



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em Atenção Primária**

**MARCIA DA CONCEIÇÃO SILVA**

**A EXPERIÊNCIA DE ENVELHECER NA PERSPECTIVA DE IDOSOS ASSISTIDOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro**

**Abril 2021**

MARCIA DA CONCEIÇÃO SILVA

A EXPERIÊNCIA DE ENVELHECER NA PERSPECTIVA DE IDOSOS ASSISTIDOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração em Atenção Primária à Saúde).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Alicia Navarro de Souza

Rio de Janeiro

2021

## Ficha catalográfica

Silva, Marcia da Conceição.

A experiência de envelhecer na perspectiva de idosos assistidos na atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro. / Marcia da Conceição Silva. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2021.

69 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Alicia Navarro de Souza.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f. 52-57.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do Idoso. 3. Medicina Narrativa. 4. Saúde da Família. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Souza, Alicia Navarro de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



### ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14:00hs do dia 27 de abril de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis**. A dissertação com o título: "A EXPERIÊNCIA DE ENVELHECER NA PERSPECTIVA DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.", foi apresentada pela(o) candidata(o): **Marcia da Conceição Silva**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 11 801 4381** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art° 1°", ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; ( x ) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Alicia Regina Navarro Dias de Souza** (presidente); **Livia Maria Santiago** (1° examinador); **Maria Cristina Reis Amendoeira** (2° examinador), em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( x ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional: *SUGERIU A PUBLICAÇÃO DO TRABALHO.*

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a) *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
#/ 1° Examinador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
#/ 2° Examinador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
Aluno(a) Examinado(a): *Marcia da Conceição Silva*

## Agradecimentos

Emito meus mais sinceros agradecimentos:

Ao meu marido, Luiz Alexandre, por todo amor, paciência e incentivo, inclusive pela ajuda com a transcrição das entrevistas;

A minha mãe que compartilhou minha alegria na aprovação do mestrado e na qualificação, minha grande incentivadora;

Ao meu pai por todo suporte na minha vida acadêmica;

Ao meu irmão, pela parceria nesta vida, desde sempre;

A minha irmã Patrícia pela alegria e presença que não me deixam desanimar jamais;

A minha amiga Valéria, por sua dedicação a nossa amizade, sempre me impulsionando para frente;

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Alicia Navarro, pela paciência infinita e pelos ensinamentos precisos;

Às amigas e colegas Priscila Mafra e Jaqueline Duarte, que se empenharam em mobilizar os profissionais das duas Clínicas da Família para selecionarem os entrevistados;

Às Enfermeiras muito queridas Renata e Cassiana, por tornarem as entrevistas possíveis, sempre escolhendo os melhores ambientes na Clínica da Família Helena Besserman Vianna;

Aos colegas médicos, enfermeiros, gerentes, agentes de saúde e educadores físicos que ofereceram pronta ajuda na seleção dos entrevistados;

Aos amigos e professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, por me proporcionarem estes anos de aprendizado inesquecível.

Tudo seria muito mais difícil sem vocês.

## Resumo

Envelhecer não é um processo apenas biológico, embora as alterações biológicas sejam decisivas para incluir um indivíduo neste grupo etário. Envelhecer é, também, um processo psicossocial, influenciado por diversos fatores e determinantes sociais. Não é sem motivo que o ponto de corte para se considerar um indivíduo idoso varia de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico do país, tendo sido estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, nos países desenvolvidos, considera-se idoso o indivíduo com mais de 65 anos e, nos países ditos em desenvolvimento, 60 anos. No Brasil, este segmento populacional vem crescendo exponencialmente, não divergindo da tendência mundial, porém, a diversidade cultural e as discrepâncias sociais e econômicas desenham cenários peculiares, com diferentes perfis de “velhos”. Esta pesquisa qualitativa se destina a investigar, através de narrativas, a experiência do envelhecimento de idosos na primeira década deste ciclo da vida, tendo como objetivo principal descrever a experiência do processo do envelhecimento na diversidade das dimensões psicológica, cultural, social, econômica, ambiental e, obviamente, biológica. Desta forma, poderemos evidenciar a riqueza do processo de envelhecimento a partir de narrativas individuais. Escolhemos o ambiente propício da atenção primária em saúde, que é o local preferencial onde é prestada a assistência a estes indivíduos, de forma longitudinal, ou seja, há uma relação de proximidade e vínculo não encontrada geralmente em outro nível de assistência a saúde. As entrevistas aconteceram, em sua maioria, na própria unidade básica e apenas duas delas se deram nos domicílios dos entrevistados, de acordo com as suas próprias escolhas, e foram baseadas em um roteiro semi-estruturado. Foram entrevistados usuários de diferentes territórios, com índices de desenvolvimento social diversos. As entrevistas foram na maior parte gravadas em vídeo e, após esta coleta de dados, estes foram transcritos e analisados através do método de análise de conteúdo. Discutimos nesta pesquisa o caráter individual do processo de envelhecimento, suas particularidades e nuances, de acordo com todas as dimensões já citadas e concluímos que não é possível generalizar o fenômeno do envelhecimento, mesmo dentro de uma mesma comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Saúde da Família;  
Medicina Narrativa

## Abstract

Becoming old is not just a biological process, although the biological changes are crucial to include someone in this age group. Aging is, also, a psychosocial process, influenced by several factors and social determinants. It is not without reason that the age limit to consider someone an elder individual varies according to the country's socioeconomic level. The World Health Organization (WHO) had established that, in developed countries, individuals are considered old above 65 years and, in developing countries, however, this cutoff is 60 years old. In Brazil, this population segment has grown exponentially, not diverging from the global trend, however, the cultural diversity and the socio-economics discrepancies draw peculiar scenarios, where it can be found different profiles of older people. This qualitative research is intended to investigate, through narrative, the aging experience of individuals in the first decade of this life period. Its main objective is to describe the experience of the aging process in all its diversity of psychological, cultural, social, economic, environmental and biological dimensions. In this way, we will be able to evidence the richness of the aging process from individuals' narratives. We choose the enabling environment of primary health care units, because it is the preferred location where assistance is provided to these individuals, longitudinally, that is, where there is a relationship of proximity and bond not found in any other level of health care. Most of the interviews took place in the primary care units and just two of them happened at the interviewees' homes, as they chose themselves, and were based on a semi-structured script. Users from different territories with different social development indexes, were interviewed. The interviews were mostly videotaped and, after the data collection, they were transcribed and all the data analyzed using thematic content analysis methods. We discussed the individual character of the aging process, its particularities and nuances, according to all the dimensions already mentioned and concluded that it is not possible to generalize the phenomenon of aging, even within the same community.

Key-words: Primary Health Care; Aging; Family Medicine; Narrative Medicine

Lista de abreviaturas:

APS: Atenção Primária à Saúde

CF: Clínica da Família

CF BMS: Clínica da Família Barbara Mosley de Souza

CF HBV: Clínica da Família Helena Besserman Vianna

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDS: Índice de Desenvolvimento Social

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 1  |
| 2. O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO.....                              | 5  |
| 3. O CONCEITO DE VELHICE ENVELHECEU.....   | 9  |
| 4. OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DO IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....      | 12 |
| 5. AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....               | 16 |
| 6. O PAPEL DA NARRATIVA NA COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO.....           | 19 |
| 7. OBJETIVOS.....  | 21 |
| 7.1 Objetivo geral.....  | 21 |
| 7.2 Objetivo específico.....   | 21 |
| 8. METODOLOGIA.....  | 22 |
| 9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....   | 25 |
| 9.1 Contextualização sociodemográfica .....  | 26 |
| 9.2 Enfrentando o envelhecimento.....  | 28 |
| 9.2.1 Ser velho é ser doente?.....   | 29 |
| 9.2.2 Espelho, espelho meu... a autoimagem e sua relação com autoestima e memória..... | 32 |
| 9.2.3 Autonomia e independência funcional, um ideal de envelhecimento.....             | 35 |
| 9.2.4 Perdas e ganhos.....   | 36 |
| 9.3 O papel social do idoso, aposentadoria e contribuição econômica.....               | 38 |
| 9.3.1 Aposentados e pensionistas.....  | 39 |
| 9.3.2 Insegurança financeira.....  | 41 |
| 9.3.3 Idosos como apoio familiar.....  | 42 |
| 9.4 Buscando cuidado no SUS – A APS e o envelhecimento.....                            | 43 |
| 9.5 O que será o amanhã?.....  | 46 |
| 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 50 |
| 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 52 |
| 12. ANEXOS.....  | 58 |



## 1 INTRODUÇÃO

Eu não tinha este rosto de hoje,  
 Assim calmo, assim triste, assim magro,  
 Nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.  
 Eu não tinha estas mãos sem força,  
 Tão paradas e frias e mortas;  
 Eu não tinha esse coração que nem se mostra.  
 Eu não dei por essa mudança,  
 Tão simples, tão certa, tão fácil:  
 Em que espelho ficou perdida a minha face?  
 Retrato. Cecília Meireles, 2001<sup>1</sup>

O envelhecimento populacional hoje, mais do que nunca, é pauta de discussão entre os órgãos de saúde em todo o mundo, não só pelo crescente número de idosos, suas demandas e influências em todos os níveis da sociedade, mas também, pelo que significa ser idoso num mundo que vive uma pandemia polarizadora de opiniões acerca da importância dos velhos para a sociedade. É possível, nos dias atuais, presenciar debates insólitos que levantam questões do quanto é ético assumir posturas que poderiam facilmente ser chamadas de “gerontocidas”, uma vez que a população idosa é, estatisticamente, afetada de forma mais letal pela doença COVID19 e, conseqüentemente, gasta mais verbas públicas e privadas do que um indivíduo mais jovem. *“Perdemos o valor para a sociedade ao envelhecermos. Tanto valor que nos tornamos descartáveis, que podemos morrer para “salvar a economia”* – afirma a antropóloga Mirian Goldenberg em entrevista para um canal de reportagem.<sup>1</sup>

Mas esta discussão não tem nada de nova. Ao contrário, ela já foi levantada por vários pensadores ilustres, inclusive pela notável filósofa existencialista e feminista, Simone de Beauvoir. Nos anos 70, Beauvoir, em seu estudo profundo sobre o tema, chamou a velhice de *“vergonha secreta da sociedade”* e sugeriu que a própria sociedade criou, ou melhor dizendo, inventou, a impotência da velhice, sua incapacidade de gerar riqueza para a comunidade capitalista, facilmente aplicável no contexto socioeconômico atual. (BEAUVOIR, 1990)

Partindo deste cenário sanitário e político que se instalou após o término da coleta de dados desta pesquisa, tendo como “pano de fundo” a pandemia de COVID, podemos afirmar que o tema envelhecimento tornou-se ainda mais relevante sob qualquer dimensão que se queira discutir, seja ela cultural, política, social, econômica, biológica, psicológica ou ambiental.

---

<sup>1</sup> GOLDENBERG, Mirian. Entrevista concedida a BBC News. 2014.

Então, o que significa envelhecer para os milhares de indivíduos que vivenciam a primeira década da velhice no Brasil? Será que se enxergam envelhecendo? Como percebem o processo do envelhecimento? Diante da grande diversidade encontrada no Brasil e face as discrepâncias e abismos socioeconômicos e culturais, as respostas a essas perguntas apresentam também uma importante diversidade. Mesmo dentro de uma mesma comunidade, na cidade do Rio de Janeiro, podemos perceber diferenças.

O processo do envelhecimento não pode ser entendido como um fenômeno padronizado e idealizado, de modo que a descrição desse processo por quem não se encontra vivenciando esta fase torna-se um tanto o quanto imprecisa. Na literatura científica brasileira, encontramos vários relatos e teorias de pesquisadores que falam pelos idosos. Entendemos que o estudo e a análise das narrativas colhidas diretamente com estes indivíduos grisalhos, que transitam há mais de 60 anos pela estrada da vida, é, sem dúvida, uma abordagem feita por um ângulo privilegiado que nos possibilita uma compreensão mais acurada do fenômeno velhice. Inclusive, segundo uma expressão usada pelo médico e pesquisador Renato Veras, a própria palavra velhice, é um termo impreciso. Nos deparamos com “velhices” e “velhices”. Há países, como Serra Leoa, com expectativa de vida de 50 anos e países, como o Japão, cuja expectativa de vida média é de 84 anos. (MINAYO, 2002, p.1130)

O Brasil tem hoje cerca de 23 milhões de idosos (indivíduos acima de 60 anos) e este número representa nada menos do que 13% da população do país. A maioria dessas pessoas está na faixa etária de 60 a 70 anos, ou seja, na primeira década do envelhecimento, que é o recorte do nosso estudo. Com essa grande representatividade numérica, não é difícil entender a importância que estes idosos adquiriram na sociedade. Hoje, precisamos entender os idosos como atores sociais, com papéis importantes na economia doméstica, como consumidores e como protagonistas de um movimento social que exige um espaço próprio e novos arranjos na estrutura de poder. (MINAYO, 2002)

O termo “medicina narrativa” foi cunhado por Rita Charon em 2000 e ela o conceitua, de forma simples e objetiva, como uma medicina praticada por alguém que sabe o que fazer com as histórias que ouve. A medicina narrativa, portanto, que prima pelo desenvolvimento de competências narrativas, permite ao entrevistador

interpretar e se deixar afetar pelas histórias dos entrevistados e, sob esse prisma, compreender a experiência do envelhecimento, no caso em questão, e transmiti-la com maior riqueza e domínio do conteúdo. As narrativas dos idosos, suas memórias e histórias, são abordadas aqui como fontes inesgotáveis de vivências que fazem emergir as particularidades de cada um, as contradições, os caminhos e as construções engendradas pela passagem do tempo e pelos diferentes modos de viver que foram se configurando. O estudo da narrativa oferece uma possibilidade de desenvolver uma compreensão que não pode ser alcançada por nenhum outro método. (GREENHALGH, 1999)

Entendendo o envelhecimento como um processo individual, determinado por múltiplos fatores e influenciado direta ou indiretamente pelos determinantes sociais em saúde, esta pesquisa expõe e analisa as narrativas dos 21 idosos entrevistados, com abordagem no curso da vida, na trajetória individual de cada um. Dessa forma, ficam muito evidentes as diferenças de enfrentamento da velhice mesmo entre indivíduos de um mesmo gênero, que vivem no mesmo bairro, com uma condição econômica semelhante, por exemplo.

A competência narrativa configura-se como uma importante ferramenta para a prática da medicina integral. Nesse sentido, o ambiente propício da atenção primária, onde os preceitos da Medicina de Família e Comunidade devem ser melhor aplicados, foi o cenário que possibilitou o encontro com os entrevistados. A relação de vínculo e confiança entre os profissionais e a população assistida permitiu a seleção dos entrevistados que já estavam familiarizados com o local, onde se sentiram à vontade e seguros para contar suas histórias.

Visando provocar reflexões para além dos vincos na pele, dos cabelos embranquecidos e da questão da aposentadoria, nossa intenção foi investigar mais a fundo, perscrutar seus posicionamentos perante a vida, seus frágeis planos para o futuro, seus medos e suas relações com a sociedade que insiste em enxergar os velhos como um problema de difícil solução para a medicina e para a saúde pública. Da mesma forma, a velhice se tornou uma questão incômoda para os formuladores de políticas públicas e, também, para as famílias, de um modo geral.

Fato é que o processo de envelhecimento está acontecendo junto com todos os outros eventos na vida da pessoa e no mundo, inclusive junto com a pandemia de

COVID 19. E, com maior importância do que o Índice de Desenvolvimento Social para as diferentes construções das “velhices”, outros fatores são mais determinantes no sentido de um envelhecimento mais satisfatório, tomando por base os idosos entrevistados: a história de vida, que pode ser captada através da abordagem no curso da vida, e a força da comunidade como rede de apoio.

E hoje, durante a pandemia de COVID 19, após mais de um ano de distanciamento social, sem a interação interpessoal que ocorre nas Academias Cariocas, por exemplo, como os idosos participantes desta pesquisa estarão experienciando esse período tão atípico? Terá sido a pandemia e todas as questões éticas e sociais envolvidas um fator a mais para que eles se colocassem mais e mais no grupo social ao qual a sociedade os destinou? Com certeza, suas vivências nesse período valem uma nova abordagem, um novo encontro entre a Medicina Narrativa e o Envelhecimento.

## 2 O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO

Podemos afirmar que hoje, mais do que em qualquer outro momento da história do mundo, a maioria dos habitantes do planeta pode esperar viver até os 60 anos ou mais. O aumento da expectativa de vida associado a quedas nas taxas de fertilidade está levando ao envelhecimento da humanidade em um ritmo acelerado nunca evidenciado anteriormente. A esta mudança no perfil demográfico chamamos “transição demográfica”. Uma vida mais longa é, sem dúvida alguma, um valioso recurso, mas só terá realmente valor positivo se ocorrer num contexto de saúde e bem-estar. Se esses anos a mais forem marcados por declínio da capacidade funcional, seja física ou mental, as implicações para o indivíduo e para a comunidade serão muito negativas.

Há, no entanto, diferenças entre *envelhecimento individual* e *envelhecimento populacional*. Dizemos que um indivíduo envelhece à medida que sua idade aumenta, sendo este processo natural, individual e irreversível, que pode ser medido pela esperança de vida ao nascer. Já o envelhecimento populacional ocorre quando a participação de idosos no total da população aumenta. É acompanhado pelo aumento da idade média da população e pode ser revertido se a fecundidade aumentar. Segundo CAMARANO e KANSO (2017, p. 204-205):

[...] o processo do envelhecimento é muito mais amplo do que uma modificação de proporções de determinada população, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição dos recursos na sociedade. (CAMARANO e Kanso, 2017)

De fato, este processo de envelhecimento demográfico e de transição epidemiológica vem repercutindo nas diferentes esferas da estrutura da sociedade, exigindo adaptações ou mesmo mudanças, especialmente na economia, no mercado de trabalho e na disponibilidade de recursos públicos e familiares (SIQUEIRA et al., 2002).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definia idoso como todo indivíduo acima de 60 anos, em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos e, nos países desenvolvidos, todo aquele com mais de 65 anos. Embora já exista uma visão mais ampla sobre “quem de fato pode ser considerado velho”, esta classificação ainda é muito utilizada, para fins práticos (WHO, 2002). Uma importante diferença entre o processo de envelhecimento dos países subdesenvolvidos e o ocorrido nos países desenvolvidos é que estes últimos ficaram

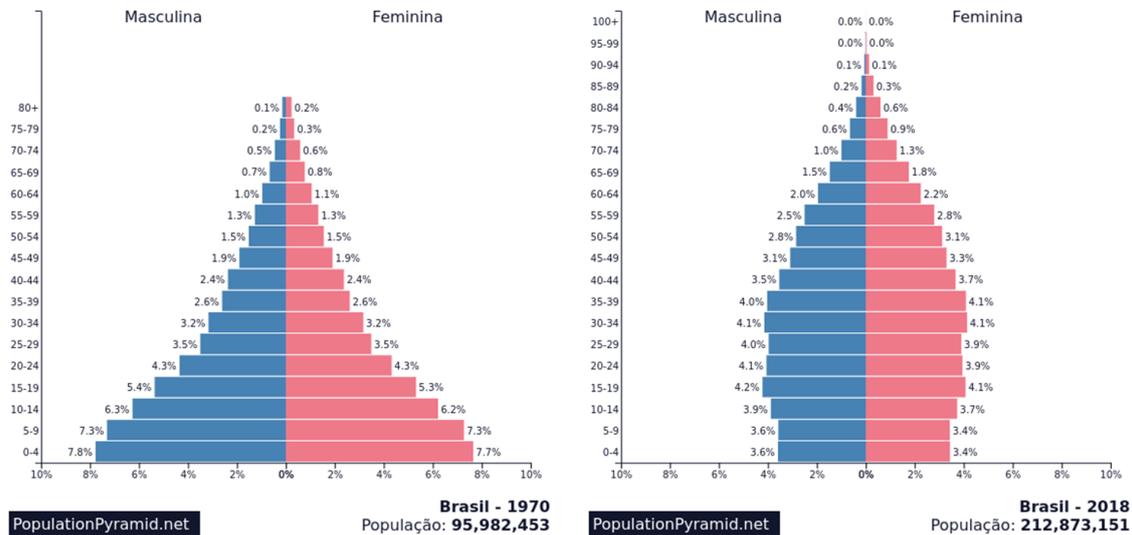
ricos antes de envelhecerem. Nós, ao contrário, estamos ficando velhos antes de ficarmos ricos (WHO, 2001).

Em uma publicação mais recente, de 2015, intitulada “Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde”, a mesma respeitada Organização utiliza a expressão *adultos maiores* em detrimento da palavra *idoso*, na intenção de diminuir a “discriminação etária”, atribuindo não apenas ao fator etário, mas a um conjunto de fatores, dentre eles, fatores genéticos, socio-econômicos e culturais, o processo de envelhecimento e perda progressiva da capacidade funcional. Neste relatório, a OMS formula um novo marco conceitual que desvincula envelhecimento de dependência e prioriza a manutenção da habilidade funcional à ausência de doença para se considerar um envelhecimento como saudável (WHO, 2015).

O envelhecimento da população mundial representa hoje o maior triunfo e, ao mesmo tempo, o maior desafio da humanidade. De acordo com estatística publicada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2007, em 2050 quase 2 bilhões de pessoas terão 60 anos ou mais, sendo que 80% destes indivíduos viverão nos países em desenvolvimento (ONU, 2007). Com estes dados à disposição, há real necessidade de analisar as consequências destes números para a saúde e para os sistemas de saúde. Estudar o envelhecimento populacional e a adaptação dos sistemas de saúde para acolher este grupo etário nunca foi tão necessário.

As pirâmides etárias ilustram as mudanças no perfil populacional brasileiro, em 50 anos. Em 2020, tínhamos uma população mundial de idosos de 1,1 bilhão de indivíduos acima de 60 anos e, no Brasil, 10,57% dos brasileiros se encontravam neste grupo etário, o que corresponde a cerca de 22.283.880 pessoas. O aumento no número de pessoas com 65 anos ou mais na população brasileira foi de 20% em comparação com os dados de 2012, quando a proporção de idosos era de 8,8%. Os idosos são as pessoas de referência ou os chefes de família de 19,3% dos domicílios brasileiros. Em relação à população carioca, os idosos representam 13,06% da população, seguido pelo Rio Grande do Sul (12,95%), São Paulo (11,27%) e Minas Gerais (11,19%) (FGV, 2020).

**Figura 1. Pirâmides etárias – Brasil**



No Brasil, há variações regionais muito significativas causadas por diferenças socioeconômicas e de acesso aos cuidados à saúde. Sabemos que as regiões Norte e Nordeste são muito desfavorecidas em relação à prestação de serviços em saúde quando comparadas com o restante do país. Não se pode afirmar, sem risco de cometer um equívoco, que em 2013, 34% dos brasileiros conseguiram completar 85 anos quando, em Rondônia, somente 23% conseguiram, enquanto que, em Santa Catarina, esta percentagem girou em torno de 40% (CHAIMOWICZ, 2017).

Estes dados estatísticos demonstram o impacto que o número cada vez mais crescente de idosos trará e já traz para a dinâmica da sociedade que, de um modo geral, coloca o idoso como um problema não só para as famílias, mas também para a saúde pública e para os formuladores de políticas públicas.

A maior parte dos problemas de saúde enfrentados pelas pessoas mais velhas está associada a condições crônicas, principalmente doenças não transmissíveis, e as multimorbidades. No entanto, as questões de saúde de octogenários, por exemplo, são muito diferentes daquelas de idosos jovens. As políticas públicas devem se apropriar destas informações estatísticas para se estruturarem de forma a permitir que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas do envelhecimento, promovendo uma velhice ativa e independente, sempre que possível (OMS, 2015).

Em relação às famílias, os modelos tradicionais de cuidados, onde as mulheres desempenhavam papéis de cuidadoras de seus familiares e as famílias eram mais numerosas, não são mais sustentáveis. Isso ocorre em parte porque a mulher está muito mais presente no mercado de trabalho, e também por conta dos números rapidamente crescentes de pessoas mais velhas que podem precisar de cuidados. Estas mudanças ocorreram *pari passu* com a acelerada urbanização. Principalmente nas grandes cidades, os espaços residenciais diminuíram em tamanho e, conforme os integrantes idosos da família deixavam o mercado de trabalho, criaram-se novas demandas de cuidados (MINAYO, 2002).

Nos deparamos, então, com a seguinte situação: ou mudamos a ótica do projeto de atuação junto a velhice, tornando-o um projeto de nação, envolvendo toda a sociedade, ou continuamos a colocar toda a responsabilidade para o indivíduo e para as famílias e, nesse último caso, assistiremos ao aumento do número de idosos abandonados neste país.

### 3 O CONCEITO DE VELHICE ENVELHECEU

Pensei entrar na velhice por inteiro  
 como um barco ou um cavalo  
 Mas me surpreendo jovem,  
 velha e madura ao mesmo tempo.  
 Rota de Colisão. Marina Colasanti.<sup>2</sup>

Segundo MINAYO, “o conceito de velhice envelheceu”, uma vez que grande parte dos idosos brasileiros, hoje, pode ainda ser considerada como uma força de trabalho, e cerca de 87% dos homens idosos chefiam famílias, e muitos ainda contribuem para a renda dos lares. Isto significa que somente o critério cronológico não é mais suficiente para determinar uma situação de decrepitude ou decadência, frequentemente associada à velhice.

A velhice, assim como as demais etapas do ciclo da vida é social e culturalmente construída, de acordo com o papel que estes indivíduos desempenham nas famílias e nas comunidades (MINAYO, 2002). O valor ou a importância dada a um indivíduo mais velho varia em cada grupamento social, mas, em sua maioria, os idosos desejam inclusão afetiva nos contextos sociais e hoje, por força numérica, podem ser considerados atores sociais com voz ativa e reivindicações claras.

Se formos pesquisar o que pensam as pessoas mais velhas sobre o conceito de velhice, perceberemos que, para uns, é uma etapa de desenvolvimento e satisfação e, para outros, é uma fase de declínio, de decrepitude. Os determinantes de boa qualidade de vida na velhice variam de sujeito para sujeito.

Não existe um “idoso típico”. Apesar da incontestável diversidade percebida neste grupo etário, ainda são muito comuns percepções e suposições baseadas em estereótipos ultrapassados, como, por exemplo, a crença de que pessoas mais velhas se tornarão obrigatoriamente dependentes ou que são sempre um fardo para suas famílias e para a comunidade. Ora, sabemos que alguns idosos apresentam capacidade física ou mental comparáveis aos adultos mais jovens e, em alguns casos, estas habilidades chegam a ser superiores.

---

<sup>2</sup> COLASANTI, M. Rota de Colisão. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

Para Ana Amélia Camarano, organizadora do livro “Os novos idosos brasileiros – muito além dos 60”:

*a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade como um todo. Assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos.*  
(CAMARANO, 2004, p.5)

Nada mais equivocado. Estudando essa heterogeneidade, não é difícil constatar que, em um extremo, vemos indivíduos com total autonomia, que podem contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes nas suas famílias enquanto, no extremo oposto, há idosos que não são capazes de lidar com as atividades básicas diárias, por conta de perda de capacidade funcional, ou, ainda, sem nenhuma renda ou provento próprio. Esse panorama sintético ilustra bem a diversidade dos idosos brasileiros, justificando as demandas bastante diferenciadas deste grupo.

Dentro desta discussão, apresenta-se o fato inequívoco de que o processo de envelhecimento é individual e está na dependência não de apenas um, mas de vários fatores que, somados, configuram indicadores negativos ou positivos de uma velhice mal ou bem sucedida. A experiência individual do envelhecimento pode ser boa ou ruim, como já foi dito, e representa um eco da história de vida da pessoa associado à representação da velhice sedimentada pela sociedade em que ela está inserida (SCHNEIDER, 2008).

Sobre Qualidade de Vida, há um consenso entre os pesquisadores em relação a um conceito mais amplo, composto por várias dimensões, tais como bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (FLECK, 2000). O grupo WHOQOL, criado pela OMS em 1995, reuniu especialistas de várias partes do mundo, definindo qualidade de vida como 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). É possível reconhecer na literatura três características do constructo Qualidade de Vida: *subjetividade*, que está interrelacionada a condições externas, como trabalho, família e os demais laços sociais que permeiam a vida do idoso; *multidimensionalidade*, incluindo dimensões físicas, psicológicas e sociais, ou seja,

como o indivíduo idoso percebe seu estado físico, suas relações interpessoais, etc.; e *bipolaridade* com aspectos positivos e aspectos negativos, como, por exemplo, autonomia versus dependência (SEIDL, 2004).

Estudos mostram que qualidade negativa de vida equivale, quase que exclusivamente, a questões relacionadas à perda da saúde, gerando perda da autonomia e/ou da independência. Já qualidade de vida positiva, por outro lado, é representada por mais de uma categoria como atividade, renda, vida social e relação com a família, demonstrando que as categorias diferem de sujeito para sujeito (XAVIER et al, 2003).

Para entendermos melhor o conceito de envelhecimento, precisamos, inicialmente, rever o conceito contemporâneo de saúde, entendendo que este está muito mais relacionado com qualidade de vida do que com ausência de doença.

#### 4 OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DO IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO:

Como todas as situações humanas, ela [a velhice] tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence.  
A Velhice – Simone de Beauvoir<sup>3</sup>

Há várias dimensões dentro do significado do termo *envelhecimento*. Em uma visão biogerontológica, Papaléo Netto (2002:10) elaborou o seguinte conceito:

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. (PAPALÉO NETTO, 1996). [...] Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. (PAPALÉO NETTO, 2002)

No entanto, uma visão biogerontológica isolada não nos interessa porque não reflete a complexidade do processo de envelhecimento.

Para Bircher (2005, p.336), saúde é entendida como estado dinâmico de bem-estar caracterizado por potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida compatível com a idade, a cultura e responsabilidade social. O conceito de saúde encontra-se relacionado com qualidade de vida, também, para Minayo, Hartz e Buss (2000, p.1), que a definem como “uma construção coletiva de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.”

É inquestionável, portanto, que as condições socioeconômicas e ambientais influenciam as condições de saúde de uma comunidade. De um modo abrangente, os determinantes sociais em saúde englobam fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

---

<sup>3</sup> DE BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

Considerando o modelo de Dahlgren e Whitehead (fig.:2) sobre os determinantes sociais em saúde, temos clareza dos fatores estruturais, ou de estratificação socio-econômica e culturais (nível da macro determinação) que afetam negativamente o estado de saúde dos idosos brasileiros (GEIB, 2012). A desigualdade da distribuição da renda e os elevados índices de desemprego relacionados com a idade resultam em condições de vida precária para maioria da sociedade e estes são alguns dos problemas que determinam as condições de saúde e agravam a exclusão social de certos grupos da população, como o grupo etário acima de 60 anos.

**Figura 2: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**



Como exemplo marcante de influência de um macro-determinante no processo de envelhecimento, citamos a aposentadoria ou a ausência de trabalho. Para uma grande parte dos idosos, principalmente aqueles que estão na primeira década do envelhecimento, a ausência do trabalho em suas vidas, seja pela aposentadoria ou pela incapacidade de encontrar espaço no mercado de trabalho, os estigmatiza como os “economicamente improdutivos”, reforçando a idéia de fardo embutida na imagem da velhice que está consolidada no imaginário coletivo.

Essa questão de âmbito ideológico precisa ser abordada. A grande maioria dos indivíduos ativos do ponto de vista laborativo deseja o envelhecimento, mas, apesar disto, tem a preocupação de que o crescimento da população idosa pode

demandar um “peso” sobre a população mais jovem. A chamada “crise do envelhecimento” trouxe a imagem de idosos como grandes consumidores de recursos públicos, principalmente, de benefícios previdenciários e de serviços de saúde (CAMARANO, 2004). Muitas pessoas alimentam a crença de que são os idosos os principais responsáveis pelos crescentes gastos sociais que pressionam as contas públicas, daí a recente e discutível reforma do Sistema Previdenciário brasileiro.

Esta é, no entanto, uma visão pontual e estática do fenômeno do envelhecimento populacional, uma vez que muitos idosos são autônomos e independentes e contribuem de forma bastante importante para a sociedade, para o desenvolvimento econômico e, muito frequentemente, para a família, quando, por exemplo, a casa própria do idoso ou mesmo seus rendimentos de trabalho, pensão ou aposentadoria se transformam em fonte importante de suporte familiar quando não são os provedores principais da casa (CAMARANO, 2004).

A velhice é também colocada como um problema a ser resolvido e parte desta solução, segundo as crenças da atual sociedade centrada na produtividade econômica, está em criar profissionais, serviços e políticas especializadas como um modo de “compensar” ou mesmo de encobrir a perversidade da distribuição de poder e de privilégios entre as gerações, além de ocultar as lutas econômicas que determinam quem se enquadra no grupo dos “economicamente ativos” e no grupo dos “incapacitados a produzir” (DOMINGUES, 2014).

A influência dos determinantes sociais, seja no nível macro ou no nível individual, acontece ao longo de toda a vida de uma pessoa, desde a mais tenra infância até a morte. Podemos inferir, diante do contexto socio-econômico brasileiro, que as circunstâncias sociais de uma infância pobre predizem circunstâncias pobres na vida adulta e na velhice. Daí a abordagem “no curso da vida”, que reforça o quão importante é analisarmos a interação entre a pessoa e seu ambiente na trajetória de vida, e, esta é uma dimensão importante para entendermos a produção de diferentes “velhices” (GEIB, 2012).

Não é difícil compreender que, dada a velocidade com que a população brasileira vem envelhecendo, as políticas públicas relacionadas ou não à saúde não conseguiram ainda se adequar às mudanças do perfil populacional (MIRANDA et al,

2016). Além disso, este mesmo segmento etário que, há poucas décadas, aos 50 anos, já era considerado velho, tanto pela sociedade quanto por eles próprios, encontra dificuldade em se adaptar aos anos que vêm sendo adicionados a sua vida. Por vezes, isto pode ser facilitado, por padrões sociais de pequenos grupos com afinidades socio-econômicas e culturais senão o idoso tem de fazê-lo de forma muito particular e individual ou seguindo padrões sociais de pequenos grupos com afinidades socio-econômicas e culturais. Portanto, as formas de viver a velhice são as mais variadas possíveis, tanto na visão subjetiva do envelhecimento quanto em relação as condições materiais e de redes de apoio (ABOIM, 2014).

Um outro aspecto importante a ser citado é que há ainda, no imaginário coletivo, um ideal de envelhecimento ativo ou de um “envelhecer jovem”, que é incentivado pela próspera indústria do rejuvenescimento físico, com seus cosméticos e procedimentos estéticos milagrosos, porém, inacessíveis para a maioria dos idosos brasileiros. O conflito entre o declínio da beleza e agilidade físicas e a tentativa de parecer novo permeia todo este cenário imposto pela sociedade capitalista vigente, aumentando o desejo pelo consumo de produtos e procedimentos médicos. Segundo Tótorra (2006, p.36-37): “Em uma cultura que valoriza os excessos de prazeres e o culto da felicidade como ausência de sofrimentos, doença e dor, ser velho é privação.”

## 5 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O direito a saúde, no Brasil, é, por força Constitucional, universal e integral, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dito isto, sabemos ser direito do cidadão brasileiro o acesso universal e equânime a serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com garantia da integralidade da atenção.

O SUS é, portanto, uma espécie de dispositivo institucional criado para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário nos termos da Constituição. Este sistema de saúde foi idealizado e organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, o que, neste caso, significa que há certos níveis de atenção à saúde.

### **Figura 3: Cronologia das Políticas públicas que atendem ao segmento etário “Idoso” no Brasil:**

|  |
|--|
| Política Nacional do Idoso – lei nº 8.842, de 1994                           |
| Programa de Saúde da Família – 1994  |
| Política Nacional de Saúde do Idoso – portaria nº 1.395, de 1999             |
| Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – portaria nº 2.528, 2006 |

A transição demográfica em nosso país e o envelhecimento populacional acelerado desencadearam, ainda que aquém do ideal de justiça e proteção social, respostas sociais e políticas, como a criação da Política Nacional do Idoso, em 1994 (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996), e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999), 5 anos depois. A PNSI garante ao indivíduo idoso direito à saúde nos mais diferentes níveis de assistência do SUS e entende que o principal problema relacionado ao envelhecimento é a perda da autonomia e da independência (BRASIL, 1999).

Paralelamente, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) ganha força e passa a ser adotado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Seu objetivo primordial foi reorganizar a prática assistencial, modificando a dinâmica dos serviços de saúde, com foco em estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade e

desempenhar ações de vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma mais humanizada (MARIN, 2015).

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo primordial assegurar os direitos sociais do idoso brasileiro, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Ela apresenta como propósitos básicos:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL, 1999, p.21)

A operacionalização desta proposta de envelhecimento saudável e de manutenção da autonomia enfrenta, ainda hoje, diversos desafios. Idealmente, o cuidado comunitário do idoso deve apoiar-se na família e na atenção primária à saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Clínicas da Família, de preferência sob a Estratégia de Saúde da Família, como já foi salientado. A ESF baseia-se em diretrizes que fornecem as bases para as atividades a ela relacionadas, oferecendo à população assistida acolhimento, escuta e resposta resolutiva à maioria dos problemas de saúde destes usuários. Estas Unidades Básicas de Saúde representam o primeiro nível do Sistema Único de Saúde (SUS) e é nesse nível da assistência que o idoso brasileiro tece o frágil vínculo com aqueles que têm a incumbência de cuidar de sua saúde de acordo com os preceitos da integralidade e da equidade.

O aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis guarda uma relação direta com o envelhecimento populacional, o que acaba por pressionar o sistema de saúde no sentido de instituir medidas preventivas e de cuidados em longo prazo. Os idosos, por sua vez, demandam assistência à saúde pautada na longitudinalidade do cuidado e na criação de vínculo com a equipe que presta essa assistência.

Neste ponto, podemos compreender melhor a definição de atenção básica centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais:

[...] a atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2001)

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 19, publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde (MS):

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. (BRASIL, 2007)

A relação de proximidade entre a comunidade e estas Unidades Básicas possibilitam e facilitam a formação de vínculo dos usuários com os profissionais que prestam o cuidado e a assistência a estes. Particularmente para os adultos mais velhos, a formação deste vínculo é essencial para a manutenção do cuidado e adesão ao projeto terapêutico individual.

## 6 O PAPEL DA NARRATIVA NA COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO

A competência narrativa, configura-se como mais uma importante ferramenta, especialmente essencial para a medicina integral que é praticada no âmbito da atenção primária (FAVORETO, 2007). Ela fortalece principalmente a prática clínica porque desenvolve no profissional a capacidade de reconhecer, absorver, metabolizar, interpretar e ser tocado e modificado pelas histórias.

Segundo Rita Charon, há evidências que os estudantes e profissionais que são treinados para exercer a medicina narrativa acabam fortalecendo seus laços terapêuticos com os pacientes e aprofundando suas habilidades em identificar e compreender as perspectivas do outro (CHARON, 2007).

O papel da palavra é compreendido como o de um fenômeno ideológico por excelência e é capaz de representar a forma mais pura e sensível do estabelecimento da relação social. A palavra, assim, é fruto dos próprios meios do organismo individual e do consenso existente entre os indivíduos (BAKHTIN, 2004).

Um dos propósitos desta pesquisa é discutir sobre o envelhecimento partindo das narrativas dos próprios velhos, analisar suas histórias singulares, suas experiências, opiniões e trajetórias de vida. Ao escrever o que foi apreendido destas vivências, tornamos audível e visível o que, de outra forma, passaria despercebido. Segundo Deleuze, escrever é uma tarefa de saúde e o escritor é médico de si próprio e do mundo. Para o uso da narrativa em pesquisa, no âmbito da medicina, é preciso, antes de tudo, que exista um narrador com suas subjetividades e um ouvinte disposto a dar sentido à sua linguagem simbólica. A narrativa é uma forma linguística que se desenrola em uma sequência finita e longitudinal de tempo. O ato de narrar, por si só, já faz emergir a singularidade de cada caso (GROSSMAN, 2006). Cada entrevistado, colocado no papel de narrador durante aqueles minutos da entrevista, expõe sua versão dos fatos, sua vivência plena de simbolismos e complexidades. Cabe ao profissional que o ouve, compreender o significado de sua história, transformá-la em narrativa e interpretá-la de modo a torná-la inteligível.

Levando em consideração o marco estabelecido pela OMS que propõe uma barreira etária separando a vida adulta da velhice (no caso do Brasil, aos 60 anos), devemos perguntar como estas pessoas lidam e enfrentam esta passagem. Elas se

conformam ou se recusam a serem incluídas nesta nova categoria etária imposta pela padronização cronológica?

Para responder a esta e outras perguntas, é fundamental favorecermos o encontro entre o envelhecimento e a experiência narrativa, sendo necessário ouvir o que os próprios indivíduos ditos idosos ou “adultos maiores” têm a dizer sobre seus processos de envelhecimento. A narrativa é uma ferramenta de extrema utilidade por ser, em essência, um meio mais humanizado de dar significado à experiência. Ao contar e interpretar experiências, a narrativa consegue estabelecer uma mediação entre o mundo interior do entrevistado, seus pensamentos e sentimentos, e o mundo exterior, no qual ele age, é observado e sofre diversas influências (GARRO & MATTINGLY, 2000).

O indivíduo que já viveu ao menos 6 décadas, carregando as marcas físicas e psicológicas da passagem do tempo, se apresenta para nós como testemunha não somente da própria história, mas também da história da comunidade onde está inserido. É uma espécie de narrador privilegiado das transformações que ocorreram em seu meio e nas relações entre este e o mundo que o circunda (DOMINGUES, 2014).

Nesse contexto, dar voz a estes indivíduos, através de uma escuta atenta, é, ao mesmo tempo, terapêutico e paliativo. As narrativas possibilitam criar uma base para abordar o paciente de forma mais integral e podem auxiliar em formulações de hipóteses diagnósticas e opções terapêuticas. Durante o encontro com o paciente (consulta), a prática da medicina narrativa promove a empatia entre o profissional da saúde e o paciente, e, além disso, possibilita uma maior tolerância à incerteza da prática clínica (SOUZA, 2001).

A pesquisa qualitativa através de narrativas se mostra o método ideal para valorizar as opiniões individuais ou de um determinado grupo e, desta forma, analisar e entender o fenômeno do envelhecimento, com ênfase no significado desta experiência para o grupo estudado (MURPHY et al, 1998). Cada vez mais a pesquisa qualitativa é utilizada em medicina e seu valor reconhecido, de tal forma que muitos pesquisadores chegam a afirmar que o verdadeiro entendimento da medicina não pode ser atingido sem que os métodos qualitativos sejam inseridos em seu arsenal de pesquisa.

## 7 OBJETIVOS

### 7.1 Objetivo geral

Estudar o envelhecimento partindo das narrativas dos indivíduos que se encontram entre 60 e 70 anos de idade, portanto, reconhecidos pela sociedade como idosos, que podem ou não estar vivenciando o próprio envelhecimento.

### 7.2 Objetivo específico

Identificar os múltiplos fatores que exercem influência sobre a experiência do envelhecimento de idosos em diferentes cenários socioeconômicos como, por exemplo, o estado de saúde/doença, idade, os diferentes determinantes sociais, dentre outros.

## 8 METODOLOGIA

Realizamos um estudo qualitativo, descritivo exploratório, baseado em narrativas colhidas por meio de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Clínicas da Família) da Área Programática 4.0, no município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre os meses de agosto de 2019 a janeiro de 2020.

Foram escolhidas duas Unidades de Saúde com perfis sociodemográficos diferentes e com territórios que têm, por características próprias, microáreas com IDS (Índice de Desenvolvimento Social) diversos e igualmente diferentes perfis culturais. Dentre os motivos para seleção destas Unidades de Saúde estão a diversidade de perfis associada ao fato de que eu, pesquisadora principal, tinha facilidade de acesso por já ter atuado como médica por alguns anos nestas Unidades de Saúde, a Clínica da Família Helena Besserman Vianna (CF HBV), localizada no bairro de Rio das Pedras, e a Clínica da Família Barbara Mosley de Souza (CF BMS), localizada no bairro do Anil.

Para constituir a amostra de participantes deste estudo foram convidados, pelos colegas médicos, pelos gerentes, pelos enfermeiros e pelos educadores físicos destas duas Unidades Básicas, usuários idosos jovens na faixa etária entre 60 e 70 anos, ou seja, na primeira década do envelhecimento, de ambos os sexos, que são cadastrados nas clínicas e fazem uso de seus serviços. Dentre os 23 previamente selecionados pelos profissionais das clínicas, dois foram excluídos porque fizeram 71 anos na semana anterior ao encontro. Havia também, o critério de exclusão relativo a presença de déficit cognitivo. No total, foram realizadas 21 entrevistas, sendo 11 na CF Barbara Mosley de Souza e 10 na CF Helena Besserman Vianna.

A amostra de participantes buscou contemplar as diferentes características sócio-demográficas, visando compor uma amostra suficientemente heterogênea quanto ao gênero, situação laborativa, estado civil, naturalidade e estado de saúde.

A coleta de dados foi realizada através de gravação em vídeo, em ambientes protegidos – consultórios, sala de reuniões e na sala reservada a realização de radiografias - nas próprias clínicas. Os idosos convidados preferiram as Clínicas quando solicitados a escolher entre a Clínica e seus domicílios. Esta coleta de dados

deu-se por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas até a saturação da amostra. Pode-se dizer que ocorre saturação da amostra quando não se inclui mais novos participantes porque os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Inicialmente, havia dois roteiros semiestruturados, um destinado aos idosos que respondiam positivamente quando questionados se percebiam-se envelhecendo, e outro para os que respondiam a este questionamento com uma negativa. No decorrer da realização das entrevistas o segundo questionário foi abolido porque apenas um participante referiu não se perceber envelhecendo, mas, como as perguntas tinham função norteadora da conversa, não houve necessidade de aplicá-lo, uma vez que a narrativa fluiu sem precisar ser direcionada ou estimulada.

A pesquisa baseada em narrativas é uma forma de se obter dados enriquecidos pelas vivências, relatos de experiências pessoais, sobre um determinado tema. A entrevista, por sua vez, reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Em uma entrevista semi-estruturada, o participante pode falar livremente sobre o tema a partir de perguntas previamente elaboradas pelo entrevistador com o objetivo de nortear a conversa (CRUZ NETO, 1999). Em alguns encontros, os participantes conseguiram narrar suas histórias sem a necessidade de se formular todas as perguntas, enquanto, em outros, houve necessidade de aplicar a maioria delas. O roteiro das entrevistas pode ser encontrado no ANEXO 1.

Como já foi pontuado, os encontros foram gravados em vídeo, mediante a permissão dos entrevistados que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que pode ser encontrado no ANEXO 2. As entrevistas foram transcritas para que o material pudesse ser analisado com mais detalhes e a análise temática se deu em seguida, seguindo os preceitos de BARDIN (1977).

Antes da análise temática per se, foi feita uma pré-análise por meio de leitura flutuante das transcrições, escolha de temas, formulação de hipóteses e, em seguida, elaboração de categorias de análise, baseadas no estudo dos temas por meio de referencial teórico e em correlação com os objetivos da pesquisa. Depois desta etapa, deu-se a codificação e categorização do material transcrito e, para facilitar a visualização deste material uma vez categorizado, foram criadas algumas

planilhas. Nesta etapa, surgiram novas categorias de análise, uma vez que a codificação ajudou a transformar os dados brutos em uma representação do conteúdo, facilitando sua interpretação. Por fim, foi realizado o tratamento do resultado, após interpretação das unidades de análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE 06672019.9.0000.5257), e pelo Comitê em Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 06672019.9.0000.5257). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 21 participantes da pesquisa 9 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Todos tinham entre 60 e 70 anos de idade e 13 eram casados, 5 participantes estavam divorciados e apenas 3 eram viúvos.

**Quadro 1: Perfil dos entrevistados**

| PARTICIPANTES | IDADE | SEXO | CLÍNICA DA FAMÍLIA | ESTADO CIVIL | SITUAÇÃO LABORATIVA | NATURALIDADE |
|---------------|-------|------|--------------------|--------------|---------------------|--------------|
| A.P.A.        | 66    | M    | CF BMS             | CASADO       | APOSENTADO          | MG           |
| I.P.O.        | 68    | F    | CF BMS             | CASADA       | APOSENTADA          | MG           |
| M.M.M         | 63    | M    | CF BMS             | DIVORCIADO   | APOSENTADO          | MG           |
| M.C.J.S.      | 69    | F    | CF BMS             | VIÚVA        | PENSIONISTA         | ES           |
| R.M.          | 61    | F    | CFBMS              | VIÚVA        | APOSENTADA          | RJ           |
| S.F.S.        | 69    | F    | CFBMS              | VIÚVA        | APOSENTADA          | RN           |
| C.A.S.        | 69    | M    | CFBMS              | DIVORCIADO   | APOSENTADO          | RJ           |
| E.R.L.        | 62    | F    | CFBMS              | DIVORCIADA   | APOSENTADA          | RJ           |
| M.P.M.R.      | 63    | F    | CFBMS              | CASADA       | APOSENTADA          | CE           |
| G.O.S.        | 66    | F    | CFBMS              | CASADA       | APOSENTADA          | RJ           |
| J.R.L.        | 64    | M    | CFBMS              | CASADO       | APOSENTADO          | RJ           |
| D.G.L.        | 66    | M    | CFHBV              | CASADO       | APOSENTADO          | MA           |
| P.R.C.        | 63    | M    | CFHBV              | CASADO       | APOSENTADO          | RJ           |
| A. M.         | 70    | M    | CFHBV              | DIVORCIADO   | APOSENTADO          | MG           |
| S.E.S.        | 66    | M    | CFHBV              | CASADO       | APOSENTADO          | PB           |
| M.D.L.S.      | 65    | F    | CFHBV              | CASADA       | SEM RENDA           | PB           |
| V.X.G.        | 69    | M    | CFHBV              | CASADO       | APOSENTADO          | RJ           |
| M.S.G.        | 70    | F    | CFHBV              | DIVORCIADA   | APOSENTADA          | RJ           |
| M.L.S.G.      | 69    | F    | CFHBV              | CASADA       | APOSENTADA          | RJ           |
| T.B.C.        | 63    | F    | CFHBV              | CASADA       | PENSIONISTA         | CE           |
| A.C.B.        | 64    | F    | CFHBV              | CASADA       | PENSIONISTA         | PB           |

Do total de entrevistados, 17 estavam aposentados, apenas 3 pessoas eram pensionistas e apenas uma idosa não tinha renda própria, ou seja, sempre viveu da renda familiar proporcionada pelo marido. A maioria não estava mais trabalhando, seja por problema de saúde, porque tinha dificuldades em se reinserir no mercado ou porque estava satisfeita com a situação de aposentada. No entanto, 6 idosos continuavam trabalhando para complementar a renda da aposentadoria ou da pensão.

Todas as entrevistas seguiram o mesmo roteiro semi-estruturado (em anexo), mas procurei deixar que o idoso encadeasse os assuntos, usando as perguntas previamente formuladas como disparadoras, caso houvesse um silêncio prolongado. Por essas particularidades, as durações das entrevistas variaram muito. Algumas duravam cerca de 15 minutos e, no entanto, outras duraram mais de 40 minutos.

Das leituras das transcrições e do material revisado na fundamentação teórica, foram emergindo certos aspectos de análise que se destacaram e foram agrupados em 4 grandes temas: enfrentando o envelhecimento; O papel social do idoso; Buscando cuidado no SUS; e O que será o amanhã?. Estas categorias temáticas foram, então, organizadas em subcategorias, visando uma abordagem mais particular para certos aspectos importantes.

## 9.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOGEOGRÁFICA

Por motivo de facilidade de captação dos idosos, as duas Clínicas da Família selecionadas para participar da pesquisa localizam-se na Área Programática 4.0 do Município do Rio de Janeiro, onde eu, pesquisadora, atuei como médica por 8 anos. Outro fator que contribuiu para a escolha das CF foi a diversidade socioeconômica e cultural dos territórios.

A Clínica da Família Helena Besserman Vianna foi fundada em março de 2016 e está localizada no bairro de Rio das Pedras, cuja população estimada, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, era de 63.484 habitantes, a terceira maior aglomeração populacional do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Social <sup>4</sup>é estimado em 0,5, na 133ª posição no ranking de IDS dos bairros da Cidade. A comunidade de Rio das Pedras foi formada na década de 50 por retirantes nordestinos que vieram na região da Barra da Tijuca uma promessa de melhores condições de vida e oportunidades de trabalho, já que esta região, especificamente, apresentava espantoso crescimento imobiliário e consequente expansão comercial. A cultura nordestina é facilmente notada quando se anda pelas ruas da comunidade, onde ouvimos o sotaque nordestino em qualquer ponto e podemos comprar produtos típicos do Nordeste nas lojas do comércio local (a economia do bairro gira em torno de 60% na própria região<sup>5</sup>). As

---

<sup>4</sup> Instituto Pereira Passos; IBGE. «Tabela 1172 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupo de bairros - 2000» (XLS). Consultado em 09 de março de 2020

<sup>5</sup> Pouso Rio das Pedras – Diagnóstico Urbanístico e Ambiental. Secretaria Municipal de Urbanismo. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5333332/4139326/26RiodasPedrasSMUCGPIS102014.pdf>>. Consultado em 09 de março de 2020.

famílias, em média, estão enquadradas na faixa de renda entre 3 e 5 salários mínimos. É pertinente informar, portanto, que, dentre os 10 entrevistados desta clínica, 6 pessoas eram naturais das mais diversas cidades do Nordeste brasileiro.

Com a intenção principal de contextualizar os idosos em integração com a comunidade onde vivem, é interessante notar que todos os entrevistados moradores de Rio das Pedras, mesmo quando a questão do local de moradia não foi abordada na entrevista, sinalizaram que gostavam do bairro. Um exemplo é a fala da entrevistada TBC, 63 anos:

[...] esse foi o lugar melhor que eu já achei no mundo pra morar, porque aqui é muito bom... tem essa tal de “milícia”, quando eu cheguei aqui era uma “mineira” que era pior. Você pode entrar a qualquer hora, você pode sair [...]

Já a Clínica da Família Barbara Mosley de Souza, localizada no bairro do Anil, cujo Índice de Desenvolvimento Social é de 0,635, ocupando a 43ª posição no ranking de IDS dos bairros do Município, foi fundada também em março de 2016, como parte do projeto de expansão da Atenção Primária do então Prefeito Eduardo Paes. O bairro do Anil tinha, em 2010, segundo o Censo do IBGE, 24.172 habitantes, e é formado por agrupamentos populacionais menores de baixa renda (Favela do Quitite, Chico City, etc), casas de rua de classe média e condomínios fechados de classe média-alta. Um bairro cujo cenário é marcado por contrastes socio-econômicos. Nesta Clínica, eu entrevistei 11 idosos, sendo 5 cariocas, 3 provenientes de Minas Gerais, 1 do Espírito Santo e 2 do Nordeste.

De forma diversa do que ocorreu com os moradores de Rio das Pedras, os entrevistados que moravam no território adscrito da CF Barbara Mosley de Souza, no bairro do Anil, não fizeram nenhuma observação a respeito do bairro. Não tiveram colocações boas nem más a respeito.

Ambas as Clínicas contam com um núcleo da Academia da Saúde (denominada Academia Carioca, no Rio de Janeiro) bastante atuante. O Projeto Academia Carioca dentro das Unidades Básicas está atrelado ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), criado, por sua vez, pelo Ministério da Saúde, em 2008, e, atualmente, regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as

---

ofertas de serviços de promoção à saúde, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2011). O Programa Academia Carioca tem como objetivos principais o aumento da prática regular de atividade física, efetivando ações de promoção da saúde na Atenção Básica, e o fortalecimento de ações intersetoriais e a capilarização de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis. A prioridade para inscrição no Programa Academia Carioca é de idosos ou adultos hipertensos, diabéticos, obesos ou que apresentem outras comorbidades. Sendo assim, é comum observarmos turmas formadas exclusivamente por idosos, organizadas e orientadas por um educador físico. No presente estudo, 13 dos 21 idosos entrevistados participavam do Programa Academia Carioca e demonstravam gostar muito das atividades desenvolvidas.

## 9.2 ENFRENTANDO O ENVELHECIMENTO

Eu, quando estou sem ver o meu espelho, a minha estatura, quando estou de bem, não estou sentindo nada, eu estou achando que eu sou a mesma criatura quando era novo. [...] Quando eu vejo o espelho, eu me espanto, porque eu vejo que não é nada disso.  
DGL, morador de Rio das Pedras, 66 anos.

Eis aí o mote de toda a pesquisa. O que eles pensam, o que eles sentem, como lidam com o envelhecimento que chegou insidiosamente como se fosse uma aranha pequena que chega sem ser notada e, devagar, vai tecendo sua teia que pode ser invisível num relance, mas, se focarmos o olhar, a vemos complexa e muitas vezes incômoda.

Os conceitos já construídos, as opiniões de especialistas, os determinantes sociais que contribuíram para esta velhice que cada um dos 21 entrevistados está hoje experimentando, toda a colaboração da ciência até agora, podem ser discutidos e rediscutidos muitas vezes, em um número cada vez maior de publicações e palestras, mas, só quando se erguem as vozes dos velhos de direito e de fato, pode o mundo compreender a vivência do fenômeno do envelhecimento. Só assim, valendo-nos do poder da narrativa em saúde, é possível entender que alguns podem ser novos enquanto velhos ou, em outros casos, velhos bem velhos, de corpo e alma, ou, ainda, ser o que a vida lhes fez.

Diante da grande amplitude do tema envelhecimento, suas nuances e particularidades, apresentaremos a seguir as 4 subcategorias que buscam uma

compreensão do que mais nos pareceu relevante nas narrativas dos participantes acerca de suas vivências. Tentamos, desta forma, dissecar o assunto para melhor entender como o indivíduo – tido como idoso pelos padrões sociais estabelecidos – lida com aspectos mais específicos do envelhecimento, como o binômio saúde/doença, lazer e aspectos psicológicos, além da questão econômica, refletida no padrão de vida pós aposentadoria, dentre outros.

### 9.2.1 Ser velho é ser doente?

Outra coisa que eu acho errado é fazer comparação. Só porque você tem 60 anos, já fez 60, você tem que ter hipertensão, você tem que ter tudo. Não é por aí. Nem todo mundo tem. Então, não é porque você chegou aqui hoje com a sua pressão alterada, que ela vai lascar um monte de remédio em você.

ERL, moradora no bairro do Anil, 62 anos.

Fica patente nesta fala a indignação da entrevistada, que percebeu a relação automática que é feita de forma costumeira entre velhice e doença e sua consequente medicalização. No entanto, este tipo de discurso não representou o pensamento da totalidade dos entrevistados. Alguns demonstraram uma auto percepção da saúde negativa e um discurso favorável a este consumo de serviços de saúde, especialmente de produtos farmacêuticos.

Os idosos, em sua maioria, tinham plena consciência de seus diagnósticos de doenças – especialmente as relacionadas com as condições crônico-degenerativas – mas não necessariamente se sentiam doentes.

Eu tenho meus probleminhas da velhice, que todo mundo tem. Quem disser que não tem um probleminha, eu digo que é mentira.

ACB, usuária da CF HBV, em Rio das Pedras, de 64 anos.

Eu tenho problema de saúde, tive tuberculose, me tratei, tenho problema de pressão alta e tenho bronquite, asma, adquiri da minha avó, herança da avó e sinto muita falta de ar. (...), mas trabalho todo dia e não me sinto cansado nem doente.

MMM, morador do bairro Anil, 63 anos.

Eu sou uma pessoa que na minha idade, o único remédio que eu tomo é de pressão.

MLSG, mulher, residente em Rio das Pedras, 69 anos.

É importante ressaltar que consideramos nesta pesquisa o conceito de saúde não apenas como ausência de doença, mas o entendemos de forma bem mais ampla, complexa, multidimensional e dinâmica. Saúde é aqui entendida como um

estado de bem-estar caracterizado por potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida compatível com a idade, a cultura e responsabilidade social (BIRCHER, 2005).

Os depoimentos dos idosos revelaram justamente que, de modo geral, sentiam-se com saúde, apesar das doenças. Esta percepção se deu de forma geral, não sendo mais prevalente em um determinado território.

Eles perceberam mudanças em seus corpos e mentes que, em alguns, foi mínima e, em outros, foram alterações mais significativas, principalmente nos que compararam seu status de saúde atual com o que tinham quando eram mais jovens. Convém lembrar, nesse ponto, que tratamos de idosos “jovens” nessa pesquisa, com maior probabilidade de ter ainda sua funcionalidade mais preservada.

A maioria dos entrevistados (16 idosos) revelou uma percepção positiva em relação a sua saúde, apesar de problemas pontuais que julgaram ser inerentes ao envelhecimento, e apenas 5 pessoas avaliaram sua saúde como ruim. Destes 5 entrevistados, 3 moravam no bairro do Anil. Como exemplo desta percepção negativa, escolhemos estes dois relatos:

[...] a gente fica mais frágil, sabe? E aí começam os problemas de saúde a aparecer, a doença [...] a gente começa a ficar estressado. A gente parece assim que muda o comportamento.

MPMR, usuária da CF BMS, no Anil, com 63 anos.

Tem hora que penso que estou normal, não sinto nada. Mas aí quando trabalho um dia, passo uma semana doente, minha mulher fala: melhor você não ir trabalhar. Eu queria envelhecer com saúde, mas [...]

DGL, morador de Rio das Pedras, 66 anos.

Na velhice observa-se, incontestavelmente, uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, em detrimento das doenças infectocontagiosas. Esta particularidade, além de representar maior custo para o sistema de saúde, determina, em muitas pessoas, uma perda potencial de autonomia, sendo tanto mais incapacitante quanto mais velho for o indivíduo.

Interessante notar, por outro lado, que 13 dos 16 idosos que tiveram uma autopercepção positiva da saúde realizavam atividades nas Academias Cariocas das Clínicas da Família que frequentavam. Já os 5 idosos que perceberam sua saúde de forma negativa não relataram estar envolvidos em nenhum grupo ou atividades de prevenção a saúde.

A única coisa que eu tô fazendo hoje pra me divertir, eu venho aqui na Clínica da Família na Academia Carioca.

MSG, frequentadora da Academia Carioca da CF HBV, em Rio das Pedras, 70 anos.

Durante o processo de envelhecimento, sabe-se que a atividade física realizada de forma contínua e prolongada determina uma série de benefícios sociais, mentais e físicos. A prática de atividade física impacta na saúde de uma forma integral, embora na literatura científica haja pouca evidência experimental de uma relação direta entre exercício físico em adultos mais velhos e bem estar psíquico (McAULEY, 1995).

A importância do Programa Academia Carioca para os idosos de ambas as comunidades envolvidas nesta pesquisa se torna patente tanto pelo aspecto biológico, ajudando a controlar os parâmetros clínicos das doenças crônicas e fatores de risco, quanto pelo aspecto psicossocial, uma vez que promove integração entre pessoas com interesses semelhantes e, com todos estes benefícios somados, aumenta a autoestima dos seus frequentadores. As falas destacadas abaixo dos idosos frequentadores da Academia não deixam margens a dúvidas quanto a importância do Programa para eles.

[...] e gosto de vir pra academia aqui... é a minha paixão.

MLSG, mulher moradora de Rio das Pedras, 69 anos.

Na academia, nós somos uma família e lá a gente se diverte. Aquilo ali pra mim também é uma diversão. Não é? Distrai a cabeça.

ACB, frequentadora da Academia Carioca da CF HBV, em Rio das Pedras, 64 anos.

Eu venho aqui, mede minha pressão, faço um pouco de exercícios. Pra mim isso é muito valioso.

DGL, homem morador de Rio das Pedras, 66 anos.

Em sua maioria, os frequentadores das Academias Cariocas viam o espaço e as atividades ali realizadas de forma muito positiva e referiram satisfação com o serviço, relacionando-o com boa saúde física e mental.

Segundo documento publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2005, “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.” (OPAS, 2005)

No momento atual, por outro lado, é inegável que, junto com a “onda” do envelhecimento saudável, há um aumento substancial de propaganda e mesmo de

consumo de medicamentos e procedimentos estéticos, reforçando a cultura da beleza e da juventude. Se o velho está saudoso, melancólico, há sempre quem prescreva um antidepressivo. Se está cansado, pode contar que ali ao alcance da mão, na prateleira da farmácia, vai encontrar uma vitamina “super sênior” que promete “potencializar” o dia-a-dia morno e sem graça.

BUTLER faz a seguinte crítica: “... a medicina e as ciências sociais têm espelhado atitudes que apresentam a velhice como uma ladainha sombria de doenças físicas e psíquicas.” (BUTLER, 1977)

No imaginário social, ainda hoje, apesar de todos os avanços da ciência e dos ganhos em qualidade de vida proporcionados pela tecnologia e pela informação disseminada, velhice e doença são termos covalentemente ligados, para a maioria das pessoas que ainda não atingiram a faixa etária aqui estudada. A atitude da sociedade perante a velhice faz parecer que a decrepitude se aproxima silenciosa e insidiosamente daqueles que estão por tornarem-se membros vitalícios do “clube dos idosos”. A sociedade ocidental criou, ao longo de séculos, a imagem do velho improdutivo e doente. MINAYO, na introdução do livro organizado por ela, *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*, refere com propriedade:

[...] como muitas outras questões na sociedade ocidental, o assunto da velhice foi ‘estatizado’ e ‘medicalizado’, transformando-se ora em problema político, ora em ‘problema de saúde’, seja para ser regulado por normas, seja para ser pensado de forma preventiva, seja para ser assumido nos seus aspectos de disfunções e distúrbios que, se todos padecem, são muito mais acentuados com a idade. (MINAYO, 2002)

### 9.2.2 Espelho, espelho meu... a autoimagem e sua relação com autoestima e memória

Somos sempre o jovem ou o velho em relação a alguém.  
Pierre Bourdieu<sup>6</sup>

Um dos tópicos que foi abordado durante as entrevistas teve a intenção de conhecer de que forma estas pessoas perceberam que estavam envelhecendo. O que havia mudado em seus corpos e em suas atitudes que as fizeram notar que estavam de fato adentrando à tão falada “Terceira Idade”?

---

<sup>6</sup> BOURDIEU, Pierre. “A juventude é apenas uma palavra”. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983, p. 113.

[...] os cabelos brancos que não têm jeito, as pelezinhas que não tem como esconder [...] eu percebo, com certeza.

MLSG, moradora de Rio das Pedras, com 69 anos.

Eu percebi que eu estava envelhecendo quando eu tinha assim uns 50 anos. [...] quando eu era jovem, eu era magrinha, as carninhas tudo durinhas [...] aí começa elas ficarem frágeis, né? (risos) É assim que eu percebi.

MPMR, residente do bairro do Anil, 63 anos.

Mas a velhice [...] eu penso assim, quando a gente fica mais cansado aí é que eu vou me lembrar que eu estou com essa idade.

TBC, usuária da CF HBV, de 63 anos.

A autoimagem é a representação do corpo físico formada no âmbito mental, ou melhor, é a forma pela qual o corpo se apresenta para si mesmo (SCHILDER, 1994). Relacionada com a autoimagem, a autoestima, por sua vez, diz respeito ao sentimento e a atitude que o indivíduo tem em relação a si próprio (MOSQUERA, 1976). Ambos os conceitos, aplicados no campo do envelhecimento, denunciam o modo como a mente elabora a forma corporal no campo psíquico e se relaciona emocionalmente com este corpo que vem ganhando novas formas e sofrendo mudanças que seguem na direção oposta à forma corporal idealizada pelos padrões sociais da eterna juventude.

Nossa sociedade não se vê velha. Esta percepção está ligada a uma idéia construída que somos um país jovem e a velhice encontra-se distante, em algum lugar, no outro talvez, mas não em nós. As imagens “padronizadas” da velhice como sendo ou saudável, independente e ativo ou, em outro extremo, doente, dependente e inativo, tendem a esconder as diversidades, criar uma homogeneização que não existe de fato.

Na avaliação dos idosos entrevistados, 1/3 deles tiveram um relato de autoimagem negativa e relacionam à velhice as mudanças percebidas na aparência e nas atitudes. No entanto, a maioria (15 idosos) se enxergavam de uma forma positiva; alguns referiram perceber as mudanças causadas pelo envelhecimento, mas apesar disso, relataam gostar de como estão atualmente. Apenas 1 entrevistada não percebe o envelhecimento do corpo ou da mente e afirmou não se sentir “velha”.

Comparando com outros da mesma idade, eu tenho, assim, até uma fisionomia mais novo do que certo tipo de pessoa da minha idade.

MMM, morador do bairro do Anil, 63 anos.

Começa aparecer as rugas, não é? As dores. [...] tem hora que eu falo: tô envelhecendo. É mais quando eu vejo a idade: 61 anos. Daqui a pouco é 62 e não tem como frear. A pele flácida, né? Cabelos brancos, rugas. Mas, da minha idade, eu me sinto uma garota. [risos]

RM, mulher residente no bairro do Anil, com 61 anos.

Mais uma vez percebemos uma relação entre a atividade física e o bem-estar, quando verificamos que dos 15 entrevistados que tiveram uma percepção positiva de sua autoimagem, 13 estavam frequentando o Programa Academia Carioca.

Tem muita mudança. As coisas não me afetam muito devido a alimentação que eu tenho e exercício que eu faço. [...] Eu faço aquilo tudo, corro e tal, mas tem muita diferença, e eu sei disso.

PRC, morador de Rio das Pedras, com 63 anos.

Dentre aqueles que não estavam satisfeitos com a autoimagem, percebemos uma atitude negativa em relação a outros parâmetros também como, por exemplo, em relação a memória. Todos os 6 idosos que avaliaram a autoimagem negativamente também referiram piora em relação a memória e podemos destacar relatos como o de APA, homem de 65 anos, usuário da CF BMS, no Anil:

A minha mente não é boa não. Não é porque quando a mente da pessoa é boa, ele enxerga muito longe e eu não enxergo longe.

Os três relatos que se seguem não são os únicos em pontuar diferenças em relação a memória quando se compararam ao período da juventude, mas não reforçaram impacto destas mudanças no dia-a-dia e este fato não influenciou negativamente suas percepções em relação a autoimagem, que julgaram positiva.

Esqueço, mas não tanto [...] que é normal, né? As pessoas esquecerem [...].

MSG, mulher residente em Rio das Pedras, 70 anos.

Minha mente [...] de vez em quando tem umas falhazinhas, mas umas falhas que eu acho normal. Falha de memória, mas é normal.

ERL, moradora do bairro do Anil, 62 anos.

Doutora, estou esquecido um pouco. Meu raciocínio, se eu parar na metade [...] tem hora que eu fico assim olhando pra chegar novamente. A mente tá lenta um pouco também. E eu tô esquecido.

DGL, usuário da CF HBV, em Rio das Pedras, 66 anos.

Houve ainda 2 entrevistados que negaram perceber qualquer alteração relacionada a memória, relatando ter “*mente boa*”.

Minha memória, até agora, graças a Deus, é muito boa.

JRL, morador do bairro do Anil, 64 anos.

Eu tô velha, mas a mente tá boa.

GOS, usuário da CF BMS, no Anil, com 66 anos.

Pesquisas realizadas têm demonstrado a relação entre autoimagem e autoestima e sua ligação com o comprometimento da memória, especialmente quando esta queixa subjetiva não se confirma em testes de avaliação cognitiva e de rastreio para demências. A percepção negativa em relação a autoimagem pode interferir, direta ou indiretamente, na escolha por um estilo de vida mais saudável e ativo, repercutindo nas ações voltadas para o cuidado à saúde. As queixas relacionadas à memória são frequentes em idosos e devem ser investigadas sempre que se apresentarem ao profissional de saúde. A percepção de um mau funcionamento da memória reflete, de antemão, um descontentamento em relação às suas habilidades e desempenho cognitivo, o que impacta no sentimento de bem-estar do indivíduo (SANTOS et al, 2012).

### 9.2.3 Autonomia e independência funcional, um ideal de envelhecimento

Eu não queria nunca ficar em cadeira de rodas. Não queria nunca ser banhada por alguém. Quero eu sempre pentear meus cabelos do meu jeito.  
MSG, moradora de Rio das Pedras, 70 anos.

Envelhecer, viver cada vez mais tempo, não significa viver melhor. Muitas vezes a velhice se associa a declínio funcional, isolamento social, sofrimento psíquico, dentre outras situações que são o oposto do envelhecimento ativo e saudável que tanto se almeja. Após a análise dos dados coletados nas entrevistas, fica muito evidente que todos os idosos desejavam uma vida com autonomia pelo maior período de tempo possível e, quando questionados sobre seus medos e apreensões em relação ao futuro, é justamente a perda da autonomia e da independência o maior fantasma que os assombrava.

[...] a velhice vai encostando e a gente faz o que pode e o que não pode [...] às vezes a gente pelega pra fazer o que não pode, mas não consegue mais.  
[...] A velhice não deixa a pessoa fazer mais o que fazia antes.  
IPO, usuária da CF BMS, no Anil, 68 anos.

A autonomia pode ser entendida como a capacidade de agir e tomar decisões no dia a dia sem ajuda ou permissão de outra pessoa. Já a independência funcional significa manter bom funcionamento da motricidade e da cognição de modo a conseguir executar tarefas. No entanto, um indivíduo pode ser independente sem ser autônomo, como em um quadro inicial de demência, quando ele é independente fisicamente, mas não é autônomo para tomar decisões sobre a sua vida. O contrário

também acontece; a pessoa pode ser autônoma, mas se tornar dependente como acontece com pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica, por exemplo (GUIMARÃES, 2004).

Baseando-se nas definições de autonomia e independência funcional, todos os 21 idosos entrevistados são independentes e autônomos. Mais uma vez, vale a lembrança de que são “classificados” como *idosos jovens* porque estão na primeira década do envelhecimento. No entanto, a maioria dos participantes da pesquisa (14 idosos) referiu algum grau de diminuição da capacidade funcional. Esta percepção sobre a capacidade funcional não apresentou diferenças entre os idosos dos diferentes territórios.

Alguns dos entrevistados falaram sobre atividades que faziam antes com facilidade e hoje já não podem mais fazê-las ou têm dificuldades em executá-las.

[...] eu gostava muito de subir escada, eu não me incomodava. Hoje eu já não posso subir.

MPMR, mulher, residente no bairro do Anil, 63 anos.

Eu só sinto falta, como eu te falei, quando vou fazer qualquer exercício que meu fôlego não dá. As pernas [...] imagina eu dar um pulo que eu dava, não pulo mais.

DGL, morador de Rio das Pedras, 66 anos.

Sobre a minha idade, às vezes eu me sinto com dificuldade de fazer algumas coisas. Por exemplo: pintar a minha casa [risos]. Pintava toda e ainda pinto, mas com cuidado com medo da escada e de escorregar, né? [...]. Às vezes eu colocava cerâmica.

SFS, moradora do bairro do Anil, 69 anos.

Há, por outro lado, 7 idosos que não perceberam nenhum declínio funcional. Referem que executam todas as funções que precisam da mesma forma que faziam antes, quando eram mais jovens.

Meu neto tem mania de falar assim: ah, a senhora tá velha; eu digo: tô velha, mas não me troco por você. O que eu faço você não faz [...] eu vou pra Igreja, volto da Igreja, deito, vou dormir meia noite, uma hora, cinco horas já tô acordada, seis horas já tô chamando eles [...] um vai para o tratamento, outro vai para o trabalho e assim por diante. [...] eu tô ficando velha, mas aí é que eu tenho que ficar mais esperta ainda. Eu vou para o banco sozinha. Eu vou para o mercado sozinha. Eu faço tudo sozinha.

MCJS, usuária da CF BMS, no Anil, com 69 anos.

#### 9.2.4 Perdas e ganhos

Há, sem dúvidas, aspectos positivos e negativos na velhice, como em qualquer outra fase da vida, e estas nuances relacionam-se com fatores como bem-

estar, resiliência, histórias de vida, status de saúde, qualidade de vida e tantos outros.

Quando se fala em envelhecimento, se você tiver prestando bem atenção como eu presto atenção, é ótimo porque hoje em dia eu tenho uma calma, uma resiliência em lidar com as pessoas, falar [...] o tom de voz.  
PRC, morador de Rio das Pedras, com 63 anos.

Coisa melhor que já houve pra mim foi envelhecimento. Eu gostei. Quando eu era nova lá no Ceará era muito ruim.  
TBC, mulher residente em Rio das Pedras, 63 anos.

Depois dos sessenta, muita coisa voltou. Eu sinto que realmente é coisa da idade. Digo a qualquer um: se acostume porque a vida de quem tá envelhecendo não é fácil.  
ACB, moradora de Rio das Pedras, 64 anos.

Durante a pesquisa, observamos que apenas 4 idosos não pontuaram aspectos positivos do envelhecimento, sendo que 3 destes residiam no bairro do Anil. Os demais, mesmo alguns que referiram não possuir boa saúde ou que fizeram uma autoavaliação negativa em relação a autoimagem, conseguiram fazer relatos destacando bons aspectos do envelhecimento, especialmente quando comparam a vida atual com a vida que levaram em idades mais jovens, com dificuldades financeiras e sociais. Isto fica muito evidente quando ouvimos as falas dos que imigraram do Nordeste e, portanto, mais prevalente no relato dos moradores de Rio das Pedras. Dentre estes, todos pontuaram aspectos positivos da velhice. Concluimos, então, que quando são focalizadas as histórias de vida, em muitos casos surgem imagens positivas da velhice e do envelhecimento.

Hoje em dia, eu converso com as pessoas e posso compartilhar sabedoria, experiência, maturidade e o envelhecimento pra mim é espetacular. Dores, a gente vai sentir mesmo.  
PRC, morador de Rio das Pedras, 63 anos.

De acordo com ROTHERMUND e BRANDTSTADTER (2003), as dificuldades enfrentadas pelos idosos relacionadas a saúde e ao desempenho comportamental, associadas a doenças e perdas irreversíveis, não resultam necessariamente em um grande impacto negativo na qualidade de vida percebida. Isto se deve a esforços compensatórios que acontecem com bastante frequência neste grupo etário até 70 anos. A partir desta idade, no entanto, há um decréscimo nesses esforços compensatórios que está associado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos individuais para efetuar as ações necessárias.

Há, também, diante de perdas, a demonstração de resiliência ou capacidade de reserva, ou seja, há um potencial de manutenção e recuperação dos níveis de

adaptação normal, verificando-se a presença de recursos latentes que podem ser ativados. Muitos idosos mantêm um sentido positivo de bem estar, mesmo sob condições de luto, incapacidades funcionais, dificuldades econômicas e outras adversidades. (PAÚL, 2007)

### 9.3 O PAPEL SOCIAL DO IDOSO, APOSENTADORIA E CONTRIBUIÇÃO ECONÔMICA

Tomando como referência central a questão da aposentadoria, esta categoria importante debruça-se sobre aspectos relevantes da vida social relacionados ao envelhecimento: a insegurança financeira, a questão da aposentadoria em si, a situação de idosos que não podem ou não querem parar de trabalhar e daqueles que são um apoio financeiro para o restante da família. Obrigatoriamente, ao pensarmos em todos estes pontos cruciais da velhice brasileira, pensamos no papel do idoso na sociedade de hoje e suas demandas por políticas públicas mais justas e inclusivas.

Dentre os entrevistados nesta pesquisa, 17 estavam aposentados, 3 eram pensionistas e 1 não tinha renda própria. Os que ainda estavam trabalhando contabilizavam 6, sendo 3 mulheres e 3 homens. Quando questionados sobre o motivo pelo qual continuavam trabalhando, 3 revelaram que não pararam de trabalhar porque gostam e estão acostumados ao trabalho e não querem parar. Os outros 3 informaram que trabalham por necessidade, porque o dinheiro do benefício que recebem não é suficiente para as despesas.

[...] quando pinta um servicinho, eu faço, pra não ficar parado de tudo. Eu não gosto de ficar parado. Eu me sinto mal parado. Eu trabalho desde 13 anos. E aí vou vivendo minha vida.

JRL, aposentado, morador do bairro do Anil, com 64 anos.

[...] a situação financeira faz com que, também, a gente se sujeite a isso. Se fosse para escolher, eu nem trabalharia mais, porque é um trabalho muito cansativo.

MPMR, mulher, empregada doméstica aposentada, com 63 anos. Residente no bairro do Anil.

Quase metade (10 idosos) dos entrevistados residia em Rio das Pedras, que é uma comunidade com um IDS mais baixo em relação ao do bairro do Anil, onde estavam domiciliados os outros 11 idosos. Destes residentes no Anil, 10 estavam aposentados, mas, apesar disso, recorriam mais ao trabalho informal para

complementar a aposentadoria e apresentaram uma percepção mais pessimista do status de “aposentado” em relação aos idosos aposentados residentes em Rio das Pedras (menor IDS). Estes, por sua vez, se mostraram menos insatisfeitos, de um modo geral, com sua situação econômica. Uma das explicações possíveis para este fato é a trajetória de vida. No território de Rio das Pedras encontramos maior número de imigrantes nordestinos que, ao compararem, em suas narrativas, a vida que tiveram na infância com a atual, consideraram a atual mais feliz e satisfatória do ponto de vista socioeconômico.

Quando ouvimos a denominação “idosos”, logo nos vem em mente indivíduos aposentados ou pensionistas e, invariavelmente, imaginamos uma pessoa com dependências ou necessidades especiais. Quase nunca lembramos daqueles idosos que permanecem trabalhando, ativos e, muitas vezes, continuam como alicerces das famílias. O simples fato de alguém ser classificado como “idoso” já o posiciona em lugares específicos da vida social, como trabalho, família, lazer etc.

Como sabemos, um indivíduo é chamado de idoso, no Brasil, a partir de 60 anos, mesmo que não apresente características de senilidade associadas à velhice e mesmo que, mais importante do que isto, recuse esse status. A sociedade espera que uma pessoa dita idosa represente os papéis sociais pré-determinados para esta faixa etária e, para que este fim seja atingido, exerce diversas formas de pressão sobre ela. Um exemplo claro dessa coerção é a aposentadoria compulsória presente nos regimes de aposentadorias de vários países do mundo. (CAMARANO, 2004)

### 9.3.1 Aposentados e pensionistas

A aposentadoria, conforme já foi dito, é um marco na vida do cidadão, que inicia um novo ciclo, com efeitos benéficos, mas, também, carregada de estigmas e problemas relacionados ao aumento do tempo livre e a diminuição, em muitos casos, dos proventos da família.

Um dos aspectos da aposentadoria é a ausência de obrigações que provinham de um trabalho diário, o que aumenta o tempo livre destes idosos aposentados. Então, as atividades sociais e de lazer ganham uma importância

capital para muitas dessas pessoas, colaborando para o sentimento de bem estar e de inclusão social.

E eu falei pra minha esposa, parei de trabalhar, parei de trabalhar cedo, tô em casa. Graças a Deus cheguei lá, alcancei, tô aposentado.  
DGL, morador de Rio das Pedras, 66 anos.

Eu trabalhava no Ministério da Fazenda [...] Mas eu não tenho saudade nenhuma porque agora eu estou vivendo outro ciclo da vida.  
PRC, aposentado, 63 anos, morador de Rio das Pedras.

É [...] sou aposentado já a alguns anos. E feliz da vida porque eu trabalhei pra isso.  
CAS, aposentado, 69 anos, morador do bairro do Anil.

Foi perceptível nesta pesquisa que os idosos entrevistados de ambos os territórios, se sentiam “merecedores” da aposentadoria ou da pensão, mesmo quando achavam que o benefício não era suficiente para suprir suas despesas. Alguns usaram um tom de revolta ao falar sobre o tema, enfatizando que o valor da aposentadoria seria indigno para um indivíduo que, durante tantos anos, prestou serviços a uma determinada empresa ou ao Estado.

[...] e vivo assim. Ganho meu salariozinho do governo que só dá pra pagar o aluguel e ainda mal. Porque eu pago aluguel.  
MMM, 63 anos, aposentado, morador do bairro do Anil.

A gente não tem mais nada de direito de trabalho... tirou quase tudo esse governo. Eles tiraram um pouco do direito do trabalho.  
TBC, 63 anos, pensionista, moradora de Rio das Pedras.

O benefício da aposentadoria é garantido formalmente em lei pela Previdência Social e prevê o recebimento de uma renda que tem por finalidade assegurar uma velhice amparada. Para sua concessão é exigido que o cidadão tenha contribuído com o sistema previdenciário. Conforme a Constituição Federal, a concessão da aposentadoria poderá se dar por razão compulsória, voluntária e/ou por invalidez permanente (BRASIL, 1988). Os proventos são proporcionais ao tempo de contribuição e são baseados em tetos salariais. Os requisitos e exigências para usufruir o benefício da aposentadoria variam de acordo com a história laborativa de cada um (MAGALHÃES, 1995).

Há um caminho muito longo a se percorrer no sentido de superar a ideologia que estigmatiza os idosos por não estarem mais formalmente inseridos no mercado de trabalho, por não serem vistos como “produtivos”. Segundo Py (2004 p. 221):

“(...) a aposentadoria pode se apresentar como um tempo de reconstrução de novos investimentos e de novas descobertas. (...) projetos criativos, elaborados a partir da tomada de consciência da sua situação de sujeito socialmente construído, podem lhe oportunizar um novo relacionamento com a vida e o aproveitamento desse tempo livre de que dispõe, a despeito de todas as limitações que lhe são impostas.”

### 9.3.2 Insegurança financeira

*Eu trabalhei, mas não cheguei a me aposentar pelo trabalho. Aposentei pela idade. Aquele tipo de pessoa que não tem leitura, você sabe que pega do pior.*

*MLSG, mulher, aposentada, residente em Rio das Pedras, 69 anos.*

Nosso cenário atual, especialmente no meio urbano, onde o processo de terceirização torna o acesso a um posto de trabalho cada vez mais excludente, vemos crescer a informalidade e diminuir as chances de permanência de indivíduos com pouca escolaridade em empregos que garantam alguma proteção social. Por outro lado, mudanças nas políticas previdenciárias retiram dos trabalhadores brasileiros direitos adquiridos na Constituição Federal. Todas estas questões geram extrema sensação de insegurança e impotência, não só para a população economicamente ativa, mas também para os que estão aposentados e não conseguem suprir suas despesas com os benefícios que recebem.

Dentre os entrevistados, 9 idosos se sentiam inseguros e insatisfeitos com a situação de aposentados ou pensionistas. Reclamavam que o benefício é insuficiente para suprir suas despesas e alguns deles precisavam complementar com algum trabalho informal.

*Está sendo pior ainda do que quando eu era mais novo porque a aposentadoria é pequenininha. [...] se eu pudesse trabalhar de carteira assinada pra mim era melhor.*

*APA, aposentado, morador do bairro do Anil, com 66 anos.*

O trabalho informal é muito comum e tido pelos entrevistados como uma espécie de “saída” para a situação de privação que a diminuição de seus proventos lhes impõe e alguns dos participantes da pesquisa recorrem a esta opção para elevar a renda familiar, especialmente nos aposentados residentes no bairro do Anil.

A globalização impõe novos comportamentos sociais que privilegiam os mais jovens, sem valorizar o legado e a sabedoria advindos da experiência dos idosos.

No entanto, os novos padrões sociais desconsideram o fato de que em breve o Brasil será um país com predomínio de idosos, o que já vem promovendo mudanças estruturais, principalmente em relação às vias de acesso ao Sistema de Seguridade Social. Este grupo populacional precisa ser ouvido e contemplado em suas demandas e, para isso, faz-se necessário novas alternativas de inclusão, de modo que os idosos sejam atores partícipes desse processo de transformação histórico, social, econômico e cultural. Ainda hoje, cerca de 17 anos depois da criação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), as políticas sociais para esta faixa etária são incipientes e as propostas, tênues (KUNZLER, 2009).

### 9.3.3 Idosos como apoio familiar

A minha filha se separou, voltou pra casa, não tá trabalhando, tá desempregada. Ela é podóloga [...] eu deixei um espaço pra ela, lá em casa tem 2 quartos.

PRC, aposentado, morador de Rio das Pedras, 63 anos.

E agora, tem uns 3 anos pra cá que eu não estou fazendo nada. Eu tenho um negócio [...] uns aluguéis que eu recebo, mas meu filho que toma conta e eu não tô fazendo nada.

VXG, aposentado, residente em Rio das Pedras, 69 anos.

Nesta pesquisa, dos 21 idosos entrevistados, 10 referiram ser suporte financeiro de suas famílias, entendendo como família, nestes casos, não só o cônjuge, mas, também, filhos e netos. Para além do apoio financeiro, a maioria (16 idosos) oferecia apoio logístico aos filhos, quando cuidavam de netos ou ajudavam nas tarefas domésticas para que seus filhos possam sair para trabalhar. E o contrário também acontecia, isto é, para a maioria destes idosos, a família também foi vista como a única alternativa de apoio, co-residindo ou não.

Eu fico em casa porque eu faço as atividades e dou uma mão pra minha filha ajudando a levar minha neta na escola, buscando, porque eu e minha filha a gente se ama muito. [risos]

SFS, aposentada, moradora do bairro do Anil, com 69 anos.

Eu tô com dois netos agora morando comigo, o especial e o irmãozinho dele que tem 18 anos e agora está trabalhando. Então, ele me ajuda e eu ajudo ele.

MCJS, pensionista, moradora do bairro do Anil, com 69 anos.

Só tenho duas filhas, já estão criadas [...] agora eu paparico neto. Dou banho, levo pra escola [...] é isso.

LSG, aposentada, moradora de Rio das Pedras, 69 anos.

Os arranjos familiares variam e, neste trabalho de pesquisa, foram entrevistados idosos que moravam somente com seus cônjuges (8), outros que moravam com os filhos e/ou netos, com cônjuge ou não (9) e, também, 4 idosos que moravam sozinhos, sendo que 1 destes morava bem próximo dos filhos. Em Rio das Pedras, havia maior número de idosos casados, se compararmos com os entrevistados residentes no Anil, e, talvez por esse motivo, encontramos naqueles, discursos reforçando o papel de apoio que exerciam na vida de seus familiares, especialmente, dos cônjuges, filhos e netos.

Observando estes dados, é interessante entender como as famílias brasileiras estão se organizando para enfrentar o envelhecimento e suas consequências, adaptando-se a perda da capacidade funcional e financeira do idoso, à maior dependência econômica dos jovens e ao cada vez mais reduzido papel do Estado.

Nas últimas décadas tem se observado um aumento da proporção de famílias com idosos residindo e, com isso, a convivência intergeracional se dá, acarretando mudanças importantes nos papéis sociais intrafamiliares. Além das questões econômicas, os idosos em situação de convivência intergeracional, tendem a não se sentirem tão isolados ou solitários, mesmo quando as relações são permeadas por conflitos.

Estudos mais atuais mostram que as transferências de apoio intergeracional no Brasil estão assumindo caráter bidimensional. Este é um cenário cada vez mais frequente e podemos exemplificá-lo quando um filho em idade economicamente ativa se torna dependente dos recursos de pais idosos, seja por desemprego ou outros fatores como instabilidade afetiva, drogadição, violência etc. (CAMARANO, 2004).

#### 9.4 BUSCANDO CUIDADO NO SUS – A APS E O ENVELHECIMENTO

No Rio de Janeiro, a partir de 2009, houve a expansão da cobertura da ESF e, com esta, a criação de muitas Clínicas da Família, que são Unidades Básicas de Saúde onde são aplicadas as diretrizes e preceitos da ESF, localizadas preferencialmente em regiões antes desassistidas e distantes de outras UBSs (os chamados “vazios sanitários”). As duas Clínicas da Família que fizeram parte desta

pesquisa localizam-se dentro de duas comunidades da Zona Oeste da cidade, nos bairros do Anil e de Rio das Pedras. Os participantes desta pesquisa não encontraram dificuldades em se deslocarem para as Clínicas para as entrevistas, acostumados que estavam em frequentar as Unidades de Saúde.

Para entendermos a relação destes idosos com a Atenção Primária e com o SUS, fizemos perguntas disparadoras no intuito de incentivá-los a descrever, criticar, elogiar ou simplesmente relatar-nos a importância da Clínica em suas vidas, bem como suas impressões acerca do nosso sistema público de saúde.

Dentre os entrevistados, a maioria (15 pessoas) gostava ou gostava muito dos serviços prestados e dos profissionais das Clínicas envolvidas na pesquisa. Apenas 2 pessoas classificaram como ruins estas unidades e 4 pessoas disseram que gostam dos profissionais, mas acham que os serviços prestados deixavam um pouco a desejar.

Falta muita coisa. O pessoal da clínica é bom. Ruim é o governo que não dá assistência.

VXG, usuário da CF HBV, em Rio das Pedras, com 69 anos.

Alguns relatos são realmente expressões de uma relação extremamente positiva, denotando intimidade e acolhimento, como o relato do idoso AM, de 70 anos, que frequenta a CF HBV:

"Na minha opinião, hoje, aqui, eu não tenho dificuldade. Eu venho aqui, eu sou conhecido de bastante gente, então, quando eu preciso de um médico eu venho e converso lá com as meninas, elas me encaminham para uma doutora. Aqui todo mundo é tratado igual."

Este mesmo idoso fez um comparativo com o atendimento no nível secundário da assistência, em um Hospital da Rede de Saúde Federal e nos fez entender que, dentre os problemas de acesso que se apresentam ao idoso no SUS, na Clínica da Família estes problemas eram menores. Ele disse:

[...] porque mesmo que a pessoa vá no hospital, vai ter dificuldade. Eu, por exemplo, tive uma cirurgia lá no Cardoso Fontes. Hoje se eu quiser ir lá fazer alguma coisa eu vou ter dificuldade.

Aqui eu acho que é o lugar que atende melhor é aqui nessa clínica, entendeu? Porque nos outros lugares por aí, tá difícil.

MSG, mulher, usuária da CF HBV, em Rio das Pedras, 70 anos.

Alguns idosos tinham uma avaliação positiva da Clínica e traçaram comparativos com a época em que precisavam se deslocar longas distâncias a procura de um atendimento médico:

[...] quando a gente precisa tem aqui a Clínica da Família, pra gente vir até aqui fazer nossos exames de 6 em 6 meses. Pegar nossos remédios que eu sou diabética e hipertensa. [...] Eu acho ótima. Daqui eu não tenho que reclamar nada, tenho só que agradecer a Deus. Quando não tinha aqui a clínica tinha que ir pra Praça Seca, tinha que ir pra Cidade de Deus. MDLS, moradora de Rio das Pedras e usuária da CF HBV, com 65 anos.

Isso aqui foi uma felicidade pra gente. Tudo pra gente era difícil, tinha que pro posto de saúde do Tanque, tinha que ir pra Cidade de Deus. SES, usuário da CF HBV, 66 anos.

Os dois idosos, ambos moradores do bairro Anil e usuários da CF BMS, que classificaram como ruins tanto o serviço prestado quanto os profissionais das clínicas, também não se mostraram satisfeitos com os outros níveis de assistência do SUS. Eles não diferenciaram a atenção primária destes ou tiveram a percepção negativa de que a Unidade Básica era uma barreira para a consulta com os especialistas da rede secundária.

Eu fiquei um ano no SUS esperando pra fazer essa cirurgia com todos os meus exames prontos e eu nunca consegui. Quando foi no ano seguinte, eu fui na clínica da família e eles me encaminharam um ecodoppler das duas pernas pra fazer essa cirurgia, botaram no SISREG [...] até hoje, nunca saiu. MPMR, moradora do bairro do Anil e usuária da CF BMS, com 63 anos.

Você tem que ir pra clínica colocar no SISREG, chega aqui, entrega o papel, eles tiram cópia, mas fica aí. Só Deus sabe quando aquilo ali vai sair. MCJS, usuária da CF BMS, no Anil, com 69 anos.

Um capítulo à parte na assistência prestada por estas duas Clínicas da Família é o Programa Academia Carioca. Como já foi pontuado anteriormente, dentre os idosos entrevistados, 13 frequentavam regularmente a Academia e, em sua totalidade, relatavam experiências muito positivas em relação à atividade. Estes idosos que se exercitavam na Academia Carioca tinham uma percepção positiva de sua autoimagem e apresentavam um discurso mais otimista em relação ao envelhecimento se comparados aos que não realizavam nenhuma atividade física.

É um exercício que eu faço [...] aí eu venho na Academia [...] é interessante sim porque eles me amam, então é mais um ponto que eu tenho pra me socializar. Na verdade, eu tô ajudando, então, é um compromisso que eu tenho.

PRC, morador de Rio das Pedras, 63 anos.

Podemos perceber que os moradores de Rio das Pedras entrevistados nesta pesquisa tinham uma relação mais positiva com a Clínica da Família que apoia este território em relação que os que residiam no bairro do Anil. Um dos aspectos que pode influenciar esta percepção dos usuários se deve à estrutura da CF HBV, que é uma Unidade Escola, com foco no ensino por conta dos Programas de Residência

Médica e de Enfermagem da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Por conta desta estrutura mais próxima de um “modelo ideal”, a clínica possui um número maior de profissionais especializados (preceptores) e em formação em Medicina de Família e Comunidade.

## 9.5 O QUE SERÁ O AMANHÃ?

Podemos afirmar que, pelos critérios etários, estes 21 idosos estão vivenciando uma etapa nova da vida porque experienciam hoje a primeira década do envelhecimento. Nesta pesquisa, há relatos de alguns que se sentiam envelhecendo mesmo antes dos 60 e, em contraponto, uma entrevistada que, aos 63 anos, se sentia jovem. Fizemos uma coleção de relatos dos idosos acerca do ontem e do hoje, mas e sobre o amanhã? Quais as expectativas para o futuro? Quais os medos? Como estes “idosos jovens” enxergam o porvir?

Como podemos ver neste relato de APA, masculino, 66 anos, explicou que tanto o que ele vivencia hoje quanto o que o espera no futuro, tem relação com sua história de vida:

Tem pessoas aí que chegam até 120 anos, mas a gente que passa por esses negócios de trabalho pesado e as comidas que come [...] a gente não vai até essa idade mais."

Interessante notarmos que mais da metade dos entrevistados (14 idosos), ao falarem sobre o futuro, mencionaram Deus. O futuro é, para todos, um mistério, e, como tal, suscita medo e faz emergir do inconsciente expectativas boas e ruins. Portanto, estas expectativas em relação ao futuro da maioria dos participantes demonstraram incertezas e um certo conformismo por aceitar ou por acreditar que esse é determinado por Deus.

Tem que ir em frente. Tá envelhecendo? Tá. Seja o que Deus quiser, não é? Deus é que sabe o que vai ser daqui pra frente. Não é isso?  
ACB, mulher, 64 anos.

[...] peço muito a Deus que Deus me dê saúde mesmo porque eu não sei como vai ser daqui pra frente.  
MCJS, mulher, 69 anos.

Eu acho que por pior que a vida seja, por mais problema que a gente passe... a vida é muito boa [...] porque Deus fez a gente pra viver.  
MPMR, mulher, 63 anos.

Tenho muitos amigos, graças a Deus, tenho a minha Igreja, que eu sou evangélico [...].  
AM, homem, 70 anos.

Aí eu fiz promessa para Aparecida do Norte, pra Nossa Senhora da Aparecida que tirasse essa depressão [...] aí lá eu paguei minha promessa e nunca mais eu senti nada, graças a Deus.  
TBC, mulher, 63 anos.

Estimulados a contar-nos sobre seus medos e apreensões acerca dos anos futuros, a maioria dos participantes da pesquisa (11 idosos) referiu ter medo de ficar dependente de parentes ou de amigos para as atividades de vida diária e alguns relataram ter medo da rejeição que um idoso frágil e dependente provoca até mesmo nos seus entes queridos, como no relato de MMM, homem, 63 anos:

"Eu tenho medo. Penso que a pior fase do ser humano é a velhice. E é verdade porque uma criança, quando é criança novinha, todo mundo quer colocar no colo, abraçar, beijar. Quem quer pegar um velho, abraçar e beijar? Ninguém quer. Os próprios filhos não gostam dos pais quando velhos. Se tem dinheiro coloca num asilo, se é pobre abandona que não tem condições de dar uma boa vida a um idoso. Só tenho medo disso... na velhice eu não poder me manter e depender dos outros."

A fala deste idoso nos remete não só ao medo da perda da independência, mas também nos sinaliza, camuflado entre as palavras, o medo aterrador da solidão e do abandono.

Não houve uma fala clara de nenhum dos idosos sobre a solidão, talvez porque estes idosos envolvidos nesta pesquisa sejam ainda autônomos e independentes, deslocando-se pela comunidade sem auxílio, alguns ainda trabalhando, inclusive. Há, também, uma questão que é bastante relevante, especialmente em Rio das Pedras, que é uma comunidade formada por uma maioria de imigrantes e filhos de imigrantes nordestinos. Por essa característica comum, há, ali, uma maior empatia e identificação entre os moradores e, portanto, mais união e cooperação.

Mas há uma outra hipótese para que não projetem sobre si o estereótipo do idoso improdutivo e dependente: a imagem do velho frágil e incômodo é um horizonte tenebroso que é necessário afastar. Simplesmente, não querem nem pensar sobre isto.

Outro fato a ser salientado é que nenhum dos idosos comentou sobre a morte ou sobre ter medo de morrer. Somente um idoso expressou desejo de que sua vida se estendesse até os 100 anos e este fato pode ser interpretado como uma espécie de medo de morrer.

Eu espero ter uma boa saúde, me cuidar bastante [...] o mais que eu puder pra ver se eu passo ao menos dos 100 anos. Minha mãe chegou aos 80.  
JRL, homem, 64 anos.

Podemos tentar explicar essa “ausência” da palavra morte nas narrativas destes idosos que nos contaram sobre a velhice através de um argumento muito interessante: todos nós pensamos na “morte em si”, mas não pensamos na “morte para si”. A negação da morte faz parte da nossa cultura atual e, quando nos defrontamos com a nossa finitude, rechaçamos o assunto. Além deste aspecto, há ainda o fato de que vivemos em uma sociedade violenta e, por estarmos sempre recebendo notícias de mortes, projetamos o morrer no outro, como se somente o “outro” pudesse morrer e nós não (CONCONE, 2007).

Ainda em relação às expectativas no que diz respeito ao futuro, conversamos sobre quais seriam as motivações para continuar vivendo, cuidando da saúde e resistindo às intempéries dos anos que vem sendo acrescentados às suas vidas.

Motivação é uma palavra originária dos termos em latim motus (“movido”) e motio (“movimento”). A motivação é o que move alguém a realizar algo. É o impulso interno que leva a ação. O conceito também se encontra associado à vontade e ao interesse.

O mais importante pra mim é meu filho e meus netos. A família.  
MSG, mulher, 70 anos.

[...] cuidar das minhas filhas é o principal. Eu tenho filhas e netos. Estar sempre do lado delas e elas sempre do meu lado. Tenho 2 netinhas e um netinho. Minhas filhas, meu genro, que também são bons.  
ERL, mulher, 62 anos.

Para a maioria dos participantes da pesquisa, a principal motivação era a família, com destaque para os netos e, uma parcela menor tinha como motivação projetos a curto prazo, como era o caso do PRC, homem, 64 anos:

[...] eu tenho que estar feliz porque eu queria realizar um sonho e um dos sonhos era esse [...] fazer uma festa nos meus 65 anos, no ano que vem.

Vamos nos deter um pouco neste entrevistado. Sr PRC é um indivíduo muito ativo que procura estender este olhar positivo sobre o envelhecimento para todos os que compartilham com ele esta fase. Ele promoveu, na comunidade onde vive, em Rio das Pedras, um encontro que chamou de “50 mais”, nome inspirado no programa do Gerontólogo Alexandre Kalache, na rádio CBN.

Eu fiz um encontro 50 + (mais) para dar voz pra eles. [...] A gente não pode ficar invisível. Eu costumo dizer que as pessoas se tornam invisíveis quando

seu medo é maior do que a coragem. Então você não pode ter esse medo e o envelhecimento causa um medo, o medo do abandono, o medo da socialização.

Ele se sentia motivado a motivar os outros idosos. Serviu-se da empatia para dar o seu recado e exemplificou com suas atitudes, para aquela comunidade, o envelhecimento “bem sucedido”. Ele falou:

Primeiro que eu olho o meu semelhante. Todos são meus semelhantes. Hoje mais do que nunca. Eu aprendi mais ainda. Por isso que eu estou falando que o envelhecimento traz tudo isso. Você tem um olhar diferente.

Deste modo, ele propôs ser possível transformar os afetos, potencializar os encontros, falar de saúde se antepondo à decrepitude e, com isso, motivá-los a criar novos espaços de possibilidade.

Apenas 3 idosos falaram que a manutenção da saúde com o passar dos anos era sua principal motivação e 7 apontaram como principal motivação os filhos e os netos.

Em primeiro lugar minha saúde, segundo meus netos que eu amo muito, minha filha.  
MMM, homem, 63 anos.

Os estudos das últimas duas décadas sobre o envelhecimento mundial têm mostrado que a autopercepção do envelhecer exerce influência em eventos futuros relacionados à saúde dos indivíduos (SARKISIAN, 2005). Reforçando a idéia de que o envelhecimento é um processo peculiar e muito relacionado a história de vida de cada pessoa, as mudanças físicas, psicológicas e emocionais exigem o desenvolvimento de uma capacidade adaptativa no intuito de prosseguir com as ocupações e projetos, que no decorrer do tempo se apresentam sob novos formatos (SANTANA; BELCHIOR, 2013).

Ter vivido muitos anos significa ter experimentado situações marcantes como perdas, mudanças nos papéis sociais e ocupacionais, alterações fisiológicas, traumas, além de estar mais próximo da finitude da existência. Diante da expectativa da morte, da possibilidade de aparecimento de limitações físicas e mentais e, de um modo geral, das adversidades vividas pelos idosos, a espiritualidade representa uma ferramenta de enfrentamento na busca pelo bem-estar social. Segundo GUTZ e CAMARGO (2013, p. 794):

“[...] a espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior capacidade do ser humano em responder de forma positiva às demandas do cotidiano”.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre as diferenças entre os participantes da pesquisa nas duas comunidades estudadas, ressaltamos que a questão da origem geográfica e cultural comum (nordestina) à maioria dos idosos de Rio das Pedras é notoriamente um fator importante para que estes pontuassem mais aspectos positivos do que negativos em relação a certos aspectos do envelhecimento, bem como maior satisfação com a vida atual, apesar deste território ter IDS mais baixo do que o outro estudado (Anil).

Além disso, ficou claro que os que residem em Rio das Pedras se sentem mais satisfeitos com os serviços de saúde prestados pela Clínica da Família Helena Besserman do que os usuários entrevistados da Clínica da Família Barbara Mosley de Souza, no Anil, que apresentaram mais críticas e reclamações.

Em relação ao declínio físico e cognitivo imposto pela idade, não houve diferença significativa nos relatos dos dois grupos estudados e ambos tiveram autopercepção positiva em relação a saúde, em sua maioria. Podemos correlacionar esta autopercepção positiva com a frequência ao programa Academia Carioca, presente em ambas as Clínicas.

No Brasil já são quase 23 milhões de indivíduos acima de 60 anos e não se pode ficar alheio à velhice. Ninguém pode. O número de idosos continua a crescer exponencialmente no mundo e há uma probabilidade enorme de que a vida de todos que hoje desfrutam sua juventude se prolongue velhice adentro. Por isso, é urgente falar sobre velhice em todos os lugares possíveis – nas escolas, nas artes, nos consultórios médicos, nos hospitais e, principalmente, nos espaços de discussão política.

A velhice enquanto destino biológico é uma certeza implacável, mas, segundo Beauvoir (1990), o destino psicossocial da pessoa idosa é uma realidade socialmente construída e depende do contexto social, político e cultural no qual ela se insere. A história de vida de cada um dos idosos participantes desta pesquisa foi determinante para reafirmar que o processo de envelhecimento é individual e muito heterogêneo e que acontece aqui e agora, *pari passu* com todos os outros acontecimentos do mundo, junto com a pandemia de COVID, com o sucateamento

do SUS, com os protestos a favor da valorização das vidas das minorias, com o desdém dos nossos governantes às Instituições Científicas e com tantas outras iniquidades próprias a um país com desigualdades sociais.

Os adultos jovens envelhecerão em breve e, então, quando nos surpreendermos velhos, veremos que durante toda a caminhada pela estrada da vida, os acontecimentos que se precipitaram sobre nós, bons ou ruins, seja no âmbito familiar, na comunidade em que vivemos ou no mundo, contribuíram para o tipo de velho que passamos a ser. Por isso é necessário pressionar os formuladores de políticas públicas, os gestores da área da saúde, os educadores e formadores de opinião no sentido de voltarem seus olhares para quem vive esta realidade hoje.

Os idosos estão sedentos por conexão, reconhecimento, comunhão, empatia, escuta atenta. E, aqueles que ousarem lhes ouvir, deverão estar prontos a receber em troca todo tipo de histórias. Narrativas grandes e pequenas, engraçadas e tristes, testemunhos da história de uma comunidade, acontecimentos familiares e tantas outras informações que ajudam a tecer a trama complexa da vida e do envelhecimento de cada ser humano. Nesse sentido, as narrativas, para eles, consistem em recurso para lidar com o sofrimento e ressignificar suas experiências contando com um ouvinte que se transforma em co-autor, através de um relacionamento ético entre pesquisado e pesquisador.

## REFERÊNCIAS

- ABOIM, S. **Narrativas do envelhecimento**: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, v. 26, n. 1, p. 207-232, 2014.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2004
- BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.
- BARRUCHO, L. **Pandemia de coronavírus evidencia “velhofobia” no Brasil**. BBC News Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52425735>>. Acesso em: jun. 2020.
- BIRCHER, J. Towards a dynamic definition of health and disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 8, n. 3, p. 335-341, 2005.
- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, nº 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1, 1999.
- 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 24 out. 2011.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- BUTLER, R. A. Successful aging and the role of the life review. In: S. N. Zarit. **Readings in aging and death: contemporary perspectives**. New York: Harper & Row, 1977. p. 13-19.
- CAMARANO, A. A. org. **Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, p.5, 2004.
- CAMARANO, A.A. e KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira – Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E. V. D. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 204-205.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B.. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 676-689, 2017. 14 p. il.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

- CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. D. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CHARON, R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. **Canadian Family Physician**, v. 53, n. 8, p. 1265-1267, 2007.
- CONCONE, M. H. V. B. Medo de envelhecer ou de parecer?. *Revista Kairós: Gerontologia*, 10(2), 2007.
- CRUZ NETO, O., DESLANDES, S. F., Gomes, R., & MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.
- DE BEAUVOIR, S. **A Velhice**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- DE ENVELHECIMENTO, OMS Relatório Mundial. Saúde. **USA: Organização Mundial de Saúde**, 2015.
- DELEUZE G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34; 1997.
- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **Guia prático de implantação do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- DOMINGUES, A. R.. El envejecimiento, la experiencia narrativa y la historia oral: una reunión y algunas experiencias. **Revista Psicologia Política**, v. 14, n. 31, p. 551-568, 2014.
- FAVORETO, C. A. O. **A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde**, 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33-38, 2000.
- FONSECA, A. M.; PAÚL, C. Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 2, n. 1, p. 32-37, 2008.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003) . Acesso em: mar. 2020.
- GARRO, L. C.; MATTINGLY, C. Narrative as construct and construction. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**, v. 1, p. 48, 2000.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative?. **Bmj**, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M.C.A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.30, n.1, p.6-14, 2006.

GUIMARÃES R.M., Cunha U.G.V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.

GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, out./dez. 2013.

HABERMAN, M. et al. Quality of life of adult long-term survivors of bone marrow transplantation: a qualitative analysis of narrative data. In: **Oncology Nursing Forum**. 1993.

Instituto Pereira Passos; IBGE. **Tabela 1172 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupo de bairros - 2000**. Disponível em: <[http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394\\_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social\\_IDS.pdf](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf)> Acessado em mar. 2020.

KUNZLER, R. B. **A resignificação da vida cotidiana a partir da aposentadoria e do envelhecimento**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5159>>. Acessado em: abr. 2020.

MAGALHÃES, C. A. (Org.). **Discussões acerca da Previdência Social no Brasil**. Brasília, DF, 1995.

MARIN, M. J. S.; PANES, V. C. B.; Envelhecimento da população e as políticas públicas. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, Marília-SP, v.1, n.1, p.26-34, 2015.

MCAULEY, E., & RUDOLPH, D. Physical activity, Aging and Psychological Well-Being. **Journal of Aging and Physical Activity**, 3(1), 67-96, 1985.

MINAYO, M. C. D. S., & COIMBRA JR, E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 1130, 2002.

MINAYO, M. C. D. S.; COIMBRA JR, Carlos E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-24, 2002.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad Saúde Pública**, p.208-209, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; DA SILVA, A. L. A.. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOSQUERA, J.J.M. **Auto-imagem e autoestima: sentido para a vida humana**. Porto Alegre: Estudos Leopoldenses, 1976.

MURPHY E., DINGWALL R., GREATBATCH D., PARKER S., WATSON P. Qualitative Research Methods in Health Technology assessment: A Review of the Literature. **Health Technol Assess**. n. 2, p. 3–9, 1998.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Papyrus editora, 1993.

NITAHARA, A. **Brasileiros com 65 anos ou mais são 10,53% da população, diz FGV**. Agência Brasil. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/brasileiros-com-65-anos-ou-mais-sao-10-53-da-populacao-diz-FGV>>. Consultado em: jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

PAPALÉO N. M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 2-12, 2002.

PERISSÉ, C. & MARLI, M. **Idosos indicam caminho para uma melhor idade**. Editora: Revista Retratos, 2019. Disponível em: <<https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,13%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>>. Acesso em: maio 2020.

POPULATIONPYRAMID.NET. **Pirâmides Populacionais Brasil 2020**. Gráfico de Pirâmide Etária. il, color. Disponível em <https://www.populationpyramid.net/pt/brasil/2020/> Acessado em: jun. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO – Pouso Rio das Pedras. **Diagnóstico Urbanístico e Ambiental**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5333332/4139326/26RiodasPedrasSMUCGPI S102014.pdf>>. Consultado em: mar. 2020.

PY, Lígia et al. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

RODRIGUES L.S., SOARES G.A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. Rev *Ágora* [periódico internet]. 2006. Disponível em: <[http://www.ufes.br/ppghis/agora/Documentos/Revista\\_4\\_PDFs/Lizete%20de%20Souza%20Rodrigues%20-%20%C3%81\\_gora\\_4.pdf](http://www.ufes.br/ppghis/agora/Documentos/Revista_4_PDFs/Lizete%20de%20Souza%20Rodrigues%20-%20%C3%81_gora_4.pdf)> Acessado em: jun. 2020.

- ROTHERMUND K., BRANDTSTADTER J. Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. **Psychology and Aging**. 18:896-905, 2003.
- SANTANA, C. S.; BELCHIOR, C. G. A velhice nas telas do cinema: um olhar sobre a mudança dos papéis ocupacionais dos idosos. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 93-116, mar. 2013.
- SANTOS, A. T. et al. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 24-29, 2012.
- SARKISIAN, C. A., STEERS, W. N., HAYS, R. D., & MANGIONE, C. M. Development of the 12-item expectations regarding aging survey. **The Gerontologist**, 45(2), 240-248, 2005.
- SCHILDER, P.; WERTMAN, R. **Imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2008.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 580-588, 2004.
- SIQUEIRA, R. L. D.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.
- SOUZA, A. N. A narrativa na transmissão da clínica. In RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (Orgs.). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, p. 214-240, 2001.
- TAHAN, J. **Envelhecimento e qualidade de vida**: significados para idosos participantes de grupos de promoção de saúde no contexto da estratégia saúde da família. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. doi:10.11606/D.17.2009.tde-24072009-153639. Acesso em: nov. 2020.
- TÓTORA, S. M. C. Ética da vida e o envelhecimento. In: CÔRTE, B. et al., **Envelhecimento e velhice: um guia para a vida**. São Paulo: Vetor, p. 36-37, 2006.
- UNITED NATIONS. **World Population Ageing**. New York: United Nations, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Active ageing: A policy framework**. World Health Organization, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Health and ageing: A discussion paper**. World Health Organization, 2001.

XAVIER, Flavio MF et al. Elderly people s definition of quality of life. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **Roteiro para as entrevistas individuais semiestruturadas**

-Identificação:

-Data de nascimento:

-Gênero:

-Status profissional:

-Etnia:

-Estado Civil:

-Religião:

-Escolaridade:

-Fale sobre o que significa envelhecer para o Sr(a)

-Gostaríamos de saber se o Sr(a) percebe que está envelhecendo?

-O Sr(a) pode nos dizer quando se deu conta que estava envelhecendo?

-Pode nos contar o que sentiu quando de fato percebeu que está envelhecendo?

-Na medida em que vai envelhecendo, o que o Sr(a) acha que é mais importante na vida?

-Desde que sente que vem envelhecendo, como o Sr(a) se sente fisicamente, mentalmente e socialmente?

-Sendo um usuário do SUS, como o Sr(a) vê a assistência prestada pelos profissionais da Clínica da Família que frequenta?

-Poderia nos dizer o que espera do futuro, em relação a sua saúde?

## ANEXO II

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“A experiência de envelhecer na perspectiva de idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro”** que tem como objetivo principal: estudar, através da análise de narrativas, as vivências do próprio envelhecimento de indivíduos na primeira década da velhice.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 1 ano, com o término previsto para dezembro do ano de 2019.

Sua participação não é obrigatória e consistirá na participação em 01 (uma) entrevista individual conduzida pelo pesquisador. Esta atividade terá duração aproximada de 01 (uma) hora. Você terá a liberdade de recusar-se a responder as perguntas que, por ventura, ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em qualquer prejuízo.

**Despesas e compensações:** As despesas financeiras com transporte, alimentação e qualquer outro gasto, que você possa ter para poder participar desta pesquisa, serão pagas a você pelo pesquisador no mesmo dia da sua participação. Você não terá, em nenhum momento, quaisquer gastos financeiros.

Os riscos potenciais dessa pesquisa estão referidos ao desconforto ou constrangimento em participar de uma entrevista ou de um grupo focal, bem como o de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar sofrimento psíquico. Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa serão os conhecimentos advindos dessa dissertação de mestrado acerca do estudo da percepção individual do processo de envelhecer.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa de dissertação de mestrado e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será gravado em áudio ou em vídeo e depois transcrito para ser submetido a análise. Todo o material será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação

agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ, R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255, Cidade Universitária/Ilha do Fundão, 7º andar, Ala E - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou por meio do e-mail: [cep@hucff.ufrj.br](mailto:cep@hucff.ufrj.br)

---

**Marcia da Conceição Silva**  
**Pesquisadora responsável**

---

**CEP-UFRJ/HUCFF/FM - Tel: 3938-2480**  
**Rua Prof. Rodolpho P. Rocco, n.º 255 - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro/RJ**  
**CEP-SMS/RJ - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga(Instituição Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040**  
**- E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)**  
**[Pesquisadora responsável: Marcia da Conceição Silva](#)**  
**[E-mail: mcsgeriatria@gmail.com](mailto:mcsgeriatria@gmail.com) [Cel: 21 99914-7108](tel:21999147108)**

---

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome legível do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_