedicado aos aposentados. A aceitação foi imediata, pois amenizava o tratamento pejorativo dado aos termos relacionados à velhice (FROMER; VIEIRA, 2003).

Segundo Viana (apud RODRIGUES, 2000), no seu livro "O melhor ano da vida", no início do século XX a expectativa média de vida no Brasil era de cinquenta anos. Naquela época, o indivíduo se aposentava e caminhava para a morte; o seu programa de vida limitava-se a viver a infância e a adolescência, trabalhar durante 35 anos e morrer. Em meados do século, essa expectativa aumentou para 55 anos, e o programa instalado na cabeça das pessoas passou a ser: viver a infância e a adolescência, trabalhar 35 anos, "ser avô dos meus netos" durante dez anos e depois morrer. Hoje, a expectativa na faixa mais nobre da escala social pode chegar a 80, 85 anos, ou mais. Entretanto, esse ganho de vida pode representar, para aqueles que não têm planos, um estranho paradoxo que é a fatalidade de não morrer.

Os dados demográficos, divulgados frequentemente pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), sobre o crescimento do quantitativo de pessoas idosas têm feito surgir várias discussões na sociedade e nos meios de comunicação sobre a questão da velhice. A mídia, tanto escrita quanto

televisada, tem dado destaque à qualidade de vida que os brasileiros têm alcançado nas últimas décadas e a conseqüente elevação da expectativa de vida.

Tal crescimento, porém, longe de representar um mero dado estatístico, registra o surgimento de uma nova geração de idosos que chega à terceira idade com novas perspectivas: uma vida mais prolongada, melhores condições físicas e mentais para fazer sua individualidade e sua cidadania, maior disposição para participar ativamente da vida social e para usufruir, sem constrangimentos, as conquistas obtidas em tempos recentes (FROMER; VIEIRA, 2003). Essas autoras complementam afirmando que essa nova compreensão do envelhecimento repercute tanto em novas posturas e atitudes individuais quanto em mobilizações de caráter coletivo.

Hoje, a terceira idade é uma realidade que transpõe barreiras e vai galgando paulatinamente o seu espaço. “Contudo, a compreensão da velhice como sinônimo de decadência e ônus social ainda subjaz à inserção política, econômica e sociocultural dos idosos e às relações de trabalho que envolvem esse segmento” (FROMER;VIEIRA, 2003, p.25).

A velhice, à medida que passa a ser objeto de cuidado e atenção especial, tanto na sociedade civil como no poder público, destacando-se as prioridades de ação, integrar-se-á e avançará significativamente, permitindo remodelação do estereótipo negativo que paira sobre essa etapa, superando a idéia de terminalidade e impotência (OLIVEIRA, 1999).

Entende-se que a velhice útil e feliz não pode ser apenas um mito. Cabe à sociedade a responsabilidade de redefinir, social e culturalmente, o significado da velhice, possibilitando o resgate da dignidade desse grupo etário. E cada um tem o compromisso de lutar por sua dignidade, por sua posição na sociedade de hoje, contando para isso com o apoio dos jovens e adultos que serão os velhos de amanhã, pois, se a sociedade inventou a velhice, deve esta, reinventar a sociedade (RODRIGUES, 2000).

4 O PERFIL DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO

O aumento proporcional de idosos na população é um fenômeno mundial que se tornou perceptível após a década de 1960. Um dos mais importantes aspectos de reconhecimento deste aumento encontra-se na variável demográfica.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), a expectativa de vida no planeta aumentou de mais de 20 anos em meio século, passando de 46,5 anos em 1950, para 67,2 anos, em 2000. Nos países desenvolvidos este salto foi consideravelmente maior. Na Suíça e no Japão, a exemplo, a média de vida é de 81,6 anos e 79,1 anos, respectivamente. Já a expectativa de vida de um habitante da Zâmbia, não ultrapassa 32,4 anos. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que a população mundial de idosos seja de 629 milhões pessoas e que cerca de 360 milhões dessa população resida em países periféricos.

Essa maior longevidade se estende também ao Brasil, onde a partir de 1960 o envelhecimento foi reconhecido como importante questão social e política. Se, em 1983 a estimativa de vida de um brasileiro ao nascer era de 63,5 anos, duas décadas depois (em 2003) alcançou 71,3 anos. Conforme o Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há no Brasil 15 milhões de idosos (considerando pessoas com 60 anos), e a previsão é de que nos próximos 20 anos essa população alcance 30 milhões de pessoas. No ano de 2025, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos. De acordo com projeções mais recentes, o Brasil alcançará, por volta de 2040, o patamar de 80 anos de vida. Em consequência desses números, a proporção de pessoas com mais de 60 anos - critério usado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para definir um indivíduo idosos nos países em desenvolvimento vem crescendo rapidamente em relação ao total da população nacional, aumentando de 4% em 1940, para 8,6%, em 2000. Hoje 14,5 milhões de brasileiros tem 60 anos ou mais e estima-se que até 2020, esse contingente represente 15% da população nacional (aproximadamente 30 milhões de pessoas).

No Maranhão, o número de idosos é 405.914, o que representa um percentual de 7,2% da população estadual (IBGE, 2000).

Segundo os dados IBGE (2000), o município de São Luís tem 49.517 idosos que representa 5,7% da população de São Luís, Maranhão (IBGE, 2000).

O ganho de anos de vida é, sem dúvida, uma conquista que merece ser comemorada e decorre fundamentalmente de dois fatores: a melhoria da infraestrutura sanitária e os avanços científicos no campo da medicina, que propiciaram o combate e a prevenção mais eficazes de diversos problemas de saúde. No Brasil, o aumento da expectativa de vida é decorrência de muitos avanços da medicina do que uma melhoria significativa nas condições sociais da maior parte da população. O importante não é apenas assegurar uma idade mais avançada, mas garantir que se chegue à terceira idade gozando de uma boa qualidade de vida. Sendo bom assinalar que a velhice no Brasil está se tornando cada vez mais feminina. Isso porque as mulheres têm uma expectativa de vida superior à dos homens: 72,5 anos contra 64,8 anos, pelos dados, do Censo 2000. Ao contrário do que ocorria no passado e apesar do baixo valor das aposentadorias, os idosos hoje são uma categoria econômica significativa.

O fenômeno do envelhecimento populacional, porém, vem acompanhada por grandes desafios de ordem social, familiar, econômica e cultural, sobretudo nos países em desenvolvimento. Conforme observa a geriatra Andréa Pratis, Coordenadora-Executiva do Centro Internacional de Informação para o Envelhecimento Saudável (CIES).

Nas nações mais industrializadas, esse processo de envelhecimento ocorreu de forma paulatina, estendendo-se por um período longo de tempo, ao contrário do que aconteceu em países como no Brasil, onde o envelhecimento populacional vem se dando de forma rápida e intensa (GIANELLA JÚNIOR, 2005, p.36).

As crescentes necessidades do processo do envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo do estudo

O propósito deste trabalho consistiu em estudar o perfil biopsicossocial e econômico dos idosos que freqüentam o Centro de Saúde Bezerra de Menezes (Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS), pois visa descrever a realidade desse segmento a partir de dados quantificáveis. A pesquisa descritiva tem por finalidade trabalhar a “descrição das características de uma determinada população ou fenômeno [...] estabelecendo relações entre variáveis” e buscou “levantar as opiniões, atitudes e crenças” (GIL, 2002, p.42).

As variáveis envolvidas “se manifestam espontaneamente em fatos, situações e condições que já existem. Na pesquisa descritiva não há manipulação *a priori* das variáveis. É feita a constatação de sua manifestação *a posteriori*” (KÖCHE, 2002, p.124).

A pesquisa quantitativa trabalha com percentuais que demonstram a freqüência das variáveis identificadas.

Para fundamentação teórica do trabalho utilizou-se de pesquisa bibliográfica constando de livros, artigos, periódicos pertinentes ao assunto objeto deste estudo.

Essa metodologia foi escolhida porque se adequa à consecução dos objetivos propostos por este estudo.

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Bezerra de Menezes (Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS), localizado à Rua 02, s/n, no bairro do São Francisco (São Luís-MA), que dispõe de duas equipes de Estratégia Saúde da Família, que desenvolvem ações básicas de saúde direcionadas às 1.215 famílias cadastradas nesta Unidade, e dentre estas ações, destaca-se o trabalho realizado

com a clientela a partir de 60 anos, de ambos os sexos, que participam de várias atividades como: palestras educativas, caminhadas, passeios, consultas médicas e de enfermagem.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A amostra foi composta por 60 idosos na faixa etária acima de 60 anos , de ambos os sexos, que freqüentam o Centro de Saúde Bezerra de Menezes no São Francisco (São Luís-MA), os quais foram entrevistados nos dias das atividades realizadas com o grupo, as quais são efetivadas às terças-feiras.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a setembro de 2006. Inicialmente manteve-se contatos com as Enfermeiras das duas equipes da Estratégia Saúde da Família existentes no Centro de Saúde Bezerra de Menezes, para apresentar os objetivos da pesquisa. Num outro momento, foi feita uma explanação para o grupo de idosos sobre os motivos e importância da realização desta pesquisa, por uma das pesquisadoras.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se questionário (Apêndice A) constando de perguntas abertas e fechadas abordando questões relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos.

A coleta de dados ocorreu após as reuniões que acontecem às terças-feiras no Clube do Bento, no bairro São Francisco, em São Luís e de visitas domiciliares àqueles que não estavam freqüentando às reuniões no período da pesquisa.

5.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram digitados e processados estatisticamente através do programa Epi-Info, versão 2002, que é um programa integrado de Software. É usado para criar e analisar questionários de protocolos de pesquisa.

5.6 Considerações éticas

Este estudo atendeu todas as recomendações do Conselho de Ética em Pesquisa que envolvem seres humanos, que autorizou previamente a realização da pesquisa (Anexo A).

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de informações foi realizada a análise e interpretação dos dados obtidos em programa *software* através de estatísticas simples a partir da freqüência de respostas dos idosos entrevistados, que participam de um grupo atendido no Centro de Saúde Bezerra de Menezes (Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS). Os dados estão demonstrados em gráficos e tabela.

- **Identificação pessoal**

Os resultados da pesquisa demonstram que 76,7% dos integrantes da amostra têm procedência do interior do Estado, 18,3% nasceram em São Luís e 5% em outros Estados, havendo, portanto, maior número de idosos procedentes de cidades interioranas (Gráfico 1).

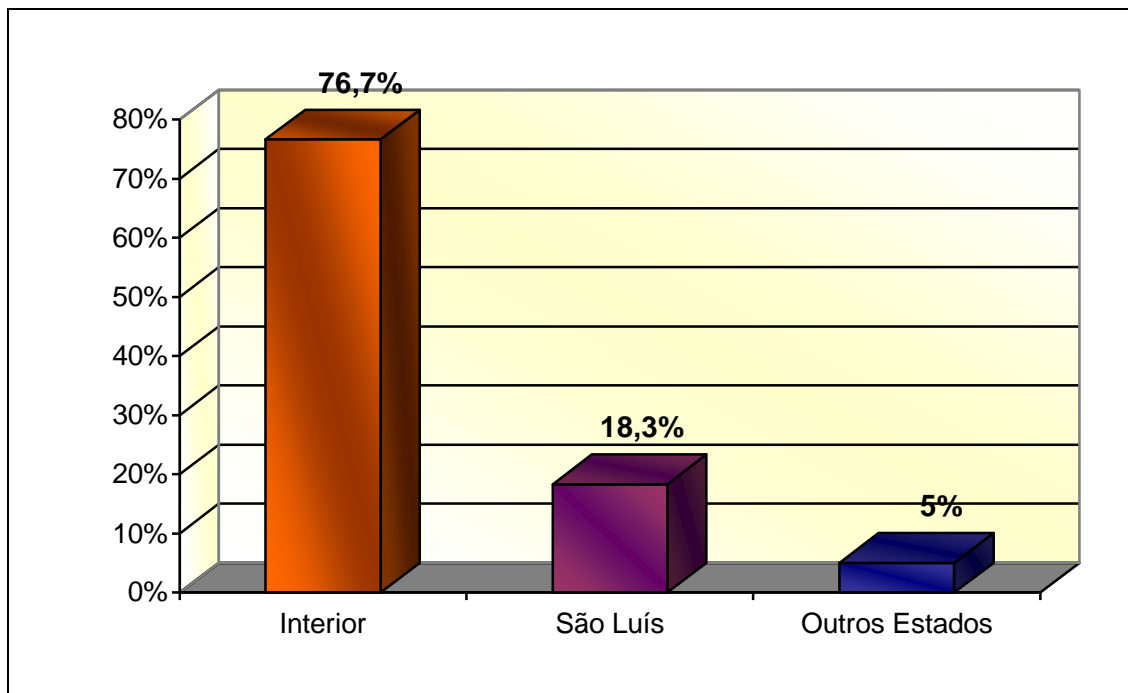


Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto à procedência

Um percentual de 23,3% dos entrevistados se encontram na faixa etária de até 60 anos, 35%, entre 61 a 70 anos, 30%, 71 a 80 anos, 11,7% têm 81 a mais anos. Houve maior frequência da faixa etária de 61 a 70 anos (Gráfico 2).

De acordo com a classificação de estágios para o envelhecimento apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a faixa etária de 60 a 74 anos é considerada o segmento de idosos.

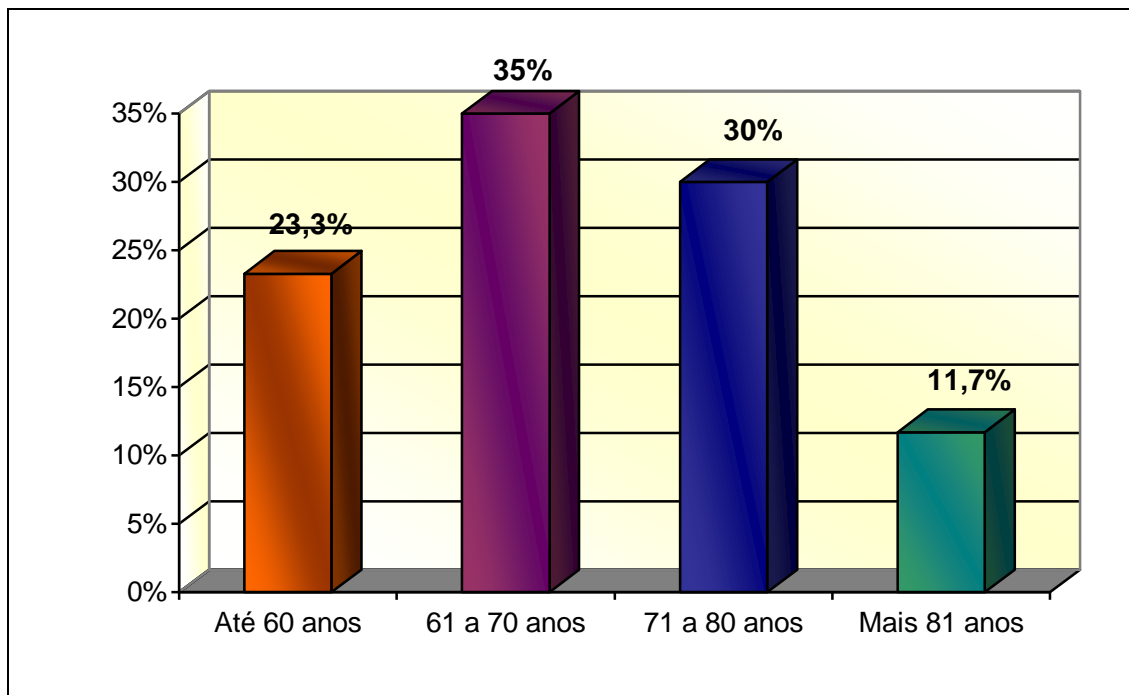


Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à faixa etária

O sexo feminino foi maioria com um total de 80%, sendo que 20% dos integrantes da amostra pertencem ao sexo masculino. Há, portanto, predominância de mulheres no grupo de idosos atendido no Centro de Saúde Bezerra de Menezes (Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS) (Gráfico 3).

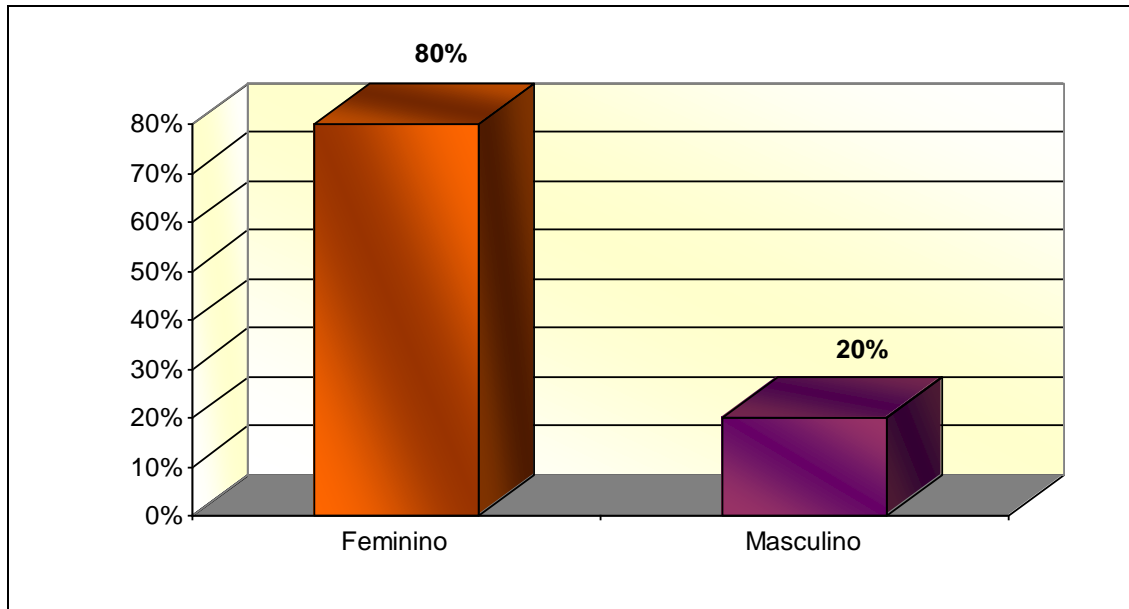


Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto ao gênero

Quanto à etnia 53,3% apresentam características da cor parda, 30% branca e 16,7% negra. A maioria dos idosos que participaram do estudo, são de cor parda (Gráfico 4).

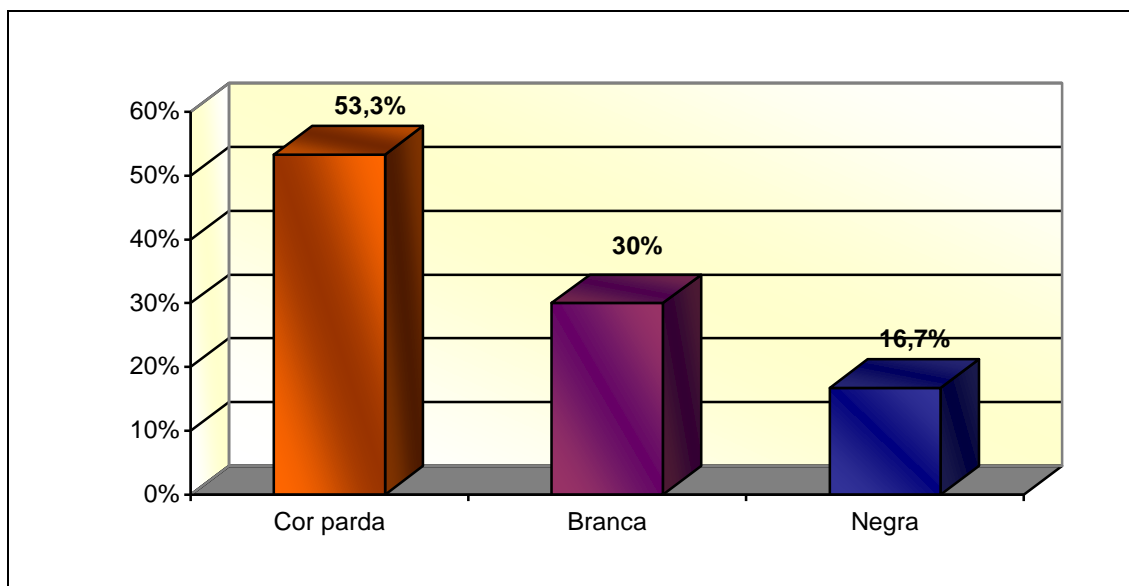


Gráfico 4 – Distribuição da amostra quanto à etnia

No tocante ao estado civil, 26,7% são solteiros, 38,3% casados e 35% viúvos. Os dados contidos no Gráfico 5 apontam maior incidência para o casamento.

Levenson, Cartensen e Gottman (1993) avaliaram casais mais jovens (40-50 anos) e mais velhos (60-70 anos), utilizando diversas medidas. Descobriram que os casais mais velhos apresentavam maior equanimidade de objetivos e de fontes de prazer (e menos fontes de discórdia), e também tendiam a ter padrões de saúde mais semelhantes. Seus resultados são encorajadores, pois parece que os casais mais velhos não estão simplesmente se agarrando aos destroços porque a perspectiva de viverem separados é terrível demais em termos financeiros e/ou emocionais (STUART-HAMILTON, 2002, p.142).

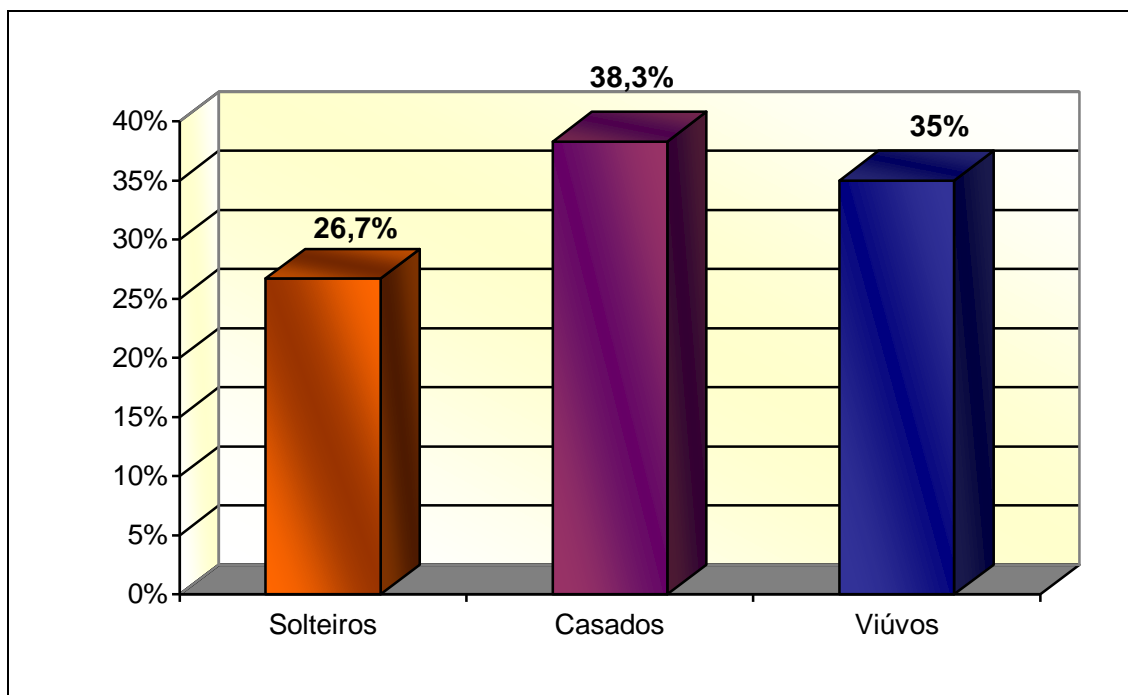


Gráfico 5 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil

- **Perfil socioeconômico**

Em relação à ocupação atual, a maioria (55%) dos entrevistados já estão aposentados e não se ocupam com outras atividades, 28,3% têm como ocupação os afazeres do lar, 5% trabalham como serviços gerais (3,3%) como vigilante e 8,3% estão distribuídos nas seguintes ocupações: vendedor, pedreiro, costureira e lavadeira e 1,6% trabalham como empresário. Os dados mostram que a maioria dos entrevistados vivem apenas como aposentados (Gráfico 6).

É importante observar que, com a mudança nos padrões de trabalho, a aposentadoria não é mais vista como sinônimo de "velhice" da maneira taxativa como era antigamente. Por exemplo, Settersen (1998) descobriu que a idade atualmente é um critério irrelevante para muitas pessoas decidirem sobre a aposentadoria. Com relação à aposentadoria, foi observado que as pessoas que dela se aproximam tendem a um estado de maior apreensão e autodepreciação, mas, na maioria dos casos, depois que as pessoas param de trabalhar a experiência é agradável (STUART-HAMILTON, 2002, p.137).

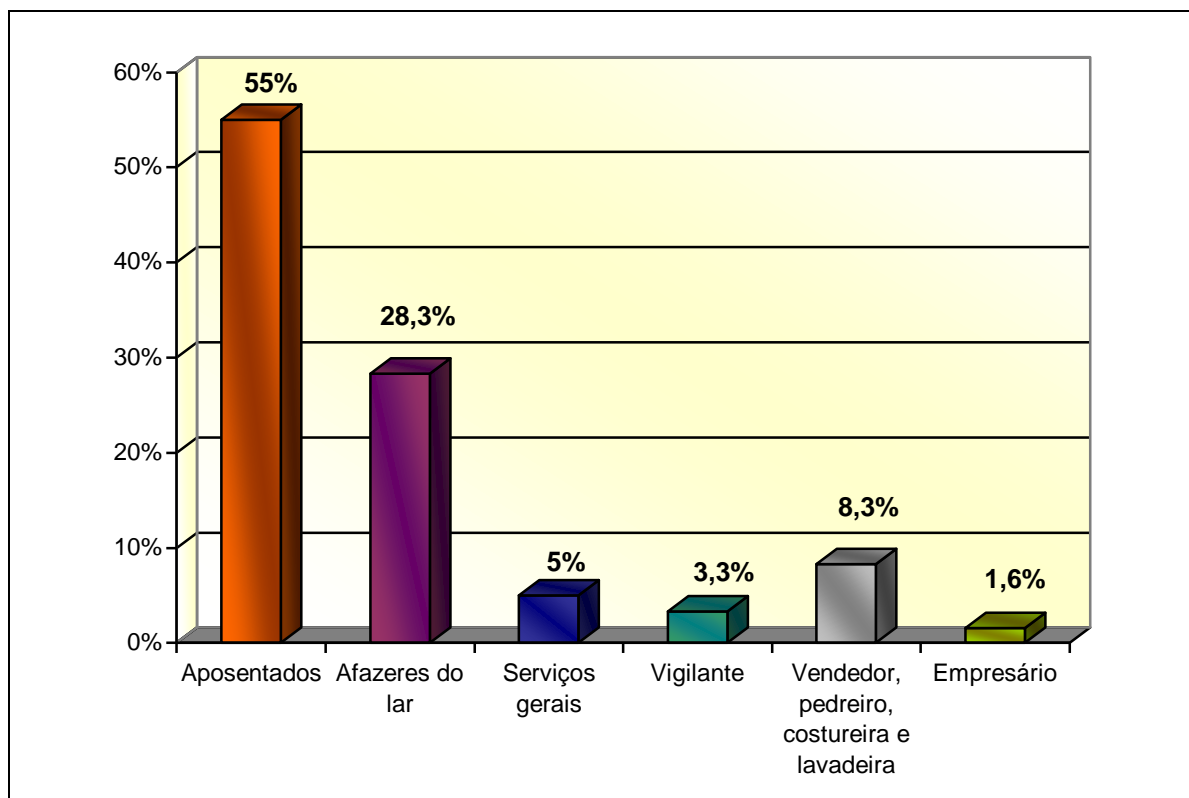


Gráfico 6 – Distribuição da amostra quanto à ocupação atual

Sobre a renda familiar, 25% recebem menos de um salário mínimo, 71,7% possuem renda familiar entre um a dois salários mínimos e 3,3% recebem acima de dois salários mínimos. A maioria dos entrevistados percebe entre um e dois salários mínimos (Gráfico 7).

Tal realidade chama a atenção para o fato de que, de um modo geral, na velhice as pessoas estão continuamente necessitando de cuidados especiais quanto à assistência médica, uso de medicamentos, alimentação e outros, o que implica na disponibilidade de recursos financeiros.

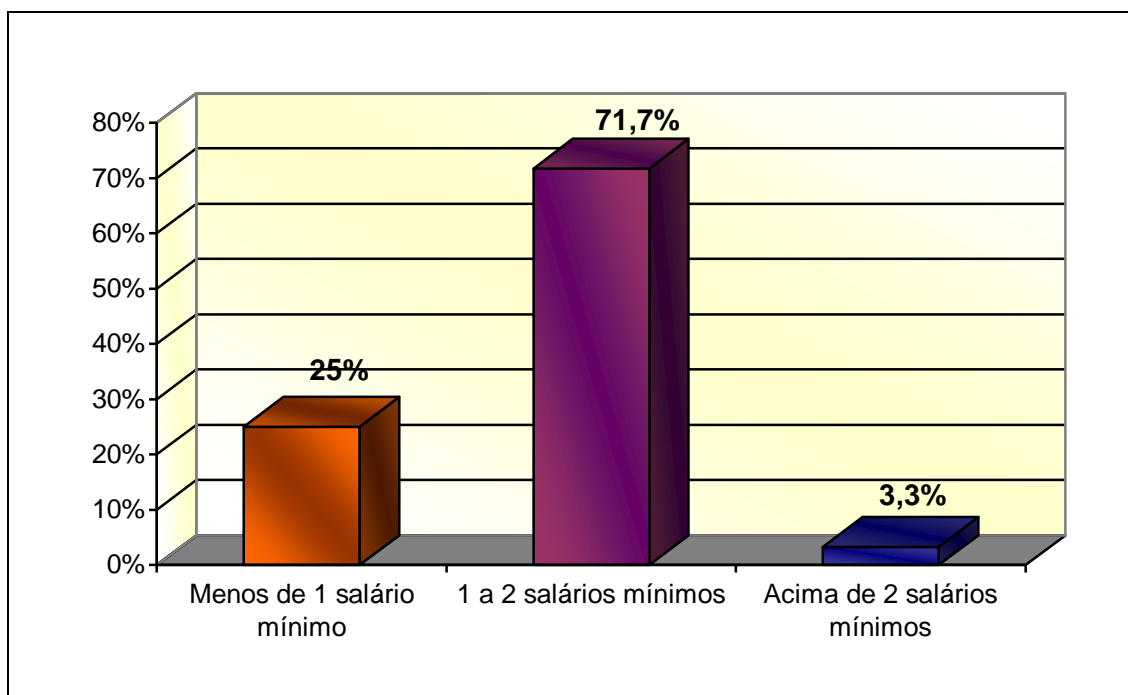


Gráfico 7 – Distribuição da amostra quanto à renda familiar

Em relação à escolaridade, 23,3% são analfabetos, 40% não concluíram o ensino fundamental, 30% possuem o ensino fundamental completo, 5% concluíram o ensino médio e 1,7% não concluíram ensino superior. A predominância foi de idosos com o ensino fundamental incompleto.

Para Nerici (1998) quanto maior a escolaridade do idoso maior será sua capacidade de aceitação das mudanças inerentes à velhice, pois as mesmas acontecem de maneira consciente e com mais equilíbrio por parte de cada indivíduo (Gráfico 8).

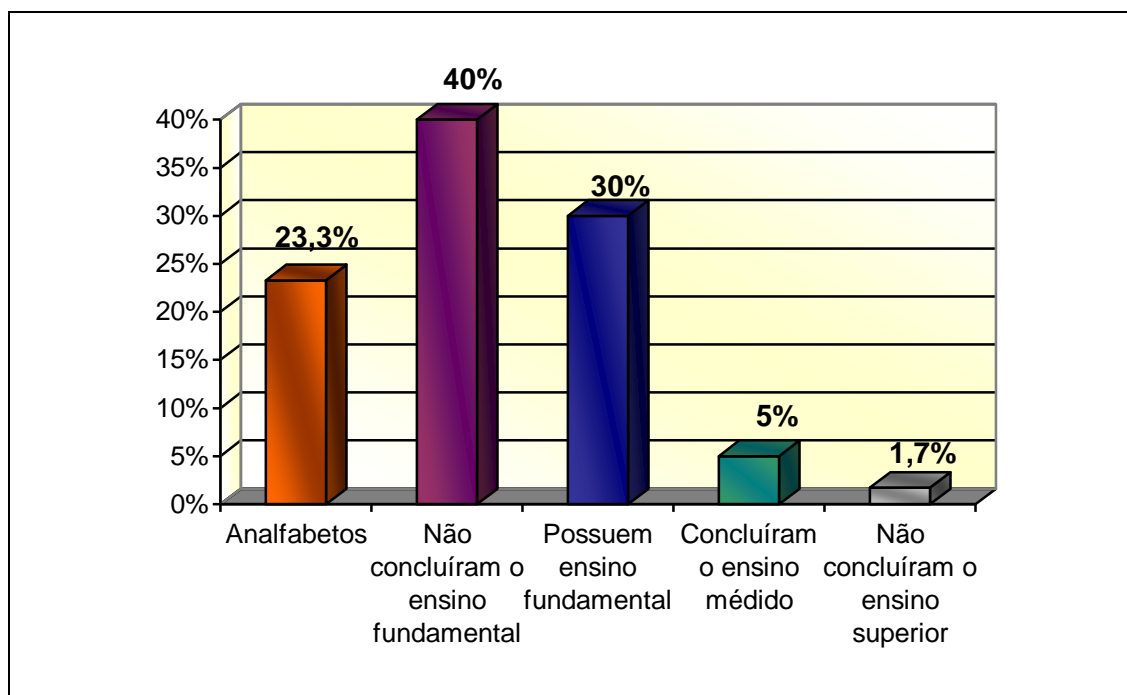


Gráfico 8 – Distribuição da amostra quanto à escolaridade

Um total de 86,7% dos idosos moram em casa própria, 8,3% em casa alugada e 5% em casa cedida. Há predominância, portanto, de moradia própria (Gráfico 9).

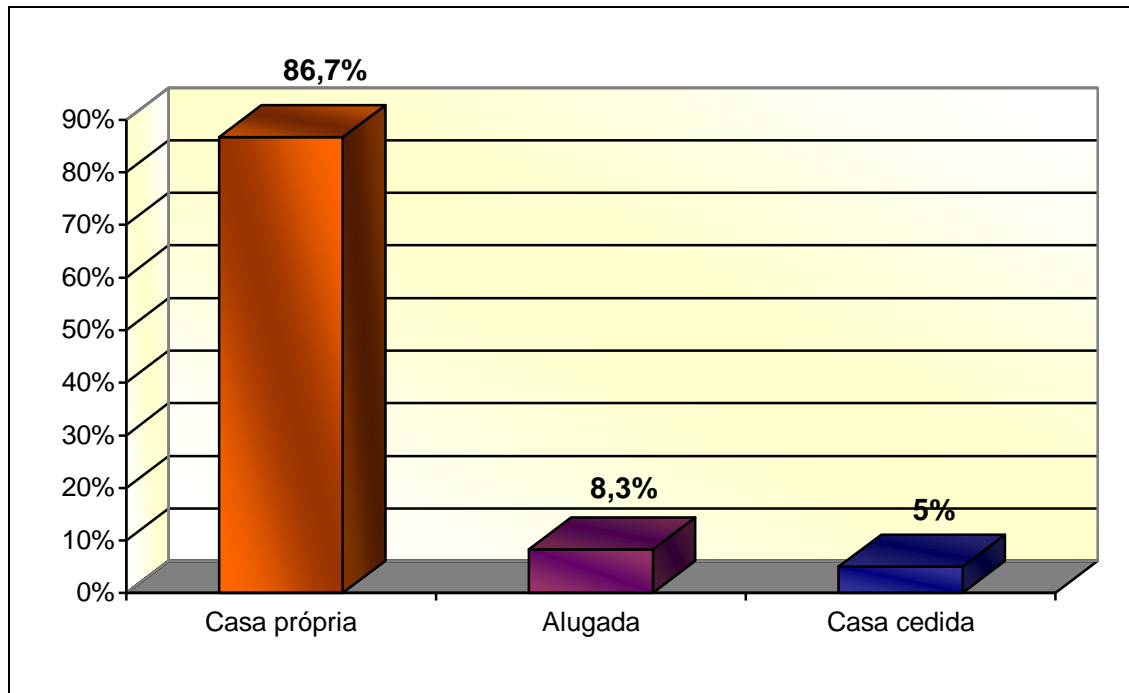


Gráfico 9 – Distribuição da amostra quanto à moradia

A situação familiar / conjugal está configurada entre os participantes da pesquisa da seguinte forma: 21,7% moram com companheiro(a) sem filhos, 16,6% com companheiro(a), filhos e/ou outros membros da família; 55% com familiares sem companheiro(a) e 6,7% com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais. A maior frequência (maioria) foi de convivência conjunta com familiares sem companheiro(a) (Gráfico 10).

Parece que, nações ocidentais, pelo menos, as pessoas mais velhas preferem viver de modo independente, mas perto dos filhos ou parentes próximos. Em cerca de 80% dos casos, os pais moram a trinta minutos da casa de, pelo menos, um dos filhos (STUART-HAMILTON, 2002, p.144).

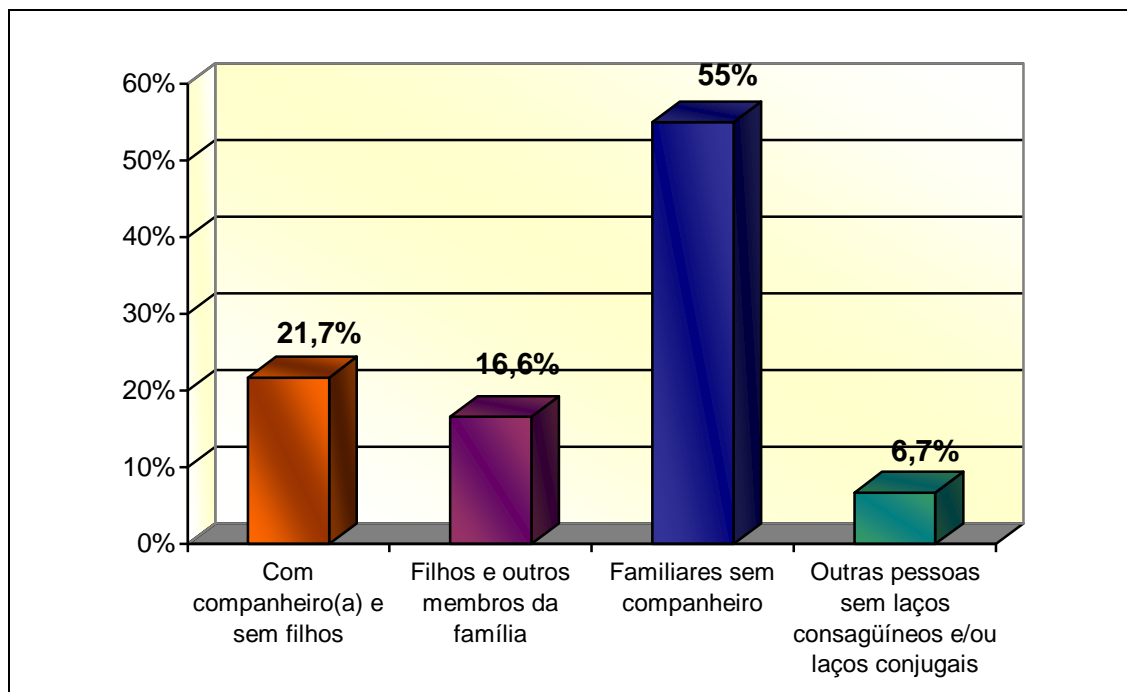


Gráfico 10 – Distribuição da amostra quanto à situação familiar / conjugal

- **Perfil saúde física e mental**

Dentre os idosos integrantes da pesquisa, um percentual de 88,3% buscam assistência médica regularmente, 71,7% praticam atividade física. Um total de 88% informaram que têm problema de saúde. Os problemas de saúde foram assim especificados: diabetes (13,3%); hipertensão (53,3%), osteoporose (13,3%); hipertensão + osteoporose + vascular + coluna + gastrite (1,7%); hipertensão + Alzheimer (1,7%); diabetes + hipertensão + osteoporose (1,7%); hipertensão + osteoporose (3,3%) e outros (3,3%) (Gráfico 11 e 12).

Esses resultados condizem com os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) onde evidenciou-se que as principais doenças pré-existentes nos idosos brasileiros foram, respectivamente, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e artrite.

Segundo Brunner (1994) embora muitos idosos considerarem-se em boa forma, eles apresentam pelos menos uma doença crônica. As patologias agudas são menos freqüentes, enquanto que as doenças crônicas tornam-se mais comuns.

Necessário se faz, portanto, a implementação de programas de prevenção e tratamento adequados para redução de tais doenças (SCHIAVI, 1995 apud PAPALÉO NETTO, 2002).

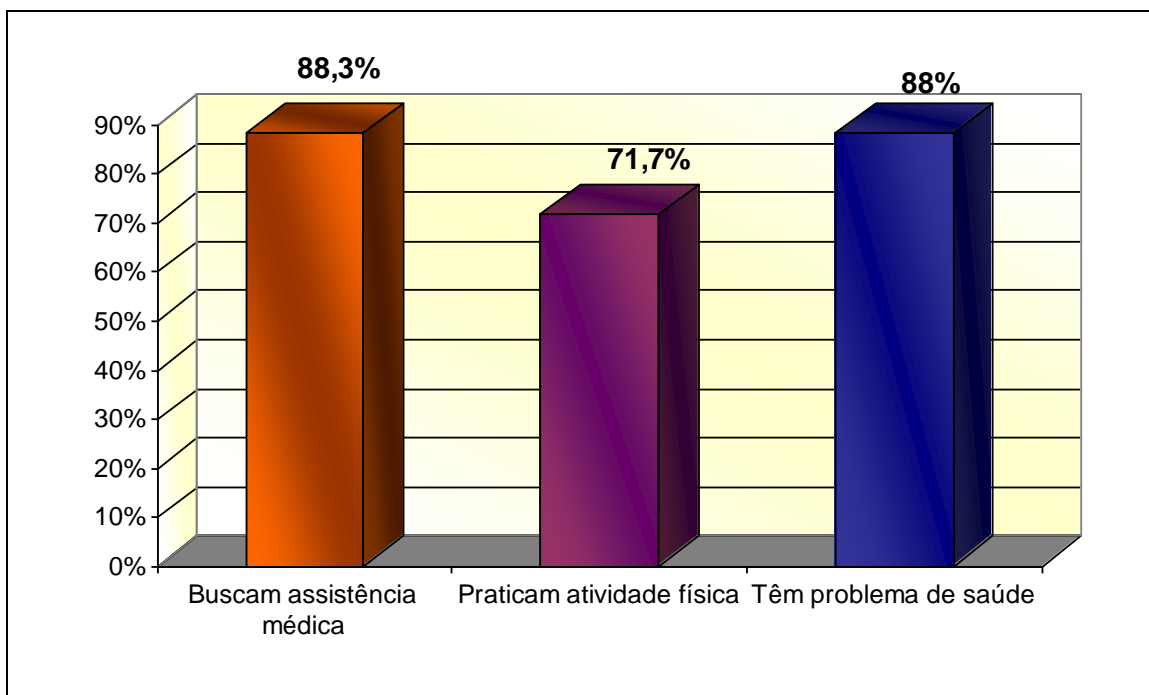


Gráfico 11 – Distribuição da amostra quanto à saúde

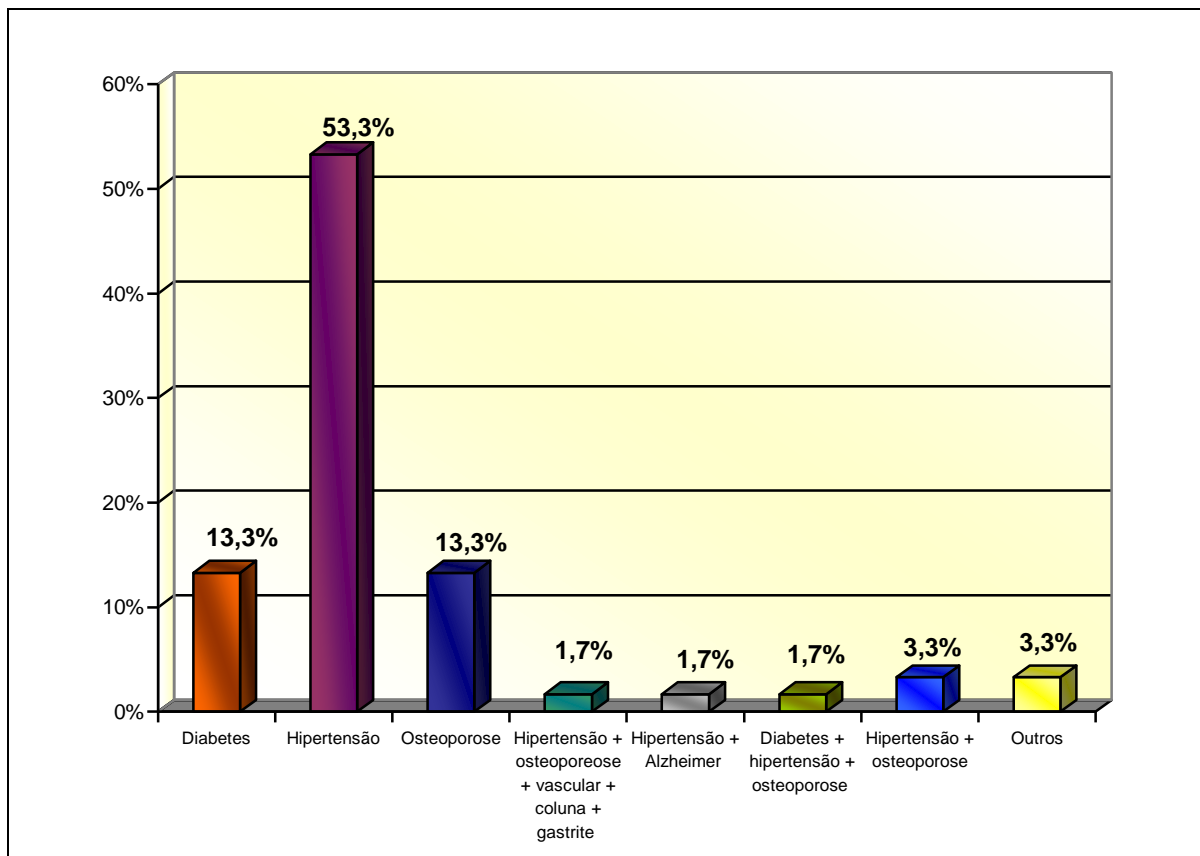


Gráfico 12 – Distribuição da amostra quanto às doenças mais frequentes entre idosos

Um percentual de 80% dos idosos integrantes da pesquisa, fazem uso constante de medicamentos prescritos por médicos. Isso significa que a maioria dos entrevistados utilizam drogas medicamentosas continuamente.

- **Perfil psicossocial**

Um total de 88,3% dos idosos entrevistados disseram se sentir bem com a idade que possuem; 81,7% se achavam ainda em idade de produzir; 87% informaram que se sentem acolhidos pela família; 30% desse segmento disseram que mesmo em companhia de outras pessoas se sentem sozinhos (Gráfico 13).

Segundo Meister (2005), tanto homens quanto mulheres, antes mesmo de chegarem à terceira idade, estão se cuidando melhor, praticando esportes e evitando fatores sabidamente prejudiciais à saúde geral, para que possam envelhecer saudáveis.

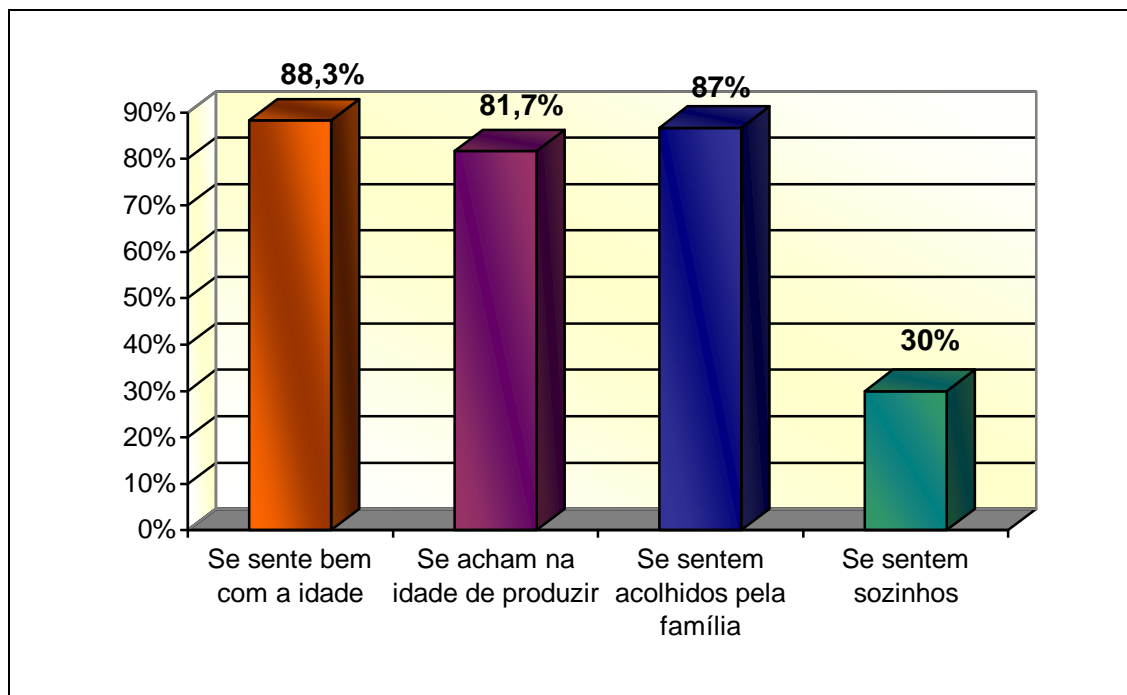


Gráfico 13 – Distribuição da amostra quanto à forma como os idosos se sentem

No tocante a constrangimentos, 40% informou que já passaram por uma situação vexatória nesse sentido, sendo que 60% não passaram por situações dessa natureza. Dentre aqueles que sofreram constrangimentos, 20,9% foram vítimas de constrangimento físico, 29% financeiro, 20,9% verbal, 8,3% serviço público, 20,9% transporte coletivo (Gráfico 14).

Para Leme (2002), a sociedade ignora o idoso, associando a velhice à solidão, a doença, a viuvez e morte, enfatizando esta fase da vida como uma condição desfavorável, muitas vezes, indesejada. Diante dessas imagens, é comum pessoas da terceira idade tomarem para si o estereótipo cultural negativo de pessoas inválidas e assexuadas.

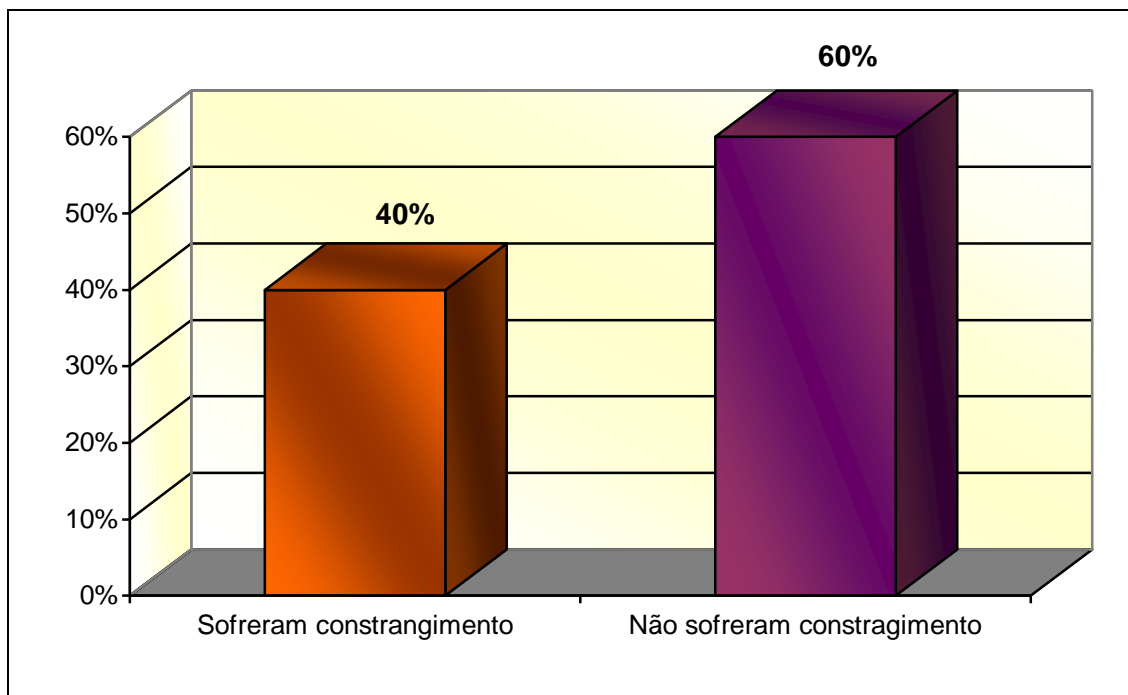


Gráfico 14 – Distribuição da amostra quanto ao constrangimento

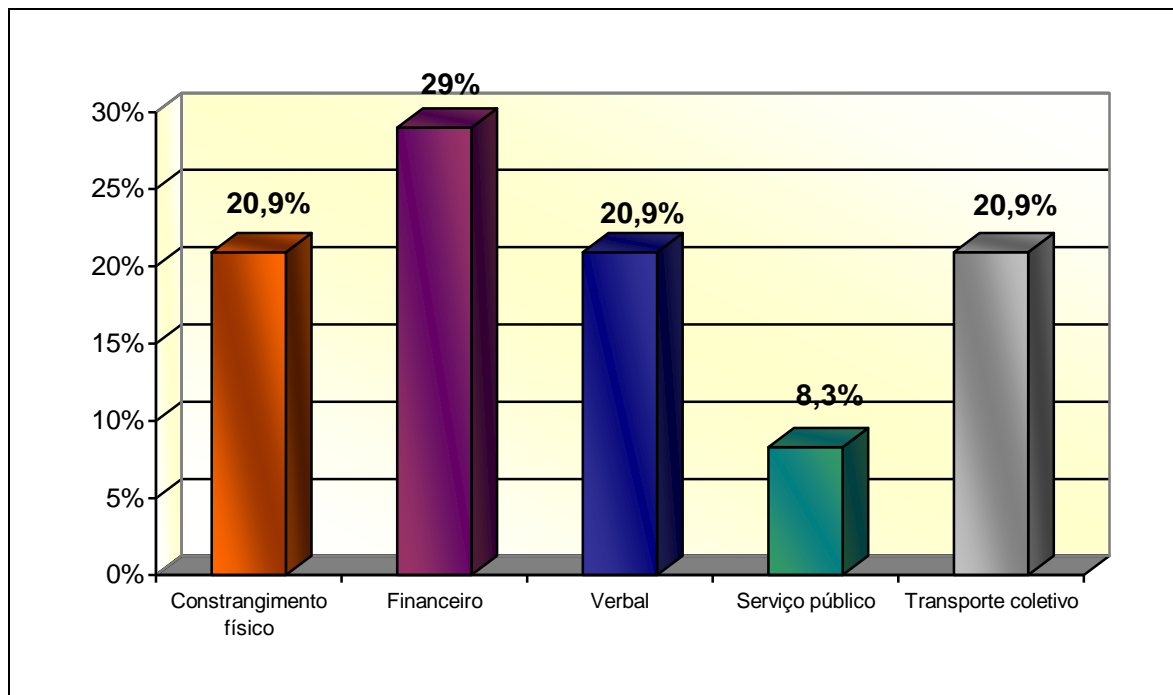


Gráfico 15 – Distribuição da amostra quanto ao tipo de constrangimento

Os resultados da avaliação geriátrica global dos idosos que participaram da pesquisa, quanto às Atividades da Vida Diária (AVD's) estão expressos na Tabela 1, conforme Anexo C.

Segundo Trombly (1989) as Atividades da Vida Diária (AVD's) são tarefas de desempenho ocupacional realizada todos os dias, com o fim de preparar, ou como complemento às tarefas próprias de seu papel. A expressão atividade da vida diária não corresponde o sinônimo de cuidados pessoais, uma vez que cuidados especiais é um termo mais limitado que se refere à capacidade de vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho e pentear-se, como também a um conjunto de habilidades comuns, como usar o telefone, comunicar-se pela escrita, manipular correspondência, papel-moeda, moedas, livros ou jornais.

Tabela 1 – Avaliação geriátrica global dos idosos do Centro de Saúde Bezerra de Menezes. São Luís – MA, 2006

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL	Com facilidade		Com dificuldade		Com ajuda		Não realiza	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Atividade de vida diária								
Higiene pessoal	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Higiene oral	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Banho	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Pentear-se	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Uso de sanitário	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Alimentação								
Alimenta-se sozinho	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Serve-se sozinho	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Vestuário								
Veste-se	55	91,7	1	1,7	4	6,7	-	-
Despe-se	55	91,7	1	1,7	4	6,7	-	-
Calça sapatos	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Mobilidade e locomoção								
Caminha	46	76,7	9	15	3	5	2	3,3
Sobe e desce escadas	39	65	11	18,3	5	8,3	5	8,3
Deita-se	53	88,3	2	3,3	5	8,3	-	-
Levanta-se	54	90	2	3,3	4	6,7	-	-
Senta-se	52	86,7	4	6,7	4	6,7	-	-
Passa da cama para a cadeira	52	86,7	4	6,7	4	6,7	-	-
Anda pela casa	55	91,7	2	3,3	3	5	1	1,7

Nota: f = frequência.

Fonte: Freitas (1996), adaptado pelos autores.

De acordo com os dados registrados na avaliação geriátrica global, verifica-se que a grande maioria dos idosos participantes da pesquisa ainda dispensam ajuda para desempenharem suas atividades diárias, bem como para se alimentarem, vestirem-se e se locomoverem.

As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demanda capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p.47).

Conforme se observa na Tabela 1, um percentual de 90% dos idosos realizam suas atividades de vida diária de higiene pessoal, higiene oral, banho, pentear-se e uso de sanitário, com facilidade realizam suas atividades de vida diária (AVD's), ou seja, não dependem de curadores para lhes auxiliarem.

Em relação à alimentação, também é significativo o percentual (90%) daqueles que se servem e se alimentam de forma independente.

Quanto ao uso do vestuário a situação se apresenta um pouco melhor comparando-se com as variáveis atividades de vida diária e alimentação, pois um total de 91,7% dos idosos entrevistados, se despem sem ajuda.

A mobilidade e a locomoção já se apresentam um pouco mais comprometida principalmente para caminhar, subir e descer escadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste estudo foi consolidada com a pesquisa bibliográfica realizada sobre o assunto objeto deste estudo e pesquisa de campo realizada no Centro de Saúde Bezerra de Menezes (Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS).

Com base nos achados, conclui-se que o perfil dos idosos que participaram da pesquisa apresenta as principais características:

- 76,7% têm procedência do interior do Estado;
- 35% se encontram na faixa etária entre 61 a 70 anos;
- 80% pertencem ao sexo feminino;
- 53,3% são de cor parda;
- 38,3% vivem em situação conjugal de casados;
- 55% estão aposentados;
- 71,7% possuem renda familiar entre um e dois salários mínimos;
- 40% não concluíram o ensino fundamental;
- 86,7% residem em casa própria;
- 51,7% moram com familiares sem companheiro;
- 88,3% regularmente procuram assistência médica, 71,7% praticam atividade física e 88% têm problema de saúde, dentre estes: diabetes, hipertensão, osteoporose, vascular, coluna, gastrite, alzheimer e outros;
- 80% usam medicamentos frequentemente;
- 88,3% se sentem bem com sua idade;
- 40% já sofreram constrangimento: físico, financeiro, verbal, serviço público, transporte coletivo.

A avaliação geriátrica global mostrou que a grande maioria dos idosos entrevistados realizam suas atividades de vida diárias, de alimentação, vestuário com facilidade, ou seja, independentemente. As dificuldades aparecem na questão relacionada à mobilidade e locomoção.

O perfil desses idosos apresentou indicadores que precisam ser melhorados possibilitando ao profissional de saúde a traçar planos de ação contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de agravo, tratamento e

reabilitação da doença, auxiliando a encontrar soluções frente a momentos de fragilidade do idoso visando a melhoria da qualidade de vida no seu cotidiano, com autonomia e independência

A intenção ao estudar esse grupo foi contribuir para uma sensibilização da família, da sociedade e dos profissionais de saúde a repensar um novo modelo de cuidados a saúde do idoso, fazendo com que o mesmo não veja o envelhecer como algo negativo e sim como processo natural de mudanças da vida.

REFERÊNCIAS

- BORGES, Maria Cláudia. **Gestão participativa em organizações em idosos**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação – UNICAMP. São Paulo: Campinas, 2003.
- BRUNNER, L. S. **Nova prática de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1994.
- DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.
- DUTHIE, Edmund H.; KATZ, Paul R. **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- FIGUEIREDO, S. C. S., et al. Saúde mental e envelhecimento. In: FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- FROMER, Betty; VIEIRA, Débora Dutra. **Turismo e terceira idade**. São Paulo: Aleph, 2003.
- GIANELLA JÚNIOR, Fúlvio. Os desafios da idade. **Revista Família Cristã**, São Paulo, a. 71, n. 835, p.20-23, jul. 2005.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus! Religiosidade e satisfação na velhice. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida na idade madura**. 2 ed. Campinas: Papyrus, 2000.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo**. Brasília, 2000.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional**. 2004.
- KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MEISTER, Juliana Regina. **Prevalência de adolescentes de 13 a 17 anos com dorso curvo postural na escola estadual de educação**. Universidade do Contestado, Concórdia, 2005.

MORAGAS, Ricardo M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. (Tradução de Nara C. Rodrigues). São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Editora Alínea, 2005.

NÉRICI, Imídeo. **Introdução à didática geral: dinâmica da escola**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1968.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis**. São Paulo: Paulinas, 1999.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

RODRIGUES, Nara C. Situação social do velho em diferentes épocas e sociedades. In: SHONS, Carme R.; PALMA, Lucia Terezinha S. (orgs.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS: UPF Editora, 2000.

STUART-HAMILTON, Ian. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TROMBLY, Catherine Anne. **Terapia ocupacional para a disfunção física**. (Tradução de Terezinha Oppido). 2 ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1989.

APÊNDICE A – Questionário

LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

**PERFIL BIOPSIKOSOCIAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE
 BEZERRA DE MENEZES**

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____

Local de Nascimento:

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor: () Parda () Branca () Preta

Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Amigado

Profissão:

Ocupação Atual:

Renda:

- () menos de 01 salário mínimo
 () entre 01 e 02 salários mínimos
 () acima de 02 salários mínimos
 () ignorado

Grau de instrução:

- () analfabeto () 2º grau incompleto
 () 1º grau completo () Nível superior completo
 () 1º grau incompleto () Nível superior incompleto
 () 2º grau completo

Religião

- () Católica
 () Evangélica
 () Messiânica
 () não tem

2 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

Situação de moradia:

- Própria
- Alugada
- Cedida

Tipo de moradia:

- Alvenaria
- Adobe
- outro

Nº de cômodos:

- 01
- 02
- 03
- 04 e mais

Como você teve conhecimento desse grupo?

- amigos
- família
- ACS
- comunidade
- profissionais de saúde
- equipe Saúde da Família

Situação familiar / conjugal:

- Convive com companheiro(a) e filhos
- Convive com companheiro(a) sem filhos
- Convive com companheiro(a) filhos e/ou outros elementos familiares
- Convive com familiares sem companheiro(a)
- Convive com outras pessoas sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais

Vai ao médico com regularidade?

- sim
- não

É fumante?

- sim
- não

Faz uso de bebida alcoólica?

- sim
- não

Qual a freqüência do uso de bebida alcoólica?

- todos os dias somente nos finais de semana
 somente em festas sociais três vezes por semana

Faz atividade física?

- sim não

Participa de algum grupo da 3ª idade?

- sim não

É aposentado?

- sim não

Vive somente da sua aposentadoria?

- sim não

Recebe ajuda financeira de alguém?

- sim não

3 PERFIL SAÚDE FÍSICA E MENTAL:

Sono:

- dorme bem não dorme bem

Tem hábito de tomar vacina?

- sim não

Tem algum problema de saúde?

- sim não

Qual?

- Diabetes Osteoporose
 Hipertensão Osteoartrose
 Mal de Parkinson Outro
 Alzheimer

Toma algum medicamento?

() sim () não

Prescrito pelo médico?

() sim () não

4 PERFIL PSICO-SOCIAL

Você se sente bem com a sua idade?

() sim () não

Você se acha produtivo(a)?

() sim () não

Você se sente acolhido pela sua família?

() sim () não

Mesmo estando com outras pessoas você se sente sozinho?

() sim () não

Você sofre ou já sofreu situações de constrangimento?

() sim () não

De que tipo?

() físico

() verbal

() financeiro

() transporte coletivo

() serviço público

() serviço privado

() outros

Em sua família você participa das tomadas de decisões?

() sim () não

Recebe visita da família ou de outras pessoas?

() sim () não

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer N.º 35/07

Pesquisador(a) Responsável: **Jacira do nascimento Serra**

Equipe executora: **Jacira do nascimento Serra, Ana Paula Pinheiro Saraiva, Conceição de Fátima Pereira Almeida, Lucinda Maria Castro Abreu Freitas, Maria Euridice Marques Cardoso e Rosana de Jesus Correia Mendes**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Especialização - Laboro**

Registro do CEP: **218/06** Processo N.º **33104-188/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde Bezerra de Menezes**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **09.02.2007** o processo N.º **33104-188/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **“Perfil biopsicossocial dos idosos atendidos no Centro de saúde Bezerra de Menezes”**, cujo objetivo geral é **“avaliar o perfil biopsicossocial e econômico, que interfere na vida do idoso que frequenta o Centro de saúde Bezerra de Menezes”**. Na metodologia, Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva. Assim, estando bem fundamentado, tendo importância social e atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo é considerado **APROVADO**

Lembramos a V.S.^a que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em **09/02/2008** e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 09 de fevereiro de 2007..

Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

**LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): Prof^a MSc. Jacira do Nascimento Serra
End.: Av. Beta Q – 20, C – 26, Parque Atenas, São Luís-MA, CEP: 65072-120
Fone: (98) 3246-2985 / (98) 3232-0521
email: jaciraserra@oi.com.br

**PERFIL BIOPSISSOCIAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE
BEZERRA DE MENEZES**

Eu,, abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá avaliar o perfil biopsicossocial dos idosos atendidos no Centro de Saúde Bezerra de Menezes a partir de informações coletadas, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil dos idosos para elaboração de um plano de trabalho visando a melhoria do atendimento dos mesmos. Está garantindo qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido(a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá custo decorrente da minha participação na pesquisa.

São Luís-MA, de de 2006.

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do Participante
ou Responsável

Centro de Saúde Bezerra de Menezes
Rua 02, S/N, São Francisco – São Luis – MA. CEP: 65076-390

ANEXO C – Avaliação geriátrica global

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA	COM FACILIDADE	COM DIFICULDADE	COM AJUDA	NÃO REALIZA
Higiene pessoal	(1)	(2)	(3)	(4)
Higiene oral	(1)	(2)	(3)	(4)
Banho	(1)	(2)	(3)	(4)
Pentear-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Uso de sanitário	(1)	(2)	(3)	(4)
ALIMENTAÇÃO	(1)	(2)	(3)	(4)
Alimenta-se sozinho	(1)	(2)	(3)	(4)
Serve-se sozinho	(1)	(2)	(3)	(4)
VESTUÁRIO	(1)	(2)	(3)	(4)
Veste-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Despe-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Calça sapatos	(1)	(2)	(3)	(4)
MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO	(1)	(2)	(3)	(4)
Caminha	(1)	(2)	(3)	(4)
Sobe e desce escadas	(1)	(2)	(3)	(4)
Deita-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Levanta-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Senta-se	(1)	(2)	(3)	(4)
Passa da cama para a cadeira	(1)	(2)	(3)	(4)
Anda pela casa	(1)	(2)	(3)	(4)

Fonte: Freitas (1996)