



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA  
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPOS PAULO FREIRE MESTRADO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA-BAHIA**

Teixeira de Freitas/BA

2019

GLAUCIELE DO AMARAL SOUZA

**PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF), para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lina Rodrigues de Faria

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Teixeira de Freitas/BA

2019

Glauciele do Amaral Souza

**PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE ALCobaça-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF), para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lina Rodrigues de Faria  
Coorientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Banca Examinadora

---

Dr.<sup>a</sup> Lina Rodrigues de Faria

---

Dr.<sup>a</sup> Jane Mary de Medeiros Guimarães

---

Dr. Luiz Augusto Facchini

Apresentado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Conceito:

Teixeira de Freitas – BA

2019

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

S729p Souza, Glauciele do Amaral  
Percepção sobre condições de vida, saúde e processo de  
envelhecimento dos idosos residentes em uma comunidade rural no  
município de Alcobaça – Bahia. / Glauciele do Amaral Souza. – Teixeira  
de Freitas, 2019.  
43 p.

Orientadora: Lina Rodrigues de Faria  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

1. Envelhecimento. 2. Área Rural. 3. Qualidade de Vida. I. Faria, Lina  
Rodrigues de. II. Título.

CDD: 305.26

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meus pais, meus exemplos de vida e perseverança, nunca medindo esforços em auxiliar na minha formação pessoal e profissional.

Dedico ao meu esposo, meu companheiro de todas as horas. Sempre presente, paciente e zeloso, me incentivando e cuidando de mim.

Aos meus familiares, em especial meus avós (Carlito e Francisca) e minha sogra (Irma), também exemplos de vida e superação.

Dedico aos professores, em especial minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lina Rodrigues de Faria, pela dedicação e ensinamentos.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelo dom da vida;

Agradeço aos meus pais e irmãos pelo amor, apoio e incentivo em toda minha trajetória de vida;

Agradeço ao meu esposo pelo amor, paciência, cuidado e companheirismo nessa caminhada. Sem você, tudo seria mais difícil;

Agradeço à minha igreja querida, pela presença constante e pelo sustento por meio das orações;

Agradeço à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lina Rodrigues de Faria que me acolheu, orientou e ensinou durante toda a trajetória. Obrigada pelo aprendizado, empenho e paciência;

Agradeço aos meus colegas discentes do PROFSAUDE pela partilha de conhecimentos e pelos incentivos constantes nessa trajetória do mestrado;

Aos meus amigos que estiveram comigo durante todo o processo me incentivando e auxiliando. Vocês foram fonte de apoio nessa trajetória;

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça, em nome da Coordenadora da Atenção Básica Ravena Dantas e à Equipe de Saúde da Família do São José, pelo apoio e incentivo na realização do estudo.

## RESUMO

O Brasil e vários países do mundo têm experimentado mudanças em sua estrutura demográfica e, também, na percepção que os idosos têm sobre o envelhecimento, a velhice e a qualidade de vida. Importante ressaltar que o processo de envelhecimento tem suas peculiaridades e sofre influências diversas, em que estas permeiam os conceitos e debates sobre o tema. Estudos apontam que o ambiente que o idoso reside é fator determinante para tais percepções e, embora a maioria da população idosa no Brasil resida na área urbana, tem-se a preocupação com o processo de envelhecimento na zona rural. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi entender as percepções sociais da população idosa, residente da zona rural, sobre o processo de envelhecimento, suas vivências e experiências na comunidade e o entendimento sobre o processo saúde/doença/cuidado. O cenário da pesquisa foi o município de Alcobaca, localizado no extremo sul da Bahia, que possui 50% de sua população residente em área rural. A abordagem do presente estudo foi quali-quantitativo e seguiu um modelo metodológico descritivo e exploratório. Foram realizadas 11 entrevistas, seguindo um roteiro de perguntas abertas e fechadas, e aplicação de questionário sobre qualidade de vida da OMS. Os resultados indicaram como faixa etária predominante entre 60-69 anos de idade (45,5%), pertencentes ao gênero feminino (72,2%) e 54,5% casados. A maioria dos entrevistados é aposentada (91%), com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, mas se mantém ativa por meio das tarefas domésticas e das atividades na agricultura familiar. Os resultados mostram a influência da religiosidade, das relações familiares e sociais no contexto rural e a forte ligação com o bem-estar físico e emocional e com a qualidade de vida. A manutenção das atividades laborativas se apresenta como práticas positivas e comuns aos idosos, perfazendo um sentimento de pertencimento no seu local de moradia. Diante dos dados coletados, buscou-se descrever um cenário de cuidado e vivência destes idosos, visando entender o sentido da velhice no meio rural, privilegiando a percepção do idoso sobre condições de saúde e envelhecimento, com base nos modos de vida e suas subjetividades.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Área Rural. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Brazil and some countries of the world are experiencing changes in demographic structure as well as in regards to the perception that the elderly people have about aging, old age and quality of life. It is important to point out that the aging process has its peculiarities and suffers various influences that permeate the concepts and debates on the theme. Studies show that the environment where the elderly live is a determining factor for such perceptions and, although the majority of the elderly population in Brazil resides in the urban area, there is concern about the aging process in the rural area. Having said that, this study aims to understand the social perceptions of elderly population living in the rural area, aging process, experiences of life in community, and the understanding about the health / illness / care process. The research scenario was the municipality of Alcobaça, located in the extreme south of Bahia, which has 50% of its population living in rural areas. The approach of the study was both qualitative and quantitative, followed by a descriptive and exploratory methodological model. Eleven interviews were conducted, following a script of open and closed questions, and a quality of life questionnaire by OMS. The results indicated that the predominant age group was between 60-69 years of age (45.5%) and women (72.2%) and 54.5% were married. Most of the interviewees are retired (91%), with a monthly income of 1 to 2 minimum wages, but remain active through domestic duties and family farming activities. The results have shown that religiosity, family and social relations in rural areas have strong connection with emotional well-being and quality of life. The routine of work activities are felt as positive practices and common to the elderly people, as well as bringing a sense of belonging in their place of residence. As per the data collected, it sought to describe the scenario of care and life of these elderly people, aiming to understand the meaning of old age in the rural environment, focusing in elderly's perception of health and aging conditions, based on the ways of life and their subjectivities.

Keywords: Aging. Rural área. Quality of life.



## RESUMEM

El Brasil y varios países del mundo han pasado por cambios en su estructura demográfica así como en la visión que los ancianos tienen sobre el envejecimiento, la vejez y la calidad de vida. Importante resaltar que el proceso de envejecimiento tiene sus peculiaridades y sufre influencias diversas que atraviesan los conceptos y debates sobre el tema. Estudios indican que el ambiente donde el anciano reside es factor determinante para esas percepciones, e aunque la mayoría de la población anciana del país, reside en área urbana, existe la preocupación con el envejecimiento en la zona rural. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue entender las percepciones sociales de la población anciana de la zona rural, sobre el proceso de envejecimiento, sus vivencias y experiencias en la comunidad y el entendimiento sobre el proceso salud/enfermedad/cuidado. El escenario de la investigación fue el municipio de Alcobaça, localizado en el Extremo Sur de Bahia, con 50% de su población residente en área rural. El abordaje del presente estudio fue cualitativo-cuantitativo y siguió un modelo metodológico descriptivo y exploratório. Fueron realizadas 11 entrevistas a través de un itinerario de preguntas abiertas y cerradas y aplicación de cuestionario sobre calidad de vida de la OMS. Los resultados indicaron la edad promedio entre 60-69 años (45,5%), pertenecientes al género femenino (72,2%) y 54,5% casados. La mayoría de entrevistados eran jubilado (91%), con ingreso mensual de 1 a 2 sueldos mínimos, y que se mantiene activa por medio de las tareas domésticas y de las actividades en la agricultura familiar. Los resultados muestran la influencia de la religiosidad, de las relaciones familiares y sociales en el contexto rural, y la fuerte conexión con el bienestar físico y emocional y con la calidad de vida. El mantenimiento de las actividades laborales se presenta como prácticas positivas y comunes a los ancianos, constituyendo un sentimiento de pertenencia al local donde radican. Frente a los datos colectados, se buscó describir un escenario de cuidado y vivencia de estos ancianos, buscando entender el sentido de la vejez en el medio rural, privilegiando la percepción del anciano sobre condiciones de salud y envejecimiento, con base en los modos de vida y sus subjetividades.

Palabras clave: Envejecimiento. Área rural. Calidad de vida.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente, Dendograma com Distribuição de Corpus em Classes. ....	41
Figura 2 - Dendograma Dividindo Classes em Nuvens de Palavras. ....	41
Figura 3 - Análise de Similitude Entre as Palavras. ....	42
Figura 4 - Nuvem de Palavras. ....	43

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Aspectos Sociodemográficos dos idosos entrevistados do Distrito de Alcobaça/BA. .....	38
Tabela 2 - Análise de Frequência de Fatores do Questionário de Qualidade de Vida. ....	44
Tabela 3 - Correlação de Spearman dos Fatores do Questionário de Qualidade de Vida. ....	45

## LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
BA	-	Bahia
Caps	-	Centro de Atenção Psicossocial
Cenac	-	Centro de Análises Clínicas
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
Cepal	-	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe GSE – Laboratório de Análises Clínicas Ltda
dT	-	Difteria e tétano
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
GSE	-	Laboratório de Análises Clínicas
Ibge	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Iramuteq	-	<i>Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires</i>
Nasf	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NU	-	Nações Unidas
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
Opas	-	Organização Pan-Americana da Saúde
Pnad	-	Política Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	-	Política Nacional do Idoso
Profsaude	-	Mestrado Profissional em Saúde da Família
PSF	-	Programa de Saúde da Família
Samu	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	-	Sistema Único de Saúde
Tcle	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	-	Unidade de Contexto Elementar
UCI	-	Unidade de Contexto Inicial
Ufsb	-	Universidade Federal do Sul da Bahia
UPA	-	Unidade de Pronto-Atendimento
Whoqol	-	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	15
2.2	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....	18
2.3	ENVELHECIMENTO RURAL.....	21
2.4	UM BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA – BAHIA.....	26
2.5	O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA SAÚDE DO IDOSO.....	30
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1	ANÁLISE QUALITATIVA.....	39
4.1.1	Análise de Conteúdo de Bardin.....	39
4.1.2	Análise Qualitativa de Dados Textuais – Utilização do <i>Software</i> IRAMUTEQ.....	40
4.1.2.1	Análise Hierárquica Descendente.....	40
4.1.2.2	Análise de Similitude Entre as Palavras.....	42
4.1.2.3	Nuvem de Palavras.....	43
4.2	ANÁLISE QUANTITATIVA.....	44
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO-<i>WHOQOL – OLD</i>.....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>72</b>
	<b>ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O prolongamento da expectativa de vida das populações tem gerado modificações não apenas no perfil demográfico no mundo, mas também, na percepção da pessoa em relação à velhice, à saúde, à doença, à finitude e suas relações com o processo de envelhecimento (BEZERRA, 2012).

As representações sociais e percepções sobre o envelhecimento se diferenciam, sob vários aspectos, entre os países. As sociedades compreendem o envelhecimento em múltiplas dimensões e cuidam de seus idosos de acordo com as especificidades culturais, sociais e biológicas. Muitos países latino-americanos “guardam uma configuração social em que a comunidade ou os laços de solidariedade de forte base familiar, ainda têm seu lugar”. Os processos do envelhecer em sociedades mais “jovens” como a brasileira mantêm características semelhantes, mas sob vários aspectos se distanciam dos cenários de países da Europa (FARIA; CASTRO SANTOS; PATIÑO, 2017, p. 2).

A velhice é considerada uma fase do ciclo de vida com mudanças significativas do ponto de vista fisiológico, psicológico, das relações sociais e, também, de mudanças da imagem corporal. Essa imagem pode sofrer distorções por comprometimentos patológicos e/ou distúrbios da motivação e movimento, mas também pela visão negativa em relação ao processo de envelhecimento, baseada na premissa de que envelhecer gera dependência, perdas e incapacidades funcionais.

Os significados das representações sociais no processo de envelhecimento direcionam comportamentos e caracterizam identidades pessoais e sociais. Neste sentido, Faria e Castro Santos (2016, p. 21) consideram que “para tantos indivíduos, as imagens negativas da velhice se apresentam como um declínio geral e irreversível do ser/estar no mundo”, principalmente no que tange às incapacidades funcionais e às doenças crônicas. São situações, segundo os autores, que interferem no dia-a-dia do idoso, que precisa aprender a lidar com as perdas sofridas ao longo de sua vida. As imagens e as percepções sobre o envelhecimento passam por estágios diferentes e “são apreendidas socialmente, conforme a prática específica de cada grupo, com atitudes de respeito, medo, solenidade, reverência, descaso, vergonha e/ou violência” (FARIA; CASTRO SANTOS; PATIÑO, 2017, p. 2).

A questão do idoso carece cada vez mais de visibilidade e as demandas sociais e em saúde têm crescido com a mudança etária da população. A Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental no processo de cuidado da população idosa. A aproximação pelo profissional de saúde, do ambiente onde o idoso está inserido, sua família e sua rede de

suporte social, deverão ser conhecidos e analisados para a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Além disso, este profissional deve buscar conhecimento sobre as especificidades dessa faixa etária objetivando ações que gerem cuidado integral e interdisciplinar mais efetivo e benefícios à saúde e às condições de vida desses indivíduos.

Considerando a diversidade do processo e conceituação do envelhecimento, é importante refletir sobre o significado de ser idoso por meio de relatos que auxiliem a compreensão dessa dimensão do ponto de vista do próprio idoso, familiares, vizinhos e amigos, que compartilham, muitas vezes, espaços sociais, de moradia e de trabalho. Sobre o contexto dos idosos do meio rural em Alcobaça, Bahia, buscou-se conhecer os significados atribuídos à velhice e a experiência de envelhecer para idosos do local. O desejo de conhecer e refletir sobre a percepção dos idosos vislumbra-se na tentativa de melhorar o cuidado e planejar ações de cuidar à essa parcela populacional.

A motivação para realização da pesquisa tem relação com o trabalho realizado nos últimos anos no cuidado de idosos, tanto na atenção primária quanto no setor privado. Especificamente há dois anos, como médica de família em um município com metade de sua população residente em área rural, convivo com a realidade dos idosos desta comunidade, o que motivou a questionar sobre como é percebido o processo de envelhecimento neste espaço, levando em consideração aspectos de suas vivências, valores pessoais e perspectivas sobre a vida e a velhice.

Neste sentido, o estudo busca entender o contexto social e de saúde na qual vivem esses idosos e a percepção do que é ser idoso no contexto rural, com base nos modos de vida e subjetividades, considerando principalmente as representações sociais do envelhecimento em torno de um espaço de pertencimento e de identidade, que é o espaço onde essa população habita. Assim, com o objetivo de entender esse processo, além das relações dos idosos com seus familiares, com a comunidade e o com o trabalho, o estudo foi norteado pela questão: O que é ser idoso no contexto rural?

O estudo teve como objetivos conhecer as percepções sociais da população idosa, residente na área rural, sobre o processo de envelhecimento, suas vivências e experiências em uma comunidade rural de São José, do município de Alcobaça. Além disso, buscou-se promover a discussão e análise crítica acerca do processo de envelhecimento e o impacto sobre as condições de vida a partir do contexto social, familiar e cultural desses idosos e compreender o que é ser idoso no contexto rural.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Brasil e vários países no mundo têm vivenciado o processo de envelhecimento populacional. Países como Portugal e Itália experimentam essas transformações de maneira mais estruturada, com a expansão da organização social equiparada ao processo de envelhecimento. Contudo, em países como a Índia, Chile, México e Brasil essa estruturação ocorre de forma menos acelerada, adequando as políticas públicas e as necessidades e demandas inerentes à esta faixa etária (JACKSON, STRAUSS E HOWE, 2009, p. 34-46).

O envelhecimento é considerado um processo dinâmico e sofre influência direta entre os aspectos socioculturais, políticos, econômicos e a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. O envelhecimento populacional, com aumento da expectativa de vida, vem sendo acompanhado pela queda da fecundidade e da mortalidade em vários países, inclusive no Brasil (Brasil, 2006, p. 9).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), envelhecimento é um “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. (BRASIL, 2006, p. 8)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2025 a população idosa na Europa será em torno de 28%, na América do Norte em torno de 23% e na Ásia, América Latina, Caribe e Oceania de 18%, e que o número de pessoas com 60 anos ou mais supere o de crianças até cinco anos de idade. Importante ressaltar que em alguns países na Europa como, Itália, Alemanha e Portugal, em 2015, o índice de envelhecimento foi de 159,5%, 159,4% e 143,9% respectivamente. Esses três países estão entre os que apresentam maior população idosa em crescimento (PORTODATA, 2015).

A América Latina e o Caribe registram um aumento significativo no número de idosos. Em 2009, o Relatório das Nações Unidas estimava que a população idosa nestas regiões, passaria de 60 milhões em 2025 para 83,7 milhões em 2050 (NU, CEPAL, 2009, p 13). Os países que apresentavam processo de envelhecimento mais avançado eram Uruguai, Cuba e Chile. (NU, CEPAL, 2009, p. 14). No Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guiana, México, Panamá, Peru e Venezuela o índice de envelhecimento, segundo



os dados das Nações Unidas, variava entre 20% e 32%, um aumento “moderado” de envelhecimento (NU; CEPAL, 2009, p. 17).

Em decorrência aos avanços tecnológicos, médicos e da ciência, as pessoas tem vivido mais e desfrutam da manutenção da saúde. Em 2017, o Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS; OMS, 2017, p.14), mostra que a expectativa de vida nas Américas aumentou para 75 anos e que:

As doenças não transmissíveis – como as cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes – permanecem na vanguarda das principais causas de morte nessa região. Quatro a cada cinco mortes por ano são provocadas por um desses problemas de saúde. A expectativa da OPAS é de que, nas próximas décadas, haja um aumento nesse número, como consequência do crescimento populacional, envelhecimento, urbanização e exposição a diferentes fatores de risco. (OPAS; OMS, 2017, p. 22).

À semelhança do que vem ocorrendo nos países da Europa e Estados Unidos, o Brasil registra crescente aumento no número de pessoas idosas, e, conseqüentemente, dos problemas relacionados à idade avançada. Cabe destacar que, nos últimos 20 anos o número de idosos quase triplicou no país. No início da década de 1990 havia 10,7 milhões de idosos e em 2016 chegam a 29,6 milhões, com o país envelhecendo a passos largos (IBGE, 2017). Ainda de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação relativa do grupo de 60 anos ou mais passará de 13,8% em 2020, para 33,7% em 2060. As projeções estatísticas apontam, portanto, que o Brasil será a sexta maior população de idosos no mundo, com mais de 33 milhões de pessoas idosas, representando 16% da população brasileira. O Brasil experimenta um processo de transição demográfica que altera de modo significativo seu perfil epidemiológico com o envelhecimento da população, resultado do aumento da expectativa de vida e a notável redução da taxa de natalidade.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo IBGE indicava, em 2009, cerca de 21 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 11,3% do total da população. Destes, 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões na área rural. Em 2013, a tendência de envelhecimento do país continuava crescente, com as regiões Sul e Sudeste liderando em número de idosos (IBGE, 2013).

Na região Nordeste, a Bahia é hoje o 7º estado em aumento da população idosa, com mais de 02 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais. A expectativa é que, até 2030, conforme os dados do IBGE, a população idosa da Bahia chegue a 03 milhões (IBGE, 2017). Importante destacar que, em um ano, o crescimento da população idosa da Bahia foi de 6,8%, índice maior que a média nacional que foi de 3,7%. O contingente de pessoas idosas de 60 anos ou mais no Estado passou de 1,9 milhões em 2015 para pouco mais de 02 milhões de pessoas em 2016, reforçando a necessidade de discussão sobre o envelhecimento e suas

implicações do ponto de vista social, cultural, econômico e das políticas públicas de saúde para o atendimento a esta população. Em Alcobaça, local de interesse da pesquisa, a população estimada, segundo dados do IBGE, é de 23.376 habitantes, sendo aproximadamente 15% de pessoas com sessenta anos e mais. Ainda de acordo com os dados, 48% da população total de Alcobaça residem em área rural (IBGE, 2017).

Importante ressaltar que desde a década de 1990, o Brasil organiza-se para responder as crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso são as principais leis vigentes no Brasil de proteção à pessoa idosa. A PNI, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura aos idosos direitos sociais e cria condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de políticas públicas, serviços e programas, cabendo ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade no cumprimento desses direitos (BRASIL, 1994; ALCÂNTARA, 2016, p. 360; GIACOMIN E MAIO, 2016, p. 137).

Em 2003, o Estatuto do Idoso prioriza o direito à saúde por meio do cumprimento de algumas medidas como atendimento preferencial em órgãos públicos e privados, preferência na formulação e cumprimento de políticas sociais, capacitação dos profissionais de saúde para gerenciar e executar medidas em saúde específicas desta faixa etária e a destinação de recursos públicos (BRASIL, 1994; ALCÂNTARA, 2016, p. 359-360; SILVA, 2010).

Em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa busca garantir a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ou recuperando a autonomia, a capacidade funcional e a independência dos idosos através de ações coletivas e individuais de saúde. Além disso, tem como diretrizes o estímulo a atividades intersetoriais, visando à integralidade e qualidade à atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006, p.10).

Apesar da discussão sobre o envelhecimento nos últimos anos, as condições socioeconômicas precárias, vivenciadas por grande parte da população idosa no país, reproduzem desigualdade no acesso à direitos e proteção social. Para além do sistema de proteção social precário, a maioria dos idosos do país também compartilha de situação de baixa renda, nível de escolaridade baixo e pior de condição de saúde, evidenciando e acentuando as vulnerabilidades dessa população. Além disso, devido à condição econômica desfavorável, parte dos idosos mantem sua atividade laborativa para custeio das necessidades familiares, uma vez que muitos deles são os principais mantenedores de suas famílias (MANTOVANI, 2015, p.30).

O Brasil também passa pelo processo de feminização da velhice. As mulheres idosas constituem a maior parte da população na faixa etária maior ou igual a 60 anos e possuem maior probabilidade de permanecerem mais tempo na viuvez e isolamento social. Elas possuem menores rendimentos financeiros, mais doenças crônicas e incapacidades em comparação à população masculina (MANTOVANI, 2015, p.31)

Apesar da maioria da população idosa no Brasil residir na zona urbana, de acordo com os dados do IBGE de 2016, tem-se a preocupação com o processo de envelhecimento na zona rural, local de residência de mais de 15% dos idosos brasileiros (IBGE, 2016). As diferenças entre as zonas urbana e rural, em especial no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, podem interferir na saúde e na qualidade de vida dos idosos. Também verifica-se a influência do contexto social, cultural e das relações familiares no processo de envelhecimento, na saúde e na percepção que o idoso tem de si mesmo.

## 2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

Segundo dados do Relatório Mundial sobre envelhecimento (OMS, 2015, p. 7), o processo de envelhecimento reflete alterações de origem biológica, antropológica, social e cultural, devendo ser “entendida como uma etapa do curso da vida na qual, em decorrência da avançada idade cronológica, ocorre modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social” (FREITAS E COLABORADORES, 2010).

O envelhecimento é complexo não apenas em sua conceituação. Ele se apresenta distinto nas diferentes culturas, no tempo e no espaço, redefinindo-se mediante as trajetórias construídas individual e coletivamente; tendo singularidades de acordo com a classe social e as condições socioeconômicas. Dessa forma, poderá se apresentar e repercutir na vida deste idoso de diferentes maneiras (MOREIRA E NOGUEIRA, 2008).

A percepção de envelhecimento como sinônimo de incapacidade e dependência vem perdendo espaço para a percepção da velhice como um processo irreversível e merecedor de discussões sobre a velhice (AREOSA e FREITAS, 2018). É fato que as perdas, inerentes ao envelhecimento, possuem relação com a idade cronológica do indivíduo. As necessidades e capacidades estão relacionadas a eventos, na maioria das vezes modificáveis, interferindo no cotidiano das pessoas idosas. A diversidade de capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o ciclo da vida.

Nesse aspecto, o entendimento da velhice, considerando puramente o aspecto biológico, não é suficiente para exprimir a percepção que o idoso tem de si, de sua vida e de seu processo de envelhecimento, sendo necessária ampla avaliação não apenas individual, mas também coletiva sobre os valores e práticas, que caracterizam as representações sociais e a percepção do indivíduo sobre o envelhecimento. Faria e Castro Santos (2016, p.27; apud Moscovici, 1981) apontam para os significados que as representações sociais têm no processo de envelhecimento, entendendo que o meio onde o indivíduo está inserido, o compartilhar das características dessa comunidade, os aspectos culturais e os recursos sociais disponíveis direcionam comportamentos e caracterizam as identidades pessoais e sociais.

As representações sociais são importantes para compreender os significados e os sentidos que influenciam e são evidenciados com o envelhecimento, tendo como principal ator o indivíduo. Para além de uma questão individual, as representações sociais “são resultado do processo de socialização, de forma que estão estreitamente relacionados à identidade coletiva” (AREOSA e FREITAS, 2018).

Segundo estudo de Areosa e Freitas (2018), muitos idosos residentes em área rural percebem o envelhecimento como processo inevitável da vida e que deve ser vivenciado da melhor maneira possível. Mesmo para aqueles que “encaram” com pessimismo esta fase, em função das perdas funcionais, sociais e cognitivas - inerentes ao processo de envelhecimento - procuram ressignificar o que entendem como negativo por meio da socialização e convívio com familiares e amigos, compensando as dificuldades vivenciadas nesta fase da vida.

O mesmo estudo também revela as dificuldades do processo de envelhecimento. Os idosos identificam, entre outros fatores, que as perdas da força laboral e dores no corpo causadas pelos serviços pesados da agricultura, interferem na rotina do dia a dia na comunidade, uma vez que a manutenção do trabalho é natural e valorizada na área rural, mesmo em idades avançadas. Essa dicotomia pode favorecer, segundo os autores, um sentimento de não pertencimento ao lugar e dificuldades de integração do idoso no ambiente rural (AREOSA e FREITAS, 2018).

Outros estudos apontam que a percepção da aparência física “desgastada” também se relaciona às dificuldades observadas nessa fase da vida, contudo, por vezes, não se conectam com a vitalidade das funções cognitivas. Muitos se percebem com o corpo envelhecido, porém, ativos em sua memória e cognição (MOTTA, 2002, p.37; AREOSA e FREITAS, 2018). Com isso, pode-se entender que as representações são variadas e tem íntima relação de conexão consigo mesmo e com o meio social onde ele se insere.

Outra categoria da representação social sobre o envelhecimento tem relação com a percepção entre a visão do cuidador e do próprio idoso. Em seu estudo, Uchôa e colaboradores (2002, p. 29) revelam que a imagem desenhada da velhice pelos “informantes-chaves” relaciona a inutilidade, dependência, carência afetiva e econômica, deterioração da saúde e desamparo como elementos que marcam esta fase. Em resposta às entrevistas com idosas, o mesmo estudo revela que nenhuma das entrevistadas faz referência à velhice como uma fase composta apenas por aspectos negativos. Estas idosas identificam que há perdas e limitações, porém não são consequências específicas do envelhecimento. Há diferentes elementos como as doenças, o suporte familiar e/ou comunitário e, até mesmo o aspecto financeiro que são os determinantes no processo de perdas e transtornos da vida. A capacidade de se adequar às limitações e superar eventos dolorosos fundamenta uma avaliação positiva sobre o envelhecimento e pode ser mediado por diferentes elementos do contexto social e cultural.

Nota-se, neste estudo, uma discrepância entre a percepção que os cuidadores e os idosos têm sobre a velhice. Essa relação de significados remete à discussão sobre a própria “definição cultural” da velhice, percebendo esta etapa da vida como sendo algo “danosa” e “debilitante” que reforçam a ideia de perda (UCHÔA e COLABORADORES, 2002, p. 32). Dessa forma, a avaliação da percepção que o idoso tem sobre si e sobre o envelhecimento vai além do olhar do outro.

Outro ponto de discussão sobre o envelhecimento é a negação do processo inevitável, desconsiderando aspectos inerentes a esta fase, onde a tecnociência e as inovações científicas reorientam o imaginário social para o envelhecimento com base no culto ao corpo e ao rejuvenescimento como sinônimo de estar “socialmente” vivo, em oposição direta ao idoso dependente e deteriorado. As culturas ocidentais reforçam a disparidade que há entre a desvalorização do “idoso improdutivo” e supervalorizam e exaltam a juventude; nas culturas não ocidentais correlacionam a velhice ao amadurecimento e valorização social (UCHÔA, 2003; MOREIRA E NOGUEIRA, 2008).

Os autores apontam para a nova imagem do idoso modificada ou corrigida pelas biotecnologias e pelas relações sociais do consumo, responsabilizando o “prolongamento de suas vidas sob um discurso midiático de reinserção dos idosos nos espaços sociais e reprodutivos”, reproduzindo o estranhamento frente ao paradigma de um “idoso saudável” desejável e requerido pela sociedade e o idoso real com suas histórias, debilidades e declínio da capacidade funcional. Enfatiza-se assim a discrepância entre diferentes possibilidades de envelhecer e priorizam-se as deficiências a serem corrigidas (NONATO e SASSAKI, 2017).

As representações sociais sobre o envelhecimento também se distinguem entre homens e mulheres (FIGUEIREDO E COLABORADORES, 2007, p. 423-425). No estudo, os autores apontam as desigualdades sociais, econômicas e políticas existentes entre os sexos. Entendem ser a constituição de gênero “construções resultantes das relações sociais, ou seja, das relações entre as pessoas e delas com a Natureza, no desenvolvimento de cada sociedade”, destacando a influência que as questões de gênero estabelecem, envolvendo diferentes papéis construídos socialmente, determinando a identidade e a representação de como deve ser o idoso, dependendo do gênero estabelecido.

Outra forma de representar o envelhecimento remete à manutenção ou não do nível de atividade. O estudo de Brito e colaboradores (2017) mostra a dicotomia entre os dois extremos: a manutenção da atividade como ponto fator preponderante para a percepção de envelhecimento “saudável” e, as perdas físicas, que geram graus variados de inatividade e dependência como representação negativa da velhice, com depreciação deste processo.

O mesmo estudo (BRITO E COLABORADORES, 2017) também faz menção à importância da família como rede de suporte e ajuda. Essa relação com os familiares é central na vida destes idosos entrevistados e constitui fator determinante para percepção positiva da velhice.

Diante da variedade de análises e das múltiplas representações sociais sobre o envelhecimento e o “sentido da velhice” para os idosos, além dos aspectos culturais, busca-se uma reflexão sobre a percepção que o idoso tem sobre si e sobre a velhice, por meio da valorização do discurso dos idosos sobre o processo e sua representatividade nesta fase marcada por diversas influências e significados, a fim de contribuir para o enfrentamento das perdas e qualificação nas práticas de cuidados em saúde.

### 2.3 ENVELHECIMENTO RURAL

Os conceitos de velhice e envelhecimento são entendidos como construções sociais e variam segundo as culturas, hábitos, crenças de uma comunidade tendo importantes implicações para a análise de uma região heterogênea como uma área rural (MORAIS E COLABORADORES, 2008).

Um fato que tem sido base para estudos é o ambiente onde o idoso reside. Porém, percebe-se que ainda há necessidade de realização de estudos que ampliem o conhecimento

sobre esta temática, especialmente, em ambientes rurais, comparados à área urbana, para atender de forma mais igualitária às demandas e necessidades desses idosos.

A classificação e caracterização dos espaços rurais no Brasil se estabelecem a partir de critérios definidos e comuns ao território Nacional. Classificação territorial necessita de abordagens multidimensionais, considerando a heterogeneidade e complexidade das manifestações sócio espaciais presentes no Brasil. A divisão territorial para diferenciação entre espaços urbanos e rurais tem como marco legal o Decreto-lei n. 311 de 02.03.1938. A classificação entre a dimensão do ambiente rural e urbano pode se dar de diversas formas. Podem ser atribuídas às práticas de atividades econômicas e sociais; delimitação político-administrativa; número populacional; ocupação econômica da população e/ ou modos de vida (IBGE, 2017, p. 13).

De acordo com os dados do IBGE, na delimitação administrativa, a área rural indica a dinâmica de ocupação ou imobiliária local. A categorização da densidade demográfica relaciona no número de habitantes por determinada área. A ocupação econômica diz respeito às atividades econômicas, sendo a área rural delimitada por atividades de predominância das atividades primárias, ou seja, atividades agropecuárias (IBGE, 2017, p. 13).

Diante dessa variedade de discussão classificatória, o IBGE define municípios rurais como sendo aqueles que possuem população entre 3.000 e 50.000 habitantes em área de ocupação densa, com grau de urbanização abaixo de 75% (IBGE, 2017, p. 59).

Nesta diferenciação entre os espaços rurais e urbanos, tendemos a pensar apenas na causalidade gerada pelos processos de migrações que ocorrem. Contudo, outros fatores estão relacionados para caracterização dos modos de vida nestes espaços, sendo interceptados pelas ligações urbano-rurais, representadas pela dinâmica da relação entre pessoas, bens e serviços, trabalho, recursos naturais, tecnologia e informação, promovendo conexão entre esses espaços (IBGE, 2017, pg. 9).

O fluxo migratório que ocorre entre o espaço rural e urbano consiste na migração de pessoas jovens em busca de melhores oportunidades de trabalho e estudo e é a principal causa das implicações negativas às condições de saúde e socioeconômicas para os idosos. Na região rural, causa o enfraquecimento da rede de suporte familiar. Em contrapartida, na área urbana, acentua o conglomerado populacional, favorecendo a condição de vida extremamente adversa ao envelhecimento saudável e com qualidade de vida (CABRAL E COLABORADORE, 2010).

A falta de saneamento básico, habitação, transporte públicos, a superlotação habitacional e a escassez de recursos vivenciada pelos moradores da área urbana têm trazido à

discussão a valorização do campo e suas vivências em estudos, intensificando pesquisas sobre os modos de vida na área rural (HESPANHOL, 2013). Neste sentido, o processo de envelhecimento nos diferentes locais de moradia evidencia distinção na percepção acerca do envelhecimento e a influência que as vivências rurais exercem no cotidiano dos idosos.

Estudo de Cabral e colaboradores (2010) comparam condições de ambiente e de saúde de idosos que residem em áreas urbana e rural de município do Nordeste brasileiro e indica que, nos espaços urbanos há predominância de mulheres e, 83,3% dos entrevistados provenientes da área rural. Na meio rural, ao contrário, o número de homens e mulheres é muito próximo.

Ainda segundo Cabral e colaboradores, a maioria dos idosos que reside tanto na área urbana quanto na área rural, normalmente, mora com familiares. Os que moram sozinhos são em maior número na área urbana, com menor suporte familiar no domicílio. Outro aspecto a ser considerado neste caso é o estado de viuvez na área rural. Alguns idosos migram para a área urbana como forma de se protegerem do isolamento na área rural, preferindo desfrutar desse processo com maior liberdade em suas escolhas e atividades (CABRAL E COLABORADORES, 2010).

Além disso, há diferenças entre as condições de moradia e saneamento básico entre a área rural e urbana. Na área urbana o abastecimento de água ocorre na maioria das residências (98,7%) sobrepondo os valores encontrados na área rural (46,49%). O destino do lixo na área rural ainda predomina o lixo queimado ou enterrado (30,7%), enquanto na área urbana 98% são coletados. Apesar de haver mais ruas asfaltadas, em comparação ao ambiente rural, a mobilidade urbana ainda é fator de obstáculo, uma vez que a cidade não oferece diversidade nos meios de locomoção adaptados ao idoso, dificultando o acesso aos espaços da cidade (CABRAL E COLABORADORES, 2010).

Segundo Marmé (2015 apud Oliveira, 2011) existem diversos fatores que influenciam a união entre o homem e o território, dentre eles os laços ou vínculos sociais e afetivos. Quando relacionado ao processo de envelhecimento, há várias influências do território para que esse processo se estabeleça e se defina. Quando interligadas às próprias características individuais, de gênero, nível de escolaridade e a idade, confluem para a percepção de envelhecimento e qualidade de vida.

De acordo com a literatura, a população idosa que vive em área rural envelhece a semelhança dos que vivem em área urbana; no entanto, os idosos moradores da área rural possuem características peculiares que podem afetar de forma positiva e/ou negativa a



percepção do envelhecimento, da saúde e da doença (MORAIS E COLABORADORES (2008); BERTUZZI E COLABORADORES, 2012; MARMÉ, 2015).

Segundo Marmé (2015), na área rural predomina forte relação com a natureza e com as atividades domésticas, possuem pouca competitividade econômica e compartilham de fortes laços familiares nas relações de trabalho e sustento. Entre as atividades de lazer, as festividades promovidas pela igreja são predominantes, além das visitas aos vizinhos e familiares.

Morais e colaboradores (2008), em estudo sobre comunidade de idosos residentes em área rural no interior gaúcho, mostram que em outros países da América Latina, como por exemplo, na Colômbia, o fato de pessoas idosas residirem em áreas rurais faz com que suas vulnerabilidades sejam naturalmente acentuadas: problemas de saúde (depressão, estresse, distúrbio mentais); baixa escolaridade; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde escassos; transporte público deficiente.

Estudos recentes compartilham sobre a percepção que idosos residentes em áreas rurais, têm sobre sua própria saúde é, de forma geral, positiva. Os resultados são satisfatórios em relação aos aspectos sociais e de saúde, com número menor de doenças e maior vínculo afetivo com familiares e vizinhos, “fatores que podem estar associados à melhor adaptação desses idosos ao envelhecimento” (TAVARES E COLABORADORES, 2013; WINCKLER E COLABORADORES, 2016: p. 174).

Idosos moradores em áreas rurais tendem a trabalhar por mais tempo, mesmo que tenham possibilidade de receber outros proventos, como aposentadoria e benefícios. Ainda de acordo com a literatura, esta característica é comum em idosos em outros países, como Portugal. Em estudo comparativo entre idosos residentes na área rural e urbana, Tavares e Colaboradores (2014) pontuam que as atividades domiciliares, trabalhos em horta e cuidado de animais domésticos proporcionam condições físicas mais satisfatórias comparadas às dos idosos que residem nas áreas urbanas.

Estudos mostram que muitos idosos são responsáveis pela manutenção da família e se encontram integrados à vida social e familiar. Coabitam e compartilham a residência com os filhos (as) e netos (as). Essa característica é observada tanto entre famílias que residem nas áreas rurais quanto àquelas que residem nas áreas urbanas, contudo, na área rural, a participação dos idosos nas despesas é maior. Em 2000, 35% dos idosos nos municípios com até 20 mil habitantes (municípios que se caracterizam como rurais) contribuía com 30 a 50% do rendimento familiar mensal, enquanto que nos municípios com mais de 500 mil habitantes a contribuição era cerca de 20% (IBGE, 2004; CAMARANO E

COLABORADORES, 2004). Nos dias atuais, os dados indicam que 67,3% dos idosos que vivem em áreas rurais contribuem no orçamento familiar (TAVARES, 2011).

A família é importante fonte de apoio para o idoso residente em área rural. Bertuzzi e colaboradores (2012) identificaram diversos arranjos familiares, com predomínio dos “trigeracionais”, ou seja, idosos, filhos e netos morando na mesma residência. Segundo Camarano e colaboradores (2004, p.138), “o envelhecimento carrega consigo alterações na estrutura familiar, principal fonte de apoio para os idosos”. Isso poderá se dar por meio da co-residência ou ampliação dos núcleos familiares. Dessa forma, tanto os idosos quanto os familiares que coabitam com eles constroem uma relação de responsabilidade mútua, não apenas financeira como de suporte emocional e de cuidado (MISSIO E PORTELLA, 2003; TAVARES E COLABORADORES, 2011; BERTUZZI E COLABORADORES, 2012). O suporte ocorre de diversas formas; como, por exemplo, auxílio no transporte, alimentação, moradia, lazer e diversão. Um papel importante desempenhado por idosos que vivem nas áreas rurais refere-se ao apoio no cuidado das crianças.

Além dos laços familiares, estudos têm demonstrado que nas comunidades rurais os laços de afetividade entre vizinhos e amigos são mais sólidos e contribuem para melhoria da percepção de qualidade de vida. Segundo Tavares e colaboradores (2014), as relações pessoais em comunidades rurais são determinadas por laços de afetividade com mais proximidade entre vizinhos e parentes, proporcionando menos isolamento social.

Ainda segundo os autores, ambos os grupos (idosos residentes de área rural e urbana) avaliam a qualidade de vida positivamente, provavelmente por ser mensurada de maneira subjetiva, dizem os autores, não tendo interferência quanto ao local de residência ou ambiente onde vivem. Contudo, os idosos residentes de área rural estabelecem relações sociais mais duradouras e desenvolvem menos problemas relacionados às alterações funcionais e psicológicas (TAVARES E COLABORADORES, 2014).

As atividades sociais têm papel fundamental para melhoria da percepção de saúde física, emocional e mental no processo de envelhecimento. Em comunidades rurais, muitas dessas atividades são proporcionadas pelas igrejas locais, estabelecendo estreitamento de relacionamentos e convívio entre as pessoas e famílias (TONEZER, 2009; TAVARES E COLABORADORES, 2014). O contexto religioso interfere na concepção que o idoso tem sobre a saúde, o envelhecimento, a vida e a morte influenciando diretamente na sua concepção de qualidade de vida (TONEZER, 2009).

O aumento da expectativa de vida tem forte relação com fatores relacionados às condições sociais dos indivíduos, tais como os hábitos diários: alimentação; condições de

habitação; relações sociais e de trabalho, além dos avanços das pesquisas médicas e políticas públicas de incentivo ao envelhecimento ativo (RAMOS, 2003; MARMÉ, 2015). Estudos vêm chamando a atenção para a importância do envelhecimento saudável e que promova e estimule a qualidade de vida da pessoa idosa.

A Qualidade de Vida, considerada multidimensional e com aspectos positivos e negativos, foi conceituada por um grupo de estudiosos apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2005, p. 12), refletindo assim a construção por meio da ligação direta desse com o meio ambiente, o contexto cultural e social.

Ainda de acordo com a OMS, envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”, ou seja, aumentar a expectativa de vida provendo condições para que as pessoas tenham qualidade de vida podendo assim, de acordo com sua capacidade e suas próprias escolhas (preservando a autonomia do indivíduo), participar ativamente da sociedade, seja no aspecto social, econômico, civil, cultural e familiar (OMS, 2005, p.12). Neste sentido, a abordagem do envelhecimento ativo relaciona-se à manutenção e preservação dos direitos à pessoa idosa da independência, da autonomia, da participação social e da dignidade.

#### 2.4 UM BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE ALCOBAÇA – BAHIA

A região onde se localiza o município de Alcobaca começou a ser ocupada pelos portugueses no ano de 1747 por apresentar seu solo fértil e propício ao plantio. Nessa época, os portugueses Antônio Gomes Pereira e Antônio Mendes, provenientes da cidade medieval de Alcobaca, em Portugal, fizeram seu acampamento às margens do rio Itanhém, surgindo o povoado Arraial de Itanhém. O município se origina da vila Arraial de Itanhém, criada em 12 de novembro de 1772, ao sul da Capitania de Porto Seguro (IBGE, 2016).

Alguns historiadores atribuem o nome Alcobaca a dois moradores da cidade de Alcobaca, localizada em Portugal. Outros fazem referência à junção dos nomes de dois rios da Alcobaca de Portugal: Alcoa e Baça. Outros remetem à lenda onde se encontra o túmulo de Inês, grande paixão de D. Pedro I, no Mosteiro de Santa Maria, em Alcobaca, ponto turístico da região de Portugal.

Uma marca registrada do lugar é a íntima relação que seus moradores têm religiosidade e atividades religiosas. Desde o dia 12 de novembro de 1772, dia da fundação oficial de condição de vila, o padre Pedro Affonso primeiro pároco de Alcobaça desde o ano de 1771, já realizava batismos no local. Pela influência da igreja católica, a população sugeriu como padroeiro da cidade São Bernardo, o “glorioso santo de Carnaval” e foi realizada a primeira missa de Alcobaça. São Bernardo depois foi considerado orago e protetor da cidade. O primeiro vigário foi o padre João Ferreira Vilhaça, assumindo em 1797. A igreja de Alcobaça foi promovida à categoria de igreja perpétua mais ou menos 15 anos depois de sua formação inicial por se caracterizar como igreja firmemente estabelecida. (SAID, 2010, p. 24 e 29). A igreja possui grande influência na vida da população em diversos aspectos, entre eles os nomes de cidadãos alcobacenses batizados com o nome Bernardo ou que possui similaridades (Bernarda, Bernardino...) (SAID, 2010, p.30).

Alcobaça, elevada a condição de cidade em 20 de julho de 1896, com perdas territoriais ao longo do tempo, tem sua dimensão territorial fixada a partir do ano de 1990. (IBGE, 2016). Sua área territorial corresponde a 1.480,686 km<sup>2</sup> e o índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,608.

Apesar de Alcobaça ser elevada à categoria de cidade, ainda se mantém com alguns traços predominantemente rurais (SAID, 2010, p. 148). Além de ser conhecida por suas belas praias visitadas por turistas, Alcobaça tem na agropecuária sua segunda principal fonte de receita tributária. Desde os primeiros anos de sua formação, vários relatos de historiadores já mencionam freguesia (paróquia) como rica em mandioca, coqueiros, madeiras e minério. Durante boa parte do período colonial, Alcobaça teve como seu principal produto de comércio a farinha de mandioca. Em 1862, os principais produtos de exportação eram o café, a farinha de mandioca e o jacarandá. Vinte anos depois a única indústria local eram os engenhos de farinha de mandioca (SAID, 2010, p. 81-83). Atualmente, Alcobaça se destaca na pesca (camarão, lagosta, peixes), na agricultura a produção permanente de plantios de banana, borracha, cacau, café, coco-da-baía, goiaba, laranja, limão, mamão, maracujá, pimenta-do-reino e urucum e na produção agrícola temporária a produção de abacaxi, amendoim, batata-doce, cana-de-açúcar, feijão, mandioca, melancia e milho. Na pecuária predominam o gado bovino, equino, galináceos, ovinos, abelhas e suínos (IBGE, 2006 e 2007; TORRES, 2015) conservando uma característica rural ainda predominante.

Segundo censo demográfico do IBGE de 2010, a população estimada do município para 2017 seria de 23.376 pessoas, sendo que 15% da sua população possui idade acima de 60 anos e 48% de sua população ainda residindo em área rural.

Alcobaça possui 22 estabelecimentos de saúde. 10 unidades de saúde com equipe de saúde da família, além de Unidade de Vigilância em Saúde, unidade móvel terrestre (Samu 192), Centro de Especialidades Odontológicas tipo I (CEO I), Hospital São Bernardo, Centro de Reabilitação Fisioterápica, Laboratório de Análises Clínicas (GSE), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), Farmácia Básica, Centro de Análises Clínicas (CENAC), Central de Regulação e Centro Educacional Infantil Mãe Mita (DATASUS, 2017).

No município de Alcobaça, a porta de entrada para a rede de assistência à saúde são as Unidades com equipes de Estratégia de Saúde da Família, gerenciadores do cuidado do indivíduo e da comunidade de sua área de abrangência. Conta com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, e terapeuta ocupacional. Os casos de urgência e emergência são encaminhados ao hospital do município e, quando necessário, à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no município vizinho (Prado). Os indivíduos que necessitam de exames e atendimento de especialidades são encaminhados à Central de Regulação do Município, localizada na sede do município. Algumas especialidades e exames de baixa complexidade são ofertados pelo próprio município. Contudo, a grande maioria dos atendimentos especializados e exames de alta complexidade são encaminhados à Policlínica Regional do Extremo Sul da Bahia, efetivadas por meio de Consórcio Público de Saúde, localizada no município vizinho (Teixeira de Freitas). São disponibilizados micro-ônibus para transporte das pessoas e, se necessário, do acompanhante, agendadas na Policlínica, facilitando o acesso ao local de atendimento.

O município de Alcobaça sofreu algumas divisões territoriais; em 2003 o município é constituído por 2 distritos: Alcobaça (sede) e São José de Alcobaça. O distrito de São José foi criado através da Lei municipal nº 528, em 18 de outubro de 2003 e vem crescendo com rapidez nos últimos anos (SAID, 2010, p. 173). Segundo informações colhidas de moradores fundadores, o distrito de São José teve seu início de formação na década de 1980, com predomínio de extensa área destinada à agropecuária, ainda predominante como atividade comercial, apesar de existir pontos de comércio diversificado (açougues, farmácias, supermercados, padarias, lojas, bares, mercearias).

São José está situado às margens da rodovia BA 290, cerca de 30 km da sede, e tem população estimada de 3250 pessoas, com intensa rotatividade populacional. A maioria das residências é de alvenaria, com energia elétrica, água encanada e pontos de cisterna. A coleta de lixo acontece 02 vezes na semana na sede do distrito. Nas comunidades mais afastadas, a queima do lixo ainda é predominante. A água para consumo é a tratada apenas por processo

de cloração. A maioria das ruas do distrito não é pavimentada e a mobilidade urbana se dá predominantemente a pé, de bicicleta, montaria e/ou moto.

O distrito de São José possui vários pontos de comércio (farmácia, padarias, açougues, lojas de roupa e outros produtos, mercearia, material de construção). Apesar dessa diversidade econômica, mantém o cultivo familiar de vários produtos agrícolas, sendo a mandioca, a banana da terra e a melancia as mais cultivadas na região. O distrito também dispõe de farinheiras – produção familiar de mandioca, compondo o leque de atividades locais. A renda predominante no distrito está vinculada ao Programa Bolsa Família, além da renda proveniente do comércio local e das atividades agropecuárias da região.

O distrito possui uma creche, uma escola de ensino fundamental e de ensino médio onde os estudantes do distrito e de localidades vizinhas estudam. Possui uma unidade de saúde onde atuam integrantes da equipe de saúde da família. A equipe é composta por médico, enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, 2 recepcionistas, 2 auxiliares de serviços gerais, um motorista e 7 agentes comunitários de saúde.

No tocante à religião, convivem grupos religiosos de católicos, protestantes e Testemunhas de Jeová, entre outras. As atividades religiosas são marcantes no distrito, principalmente relacionadas à igreja católica. Apesar de o padroeiro da cidade ser São Bernardo, o dia de São José é festejado com muita alegria. As festividades relacionadas à igreja e as manifestações folclóricas são a principal fonte de lazer local (SAID, 2010, p. 33).

A população idosa do Distrito de São José representa 20% de toda população idosa do município de Alcobaça e grande parte desses idosos é morador há mais de 25 anos na área rural, distribuídos por faixa etária, entre 60-69 anos (79 idosos); entre 70-79 (45 idosos) anos e maiores que 80 anos (25 idosos). A principal fonte de renda desta população idosa é a aposentadoria e os rendimentos oferecidos pelo Programa Bolsa Família.

Apesar do grande número de idosos, a Prefeitura e os serviços de saúde disponibilizam apenas uma atividade específica para esta população. O Grupo Melhor Idade, ministrado por uma Educadora física e o NASF, são encontros que acontecem três dias na semana na Unidade de Saúde ESF 02 (sede do município) onde são ofertados espaços para atividade física e palestras com temas específicos ao público idoso. As Equipes de Estratégia de Saúde da Família realizam atividades isoladas e esporádicas voltadas, geralmente, para idosos cadastrados na Unidade de Saúde.

## 2.5 O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA SAÚDE DO IDOSO

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do sistema de saúde e tem como estratégia prioritária a organização da Atenção Básica, orientada pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade e participação social, tendo como meta a valorização à realidade local e valorizando as diversidades sociais entre as populações (BRASIL, 2006, p.10). Sendo assim, o trabalho das equipes de saúde das Unidades Básicas possibilita a ampliação do vínculo entre a equipe e o idoso, sendo um espaço complementar de troca de informações, oferecimento de orientação e de educação em saúde, promovendo promoção da saúde e melhora na qualidade de vida (OLIVEIRA E SANTOS, 2011). Para tanto, essas ações devem ser planejadas e desenvolvidas visando uma assistência humanizada e resolutiva, tendo como públicos alvos idosos, famílias, cuidadores e comunidades (OLIVEIRA E SANTOS, 2011 in COSTA et al, 2009).

A ação das equipes de ESF perpassam vários campos do cuidado. Inicia-se com o acolhimento, escuta atenta e responde de maneira resolutiva à maioria dos problemas de saúde da população. O objetivo central é o cuidado interdisciplinar e efetivo que se evidencia na reduzindo danos e sofrimentos (BRASIL, 2010, p. 26)

O profissional da saúde desempenha papel fundamental no cuidado buscando abordagem interdisciplinar e flexível, com foco nas necessidades específicas estimulando hábitos alimentares saudáveis, práticas regulares de atividades físicas e ações de educação em saúde (BRASIL, 2006, p. 20-26). Cabe ao profissional de saúde compreensão da complexidade e nuances relativas à esta faixa etária e, principalmente, da característica da população sob seus cuidados, entendendo que cada indivíduo e cada localidade possui vivências, identidades, modos de vida e percepção sobre a velhice (PATROCÍNIO; PEREIRA, 2013).

O processo de envelhecimento é marcado, dentre os aspectos discutidos anteriormente, pela presença de doenças crônicas e possui íntima relação com os fatores fisiológicos, biológicos, estilo de vida, nível de escolaridade e econômico. As doenças crônicas são definidas como problemas de saúde que acompanham o indivíduo por longo período de suas vidas, podendo sofrer agudizações e/ou melhoras significativas, porém demandam maior utilização dos serviços de saúde e gastos públicos (SILVA E COLABORADORES, 2013, MANTOVANI, 2015, p.32). Independente da doença ou da condição, elas poderão interferir na dinâmica familiar, no autocuidado e no tratamento desses agravos.

O processo de adoecimento e percepção de saúde sofre influência de aspectos sociais e individuais. Na sociedade de um modo geral e para alguns idosos, a presença de doença está intimamente correlacionada ao próprio processo de envelhecimento, como sendo consequência normal da velhice, retardando o auxílio de profissionais da saúde e adesão às práticas de autocuidado, trazendo impacto na prevalência de doenças e na utilização dos serviços de saúde, tornando essa parcela da população ainda vulnerável e carente de atenção e cuidados especializados por parte da equipe de saúde que compartilha deste cuidado (MANTOVANI, 2015, p. 34).

O envelhecimento impacta a estrutura social e demográfica do país e o enfrentamento desta demanda através da valorização das especificidades da população idosa deve ser pauta de discussão para organização de políticas de cuidado que evolva Estado e sociedade, fortalecendo novas formas de cuidado integral e integralizado, em especial aos cuidados domiciliares e aos cuidados prolongados (BRASIL, 2014, p. 12).

A questão do idoso carece cada vez mais de visibilidade, sendo um grande desafio na área da Atenção Primária à Saúde (APS), necessitando de conhecimento sobre as especificidades da terceira idade. Importante, como alerta o Ministério da Saúde, “não incorrer no erro comum de considerar todas as alterações ocorridas no idoso como sendo próprias da idade avançada ou do processo de envelhecimento” (BRASIL, 2006, p. 9). Diante do aumento da demanda de cuidados a esta população, cabe possibilitar o redescobrimto de viver com autonomia, preservando e estimulando as potencialidades.

Com a sua criação com 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) vem se tornando a estratégia para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Em 2006, o programa é transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011). As equipes são constituídas segundo as modalidades de cuidado. Basicamente, são compostas por médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal e de enfermagem, dentre outros profissionais (BRASIL, 2012, p. 37).

Com o objetivo de estimular a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, foram regulamentadas portarias específicas no campo da saúde para garantir o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, incluindo os centros de referência e hospitais gerais na assistência à saúde dos idosos, compartilhando e fazendo interligação da rede de atenção à saúde do idoso. A meta é possibilitar assistência nas diversas modalidades preconizadas pelo SUS tais como: atendimento ambulatorial especializado, internação hospitalar, assistência domiciliar e hospital dia (BRASIL, 2014, p. 13).



Buscando incentivar a população e os idosos ao envelhecimento saudável e ativo, o Ministério da Saúde vem propondo um conjunto de ações voltadas para o bem-estar da população idosa e também para a organização de serviços de atenção com foco na promoção da saúde. Entre as propostas estão: vacinação; orientação sobre alimentação saudável e prática de atividade física e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O Plano Nacional de Doenças Crônicas compila ações em saúde que interferem na melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde (BRASIL, 2011, p. 82-83).

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 e consolidado pela Portaria de nº 5 de 28 de setembro de 2017, estabelece a construção de espaços na comunidade que estimulem modos de vida saudáveis por meio de práticas corporais e atividades de lazer, em parceria com a Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2011, p. 82; BRASIL, 2017).

Buscando melhoria nos padrões alimentares e nutricionais da população, o governo brasileiro publicou em 2011 o Guia Alimentar para a população brasileira. Este guia se constitui uma estratégia para a implementação da diretriz de promoção de alimentação saudável (BRASIL, 2014, p.8) com o aumento da oferta de alimentos saudáveis por meio do estabelecimento de parcerias com agricultores e associações para aumento da produção e oferta de alimentos, além da regulação da composição de alimentos processados e ações de regulação dos alimentos; redução do preço de alimentos saudáveis e plano intersetorial para redução da obesidade em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011, p. 83).

Por meio do Programa Nacional de Imunizações, o Ministério da Saúde oferece vacinas específicas à população idosa nas unidades de saúde. As equipes de ESF realizam a verificação da Caderneta de Vacina e realizam controle da situação vacinal. Dentre elas estão a vacina contra Hepatite B, Febre Amarela, *Influenza*, Pneumococo e dT (Difteria e Tétano). A vacinação contra *Influenza* é ofertada a todos os idosos por meio de campanhas anuais e a vacina pneumocócica 23-valente é oferecida à população indígena, idosos e pessoas não vacinadas que vivem situação de acamamento ou instituições de longa permanência (BRASIL, 2014, pg. 14, 128).

Outro avanço foi a implantação da atenção domiciliar no SUS pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine o atendimento domiciliar para pessoas com dificuldades de se deslocar ao serviço de saúde, como muitos idosos (BRASIL, 2016). O atendimento domiciliar é uma forma de atendimento no domicílio da pessoa e complementa os cuidados realizados pela equipe de atenção básica e pelos serviços hospitalares, em substituição ou complementação à internação hospitalar. O atendimento domiciliar na atenção básica se caracteriza como processo de trabalho das equipes da ESF e contempla:

Ações sistematizadas, articuladas e regulares; pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destina-se a responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento). (BRASIL, 2012, p. 22).

O Programa de Farmácia Popular do Brasil foi instituído pelo Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004 como medida social do Estado brasileiro no incentivo à promoção de saúde da população. Consiste na disponibilização de medicamentos e itens correlatos por farmácias da rede privada em parceria com o governo, sendo o programa responsável por subsidiar 100% do valor dos produtos cadastrados. O idoso atendido e acompanhado na atenção primária utiliza de medicamentos e outros itens com frequência para tratamento e controle de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão, diabetes, Doença de Parkinson, osteoporose e incontinência urinária, bem como o uso de fralda descartáveis geriátricas, por serem estes agravos mais prevalentes a esta população (BRASIL, 2013, p. 7; BRASIL, 2016).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa consiste em um instrumento frequentemente utilizado pelas equipes de ESF para qualificação da atenção à pessoa idosa. O intuito é promover melhorias no processo de trabalho possibilitando uma avaliação integral na saúde do idoso através da identificação de vulnerabilidades e potencialidades e, também, para fornecer orientações para autocuidado aos familiares e cuidadores sobre direitos da pessoa idosa, orientações quanto ao uso e armazenamento de medicamentos, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de queda, atividade física e sexualidade (BRASIL, 2014, p.5).

Neste sentido, o entendimento por parte da equipe de saúde sobre o envelhecimento e os indivíduos que se encontram sob seus cuidados é fundamental. Importante o entendimento sobre suas vivências, o dia a dia dessas pessoas e famílias, sua rede de suporte, sua integração com o meio social e familiar, entre outros fatores que devem ser entendidos como base para as ações de saúde. Essa aproximação aumenta a criação de vínculos e abre possibilidade de trabalho direcionado, na tentativa de melhorar o cuidado individual e coletivo, o acesso aos serviços de saúde, bem como planejar ações de cuidar e promover saúde à população idosa (RODRIGUES E COLABORADORES, 2014).

No tocante à população idosa que reside no meio rural, estudos apontam que esses idosos enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde. Muitas comunidades rurais têm dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde em função da distância entre a residência e a unidade de saúde (BERTUZZI, 2012). Cabe à equipe de saúde em consonância com o poder público, minimizar esses empecilhos.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família têm, portanto, papel fundamental no cuidado integral e longitudinal dessa população que possui características distintas sob vários aspectos. A proximidade com o idoso e sua família, bem como com os espaços que ele partilha (unidade de saúde, domicílio e comunidade) possibilita um cuidado mais contextualizado e mais efetivo (OLIVEIRA E TAVARES, 2010).

Nesse sentido, os profissionais de saúde têm o compromisso de auxiliar idosos e familiares neste processo de cuidar e de:

Conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis. Têm um compromisso, também, de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso, bem como a maneira expressar o significado da velhice e envelhecer. (FREITAS E COLABORADORES, 2010)

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo seguiu um modelo metodológico descritivo e exploratório e, buscou entender o contexto social e cultural de uma população idosa residente na área rural do município de Alcobaça, no Estado da Bahia, promovendo discussão e análise crítica sobre as condições do processo de envelhecimento no meio rural e a percepção dos idosos sobre suas condições de saúde e qualidade de vida. Segundo Gil (2002, p. 41 e 42), a pesquisa exploratória visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” e a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial “a descrição das características de determinada população ou fenômeno”.

Com base nos procedimentos técnicos utilizados, a pesquisa se classifica como estudo de caso. Segundo Gil (2002, p. 54), o estudo de caso tem como propósito a descrição da situação em determinado contexto específico onde está sendo realizada a investigação. Explora situações cotidianas e reais, proporcionando uma visão geral do problema e identificando possíveis fatores determinantes para tal realidade. Neste estudo buscou-se verificar aspectos relacionados às vivências cotidianas, relacionamento interpessoal e intergeracional, bem como a percepção das condições de saúde e da qualidade de vida.

O trabalho foi realizado com idosos residentes de uma comunidade rural de São José, município de Alcobaça, onde está instalada a Unidade Básica de saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 2.608.762; Anexo IV), em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12.

A amostra foi constituída por 11 idosos com idade superior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, sendo 2 homens e 9 mulheres, cadastrados e acompanhados pela Equipe de

Estratégia de Saúde da Família, localizada na mesma comunidade. Os idosos não possuíam problemas de fala e foram selecionados por conveniência, mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III). Alguns idosos entrevistados têm sua residência fixada na sede do distrito do São José e outros residem em regiões mais afastadas. Na sede do distrito está localizada a unidade de saúde e os idosos que residem no interior do distrito são atendidos pela equipe de saúde em pontos de apoio localizados mais próximo ao seu local de moradia.

A coleta de dados foi realizada em encontros com idosos na unidade de saúde e também em suas residências, por meio de entrevistas cujas respostas foram gravadas em áudio e não contaram com a participação ou auxílio de cuidadores ou familiares.

Foram realizados dois tipos de entrevistas. A primeira, caracterizada como semiestruturada, foi realizada com 11 idosos e seguiu um roteiro de perguntas abertas e fechadas, como técnica qualitativa para descrever uma amostra e um cenário de cuidado - o sentido da velhice rural - privilegiando a percepção do idoso sobre condições de vida, saúde e envelhecimento, com base nos modos de vida e suas subjetividades (Anexo I) (STRAUSS, 2008, p. 23).

As perguntas seguiram variáveis sociodemográficas relativas à vida dos idosos apresentando: dados pessoais, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação financeira e profissional. Para além da caracterização dos aspectos sociodemográficos, o questionário inclui questões referentes à percepção da pessoa idosa sobre o processo de envelhecimento, ganhos e perdas, laços de afetividade, religiosidade, relação com o trabalho e as atividades desempenhadas, bem como as mudanças, na velhice, refletem em suas vidas. Outras questões foram abordadas como: a visão de saúde e o papel que desempenha na família e na comunidade; os valores associados ao universo rural -- a agricultura, as criações, os períodos dos cultos religiosos, as festas; a relação desses idosos com a Rede de Saúde e seus profissionais (Anexo II). O objetivo, portanto, foi discutir as variáveis pesquisadas utilizando-se métodos compreensivos para tentar entender as manifestações da vida social dos entrevistados e seus modos de vida compreendendo o que está sendo estudado a partir de uma realidade social e de seus contextos mais amplos.

A segunda entrevista confere à pesquisa sua característica quantitativa, pois considera a quantificação das opiniões e informações dos entrevistados através de sua tradução em números para posterior análise (KAUARK, 2010, p. 26). Foi realizada com os mesmos 11 idosos por meio de entrevista estruturada, gravada em áudio e, utilizando o questionário WHOQOL-OLD como instrumento de coleta de dados para avaliação de qualidade de vida

em idosos. O questionário WHOQOL-OLD foi desenvolvido e validado pelo Grupo de Qualidade de Vida, constituído pela Organização Mundial de Saúde (Anexo II) (FLECK E COLABORADORES, 2003). As perguntas são direcionadas aos idosos visando conhecer as aspirações, preocupações, prazeres, valores e sentimentos das últimas duas semanas. Também, foi aplicado a parte inicial do Apêndice 1 para caracterizar os aspectos socioeconômicos dos participantes.

A qualidade de vida está centrada na avaliação subjetiva da pessoa, ou seja, na percepção do impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. É a “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

O WHOQOL-OLD é um indicador simples para verificar a percepção do idoso sobre sua saúde física, social e emocional, levando em consideração as especificidades desta faixa etária. As perguntas e as possíveis respostas foram lidas e posteriormente anotadas pela entrevistadora para análise.

Esse instrumento se baseia na avaliação de qualidade de vida através de seis Domínios ou Facetas: 1. Habilidades Sensoriais; 2. Autonomia; 3. Atividades Passadas, Presentes e Futuras; 4. Participação Social; 5. Morte e Morrer; 6. Intimidade. Cada uma dessas facetas possui quatro itens. A faceta “Habilidades Sensoriais” avalia o funcionamento e o impacto da perda dessa habilidade na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” avalia a capacidade de tomar suas próprias decisões e de se gerenciar. A “Participação Social” permeia as atividades na família, na comunidade e no ambiente de vivência. A faceta “Morte e Morrer” busca compreender a percepção e inquietações sobre o tema. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, estuda a satisfação do idoso sobre anseios futuros e conquistas da vida. E a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de manter relações pessoais e de intimidade (OMS, s/d, p.14-15).

Após a coleta de dados, as respostas da entrevista qualitativa foram transcritas e, posteriormente, analisadas através do método Análise do Conteúdo de Bardin, incluindo as seguintes etapas: organização da análise, codificação, categorização e interpretação dos resultados (BARDIN, 2016, p. 125-158).

Para a análise de dados qualitativos também foram utilizadas as análises hierárquicas descendentes, análises de similitude entre as palavras e nuvem de palavras, por meio do software R, mais especificamente com o IRAMUTEQ, que pode ser entendido como uma extensão do R. O IRAMUTEQ consiste em um *software* que viabiliza diferentes tipos de

análise de dados textuais e organiza a distribuição do vocabulário através de fácil visualização e clareza por meio da análise de similitude e nuvem de palavras, possibilitando a análise quantitativa de dados qualitativos (CAMARGO E JUSTO, 2013).

O método de classificação hierárquica descendente classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários e, o conjunto deles é dividido com base na frequência das palavras lematizadas (formas reduzidas). São utilizados segmentos de texto específicos de cada classe do *corpus* original com o objetivo de obter classes de Unidade de Contexto Elementar (UCE) que apresentam vocabulários semelhantes e diferentes entre as outras classes, obtendo o “contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados” (CAMARGO E JUSTO, 2013).

A análise de similitude de palavras identifica a coocorrência entre as palavras e a conexão entre elas, orientando para a identificação de um *corpus* textual. A nuvem de palavras agrupa e organiza as palavras em função de sua frequência por meio de gráficos, possibilitando visualização rápida das palavras-chave de um *corpus* (CAMARGO E JUSTO, 2013).

Os dados da entrevista quantitativa foram analisados através da Escala de Likert, atribuindo a pontuação de 1-5 pontos às seis facetas propostas pelo questionário WHOQOL-OLD. Os valores podem oscilar entre 4-20 pontos. Os escores das facetas poderão produzir um escore geral. Os escores mais altos indicam boa qualidade de vida e os escores baixos representam qualidade de vida insatisfatória.

Para análise dos dados quantitativos, foram realizadas as análises descritivas e inferenciais. As análises descritivas foram médias e desvios padrões e a análise inferencial foi a correlacional de Spearman (S), ambas utilizando o *software* IBM-SPSS em sua versão 21. A análise de Spearman é uma análise não paramétrica e foi realizada por conta da distribuição amostral não normal, testada por meio do teste estatístico Kolmogorov–Smirnov, já que todas as variáveis apresentaram p significativo ( $p < 0,001$ ; DANCEY E REIDY, 2013, p. 33).

O tamanho da amostra (N=11) foi suficiente para entender, de maneira significativa, a percepção que o idoso tem sobre o processo de envelhecimento, suas percepções e vivências na uma comunidade rural do distrito de São José de Alcobça, Alcobça/BA.

#### **4 RESULTADOS**

No presente estudo foram analisados 11 idosos com média de idade de 69,5 anos. Em relação ao sexo, prevalecem as mulheres (72,7%), sendo 27,3% do sexo masculino. Quanto ao

estado civil, 54,5% casados, 18,2% viúvos, 18,2% divorciados e 9,1% mantinham união estável. A maioria é aposentada (90,9%).

Destes idosos, 72,7% desenvolvem atividades domésticas e 9,1% atividades na agricultura como lavradores. A maioria dos idosos possui renda que varia entre 01 (um) salário mínimo (36,4%) e 02 (dois) salários mínimos (54,5%). Menor do que 01 (um) salário mínimo corresponde a 9,1%. Quanto à escolaridade, 54,5% possuem o primeiro grau incompleto, 9,1% tem o segundo grau incompleto e 36,4% são analfabetos. Em relação à religião, 63,6% são católicos e 36,4% protestantes.

A maioria dos idosos mora acompanhada com mais uma pessoa (63,3%); 18,2% moram sozinhos e 18,2% moram com mais 3 (três) pessoas. O número de cômodos da casa varia entre 4 (18,2%); 5 (27,3%); 6 (9,1); 7 (36,4%) e 10 (9,1%). Esses dados são representados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Aspectos Sociodemográficos dos idosos entrevistados do Distrito de Alcobaça/BA.**

Continua

<b>Aspectos Sociodemográficos</b>	
<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>
60-69 anos – 45,5%	Feminino - 72,7%
70-79 anos – 45,5%	Masculino - 27,3%
Maior que 80 anos – 9,1%	
<b>Profissão</b>	<b>Aposentadoria</b>
Do lar – 72,7%	Sim – 90,9%
Lavrador – 9,1%	Não – 9,1%
Sem profissão – 9,1%	
Auxílio doença – 9,1%	
<b>Estado civil</b>	<b>Renda familiar</b>
Casado – 54,5%	Menor que 1 salário mínimo – 9,1%
Viúvo – 18,2%	Um salário mínimo – 36,4%
Divorciado – 18,2%	2 salários mínimos – 54,5%
União estável – 9,1%	

<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>
1º incompleto - 54,5%	Católica – 63,6%
1º grau completo – 0%	Protestante – 36,4%
2º grau completo – 0%	
2º grau incompleto – 9,1%	
Analfabeto – 36,4%	
<b>Número de cômodos na casa</b>	<b>Números de pessoas na casa</b>
4 cômodos - 18,2%	Uma pessoa – 18,2%
5 cômodos – 27,3%	Duas pessoas – 63,6%
6 cômodos - 9,1%	Três pessoas – 0%
7 cômodos – 36,4%	Quatro pessoas – 18,2%
10 cômodos – 9,1%	

Fonte: SOUZA, Glauciele do A, 2019.

#### 4.1 ANÁLISE QUALITATIVA

##### 4.1.1 Análise de Conteúdo de Bardin

A partir das análises das entrevistas foram identificadas 04 categorias gerais: “Processo de envelhecimento e o idoso na comunidade rural”; “A Percepção de Saúde”; “Envelhecimento: ganhos e perdas”; “Percepção sobre qualidade de vida”.

Na categoria “Processo de envelhecimento e o idoso na comunidade rural” refere-se ao envelhecimento na área rural e suas peculiaridades. Nesta categoria foram identificadas as seguintes subcategorias: “Aposentadoria e manutenção de atividade laborativa”; “Arranjos Familiares”; “Inclusão do idoso na família e na comunidade” e “A experiência do envelhecimento no meio rural”.

Na categoria “A percepção de saúde”, que diz respeito ao entendimento sobre cuidados com a saúde e acesso aos serviços foi identificada a subcategoria “Percepção sobre o processo saúde/doença”.

A categoria “Envelhecimento: ganhos e perdas” que se refere à percepção que o idoso tem de si e de sua velhice, destacam-se as subcategorias: “Significação social da velhice” e “Aspectos relevantes do envelhecimento”.

Na categoria “Percepção Sobre Qualidade de Vida” que se refere sobre condições e estilos de vida, foram identificadas as subcategorias: “Conceituação de qualidade de vida” e “Percepção sobre qualidade de vida”.



#### 4.1.2 Análise Qualitativa de Dados Textuais – Utilização do *Software* IRAMUTEQ

Foram localizadas 11 respostas. Na descrição dos resultados apresentados pelo IRAMUTEQ, as principais características da análise a serem consideradas foram as seguintes:

- ✓ Número de textos (number of texts) = 11.
- ✓ Número de segmentos de textos (number of text segments) = 78.
- ✓ Número de formas distintas (number of forms) = 2598.
- ✓ Número de ocorrências (number of occurrences) = 691.
- ✓ Frequência média das formas por segmentos = 10,5.
- ✓ Número de classes (nombre de classes) = 4.
- ✓ Retenção de segmentos de texto: 403 segmentos de 64 (58,32%).

De maneira geral, o *corpus* analisado no estudo é composto de 78 unidades de contexto inicial (UCI) e foi dividido em 47 unidades de contexto elementar (UCE), sendo retido para análise 73,4 % do *corpus*.

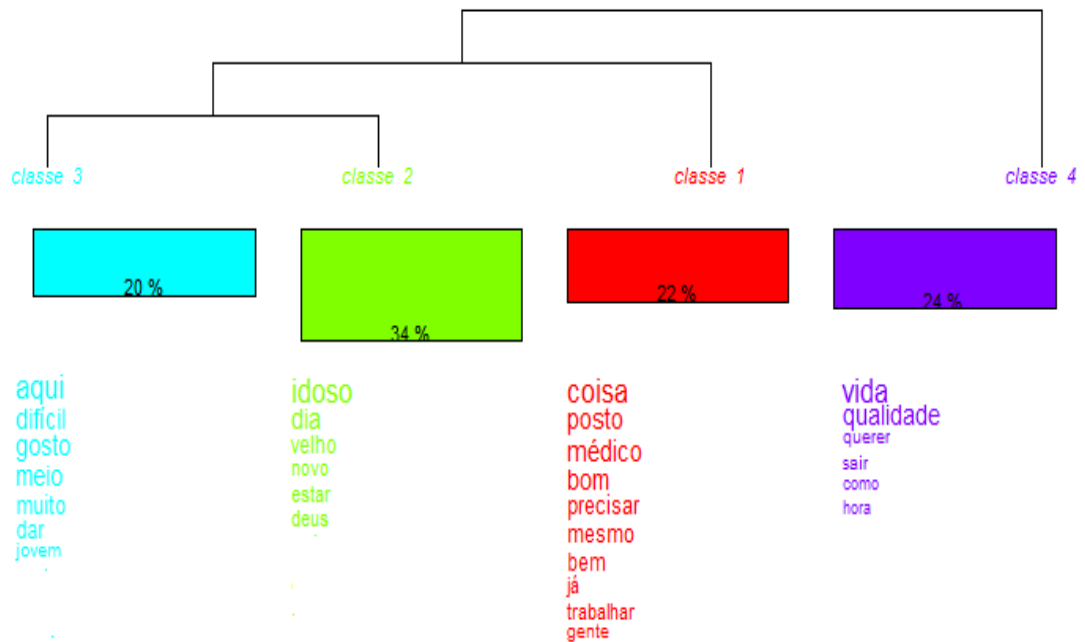
##### 4.1.2.1 Análise Hierárquica Descendente

A análise hierárquica descendente resultou a distribuição de classes ou contextos temáticos, representados na Figura 1, a qual apresenta o primeiro *subcorpus*, composto pela classe 1 que se refere à “Percepção de saúde”. O outro *subcorpus* é composto pelas classes 2 e 3. A classe 2 refere-se à busca por um sentido existencial dos idosos, enquanto a classe 3 refere-se ao apego que os idosos têm pelo local onde residem (Alcobaça). O último *subcorpus* é composto somente pela classe 4 que remete a busca por qualidade de vida. Nesta ocasião, observa-se o processo de busca por qualidade de vida atrelada a um elo com o lugar onde moram e o vínculo religioso refletido pela presença da palavra Deus na fala dos idosos.

A classe 1, denominada “Percepção de saúde”, (representa 22% das UCes), tem como vocábulos mais frequentes e significativos as palavras: coisa, posto, médico, bom, precisar, mesmo bem, já, trabalhar, gente ( $\chi^2 > 3,84; p < 0,01$ ). A classe 2, “Idoso, Existencialismos e Religiosidade”, (34% das UCes) representada pelos seguimentos de palavras: idoso, dia, velho, novo, estar, Deus ( $\chi^2 > 3,84; p < 0,01$ ).

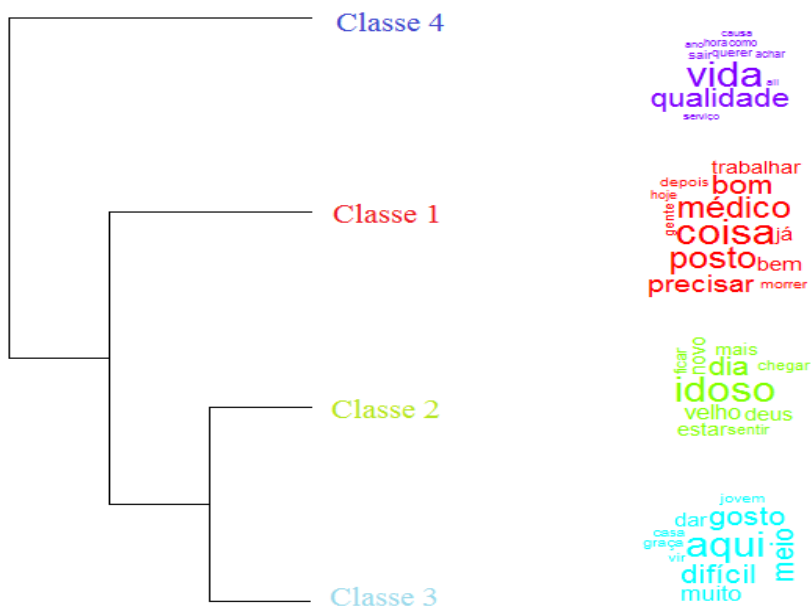
A classe 3, “Apego ao Lugar” (20% das UCes), apresenta associação com a classe 2. Os vocábulos mais frequentes e significativos destes segmentos de textos são: aqui, difícil, gosto, meio, muito, dar, jovem ( $\chi^2 > 3,84; p < 0,01$ ). Já a classe 4, “Qualidade de vida”, (24% das UCes) tem como vocábulos mais frequentes e significativos os termos: vida, qualidade, querer, sair, como, hora ( $\chi^2 > 3,84; p < 0,0$ ).

**Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente, Dendograma com Distribuição de Corpus em Classes.**



Fonte: SOUZA, Glauciele do A, 2019.

**Figura 2 - Dendograma Dividindo Classes em Nuvens de Palavras.**

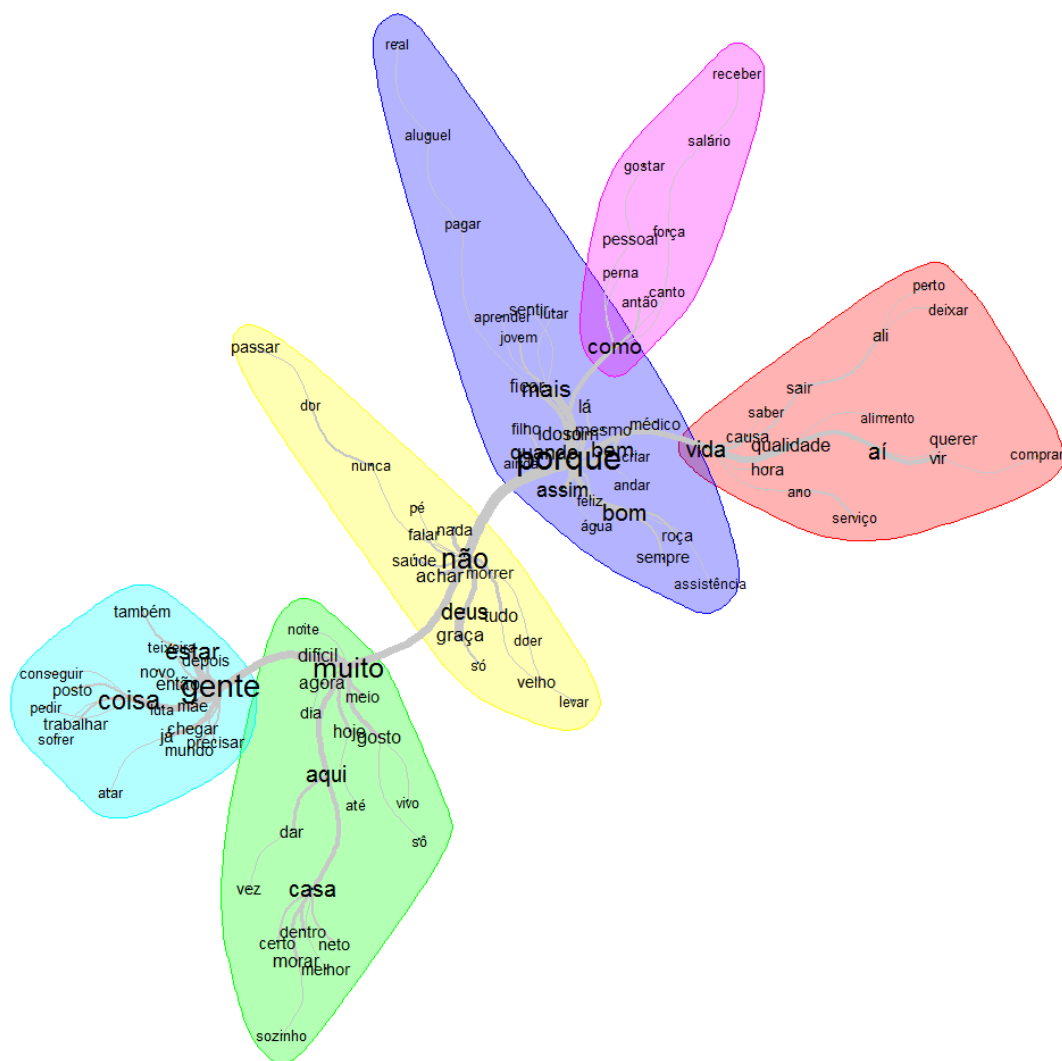


Fonte: SOUZA, Glauciele do A, 2019.

#### 4.1.2.2 Análise de Similitude Entre as Palavras.

Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos que estuda objetos combinatórios e possibilita identificar as coocorrências entre as palavras (CAMARGO E JUSTO, 2013, p. 516). O seu resultado possibilita identificar a conexidade entre as palavras relacionadas nas respostas dos participantes e colaborar com uma boa indicação da sua estrutura representada graficamente (Figura 3).

**Figura 3 - Análise de Similitude Entre as Palavras.**



**Fonte:** SOUZA, Glauciele do A. 2019.



## 4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA

Realizou-se um levantamento com o questionário *WHOWOL-OLD* de base quantitativa com o objetivo de ratificar os dados qualitativos analisados. Assim, trabalhou-se uma tabulação e computaram-se os fatores do instrumento: Funcionamento sensorio, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e Morrer, Intimidade; expressa na tabela 2. Além de computar esses fatores, optou-se por verificar a relação entre essas variáveis por meio da análise correlação  $r$  de *Pearson*.

Como base para a análise dos resultados sobre Qualidade de vida (QV), utilizou-se a classificação de Mello (2008). A autora propõe em seus estudos uma classificação categórica do *WHOQOL-OLD*, estabelecendo escores de classificação da QV: QV baixa é expressa por escores abaixo de 10,9; QV média com escores entre 11-14 e QV alta entre 14,1-20.

**Tabela 2 - Análise de Frequência de Fatores do Questionário de Qualidade de Vida.**

	Funcionamento Sensorio	Autonomia	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade
Número de pessoas	11	11	11	11	11	11
Média	3,75	3,40	3,81	3,90	3,72	3,77
Mediana	3,75	3,5000	3,75	4,00	4,00	3,75
Moda	3,00 <sup>a</sup>	3,50	3,75	4,00	4,00 <sup>a</sup>	3,75
Desvio Padrão	0,88	0,47	0,58	0,77	1,27	0,60
Mínimo	2,25	2,75	3,00	2,75	1,00	2,75
Máximo	4,75	4,00	4,75	5,00	5,00	4,75
Qualidade de vida geral	14,63	13,6	14,54	15,18	14,45	15,45

Fonte: SOUZA, Glauciele do A. 2019.

**Tabela 3 - Correlação de Spearman dos Fatores do Questionário de Qualidade de Vida.**

	Autonomia	Atividades Passadas, Presentes E Futuras	Participação Social	Morte Morrer	Intimidade
Funcionamento do sensório	0,01	<b>0,63*</b>	<b>0,70*</b>	0,21	0,54
Autonomia		0,20	0,33	-0,25	0,18
Atividades passadas, presentes, futuras			<b>0,81**</b>	-0,27	0,42
Participação social				0,11	<b>0,62*</b>
Morte e morrer					0,37

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Fonte: SOUZA, Glauciele do A. 2019.

Partir da Tabela 3 é possível identificar correlação entre as facetas: Atividades passadas presentes e futuras e Funcionamento sensório ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,05$ ); Participação social e Funcionamento sensório ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,05$ ); Participação social e Atividades passadas, presentes e futuras ( $r = 0,81$ ;  $p < 0,01$ ); Participação social e Intimidade ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ). Os demais fatores não apresentaram quaisquer correlações.

## 5 DISCUSSÃO

O processo de urbanização no Brasil teve início a partir da atividade industrial, na segunda metade do século XX. Este processo promoveu o deslocamento da população rural em direção aos grandes centros urbanos, modificando o modelo “agrário exportador” para o modelo “urbano-industrial”. Atualmente, a população residente em áreas urbanas no Brasil equivale a 80% da população. A área rural gradativamente foi perdendo espaço e visibilidade na agenda política brasileira favorecendo o processo de exclusão, pobreza e abandono público. A população dessas áreas passou a enfrentar dificuldades, as quais comprometeram o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida (ALCÂNTARA, 2016, p. 324).

Conhecer as características sociodemográficas de uma comunidade permite à equipe de saúde que a assiste adquirir maior conhecimento sobre suas especificidades e as demandas que mais preocupam e acomete aquela população, possibilitando eficiência de ações de promoção de saúde, fortalecimento de vínculos e laços de compromisso e de responsabilidade para o cuidado integral. Espera-se que uma equipe de saúde da família, articulada a outros setores, ao atuar em uma comunidade, seja rural ou urbana, desenvolva ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu ambiente, com ênfase na prevenção e promoção de saúde para melhorias nas condições de vida e saúde local.

É importante, portanto, conhecer a rede de apoio familiar e os dados sociodemográficos para maior aproximação do profissional de saúde nas ações de promoção, utilizando linguagem que permita melhor entendimento por parte da população e convívio entre os atores que compartilham do cuidado (CABRAL e COLABORADORES, 2010; BERTUZZI, 2012; TAVARES E COLABORADORES, 2015). O presente estudo reforça esta visão ao analisar as características sociodemográficas de uma população de idosos residentes na área rural. Os dados apontam o predomínio de idosos casados (54,5%), que residem com companheiro (63,3%), com nível de escolaridade inferior, sendo 36,4% analfabetos ou com o primeiro grau incompleto (54,5%).

Conhecer os fatores que influenciam o envelhecimento, a saúde e como eles se apresentam no cotidiano, colabora diretamente na compreensão da qualidade de vida de idosos residentes em área rural. Esse saber orienta a proposição de ações públicas e sociais de várias esferas e serviços que buscam minimizar riscos e fragilidades dos sujeitos idosos.

Vários estudos vêm chamando a atenção para a diminuição do número de idosos residentes em ambientes rurais em função da modernização da agricultura. Outro fator que a literatura aponta é a carência de trabalho, escolas, faculdades e/ou universidades para

população mais jovem nessas áreas. Esses fatores contribuem para o êxodo rural, principalmente entre jovens (PIGNATTI E COLABORADORES, 2011; BERTUZZI E COLABORADORES, 2012; MACHADO, 2014). Neste estudo a relação existente entre o “apego ao lugar” de moradia e a população jovem é demonstrada na figura 1 e 2 como tema de análise caracterizadas pela representação da palavra jovem, expressa na classe 3.

Diferentemente dos resultados do estudo de Bertuzzi e colaboradores (2012) que aponta a predominância de estrutura familiar intergeracional, o presente estudo mostra que os arranjos familiares, na comunidade do São José são, na sua maioria, entre casais de idosos, prevalecendo a manutenção da estrutura familiar parietal ou com poucos familiares.

Apesar de certo distanciamento físico entre os familiares, as relações familiares influenciam na rede de apoio ao idoso e com implicações na percepção de saúde e qualidade de vida (BERTUZZI E COLABORADORES, 2012). A maioria mantém fortes laços familiares com pessoas da família que moram em outras localidades ou próximas à sua casa. Alguns, contudo, apontam para o sentimento de abandono por não usufruírem desta proximidade e da ausência de redes de apoio.

Uma parte dos idosos entrevistados, apesar de não possuir familiares tão próximos, relaciona este aspecto a sentimentos, de certa forma, positivos em relação à vida e à saúde. O êxodo rural da população jovem não é encarado como algo negativo. Eles remetem que mesmo sem o familiar por perto, se percebem felizes com a vida e com as conquistas alcançadas por eles e pelos filhos.

*...eu ganhei meus tesouros, que é os tesouros que eu chamo de ouro e prata. É a família. Porque eu me criei sem mãe... Já que a gente tinha perdido, depois dos filhos foi que eu melhorei mais. Depois deles, né. Porque antes deles (filhos) eu era desesperada toda vida..( R3R).*

*... Só tem que agradecer à Deus e nada mais. Eu tenho 7 filhos. Tenho 3 meninas e 4 menino. Tenho um que mora no meu quintal, que tá construindo lá agora. Já fez a casinha dele e tá fazendo uma puxadinha lá de área de saúde, de trabalho. E, tenho um que mora no colégio e dois que mora em Teixeira. As meninas mora longe. Todas 3. E, quando Deus ajuda, com todo mundo em casa, só só alegria. Pronto! (R8R).*

*Enxergo que quando estou perto dos filhos fica aquela alegria. Ai eu esqueço de umas coisa. Quando eles vão embora, tudo volta de novo. Sinto uns problemas no corpo... (R4R).*

*Apoio dos filho, né. Porque, tem muitos aí que, as vezes chega nessa idade, as vezes tem o parente e ninguém que cuida... Meus filho sempre tá com a gente. Vez em quando, liga pra saber como é que eu tô. Os daqui sempre tá mais eu.. (R10R).*



Estudos apontam que a satisfação com o local de moradia, o suporte familiar e a integração social influenciam positivamente na percepção de qualidade de vida e envelhecimento saudável. Estes trabalhos mostram que idosos que estão satisfeitos com suas relações interpessoais e com as redes de suporte social apresentam melhor qualidade de vida (RAMOS, 2003; SOUZA E COLABORADORES, 2003; DIAS E COLABORADORES, 2013). O estudo de Veloso (2015) mostra a conexão entre os laços de solidariedade e modos de cuidado entre vizinhos e pessoas próximas nas comunidades rurais. Os dados do presente estudo também apontam para a relação interpessoal como característica marcante no espaço de convívio na área rural e revela que os laços entre outras pessoas pertencentes à comunidade também estão relacionados à percepção de qualidade de vida. A palavra “gente” está em posição central na figura 4 (Nuvem de palavras) e relaciona como o idoso percebe a si mesmo e com o outro, sendo ponto fundamental para a caracterização de sua identidade e pertencimento, expressas nas falas a seguir.

*A gente chegou novo aqui e tá ficando velho. Que nem agora mesmo, eu estou com 81 anos. Cheguei aqui bem nova. Eu gosto, né. Gosto dos vizinho, de todos meu vizinho. Tem minha filha que mora ali. Tem dia, quase todo dia, elas vem me visitar. Essa vizinha daqui e de cá. Vem cá sempre me dar bom dia. (R7R)*

*Tudo bem! É bem! Tudo certinho! Eu não teho indimizade (inimizade) com ninguém. Os vizinho não faz coisa comigo assim, não. Quando tem festa a gente junta pra dar as coisa. aquelas pra vender, pra construção da igreja a gente ajuda também. Sempre assim. Na de lá (igreja próxima de sua casa) também. Eles vem, quando vem, quando faz aquelas novena, participa tudo. Tudo participa. Eu gosto daqui. Num tenho vontade de mudar... (R8R)*

*Pra mim é ótimo, né. Graças a Deus. Convivo com todo mundo, os vizinho tudo. Acha ótimo! O modo de viver, o modo de trar, porque, como é que diga: a união que faz a força. (R10R)*

*Eu me considero com qualidade de vida porque eu me dou bem com todo mundo. (R5R)*

*Eu considero assim: eu moro aqui na minha casa há 32 anos. Eu moro aqui no são José, não tenho desgosto daqui. Gosto dos meus vizinhos, só não ando na casa deles socado todo dia. Mas, eu me dou bem com meus vizinhos, dou bem com meus filhos. As minhas duas filhas que moram aqui e as de lá também. E, todo dia, ligam e quer que eu vá embora prá lá. Eu não gosto de lá e não vou. E vai indo assim. Tem muita imaginação. Esse homem agora (esposo) está lá doente. Peço força à Deus que Deus vai levando a gente. (R5R)*

Apesar do idoso que reside em comunidade rural manter, por mais tempo, as atividades laborativas como os trabalhos em horta e o cuidado de animais (TAVARES E COLABORADORES, 2014), a aposentadoria é o principal provento para manutenção do custeio e subsistência da casa (TONEZER E COLABORADORES, 2009; BERTUZZI E

COLABORADORES, 2012; FARIAS E SANTOS, 2012). Além disso, Jardim e colaboradores (2006) evidenciam a importância da independência financeira como fator positivo na velhice, auxiliando na redefinição dos papéis sociais do idoso. As atividades laborativas têm pouca influência no total da renda familiar, contudo, impactam positivamente na percepção de boa condição física e de renovação da saúde (AREOSA E FREITAS, 2008; FARIAS E SANTOS, 2012; TAVARES E COLABORADORES, 2014). No presente estudo, identificou-se a predominância da renda de 01 salário mínimo; apenas um idoso não possuía aposentadoria, mas recebia auxílio doença. A palavra “trabalhar”, presente na classe 1 (figura 1) e “serviço” na classe 4 (figura 2), juntamente com a descrição das falas a seguir, expressam à manutenção das atividades laborativas na velhice, a influência na renda familiar, assim como a percepção de bem-estar, saúde e qualidade de vida por manter atividades típicas do lugar.

*Eu sou aposentado, mas mantenho a profissão de lavrador o dia que eu posso. A idade não me permite mais... Minha renda é de um salário mínimo, mas, quando a agente vende, tenho uma rendazinha com a criação e, de vez em quando, com o gado. Mas, a renda é pouca, né? (E1RR)*

*Minha profissão é doméstica mesmo. A gente trabalha é zona rural. Meu marido e os fio (filhos) tem uma rocinha. A gente trabalha na roça. E continua até hoje ainda trabaiano. Eu, ainda agorinha, tava na roça. (R8R)*

*Eu adoro! Tem minhas pesca, que eu pesco. Durmo a hora que eu quero, acordo a hora que eu quero. Faço o que eu quero. Tenho meu quintal com minhas verdura, minhas fruta. Tem meus passarim pra mim olhar. Todo dia boto banana, mamão para os passarim. Povo caloros. (R9R)*

*Eu acho que eu tenho (qualidade de vida). Eu tenho a minha vida, eu posso fazer minhas coisa. Sempre que posso tá fazendo as minhas coisa na casa. Eu sinto bem porque eu, como já falei, eu posso fazer aqui dentro de casa. Eu faço, né. Então, pra mim já é um agradecimento, né. Porque ficar sentada, só esperando (risos), só esperando pelos outros... é, mas, graças a Deus, eu sinto bem, né. Graças a Deus, de poder fazer alguma coisa. (R10R)*

*Eu acho que tenho qualidade de vida porque eu não me sinto velha, faço tudo. (R4R)*

Da mesma maneira, Bertuzzi e colaboradores (2012) enfatizam que, para a população idosa residente da área rural, a ausência da manutenção das atividades laborativas e das relações cotidianas com seus pares podem contribuir para o adoecimento e sentimento de perda de sua capacidade funcional, cognitiva e afetiva.

Muitos idosos têm forte relação com o lugar onde residem. A sensação de pertencimento e de identificação com o local de moradia influencia na percepção de envelhecimento bem-sucedido. Além disso, contribuem a manutenção das atividades

relacionadas ao cultivo da terra, as experiências da vida e o contato íntimo com sua própria história familiar (TONEZER, TRZCINSKI e MAGRO, 2017).

Nas falas abaixo fica evidente que a história pessoal e familiar agrega valor para aumento da afetividade com o local de residência e com os laços culturais, definindo assim sua identidade cultural.

*Eu gosto de envelhecer aqui. Porque fui criado aqui, na redondeza. Foi onde meu pai e minha mãe me criaram. Minha mãe me ganhou lá, uns 4-5 quilômetros daqui. Naquele tempo as coisas eram muito difíceis... Meu pai morreu aqui mesmo. (R6R)*

*Pra mim é bom porque eu nasci aqui em Alcobaça. Nasci, criei, casei, ganhei os filho (filhos), tem neto e bisneto. Posso dizer que é bom, né. (R10R)*

O estudo de Farias e Santos (2012) indica a forte religiosidade entre a população idosa residente em área rural, na sua relação com os pares e com a igreja e indica a participação em eventos religiosos como sendo a atividade mais comum à população idosa. No presente estudo, identificou-se forte influência da religiosidade no cotidiano dos idosos, na sua relação com os pares e com a igreja. Todos os idosos entrevistados eram religiosos, sendo religião católica predominante (63,6%).

Quando questionados sobre atividades de lazer, boa parte dos idosos correlaciona as atividades religiosas como sendo a única forma de divertimento e de encontro. A religiosidade também auxilia no enfrentamento de problemas relacionados à vida, cooperando com a percepção de satisfação sobre sua vida e saúde (DIAS E COLABORADORES, 2013), como expressas nas falas a seguir:

*Aqui na comunidade a gente tem missas de mês em mês, reuniões e cultos aos domingos. Os cultos são todos os domingos. De vez em quando tem algumas festividades com os vizinhos. Eu não participo de todos os cultos porque, às vezes, tenho preguiça. Mas, participo a maior parte das vezes. (E1RR)*

*Eu vou à missa, né. No domingo tem culto. Às vezes tem no sábado o terço e agente também vai. E quando a gente tem alguma coisa (celebração, festa da padroeira) a gente tá junto. Eu só não vou quando, às vezes, eu não estou aguentando. Eu tenho problema de coluna. Ataca tudo. (R3R)*

*Todo mês a gente para uma taxa pra igreja, pra arrumar a igreja. Eu ajudo na arrumação. A gente faz a festa da igreja sempre e é muito alegre. Sempre tem o grupo da igreja. Fizemos a semana da família e comemoramos nas casas. São 09 dias. É muita alegria. Eu gosto de coisa alegre. Eu gosto muito. (R4R)*

*Não participo de atividades (festas da igreja católica) pois sou cristão. Só vou na igreja. Todo sábado eu vou. As vezes, aos domingos e quartas feiras, quando os irmãos vêm me buscar, eu vou à igreja. (R6R)*

Segundo Dias e colaboradores (2013), a percepção de saúde e qualidade de vida do idoso sofre influência das crenças que o idoso conserva. No estudo, percebe-se relação forte

da religiosidade com a percepção de ser e estar idoso, com o bem-estar, qualidade de vida e aceitação do próprio envelhecimento, presentes no dendograma (figura 2) relacionando o sentido de ser idoso à palavra “Deus”, e expressas nas falas de alguns dos idosos entrevistados.

*Eu tô satisfeita porque a gente só tem aquilo, a gente só aguenta carregar aquilo que Deus nos dá. Porque aquilo que você não pode carregá, ele te ajuda. E é isso mesmo que tá acontecendo comigo. Ele tá me ajudando a carregar. Aquilo que eu vejo que num tô aguentano, eu confio. Às vezes eu quero ir na igreja. Eu levanto, tomo um banho, me ajeito e vou. Quando eu chego no portão, eu sinto que não vou aguentar. Depois, eu viro prá mim mesmo e digo: ‘quem foi que disse que eu num vô? Vô sim, porque o Senhor tá comigo. E aí, eu vou e volto. É dessa maneira. (R2R)*

*Tem os ricos que tem qualidade de vida, né. E tem os fracos, como nós, nós temos nossa qualidade de vida. Os ricos tem diferença porque tem dinheiro pra socorrer eles na hora. A gente não tem. A gente tem Deus. (R5R)*

Estudos apontam que há semelhanças sobre o processo de envelhecimento e percepção de qualidade de vida entre idosos que residem em áreas urbanas e rurais. Contudo, os idosos que residem em área rural apresentam singularidades que podem interferir negativamente em sua vida e saúde como a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em função da distância geográfica e do tempo necessário para os deslocamentos. Estes fatores têm impactos diferentes sobre pessoas que residem na área rural e urbana (TAVARES E COLABORADORES, 2015; GARBACCIO, 2018). Neste estudo, identificou-se dificuldade de acesso à assistência, insumos de saúde e cuidados adequados, bem como a itens básicos do dia a dia representadas na classe 1 do dendograma (figura 2) pelas palavras “precisar”, “posto”, “coisa” e “bem”. Essas características são relevantes para a própria percepção de qualidade de vida.

*Eu, gosto assim... agora não é muito bom porque sempre falta as coisas. Principalmente agora, nessa idade, tem aquela história quanto tem médicos no posto, tudo bem! É bem servido. Mas, se de repente, precisa tirar pra fora (sair) de transporte, qualquer coisa, não tinha. Num tinha como... eu gosto muito de um bordado. Eu preciso de uma linha pra bordar. Eu tenho que ir à Teixeira buscar. Se, as vezes, a gente precisa ir em Alcobaça, a gente precisa pegar um lotação porque ônibus, para na rodoviária, e a gente não tem condição de acabar de chegar até lá de pé. Daí a dificuldade prá gente. E aqui tem outras coisas assim, que precisa. Por exemplo, uma caixa econômica que aqui num tem. Pelo menos uma lotérica, prá nos dá assistência e num precisar estar indo embarcando, sem poder, dentro dos ônibus, sem aguentar nem subir as escada de ônibus. Não tem, né... Médico, ultimamente, nós tamo tendo. Que tem a doutora, como já disse, né. Mas, as vezes, já falta outros tipo de atendimento, né. Falta outros tipo de atendimento que a gente precisa. (R2R)*

Estudos mostram a ineficiência dos serviços de saúde e de políticas públicas adequadas e coerentes às necessidades da população idosa, principalmente no meio rural onde o acesso, muitas vezes, é precário (SILVA E Colaboradores (2018); ALCÂNTARA, 2016, p.

330). Viu-se, no presente estudo, que as políticas públicas voltadas aos idosos não acompanham o processo de envelhecimento da população. Pouca atenção é dada às necessidades desta população e à prestação de serviços locais. A fala a seguir expressa a dimensão de percepção de saúde frente às dificuldades encontradas.

*Precisa melhorar sim. Principalmente na parte da limpeza da cidade. A limpeza, assistência na cidade. As ruas muito escura, cheia de buraco. Às vezes, a gente tá andando no meio da rua, como eu já manco com a perna, a bengala tá tropeçando e tá caindo no meio da rua. E tudo isso fica horrível pra gente, né. E outra, mais algumas coisas que precisa aqui: tem uma padaria só. Aqui tem duas, na verdade, mas, a que pra gente aqui, a que mais serve, é uma só. Se quer comprar alguma coisa mais em conta tem que sair fora também. Uma loja de tecido, uma coisa assim, tudo fora. É essa parte aí que falta aqui no São José. Muitas coisas falta aqui no São José. E a assistência, a assistência né. Assistência política. Tem esse lado também. De estar olhando o que precisa, aquela coisa. É muito difícil pra gente. A gente não recebe visita de ninguém. A gente só vê um político quando eles precisa. Eu mesmo moro aqui praticamente... praticamente não, sou uma fundadora do São José. Meu marido comprou a terra, fez o comércio, loteou e deu terreno pra todo o canto aqui. Deu pra prefeitura, terreno pra escola, terreno pra saúde, campo de futebol, campo pra ... terreno pra fazer água artesiano, poço artesiano. E a gente aqui não tem assistência de um prefeito que chega e reconhece a gente como moradores velho da cidade. (R2R).*

Alguns idosos que residiram em áreas urbanas estabelecem comparações entre o meio rural e urbano quando o tema é a violência, como aspecto de grande relevância para manutenção de qualidade de vida na área rural (MOTTA, 2002). A violência urbana está relacionada à multiplicidade de fatores relacionados aos modos de vida nas grandes cidades e se manifestam de várias formas, como por exemplo, por meio de abusos, maus-tratos, negligência e discriminações, além de furtos, agressões físicas e roubos. A população idosa é uma das mais atingidas em função de suas vulnerabilidades e fragilidades. Para Santana e colaboradores (2015) a violência também se manifesta por meio do desrespeito em transportes públicos e filas, precarização das aposentadorias e falhas do poder público na execução de programas e políticas de proteção específicas a essa população.

O estudo de Teixeira (2010) compara idosos que residem em área urbana e rural em Portugal e mostra que os idosos urbanos sentem mais solidão e se percebem com níveis mais baixos de qualidade de vida. Embora as realidades de Portugal e Brasil tenham especificidades em relação às políticas públicas e aos cuidados direcionados para a população idosa, algumas questões são semelhantes, como o tema solidão, comum também aos idosos que vivem em áreas urbanas no Brasil. A satisfação em viver em área rural como um lugar que remete sossego, silêncio e mais segurança, além da possibilidade de manutenção das atividades de cultivo e plantio é fundamental para idosos nos dois países.

*Agora eu tenho. Ahhh, com certeza. Eu durmo sossegada, não tem barulho. Não acordo pá, pá (fazendo som e sinal de tiros). Igual às minhas neta que acorda com tiroteio... Se vai pegar uma condução, cê num pode levar um litrinho na mão, com medo de roubar... se você quiser andar aqui meia noite, você anda. Tem uns pé de chinelo que rouba mas, é difícil demais. Eu tenho. Por exemplo, minha casa, tenho minha alimentação direitinho, o que eu preciso, na medida do possível... Como peixe fresquinho, pescado por mim. Tenho minha horta com minha couve, meus tomates. E, o ambiente, meu quintal cheio de árvore, respiro ar puro. Pra mim, qualidade de vida é a gente viver de acordo com nossa situação... (R9R)*

*Tem uns 40 anos que moro nessa comunidade e é um sossego morar aqui. O serviço da roça é meio pesado, mas é um sossego. (E1RR)*

*Eu gosto de morar aqui porque é muito calmo. Eu comprei essa casa aqui porque morava na fazenda. Aí, nós veio pra cá. Comprei essa casa aqui e gostei. (R7R).*

*Num sentido é muito bom porque é calmo, né. Num tem, num corre tanto risco... Principalmente daqui, desse cantinho onde eu moro. Porque, num tem assim, quase movimento, é tipo como se eu morasse numa roça, né. Então eu me sinto bem. (R2R)*

Segundo Pignatti e colaboradores (2011) muitos idosos relacionam o tema saúde à ausência de doenças e percebem a saúde na velhice ligada à manutenção das atividades. Neste estudo, apesar de destacarem algumas doenças e fazerem referência à perda das forças para o trabalho, os idosos estabelecem relações positivas sobre sua condição de saúde mesmo com deficiências físicas. Valorizam o momento que vivenciam e encaram as debilidades e o envelhecimento com otimismo, como expressas na identificação da palavra “trabalho” na classe 1 (figura 1), com manutenção do trabalho e das atividades laborais.

*Tenho a saúde boa porque faço tudo lá (na casa). Limpo, faço roça, todo mundo admira de mim na minha idade. Eu limpo terra, planto. Hoje mesmo eu plantei feijão.. (R4R)*

*Apesar de ter muitos problemas de saúde (gastrite, ácido úrico, problemas nos rins, pressão alta, colesterol alto) e achar que minha saúde está ruim, eu estou me movimentando, né! Mas, me queixo muito... De dor, inchação nos pés... Mas, acho que minha saúde é boa porque tô de pé. Lutando, fazendo alguma coisa ainda, né... (E1RR)*

*Tô satisfeita. Não sinto nada, não. Eu acho que eu tô bem. Porque, eu alimento bem, dorme bem. Eu não sente nada... Mas, eu sentir dor de braço, dor de perna. Aquelas coisas que começa a ficar pra morrer, aquela coisa. Eu ando o dia todo e nunca. Eu só tenho de agradecer. E, só isso, só. (R8R)*

Segundo Motta (2002), as expressões dos idosos refletem a construção da identidade do ser idoso. A ambivalência existente entre o corpo envelhecido e o seu funcionamento não reflete a representação que a idade representa para o idoso e para a sociedade. Neste estudo, alguns idosos entrevistados ressaltam a identidade de ser idoso como significado de longevidade. Outros relatos, contudo, apontam a ausência de relação entre ser idoso e a idade

cronológica. Para muitos, o envelhecimento é sinônimo de amadurecimento, como expressam as falas abaixo:

*Idoso? Ter mais idade? Eu tiro por mim. Porque eu estou com 60 anos e sinto que eu estou novo ainda. (R6R)*

*Idoso, quem que é idoso? Eu num sinto idosa. Me sinto amadurecida, aprendi muito. Cada dia eu aprendo mais. Aprendi à entender as pessoas. Que nós, quando era jovem, era muito mal criada. Aprendi à suportar certas coisas na dificuldade. Aprendi muita coisa. Então, pra mim, não sou idosa. Eu sou aprendiz. Aprendiz de idoso, vou aprendendo mais. (R9R)*

A expressão “qualidade de vida” vem sendo abordada em vários estudos na tentativa de dimensionar as diferentes variáveis para qualificar a percepção das pessoas sobre o bem-estar individual e coletivo (ALENCAR E COLABORADORES, 2010). Os parâmetros apontados são: necessidades básicas (acesso à saúde, trabalho, moradia, educação, etc.) bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

A avaliação da qualidade de vida, através do questionário da OMS, é dimensionada por seis facetas: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e autonomia. De acordo com a análise dos dados levantados, quando comparados à pontuação máxima, as médias para cada domínio se assemelham aos estudos de Alencar e colaboradores (2010) e Dias e colaboradores (2013) que concluem que os idosos apresentam bons escores de qualidade de vida em todas as facetas analisadas e algumas delas se correlacionam. Apenas na faceta “Autonomia” identificou-se escore de 13,6. Todas as outras facetas alcançaram escores maiores que 14.

A avaliação das diferentes facetas revela pontos que são identificados como indispensáveis, na visão do idoso, para quantificar qualidade de vida (FLECK E COLABORADORES, 2003). Na faceta “Funcionamento do Sensorio”, apenas dois entrevistados avaliaram as perdas sensoriais como sendo implicadores negativos da vida cotidiana, da sua participação em atividades e na sua interação com as pessoas. Na faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, os idosos se mostraram satisfeitos com o que conquistaram ao longo da vida, sobre o reconhecimento que obtiveram e as perspectivas futuras.

A faceta “Participação Social”, que mensura sobre as atividades do cotidiano principalmente relacionado à comunidade, a maioria dos idosos avaliou as limitações sensoriais como presentes, porém não interagindo negativamente em suas atividades e relações sociais. Neste estudo, o funcionamento do sensorio se correlaciona com as facetas “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” e “Participação Social”. Esta correlação interage com as falas expressas anteriormente, proporcionando uma visão mais holística sobre a

percepção de qualidade de vida, interagindo com a representação da sua saúde, da sua história de vida e condições e perspectivas sobre o futuro e as relações sociais estabelecidas entre os idosos nesta comunidade.

Na faceta “Intimidade”, as questões se referem aos relacionamentos íntimos que os idosos possam ter, seja com o companheiro ou pessoas próximas. O objetivo é ter em mente uma pessoa com o qual o idoso pode se relacionar e compartilhar sua intimidade (FLECK E COLABORADORES, 2003). Neste estudo, a faceta “Intimidade” tem correlação com a “Participação Social”. Isso corrobora as falas expressas pelos idosos que relacionam a satisfação com as relações e atividades desenvolvidas individualmente e na comunidade.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo realizado com idosos residentes da área rural do município de Alcobaça demonstrou aspectos que descrevem a percepção social do processo de envelhecimento, bem como as experiências e vivências no contexto da comunidade rural que possibilitam visualizar a percepção de ser idoso e as influências do contexto social, cultura e familiar na qualidade de vida dessa população.

O estudo identificou aspectos sociodemográficos e condições de vida, apontando que, a maioria dos entrevistados está na faixa etária entre 60-69 anos, são casados, residem com o companheiro e possuem uma religião, com predominância da católica. Apesar de a maioria ser aposentada e receberem entre 1-2 salários mínimos, mantêm as atividades laborativas no lar ou na lavoura.

Embora a percepção corporal do envelhecimento possa influenciar no dia a dia dos idosos, estes consideram que as relações com as atividades típicas da área rural (cultivo, hortas, cuidado com animais) e a proximidade com familiares, amigos e vizinhos são aspectos favoráveis ao envelhecimento na área rural.

Outro aspecto relevante que correlaciona tanto as vivências no ambiente rural com qualidade de vida são as experiências religiosas. A religiosidade e as atividades religiosas estão muito presentes no contexto rural e são identificados como meio de encarar a vida, as dificuldades inerentes ao envelhecimento, fortalecendo sua identidade, a percepção de si e de sua qualidade de vida.

A percepção de saúde tem forte relação com a capacidade de se manterem ativos nas atividades cotidianas e, não apenas como ausência de saúde. A percepção de saúde também



relaciona aspectos inerentes ao cuidado dos profissionais de saúde e as condições locais de infraestrutura. Contudo, aqueles idosos se percebem com saúde, apesar das limitações da idade e das deficiências estruturais do local de moradia.

Neste sentido, observa-se que as particularidades das comunidades rurais, o cotidiano, a construção das relações familiares e sociais interferem diretamente na percepção que o idoso tem de si, de sua saúde e de sua percepção de qualidade de vida. Concluiu-se que o envelhecimento no contexto rural identifica aspectos negativos sobre o lugar, caracterizada pela dificuldade de acesso aos serviços básicos e de saúde, contudo, os idosos ainda preferem desfrutar da velhice no ambiente rural, caracterizado como ambiente de sossego e de pertencimento. A representação social sobre o envelhecimento tem conotação positiva, remetendo a convivência social, familiar e a religiosidade como pontos centrais nesta representatividade.

Conhecer as condições de saúde, as vivências cotidianas e sua percepção sobre a velhice dos idosos de uma comunidade assistida por uma equipe da ESF possibilitam melhoria nas práticas e ações na área da saúde, tanto nas práticas assistenciais como na formulação de políticas públicas capazes de promoverem bem-estar, saúde, qualidade de vida e envelhecimento saudável a esta população.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O. Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso: A Difícil Construção de um Sistema de Garantias de Direitos da Pessoa Idosa. *In*: Alcântara, A. de O.; Camarano, A. A.; Giacomini, K. C. (Org.). **Política Nacional dos Idosos: Velhas e Novas Questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016a. p. 359-378.
- ALCÂNTARA, A. de O. Envelhecer no Contexto rural: a vida depois do aposento. *In*: Alcântara, A. de O.; Camarano, A. A.; Giacomini, K. C. (Org.). **Política Nacional dos Idosos: Velhas e Novas Questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016b. p. 323-342.
- ALENCAR, Nelyse de Araújo et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, Apr. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100011&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 marc 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000100011>.
- AREOSA, S.V.C.; FREITAS, C.D.R. Representações Sociais de Idosos e Condições de Vida no Meio Rural. **Revista Ciências Humanas - Educação e Desenvolvimento Humano**. UNITAU, Taubaté/SP - Brasil, v. 11, n 2. Edição 21, p. 71 – 82. 2018. ISSN 2179-1120 Disponível em: [file:///C:/Users/1187682/Downloads/470-1601-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/1187682/Downloads/470-1601-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 23 abr. 2019.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Título Original: **L'analyse de Contenu**. Tradução Reto L. A.; Pinheiro A. São Paulo. Edições 70, 2016. ISBN 978-85-62938-04-7
- BELTRAME, Vilma. *et al.* Qualidade de Vida de Idosos da Área Urbana e Rural do Município de Concórdia, SC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-231, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 30 Jan. 2018.
- BERTUZZI D.; Paskulin, L. G. M.; Moraes, E. P. de. Arranjos e Rede de Apoio Familiar de Idosos que Vivem em Uma Área Rural. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, março. 2012, p. 158-166. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422299018>. Acesso em 21 dez. 2017.
- BEZERRA, F. C.; Almeida, M. I.; Nóbrega-Therrien, S. M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838795017>. Acesso em 18 jul. 2017.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 311 de 2 de março de 1938. **Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências**. 1938. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0311.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0311.htm). Acesso em 30 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Guia de Políticas, Programas e Projetos. População idosa: Compromisso Nacional Para o Envelhecimento.** Muller, Neusa P. (Org.).Ativo. Brasília. 2015. Disponível em: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288\\_Guia\\_de\\_politicas\\_publicas\\_2015.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_politicas_publicas_2015.pdf). Acesso em: 02 de dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispões sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 4 jan. 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em 03 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS- DATASUS. **Estabelecimento de Saúde do Município: Alcobaça.** Dezembro 2017. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=290080&NomeEstado=](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=290080&NomeEstado=). Acesso em 29 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. 2014. **XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde.** Brasília 2014. 41 p. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/diretrizes-cuidado-pessoa-idosa-sus.pdf>. Acesso em 10 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** 1ª edição. Brasília. 2011. 160 p. ISBN 978-85-334-1831-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) ISBN 85-334-1273-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf). Acesso em: 04 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2012. Brasília 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 31 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2 Ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília. 2012. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília. 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília. 2014. 176 p. : il. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em 10 de Abr. de 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. 5ª Câmara de Coordenação e Revisão. **Programa Farmácia Popular do Brasil: orientações para fiscalização**. Brasília. MPF/5ªCCR 2013. 26p. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr5/noticias-1/manuais-e-cartilhas/online-cartilha-farmacia-popular-100.pdf>

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das Normas Sobre as Ações e os Serviços de Saúde Do Sistema Único de Saúde 2017**. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/prt\\_5\\_28\\_09\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/prt_5_28_09_2017.pdf). Acesso em 10 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. **Dispõe Sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)**. 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111\\_28\\_01\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html). Acesso em 10 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, out. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 07 mai. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, out. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em 09 jan. 2018.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Sus) e Atualiza as Equipes Habilitadas**. 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em 10 abr. 2019.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos**. Brasília, DF. Out. 1996. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em 21 dez. 2017.

BRITO, Annie M. M.; CAMARGO, Brigido V.; CASTRO, Amanda. Representações Sociais de Velhice e Boa Velhice entre Idosos e Sua Rede Social. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 5-21, nov. 2017. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1416>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRITO, Fausto A. de.; Pinho, Breno A. T. D. de. **A Dinâmica do Processo de Urbanização no Brasil 1940-2010**. Belo Horizonte .UFMG/CEDEPLAR, 2012. 19 p. : il. - (Texto para discussão, 464). Disponível em: <http://cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20464.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CABRAL, Simone O.L. *et al.* Condições de Ambiente e Saúde em Idosos Residentes nas Zonas Rural e Urbana em um Município da Região Nordeste. **Rev. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 76-84, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/v4n2a05%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/v4n2a05%20(2).pdf). Acesso em 24 abr. 2019.

CAMARANO, A. A.; Kanso, S.; Mello, J. L. E. Como Vive o Idoso Brasileiro. *In*: Camarano, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-59.

CAMARGO, Brigido V.; JUSTO, Ana M. IRAMUTEQ: um *Software* Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas psicol.** Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 23 abr. 2019.

DANCEY, Christine P. **Estatística Sem Matemática para Psicologia**. 5. Ed. Trad. Lori Vialli. Porto Alegre. 2013 608p.: il. 25cm ISBN 978-85-65848-18-3.

DIAS, Daniela da S. G; CARVALHO, Carolina da S.; ARAUJO, Cibelle V. de. Comparação da Percepção Subjetiva de Qualidade de Vida e Bem-Estar de Idosos que Vivem Sozinhos, Com a Família e Institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 127-138, Mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 abril 2019.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. de C. Sense of Coherence: o Sentido de Coerência nos Caminhos do Envelhecimento. *In*: Faria, L.; Calábria, L.; Alvez, W. (Org). **Envelhecimento um olhar interdisciplinar**. São Paulo: Hucitec, 2016. p 19-42.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. de C.; PATIÑO, R. A. A Fenomenologia do Envelhecer e da Morte na Perspectiva de Norbert Elias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00068217. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001203001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001203001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jan. 2018.

FARIAS, Rosimeri G; SANTOS, Silvia M. A. dos. Influência dos Determinantes do Envelhecimento Ativo Entre Idosos Mais Idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 167-176, Mar. 2012 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 08 abril 2019.

FIGUEIREDO, Maria do L. F. *et al.* As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 422-427, Aug. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400012&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09 abr. 2019.

FLECK, M. P. A.; Chachamovich, E.; Trentini, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, Dec. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en&nrm=iso). Acesso em 21 dez. 2017.

FREITAS, Maria C de; QUEIROZ, Terezinha A.; SOUSA, Jacy A. V. de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, June 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso). Acesso em 31 mar. 2019.

GARBACCIO, Juliana L. *et al.* *Aging and quality of life of elderly people in rural areas*. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000800724&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800724&lng=en&nrm=iso). Acesso em 08 abr. 2019.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da Saúde. *In*: Alcântara, A. de O.; Camarano, A. A.; Giacomini, K. C. (Org.). **Política Nacional dos Idosos: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 135-174.

GIL, Antônio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 2002**. São Paulo/SP. 4. ed. Atlas, 2002.

HESPANHOL Rosângela A. de M. Campo e Cidade, Rural e Urbano no Brasil Contemporâneo. **Mercator**. Fortaleza, v. 12, número especial (2). p. 103-112, set. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/1177-1-4745-3-10-20131022.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006. **Pesquisa por Panorama de Cidades: Alcobaça-Bahia**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290080&search=||infográficos:-informações-completas>. Acesso em 07 fev.2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007. **Produção Agrícola Municipal - Cereais Leguminosas e Oleaginosas de Alcobaça, Bahia em 2007**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=290080&idtema=18&search=bahia|alcobaca|producao-agricola-municipal-cereais-leguminosas-e-oleaginosas-2007>. Acesso em 20 nov. 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016. **Painel Histórico Infográfico de Alcobaça, Bahia**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=290080&search=bahia|alcobaca|infograficos:-historico>. Acesso em 07 fev. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. **Características urbanísticas do entorno dos domicílios**. Rio de Janeiro, p.-1-175, 2010. Disponível em:  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/96/cd\\_2010\\_entorno\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/96/cd_2010_entorno_domicilios.pdf)  
 Acesso em 03 dez. 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2013. Disponível em:  
<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>. Acesso em 09 jan.2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2016. Disponível em:  
[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2016/default\\_tab\\_xls.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2016/default_tab_xls.shtm). Acesso em 20 fev. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. 2017. 84p. (Estudos e pesquisas. Informação geográfica, ISSN 1517-1450; n. 11). Disponível em:  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em:  
<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em: 22 dez. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Municipais Mostram Importância das Aposentadorias no Rendimento Familiar Mensal nas Áreas Rurais**. Agência IBGE Notícias. 29/12/2004. Disponível em:  
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/12882-asi-indicadores-sociais-municipais-mostram-importancia-das-aposentadorias-no-rendimento-familiar-mensal-nas-areas-rurais.html>. Acesso em: 03 jan.2018.

JACKSON, Richard; STRAUSS, Rebeca; HOWE, Neil. **El desafío del envejecimiento en América Latina**. Global Agent Initiative. Center of Strategic and International Studies. 2009. 58 p.

JARDIM Viviane C. F. da Silva; MEDEIROS Bartolomeu F. de; BRITO Ana M. de. Um Olhar Sobre o Processo do Envelhecimento: A Percepção de Idosos Sobre a Velhice. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2006. 9(2): p.25-34. Disponível em:

KAUARK, Fabiana. **Metodologia da Pesquisa** : Guia Prático / Fabiana Kauark, Fernanda Castro Manhães e Carlos Henrique Medeiros. – Itabuna : Via Litterarum, 2010. 88p.

KLUTHCOVSKY, Ana C. G. C.; Kluthcovsky, Fábio. A. O WHOQOL- Bref, um Instrumento para Avaliar Qualidade de Vida: Uma Revisão Sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, supl. 2009. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jan. 2018.

MACHADO, Mariéli T. K. **Vivências de Idosos em Comunidades Rurais**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Faculdade de Educação física e fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS.2014. Disponível em <http://tede.upf.br/jspui/handle/tede/1036>. Acesso em: 19 Jan. 2018.

MANTOVANI, Efigênia P. **Satisfação com a vida, Condições e Autoavaliação de Saúde Entre Idosos Residentes na Comunidade**. 2015. 210 f. Tese (doutorado Faculdade de Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP. 2015. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313073/1/Mantovani\\_EfigeniaPassarelli\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313073/1/Mantovani_EfigeniaPassarelli_D.pdf). Acesso em: 30 mar. 2019.

MARMÉ, Sara M. R. R. **O Idoso no Contexto Rural: Um Exemplo de Penela**. 2015. Coimbra/PORTUGAL. Dissertação Mestrado em Geografia Humana. Universidade de Coimbra. 2015. Defesa 27-10-2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/30172>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MARTINS, Josiane de J. *et al.* Educação em Saúde como Suporte para a Qualidade de Vida de Grupos da Terceira Idade. **Rev Eletrônica Enferm**. 2007 Mai-Ago. p. 443-456. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>. Acesso em: 21 jan. 2018.

MELLO Danielli B. **Influência da Obesidade na Qualidade de Vida de Idosos**. 93 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2008 . Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4503>. Acesso em: 13 jan 2019.

MISSIO, M.; PORTELLA, M. R. Atenção aos Idosos Rurais no Contexto da Família: Um Desafio para a Equipe do Programa Saúde da Família. **Boletim da saúde, Porto Alegre**. V.17, n. 2, jul-dez. 2003. Disponível em: [http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521085734v17n2\\_06atencaoidosos.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521085734v17n2_06atencaoidosos.pdf) . Acesso em: 09 jan. 2018.

MORAIS, Eliane P. de; RODRIGUES, Rosalina A. P.; GERHARDT, Tatiana E. Os idosos Mais Velhos no Meio Rural: Realidade de Vida e Saúde de Uma População do Interior Gaúcho. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 374-383, June 2008 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out. 2017.

MOREIRA, Virgínia; NOGUEIRA, Fernanda N. N. Do Indesejável ao Inevitável: a Experiência Vivida do Estigma de Envelhecer na Contemporaneidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, mar. 2008 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772008000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 abr. 2019.

MOTTA. A. B. Envelhecimento e Sentimento do Corpo. *In*: MINAYO, M. C.S.; COIMBRA JR., C. E. A (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p. P. 37-49. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

NONATO, Alice A. M. P. de L; SASSAKI, Yoshiko. O Imperativo do Envelhecimento Ativo e as Tecnociências: Implicações sobre a Sexualidade do Idoso. **Somanlu Revista de Estudos**



**Amazônicos**. Ano 17, n. 1, jan./jul. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/4275-25-11699-1-10-20180218.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

NU; CEPAL NAÇÕES UNIDAS. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe**. CELADE, p.70. 2009. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>. Acesso em: 28 jan. 2018.

OLIVEIRA, Juliana C. A. de; TAVARES, Darlene M. dos S. Atenção ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família: Atuação do Enfermeiro. **Rev Esc Enferm**. USP. 2010; 44(3):774-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. E. A. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG** - v.4, n. 2, Nov./Dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 jan. 2018.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF, 2005. 60p. (Organização Pan-Americana da Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 20 jul. 2017.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde. 2015**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual WHOQOL-OLD**. p. 1-19. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em 21 dez. 2017.

OPAS/OMS ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Expectativa de vida aumenta para 75 anos nas Américas**. 2017a. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5504:expectativa-de-vida-aumenta-para-75-anos-nas-americas&Itemid=875/](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5504:expectativa-de-vida-aumenta-para-75-anos-nas-americas&Itemid=875/) [https://nacoesunidas.org/?post\\_type=post&s=envelhecimento](https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=envelhecimento). Acesso em: 30 jan. 2018.

OPAS/OMS ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas+, Resumo do Panorama regional e perfil do Brasil**. Washington, D.C. 2017b, 53p. ISBN: 978-92-75-71967-1. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671\\_por.pdf?sequence=8](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34323/9789275719671_por.pdf?sequence=8). Acesso em: 04 de fev. de 2018.

PATROCÍNIO, W. P.; PEREIRA, B. da P. da C. Efeitos da Educação em Saúde Sobre Atitudes de Idosos e sua Contribuição para a Educação Gerontológica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 375-394, maio/ago. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 21 jan. 2018.

PIGNATTI, Marta G.; BARSAGLINI, Reni A.; SENNA Giselle D. Envelhecimento e Rede de Apoio Social em Território Rural do Pantanal Mato-grossense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 21 [ 4 ]: 1469-1491, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2011.v21n4/1469-1491/pt>. Acesso em 30 mar. 2019.

**PNAD 2016: População Idosa Cresce 16,0% Frente a 2012 e Chega a 29,6 milhões.**

Agência IBGE Notícias. 24/11/2017. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>. Acesso em 27 nov. 2017.

PORTODATA – BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. **Índice de Envelhecimento**. 2015. Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>. Acesso em 27 nov. 2017.

RAMOS, L. R. Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 793-797, June 2003 . Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09/02/2018.

REIS, Andréa C. J. **Os Idosos e a Circulação no Espaço Urbano: A Locomoção dos Idosos do Pólo Tuna Luso Brasileira do Projeto Vida Ativa na Cidade de Belém/PA**. Belém, 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano). Universidade da Amazônia. 2009. Disponível em:

<http://www6.unama.br/mestrado/desenvolvimento/attachments/article/57/Percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20idosos%20acerca%20do%20espa%C3%A7o%20urbano%20de%20circula%C3%A7%C3%A3o%20a%20partir%20das%20atividades%20cotidianas.pdf> Acesso em 30 mar. 2019.

RIZZOLLI, Darlan; SURDI, Aguinaldo C. Percepção dos Idosos Sobre Grupos de Terceira Idade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 225-233, Aug. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200007>. Acesso em 08 abr. 2019.

RODRIGUES L. R.; SILVA A. T. M.; DIAS F. A.; FERREIRA P. C. S.; SILVA L. M. A.; VIANA D. A. *et al.* Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 abr/jun;16(2):/278-85. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf>. Acesso em 08 abr. 2019.

SAID, Fabio M. **História de Alcobaca-Bahia (1772-1958)**. São Paulo. Edição do Autor, 2010. 254p. ISBN 978-85-910098-4-8

SANTANA, I. O.de; COUTINHO, M. da P. de L.; VASCONCELOS, D. C. de; COUTINHO, M. de L. Representações Sociais Sobre Violência Urbana: Um Estudo no Contexto do Envelhecimento. **Revista Kairós**. 2015, outubro-dezembro. Gerontologia, 18(4), p. 247-268. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/29388/20494> Acesso em 30 mar. 2019.

SILVA, Evandilson M. *et al.* **Os Desafios no Trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família em Área Rural: Revisão Integrativa.** Hygeia 14 (28): 1 - 12, Junho/2018. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/35628/22401>. Acesso em 15 abr. 2019.

SILVA, Eveline F. da. *et al.* Prevalência de Morbidades e Sintomas em Idosos: Um Estudo Comparativo entre Zonas Rural e Urbana. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p. 1029-1040, Apr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>. Acesso em 24 abr. 2019.

SILVA, José A. **Gestão da Política Nacional do Idoso à Luz da Realidade de Juiz de Fora.** 2010. 96 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2508>. Acesso em 03 fev 2018.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Idosos: Um Estudo Exploratório na População Portuguesa. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo. v. 37, n. 3, p. 364-371, June 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>. Acesso em 08 abr. 2019.

TAVARES, Darlene M. dos S. *et al.* Características socioeconômicas e Qualidade de Vida de Idosos Urbanos e Rurais com Doenças Cardíacas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 21-27, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45470>. Acesso em: 24 abr. 2019.

TAVARES, Darlene M. dos S. *et al.* Comparação das Características Sociodemográficas de Saúde e Qualidade de Vida de Idosos Rurais segundo Sexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 01, Telas 08, Mar.-abr. 2013. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/375>. Acesso em 30 jan. 2018.

TAVARES, Darlene M. dos S. *et al.* Qualidade de Vida de Idosos: Comparação Entre as Áreas Urbana e Rural. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 32, n. 3, p. 401-413, Dec. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 nov.2017.

TAVARES, V. O.; Teixeira, K. M. D.; Wajnman, S.; Loreto M. das D. S. Interfaces Entre a Renda dos Idosos Aposentados Rurais e o Contexto Familiar. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 1, p. 94-108, jan.-jul. 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/8725/6427>. Acesso em: 30jan. 2018.

TEIXEIRA Liliana M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo, exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.** 2010. 92 f. dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa. Lisboa. 2010.

THE WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med.* v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>. Acesso em 09 jan. 2018.

TONEZER, Cristiane. **Idosos rurais de Santana de Boa Vista- Rio Grande do Sul:** Efeitos da Cobertura Previdenciária. 2009. 166 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, Porto Alegre. 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22658>. Acesso em 21 dez. 2017.

TONEZER, C.; TRZCINSKI, C.; DAL MAGRO, M. As Vulnerabilidades da Velhice Rural: Um Estudo de Casos Múltiplos no Rio Grande do Sul. **Desenvolvimento em Questão**, v. 15, n. 40, p. 7-38, 11 ago. 2017

TORRES, Jackson V. **Implantação da Gestão Ambiental:** Uma Proposta de Educação Ambiental aos Pescadores da Colônia Z-24 no Município de Alcobaça -BA. São Mateus/ES. 2015. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré. São Mateus – ES, 2015.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. de. Envelhecimento e Saúde: Experiência e Construção Cultural. *In: MINAYO, M. C.S.; COIMBRA JR., C. E. A (orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p. P. 37-49. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em 30 mar. 2019.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 849-853, June 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300017&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09 abr. 2019.

VELOSO, Ana S. T. **Envelhecimento, Saúde e Satisfação:** Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). 2015. 106 f. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra. Coimbra.2015.

WINCKLER, M.; Boufleuer, T. R.; Ferretti, F.; Sá, C. A. de. Idosos no Meio Rural: Uma Revisão Integrativa. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 173-194, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/60691>. Acesso em 18 jan. 2018.

## ANEXOS

## ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro proposto nas entrevistas relacionado aos temas estruturantes para a Qualidade de Vida na velhice, com base nos domínios dos questionários WHOQOL--OLD
<b>Data:</b> ____/____/____
<p><b>1. IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____ Microárea: _____ ACS _____</p> <p>Data de nascimento: _____ Idade: _____</p>
<p><b>2. PERFIL SOCIOECONÔMICO</b></p> <p>a. Estado civil: _____</p> <p>b. Situação profissional: _____ Renda: _____</p> <p>c. É aposentado ( ) Sim ( ) não</p> <p>d. Nível de escolaridade: ( ) primário completo ( ) primário incompleto ( ) ginásio incompleto ( ) ginásio completo ( ) colegial incompleto ( ) colegial completo ( ) superior completo ( ) superior incompleto</p> <p>e. Número de pessoas que moram no domicílio: _____</p> <p>f. Número de cômodos na casa: _____</p> <p>g. Renda do idoso: _____</p> <p>h. Religião: _____</p>
<p><b>3. AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b></p> <p>a. Quanto tempo mora nesta comunidade? _____</p> <p>b. Você gosta de morar em Alcobaça? ( ) sim ( ) não</p> <p>c. Como é para você envelhecer em Alcobaça? _____</p> <p>d. Você participa das atividades da sua comunidade? ( ) sim ( ) não Quais? _____</p> <p>e. Você está satisfeito com as oportunidades de lazer que tem em sua comunidade? ( ) sim ( ) não</p> <p>f. O que poderia melhorar? _____</p> <p>g. Fale sobre o seu relacionamento com sua família e com a comunidade onde você mora _____</p>

**4. PERFIL DA SAÚDE**

a. Você tem algum problema de saúde diagnosticado por um profissional de saúde?

( ) sim      ( ) não

b. Qual/Quais?

\_\_\_\_\_

c. Quais remédios você toma?

d. Como percebe a sua saúde?

\_\_\_\_\_

e. De modo geral, você está satisfeito (a) com a sua saúde?

( ) sim      ( ) não

f. Está satisfeito (a) com o atendimento na área de saúde oferecido no local onde você mora?

( ) sim      ( ) não

g. Em sua opinião, o que poderia melhorar? \_\_\_\_\_

h. Você pratica algum tipo de atividade física? \_\_\_\_\_

**5. AVALIAÇÃO SOBRE PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO E SER IDOSO**

a. O que é ser idoso para você? \_\_\_\_\_

b. O que você ganhou e o que você perdeu com o envelhecimento?

\_\_\_\_\_

**6. PERCEPÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA**

a. O que é qualidade de vida para você?

\_\_\_\_\_

b. Em sua opinião, você se considera uma pessoa com qualidade de vida? Por quê?

\_\_\_\_\_

c. Em sua opinião, quais ações poderiam ser realizadas no município, para melhorar a sua qualidade de vida?

\_\_\_\_\_

**ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL**– *OLD***Questionário sobre Qualidade de Vida no Idoso - WHOQOL – OLD**

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?  
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?  
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?  
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?  
Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?  
Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?  
Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?  
Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)



**ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) senhor(a): \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada Percepção sobre condições de vida, saúde e processo de envelhecimento dos idosos residentes em uma comunidade rural no município de Alcobaça-Bahia, que tem como objetivo entender as percepções sociais da população idosa, residente da zona rural, sobre o processo de envelhecimento, suas vivências e experiências na comunidade e também o entendimento que tem sobre o processo de saúde/doença/cuidado, além de: promover a discussão e análise crítica acerca do processo de envelhecimento e o impacto sobre as condições de saúde da comunidade rural de São José, do município de Alcobaça; entender o contexto social e cultural onde vivem esses idosos; entender o que é ser idoso no contexto rural; promover espaços de discussão e de reflexão conjunta sobre as formas de melhorar a qualidade de vida dos idosos por meio do incentivo ao envelhecimento ativo e bem-sucedido e propor ações educativas que permitam a conquista de autonomia e fortalecimento das identidades. A pesquisa terá duração de 12 meses (período de coleta de dados, análise de dados, discussão e apresentação dos resultados).

Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste Termo. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo Grupo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com perguntas abertas e fechadas referentes ao sentido da velhice no ambiente rural, modos de vida na área rural, sua percepção sobre condições de vida, saúde, envelhecimento e qualidade de vida. Os dados contribuirão para proporcionar o conhecimento sobre os itens elencados e possibilidade de ações de promoção e educação em saúde para a população descrita. A coleta será realizada em seu domicílio pela médica da Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Os relatos serão registrados literalmente, em formato de texto, pela pesquisadora.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas normas e diretrizes para pesquisa com seres humanos indica que: “V – Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados”. Afirmamos que poderá haver riscos mínimos para os participantes, mesmo que seja na forma de desconforto gerada a partir da interação, contudo sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ônus.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Você receberá uma cópia deste termo onde constará telefone/email e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Glaucele do Amaral Souza (mestranda e médica da Saúde da Família do São José-Alcobaça- BA), CPF 034.967.767-06. Contato: (73) 99905-4937. Endereço: Rua do Badejo, 770. Bairro Do Farol – Alcobaça – Bahia.

Lina Rodrigues de Faria (Orientadora Doutora da Universidade Federal do Sul da Bahia/PROFSAÚDE, CPF 833.562.317-15, Contato: (24) 98113-4592. Endereço: Rodovia Porto Seguro – Eunápolis/Bahia, BR – 367- KM 10, CEP 45810-000.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu, \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em DUAS VIAS, ficando com a posse de uma delas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Alcobaça, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou representante legal

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Declaro que assinei 02 vias deste termo, ficando com 01 via em meu poder.

\_\_\_\_\_  
Glaucele do Amaral Souza

## ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE RURAL NO MUNICÍPIO DE ALCobaÇA-BAHIA

**Pesquisador:** Glauciele do Amaral Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 86878518.1.0000.5628

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.608.762

#### Apresentação do Projeto:

O prolongamento da expectativa de vida das populações tem gerado modificações, não apenas no perfil demográfico no mundo, mas também, na percepção da pessoa em relação à velhice, à saúde, à doença, à finitude e suas relações com o processo de envelhecimento e a qualidade de vida.

Estudos apontam que o ambiente que o idoso reside é fator determinante para tais percepções e, embora a maioria da população idosa no Brasil resida na área urbana, tem-se a preocupação com o processo de envelhecimento na zona rural.

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Mestrado profissional, descritivo e exploratório, que ocorrerá na comunidade rural de São José de Alcobaça, onde a coleta de dados será realizada no domicílio do idoso, na unidade de saúde da comunidade São José ou em unidades de atendimento em áreas localizadas distantes da sede do distrito para aplicação dos questionários sócio demográfico e de qualidade de vida.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Entender as percepções sociais da população idosa, residente da zona rural, sobre o processo de envelhecimento, suas vivências e experiências na comunidade e também o entendimento sobre o processo de saúde/doença/cuidado.

<b>Endereço:</b> PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589			
<b>Bairro:</b> PITUACU		<b>CEP:</b> 41.740-090	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR		
<b>Telefone:</b> (71)3203-8913	<b>Fax:</b> (71)3203-8975	<b>E-mail:</b> cep@ucsal.br	

Continuação do Parecer: 2.608.762

**Objetivo Secundário:**

Promover a discussão e análise crítica acerca do processo de envelhecimento e o impacto sobre as condições de saúde da comunidade rural de São José, do município de Alcobaça;

Entender o contexto social e cultural onde vivem esses idosos;

Entender o que é ser idoso no contexto rural;

Promover espaços de discussão e de reflexão conjunta sobre as formas de melhorar a qualidade de vida dos idosos por meio do incentivo ao envelhecimento ativo e bem-sucedido;

Propor ações educativas que permitam a conquista de autonomia e fortalecimento das identidades.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A autora descreve que "Toda a pesquisa tem risco, de acordo com as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, propostas pelo CIOMS, em 1993. Nossa pesquisa pode ser classificada como pesquisa com risco mínimo. O estudo irá empregar técnicas e métodos onde não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, entre os quais os questionários, que não identificam e não são invasivos à intimidade do indivíduo. A pesquisa tem como risco a quebra do sigilo que pode ocorrer com a exposição de dados coletados dos idosos participantes da pesquisa, entretanto, a pesquisadora se empenha em discutir os dados, sem exposição de nomes ou outras características pessoais que comprometam o direito ao sigilo".

Aponta que a pesquisa tem como benefícios "ampliar o conhecimento sobre práticas e vivências de idosos que residem em uma área rural e contribuir para o entendimento sobre a percepção de saúde/doença/cuidado e percepções sociais".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de relevância técnico científica e social, que apresenta objetivos bem definidos, contextualização do problema, bem fundamentados e pertinente ao tema proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos pertinentes à pesquisa: folha de rosto; orçamento; cronograma, instrumento de pesquisa, o TCLE e o Termo de Anuência da UBS, conforme Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Endereço:** PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

**Bairro:** PITUACU

**CEP:** 41.740-090

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3203-8913

**Fax:** (71)3203-8975

**E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.608.762

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem Pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em concordância ao parecer do relator, em 18/04/2018, fica deliberado que o projeto se encontra aprovado, considerando que a pesquisadora cumpriu com a pendência explicitada no parecer consubstanciado do dia 11/04/2018.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1062532.pdf	16/04/2018 22:19:43		Aceito
Folha de Rosto	folha_pdf.pdf	16/04/2018 22:18:39	Glaucele do Amaral Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_pdf.PDF	16/04/2018 22:16:10	Glaucele do Amaral Souza	Aceito
Orçamento	orcamento_pdf.pdf	18/03/2018 11:19:47	Glaucele do Amaral Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pdf.pdf	18/03/2018 11:08:52	Glaucele do Amaral Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pdf.pdf	18/03/2018 11:06:08	Glaucele do Amaral Souza	Aceito
Cronograma	cronograma_pdf.pdf	18/03/2018 11:04:58	Glaucele do Amaral Souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589  
**Bairro:** PITUACU **CEP:** 41.740-090  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.608.762

SALVADOR, 19 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**ANDERSON ABBEUSEN FREIRE DE CARVALHO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589  
**Bairro:** PITUACU **CEP:** 41.740-090  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br