

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Vivências de Idosos em Comunidades Rurais

Mariéli Terezinha Krampe Machado

Passo Fundo
2014

Mariéli Terezinha Krampe Machado

Vivências de Idosos em Comunidades Rurais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella

Coorientador:

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Bellani Migott

Passo Fundo
2014

CIP – Catalogação na Publicação

M149v Machado, Mariéli Terezinha Krampe
Vivências de idosos em comunidades rurais / Mariéli
Terezinha Krampe Machado. – 2014.
72 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2014.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Marilene Rodrigues Portella.

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Bellani Migott.

1. Idosos – Saúde. 2. Idosos – Zona rural. 3. Qualidade
de vida. 4. Envelhecimento. I. Portella, Marilene Rodrigues,
orientadora. II. Migott, Ana Maria Bellani, coorientador. III.
Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Fernanda Spíndola - CRB 10/2122

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Vivências de Idosos em Comunidades Rurais”

Elaborada por

MARIÉLI TEREZINHA KRAMPE MACHADO

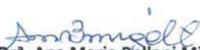
Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 29/03/2014
Pela Banca Examinadora


Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Profª. Drª. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH


Profª. Drª. Silvana Alba Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH


Profª. Drª. Ana Maria Bellani Migott
Coorientadora – UPF/ppgEH


Profª. Drª. Sirlei Favero Cetolin
Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC


Profª. Drª. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos
Universidade do Estado do Pará – UEPA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, exemplo de vida e perseverança que desde cedo me ensinaram buscar no estudo uma base sólida para a vida;

Ao meu esposo, que me impulsiona com seu entusiasmo e incentivo se fazendo presente em todos os momentos;

Ao meu filho Bruno, razão da minha existência, para o qual tento ser o melhor que posso.

À minha orientadora Marilene e co orientadora Ana pela dedicação e pelos ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre me deu forças e proteção durante esta importante trajetória;

A minha família, Renê e Bruno, amor incondicional, incentivo e razão;

A Professora Dra. Marilene Rodrigues Portella, que com sua simplicidade e experiência enriquece o conhecimento científico; Professora Dra. Ana Migott por ter dispensado muito do seu tempo na coorientação deste estudo, contribuindo na construção de ideias;

Aos idosos de Flor do Sertão, que me receberam em suas casas e dispensaram seu precioso tempo para falar de coisas da vida;

A Secretaria Municipal de Saúde de Flor do Sertão/SC por ter acreditado e apoiado a realização deste estudo;

E a todos que de alguma maneira contribuíram direta ou indiretamente.

RESUMO

Machado, Mariéli Terezinha Krampe. Vivências de Idosos em Comunidade Rurais, 2014. [74] f.. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

A expectativa de vida no Brasil e no mundo esta aumentando consideravelmente e vários estudiosos alertam para um significativo aumento do contingente de idosos. Outra característica marcante da sociedade contemporânea é o aumento da concentração populacional urbana, onde geralmente centralizam-se mais recursos para a manutenção das atividades da vida diária. Em contraponto a esta realidade, observa-se de maneira distanciada a população rural que acaba contando, na maioria das vezes com o apoio familiar. Assim o estudo teve por objetivo conhecer como vivem os idosos e a interface da dinâmica familiar em contexto rural. Avaliar a funcionalidade da dinâmica familiar utilizando a escala de APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) da família, descrever o perfil sociodemográfico dos idosos residentes em comunidades rurais e delinear as concepções de vivência em família e cuidado na velhice manifesta pelos participantes. O cenário da pesquisa foi o município de Flor do Sertão, situado no oeste de Santa Catarina. O delineamento da pesquisa foi de abordagem quanti- qualitativa de caráter descritivo. Para coleta de dados utilizou-se entrevista individual aplicando um questionário adaptado do instrumento SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), o APGAR de família e grupos focais (GF). Foram entrevistados 156 idosos e nos GF participaram dez idosos, de ambos os sexos, em cada microárea rural do município. Os resultados indicaram uma faixa etária predominante entre 60 a 69 anos, idosos na maioria casados, católicos, da cor branca, que nasceram em áreas rurais e continuam a morar ali por opção. A maioria são aposentados e ainda trabalham na agricultura e nos afazeres domésticos. Cerca de 75% dos idosos são portadores de patologias crônicas, 74,3% hipertensão arterial sistêmica, 11,2 % doenças cardíacas, 7,9 pulmonares e 3,9% possuem diabetes mellitus. Assim, 77% dos idosos fazem uso de medicamentos de maneira contínua sendo que 42,1% usam mais de dois comprimidos ao dia. Contam com cuidadores de faixa etária entre 56 e 75 anos que geralmente são o (a) companheiro (a), ou filhos (as). Possuem boa funcionalidade familiar o que ficou evidente em 89,5% dos casos. Relatam que mesmo morando distante da sede das comunidades rurais em 61,2% dos casos, não se sentem sozinhos, pois contam com uma rede de vizinhança, com recursos tecnológicos como o telefone que encurta distâncias e alguns ainda referendaram os animais de estimação que os fazem companhia. O transporte e a dificuldade de acesso a alguns serviços essenciais foram

problemas evidenciados pelos idosos, principalmente em casos de emergência onde dependem de familiares ou vizinhos. Diante da potencialidade dos dados coletados, o estudo somara aos demais, descrevendo a realidade de idosos que vivem em áreas rurais e inclusive servirá de base para a elaboração de estratégias de saúde que visem à manutenção da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: 1.Relações familiares, 2.Bem estar familiar, 3.Ciclos da vida familiar, 4.Cuidado do Idoso, 5.Atenção Integral ao Idoso, 6.Zona rural.

.

ABSTRACT

Machado, Mariéli Terezinha Krampe. *Vivências de Idosos em Comunidades Rurais*. Flor do Sertão/SC. 2014. [74] f.. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Life expectancy in Brazil and in the world is increasing considerably and several scholars warn of a significant increase in the number of elderly. Another striking feature of contemporary society is the increase in urban population concentration, which usually centered upon more resources for the maintenance of activities of daily living. In contrast to this reality, we observe detached way of the rural population which finishes counting, most often with family support. Thus the study aimed to know how to live the elderly and the family dynamic interface in a rural context. Evaluate the functionality of the family dynamics using the APGAR scale (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) family, describe the sociodemographic profile of elderly residents in rural communities and outline the conceptions of experience in family and care in old age manifested by participants. The research scenario was the city of Flor do Sertão, situated in the west of Santa Catarina. The research design was quantitative and qualitative approach of descriptive. For data collection, we used individual interviews applying a questionnaire adapted from the instrument KNOW (Health, Welfare and Aging), the Family APGAR and focus groups (FG). 156 seniors were interviewed and participated in FG ten elderly of both sexes in every rural micro area of the municipality. The results indicated a predominant age group between 60 to 69 years, most seniors are married, catholic, caucasian origin who were born in rural areas and continue to live there by choice. Most are retired and still working in agriculture and household chores. About 75 % of older people with chronic diseases, 74,3 % hypertension, 11.2% heart disease, lung 7,9 and 3.9 % had diabetes mellitus. Thus, 77 % of elderly people use drugs continuously and 42.1 % use more than two tablets per day. Rely on caregivers aged between 56 and 75 who are usually partner or children. Have good family feature which was evident in 89,5 % of cases . Reported that even though they live far from the headquarters of rural communities in 61.2% of cases, do not feel lonely, as have a network of neighborhood, with technological resources such as the phone shortens distances and some even referendaram pets that do company. The transport and difficult access to some essential services problems were evidenced by the elderly, especially in cases of emergency where depend on relatives or neighbors. Given the potential of the data collected, the study Somara to others, describing the

reality of older people living in rural areas and even serve as the basis for the development of health strategies aimed at maintaining quality of life in this population.

Key words: 1. Family relationships. 2. Family welfareem. 3. Family life cycles. 4. Care for the elderly. 5. Integral attention of the elderly. 6. A rural location.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

- Quadro 1 Dimensão e representatividade avaliadas no APGAR da Família.
- Tabela 1 Distribuição da frequência das variáveis demográficas de idosos da área rural do município de Flor do Sertão/SC, 2013.
- Tabela 2 Distribuição da frequência de patologias prevalentes entre os idosos de Flor do Sertão (2013) e quantidade de medicamentos usados ao dia.
- Tabela 3 Avaliação da funcionalidade familiar de idosos residentes em áreas rurais de Flor do Sertão, 2013.
- Gráfico 1 População por localização de domicílio em Flor do Sertão, Santa Catarina e Brasil em 2010.
- Gráfico 2 Evolução da distribuição relativa por faixa etária em Flor do Sertão nos anos 2000 e 2010.
- Figura 1 Mapas do Município de Flor do Sertão e da sua localização no estado de SC

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GFs	Grupos focais
GF	Grupo focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SEBRAE	Serviço de Apoio à Micro e Pequenas Empresas
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CONVERSA INICIAL	16
2.2. FAMÍLIA E O CUIDADO DA PESSOA IDOSA	17
2.3. FAMÍLIA, VELHICE E O CONTEXTO RURAL	20
3 METODOLOGIA	23
3.1 DELINEAMENTO	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO	23
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 A REALIDADE DA VELHICE EM UM CONTEXTO RURAL	31
4.2 CONDIÇÕES SAÚDE E FUNCIONALIDADE FAMILIAR	36
4.3 GRUPOS FOCAIS: A PROSA DOS MAIS VELHOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE VIVER E ENVELHECER NO MEIO RURAL	39
4.3.1 Viver só, morar só, mas não estar em solidão	39
4.3.2 Confabulações sobre a criação dos filhos nos dias de hoje	42
4.3.3 A convivência com os netos	43
4.3.4 A perspectiva de cuidar e ser cuidado	44
4.3.5 A velhice hoje é melhor, mais recursos, mais diversão	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	58
APÊNDICES	65

1. INTRODUÇÃO

Á exemplo do que aconteceu em todo o mundo, a expectativa de vida no Brasil aumentou consideravelmente. Segundo França (2011) em 1950, a expectativa de vida não passava de 51 anos e o Brasil era um dos países mais jovens do mundo. Atualmente, a expectativa de vida ultrapassa os 73 anos, há aproximadamente 191 milhões de habitantes e cerca de 21,7 milhões de idosos. A autora ressalta ainda que a expectativa é de que, em 2030, a população brasileira irá parar de crescer, mas mesmo assim, seremos a sexta população mais velha do mundo, e as perspectivas para 2040 é que teremos mais de 60 milhões de idosos no Brasil.

O fenômeno do envelhecimento populacional, verificado inicialmente no continente europeu, se reflete também no americano, de modo mais evidente na América Latina e de uma forma acelerada no Brasil. Independente, do contexto, a velhice constitui um período de grandes mudanças nos planos biológico, psicológico e social, bem como nas relações interpessoais e intrafamiliares.

Tal conjuntura exige da sociedade e da pessoa idosa, em especial, nos países em franco processo de envelhecimento populacional, um esforço de adaptação às novas demandas. Reserva a família, independente da estrutura e da dinâmica familiar a manutenção dos vínculos afetivos e sociais, a provisão do cuidado, a segurança e a valorização da experiência de vida dos membros envelhecidos.

O contexto social e o familiar podem influenciar nas concepções de vivência do idoso. Morar em ambiente urbano ou rural pode determinar diferentes experiências de vida, envelhecimento e cuidado, inclusive distintas formas de acesso a serviços sociais e de saúde necessários aos idosos. Na prática profissional, na gestão de serviços de saúde, em especial de enfermagem, em município de pequeno porte observo que os moradores de comunidades rurais, muitas vezes, ficam descobertos pelas ações de saúde não só pela distância e dificuldade de acesso, mas pela falta de informação que se tem sobre a realidade que os cerca, seu modo de vida, a funcionalidade familiar e as necessidades de cuidado.

A motivação pela pesquisa está alinhada a vivência profissional em atenção básica de saúde. O contato com esta realidade em que predomina o contingente de idosos residentes em zona rural provocou inquietações e indagações pertinentes ao processo de envelhecimento humano neste espaço. Assim, procurando conhecer a dinâmica e estrutura familiar nesta realidade social o foco do estudo foi norteado pela seguinte questão: Como ocorre a dinâmica familiar com idosos no contexto rural?

O estudo teve por objetivo geral conhecer como vivem os idosos e a interface da dinâmica familiar em contexto rural e como objetivos específicos descrever o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos idosos residentes em comunidades rurais do município de Flor do Sertão/SC; avaliar a funcionalidade da dinâmica familiar utilizando a escala de APGAR da família e delinear as concepções de vivência em família e cuidado na velhice manifestada pelos participantes.

Nesta perspectiva, o estudo possibilitou o levantamento de dados, uma produção de conhecimento acerca da realidade de idosos que convivem com suas famílias no ambiente rural, somando às produções que tratam das questões referentes à velhice neste contexto, por outro lado, considera-se de relevância social, pois o retrato desta realidade servirá também como base para elaboração de estratégias de ação em saúde, voltadas a melhoria da assistência à saúde a idosos residentes em zonas rurais.

A dissertação está organizada em capítulos que descrevem em sequencia o perfil sociodemográfico e de condições de vida dos idosos, a funcionalidade familiar a partir do APGAR da família e em seguida, as cofabulações dos idosos sobre o viver e envelhecer no meio rural que surgiram dos encontros dos grupos focais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CONVERSA INICIAL

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, embora o envelhecimento humano visto com destaque em países desenvolvidos é também a realidade dos países em desenvolvimento, como o Brasil. Segundo último censo realizado pelo IBGE (2010), no país estima-se a existência de quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. A expectativa de vida aumentou significativamente, sendo que em 1950 não ultrapassava 51 anos e atualmente chega há 73 anos. Segundo o Ministério da Saúde, a população maior de 60 anos esta crescendo mais rapidamente que qualquer outra faixa etária. Há uma perspectiva de que, para o ano de 2050 haverá cerca de dois bilhões de idosos vivendo no mundo e cerca de 80% em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Os estudos sobre a demografia brasileira, segundo Camarano (2010), consideram que os principais processos responsáveis por esse aumento no contingente de idosos é também, resultado da alta fecundidade prevalente no passado em comparação a atual, que em 2009 ficou em 1,9 e à redução da mortalidade, entre outros. Vale a manifestação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre tais aspectos:

Uma redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade irão assegurar o contínuo “agrisalhamento” da população mundial, apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países da África (devido à AIDS) e em alguns Estados recém independentes (devido ao aumento do número de mortes causadas por doenças cardiovasculares e pela violência). Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Isso representa um aumento substancial se comparado a dados de 1975, quando apenas 22 países possuíam uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição (WHO, 2005, p.08).

Torres (2010) enfatiza que o aumento da expectativa de vida, tem chamado atenção às condições de saúde que os idosos terão nos anos adicionais, mesmo sendo um processo natural de diminuição das reservas dos indivíduos, fatores de risco maximizam o aparecimento de morbidades, disfunções e disfuncionalidades.

O envelhecimento populacional não é igual para todos, pois sofre influência de diversos fatores como, processos de discriminação e exclusão relacionados ao gênero, à etnia, às condições econômicas e sociais, à sua origem e cultura e à localização geográfica da sua moradia (WHO, 2005; BRASIL, 2006).

A OMS (2005) destaca que, à medida que as populações envelhecem, as políticas de saúde encontram vários desafios e um deles é atingir equilíbrio entre o autocuidado, o apoio informal que geralmente realizado pelos familiares e o cuidado formal prestado pelos serviços sociais e de saúde. Ressalta ainda que grande parte dos cuidados pode ser realizada por eles mesmos ou por cuidadores informais, no entanto a maioria dos países investe recursos financeiros de maneira inversa, destinando maior parcela de despesas com cuidados institucionais.

Entretanto o Ministério da Saúde lança o pacto pela vida no ano 2006 que determina algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo às ações intersetoriais, implantação de serviços de atenção domiciliária, promoção do envelhecimento saudável, atenção integrada e integral à saúde da pessoa idosa, fortalecimento da participação social, acolhimento preferencial em unidades de saúde, provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e divulgação e informação sobre a Política Nacional de saúde da Pessoa idosa, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Figueiredo et al. (2011) destaca que, diante das alterações sociodemográficas relacionadas ao envelhecimento populacional, a família surge como provedora de cuidados de saúde, a qual tem cada vez mais, um papel relevante na atenção à prestação de cuidados aos idosos.

Mediante a complexidade das relações familiares e do cuidado, Martins et al. (2009) esclarece que a promoção da saúde do idoso, envolve um conjunto de ações socioculturais, com o objetivo de aperfeiçoar a saúde e dar suporte as patologias instaladas, para que indivíduo e família sintam-se orientados e confortados, auxiliando-os no autocuidado.

2.2 FAMÍLIA E O CUIDADO DA PESSOA IDOSA

A família é a primeira organização em que somos inseridos a partir do nosso nascimento e da qual permanecemos durante boa parte de nossas vidas, algumas com vínculos mais estreitos, outras nem tanto. Segundo Alves (2005), família pode ser compreendida como um grupo de pessoas que estabelecem vínculos não necessariamente definidos por laços de sangue ou formais, podendo ser baseados nas relações de cuidado, convivência e compromisso.

Regen (2005) conceitua a família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade. Ele expõe que, geralmente o grupo de pessoas que compõe a família, compartilha de relações de cuidado (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos, de convivência, de parentesco, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes da realidade do contexto onde vivem. Neste sentido vale destacar que:

É importante compreendermos que a família, enquanto um grupo social possui características próprias e modos de funcionamento específicos. Se olharmos em nossa volta, percebemos que a composição familiar é quase tão variada quanto à personalidade de cada um de nós. Não se trata de dizer qual é o arranjo mais “ajustado”, “certo” ou “normal”. Cada um deles, a seu modo, expressa um esforço no sentido de garantir laços afetivos e uma tentativa de superação de conflitos e dificuldades do dia-a-dia (ALVES, 2005, p. 89).

Figueiredo et al. (2011), destaca que diante das mudanças que determinaram novas formas de família, assume-se a necessidade de uma concepção integrativa de família a qual precisa ser entendida em sua complexidade, diversidade e contexto.

A família, na visão da Constituição Federal (1988), é vista como base da sociedade, e é dever desta e do Estado, assegurar o bem-estar da pessoa idosa. Vale destacar o Art3º do Estatuto do Idoso que diz:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2010, p.11).

Moraes et al. (2008) entende que a família é uma organização que tem responsabilidades com seus membros, em todas as faixas etárias, inclusive e especialmente, os que apresentam vulnerabilidades, sejam físicas, sociais, econômicas entre outras, pois estariam mais expostos aos fatores de risco à sua saúde.

Agregando ao que diz Moraes, morar sozinho ou com parentes provém de diversas situações como desenlaces ou celibato, composição familiar, falecimento de filhos ou cônjuge, ainda, como refere Camargos et al. (2011), tem relação intrínseca com a decisão de viver ou não com os filhos ou com qualquer outra pessoa.

No que se refere à atenção às famílias, Ducal et al. (2011) expõe que a mesma é considerada pelo sistema de saúde brasileiro, como a unidade social básica das comunidades e que ações e programas que valoriza a intersetorialidade fortalece a parceria entre serviços de saúde, famílias e redes de apoio. Na perspectiva de um sistema, as famílias também se organizam como subsistemas que ao interagir também se apoiam em especial no aspecto

intergeracional, pois segundo Alcântara (2011) o convívio entre os mais velhos e seus familiares favorece relações de troca que compreendem desde ajuda financeira até o cuidado dos netos e afazeres domésticos.

O estudo de Siqueira e Silva (2002) enfatiza que o contato com a família é um fator importantíssimo na determinação da satisfação de vida dos idosos. Para os autores, o grupo familiar que mantém contato frequente e interações satisfatórias vivencia uma experiência de envelhecimento positivo e atitudes pró-ativas a este fenômeno. Ainda, revelam que um baixo nível de contato com os filhos, pode contribuir para certo desânimo, o que influencia negativamente no bem estar subjetivo do idoso.

A família ao conviver com o idoso tem responsabilidades enquanto cuidadora, uma delas diz respeito a identificação dos fatores determinantes de riscos, relacionados ao ambiente físico e social. Segundo a OMS (2005), o contexto social e ambiental adequados à idade pode representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento.

O ato de cuidar, mediante apontamentos de Mafra (2011), toma uma dimensão ontológica, em que o ser, no comportamento expressa atitudes e valores balizados do cuidado. Vários eventos socioculturais e questões sociais como parentesco, gênero e idade vivenciados, influenciam o desempenho do ato de cuidar, ao qual geralmente está contido um sentido de obrigação e responsabilidade para com a pessoa dependente.

Percebe-se que as demandas do cuidado a pessoa idosa com algum grau de dependência ultrapassa os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e, por vezes, do econômico (GAIOLI et al., 2012). Quando a família e o indivíduo não conseguem encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos pessoais e familiares são insuficientes para o manejo desta situação, há uma forte tendência para que ocorra desorganização, desestruturação, trazendo consequências negativas. Ressalta-se que a família é um fator protetor para os idosos, no entanto, Camarano (2010) destaca que viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado e ausência de maus-tratos.

A equipe de saúde, como cuidadora, realiza as ações de cuidado baseada nas suas convicções, mas precisa compreender que o sujeito possui autonomia e individualidade em favor de seus princípios, estilo de vida e educação. Dessa forma, poderá atuar em conjunto com o cliente, aceitando-o como um ser cultural que necessita ser respeitado (MARTINS, 2009).

2.3 FAMÍLIA, VELHICE E O CONTEXTO RURAL

A OMS (2005) destaca que o envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças significativas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. O êxodo rural com migração de jovens que em busca de trabalho vão para as cidades, a composição familiar cada vez menor e a inclusão da mulher no mercado de trabalho de maneira formal, significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário.

A concentração da população que reside em áreas urbanas é crescente no país, segundo dados do IBGE (2010) a proporção de pessoas nestas áreas passou de 45,1%, em 1950, para 84,4%, em 2010. A urbanização se mostra pouco diferenciada quando analisada por faixas etárias. No grupo de 0 a 14 anos de idade a proporção é de 81,4%, já na população em idade ativa entre 15 e 59 anos a concentração é de 85,5% e entre as pessoas acima de 60 anos a concentração é 84,1%.

Garces et al. (2011) esclarece que uma característica marcante da sociedade contemporânea é a urbanização crescente, um fenômeno que surge a partir da industrialização mobilizando a população rural em direção aos centros urbanos, principalmente nas grandes cidades onde a oferta de trabalho é maior.

O estudo de Missio e Portella (2003) sobre as vivências dos idosos em comunidades rurais aponta às inquietações das famílias no que confere ao esvaziamento destas comunidades, o alerta fica por conta da possibilidade do “interior virar um asilo”, uma expressão manifestada por um entrevistado. O asilamento, neste contexto, retrata a conjuntura que ficam expostos, distante dos recursos, os mais velhos ficam sós, contando como suporte de apoio, por vezes, apenas a rede de vizinhança.

Conforme dados do IBGE (2010), as unidades domésticas unipessoais aumentaram significativamente entre 2000 e 2010 sendo que a média brasileira passou de 8,6% para 12,1%. O censo evidencia que o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, são, respectivamente, os estados com os índices de envelhecimento mais elevados, no contraponto encontra-se o Amazonas e o Maranhão com os menores percentuais.

Camarano (2004) enfatiza que o processo do envelhecimento é diferente por grupo social, sexo, cor, raça e especialmente localização geográfica, o que confere um caráter

diferenciado para o envelhecer no meio rural, quer seja no modo de vida ou nos arranjos domiciliares.

A formação de arranjos domiciliares de idosos também pode ser influenciada pelo local de residência (urbana ou rural). Devido ao caráter seletivo do processo de urbanização, com uma maior saída da população em idade ativa, seria razoável pressupor que, nas áreas rurais, os idosos teriam diminuídas as chances de co-residir, o que poderia aumentar as probabilidades de morarem sozinhos. Entretanto, é importante considerar que, nessas áreas, os valores tradicionais da família ainda se mantêm bastante fortes, podendo dificultar a formação de domicílios independentes. CAMARGO et al. (2011, p.221).

Em contraposição, Moraes et al. (2008) destaca que as pessoas envelhecem de forma semelhante independente do local que habitam, urbano ou rural. A diferença se centra a partir de aspectos quantitativos e dimensionais. Na concepção dos autores, uma realidade rural de predomínio da pobreza, isolamento, baixa escolaridade, residências precárias, problemas crônicos de saúde e distanciamento dos recursos sociais e de saúde desfavorece um curso de envelhecimento saudável.

Mafra (2011) salienta que, a meta mundial para o envelhecimento é preparação do indivíduo para o envelhecer saudável, contemplando condições de saúde física, mental e cognitiva, além dos aspectos econômicas e sociais, quais quer que seja o contexto. .

Missio e Portella (2003) comentam que, as políticas públicas voltadas aos idosos preconizam o respeito à realidade e diversidade local, e, que algumas já foram implementadas como os grupos e convivência e programas de atividade física, os quais proporcionam aos idosos que participam, encontrarem um novo sentido às suas vidas. Segundo as autoras, na zona urbana, existe uma organização em rede, em que os idosos ao formar grupos de convivência têm acesso facilitado na participação de ações diversas, já na zona rural o lazer dos idosos, na ausência dos grupos de convivência, se resume, basicamente, em frequentar a igreja, festas comunitárias, visitas a familiares ou vizinhos.

Assim, destacam Valença e Silva (2011a) que é indispensável conhecer as expectativas e dificuldades delineadas pelas famílias que convivem e cuidam de seus idosos. Isso também facilitaria a construção de estratégias de cuidado, sob a percepção dos membros da família.

Moraes et al. (2008) denota que no meio rural a família é considerada a principal fonte de recurso e apoio dos idosos, já que os serviços sociais e de saúde são de difícil acesso, aumentando consideravelmente o risco para estes idosos que não dispõem deste recurso.

Conhecer a funcionalidade familiar, segundo Santos et al. (2011) é importante para o desenvolvimento de estratégias de assistência domiciliária mais efetivas, de acordo com as

necessidades crescentes dos idosos e de suas famílias favorecendo seu equilíbrio, visto que o suporte familiar contribui de maneira expressiva na manutenção e na integridade física e psicológica do idoso.

Contudo, o desafio maior na atenção a pessoa idosa é contribuir para que redescubram possibilidades de viver sua vida com a máxima qualidade possível, apesar de progressivas limitações advindas com o processo do envelhecimento (BRASIL, 2006; 2010), e, o contexto familiar e social é determinante de tal possibilidade. “A família é uma importante rede informal de apoio ao idoso, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio social.” (SALGUEIRO; LOPES, 2010, p.32).

A atenção básica à saúde pode ser considerada uma rede de apoio ao idoso, uma vez que promove diversas ações de prevenção, proteção e promoção da saúde integral da família. Pensar ações em saúde no contexto gerontológico no nível da AB requer o reconhecimento de que o cuidador não apenas tem utilidade e importância no setor saúde, como aliado da equipe no processo de cuidado (PORTELLA, 2010).

A realidade da dinâmica familiar pode facilitar ou dificultar às relações de cuidado, assim como, a situação econômica, as condições de moradia, o acesso aos serviços de saúde, dentre outros fatores, podem interferir na qualidade do envelhecer saudável.

3 METODOLOGIA

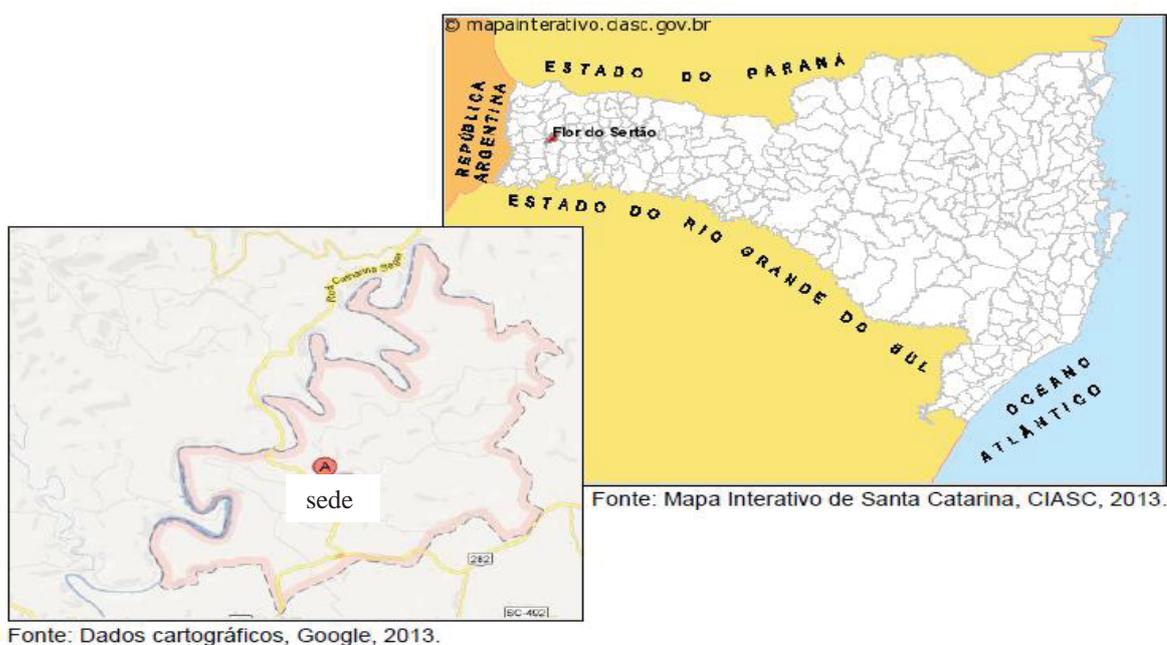
3.1 DELINEAMENTO

Estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Flor do Sertão, situado no oeste catarinense distante 678 km da capital do Estado. Possui uma área de 59 Km², o espaço rural está organizado em dez comunidades: Linha Fuzil, Linha Marmeleiro, Linha Sarandi, Linha Pedra Branca, Linha Poço Rico Baixo, Linha Cabeceira do Poço Rico, Linha Costa do Sargento, Linha Barra do Taraiás, Linha Flor da Serra e Sede ou Centro. Para a Estratégia de Saúde da Família, a organização territorial está subdividida, na zona rural, em quatro micro áreas.

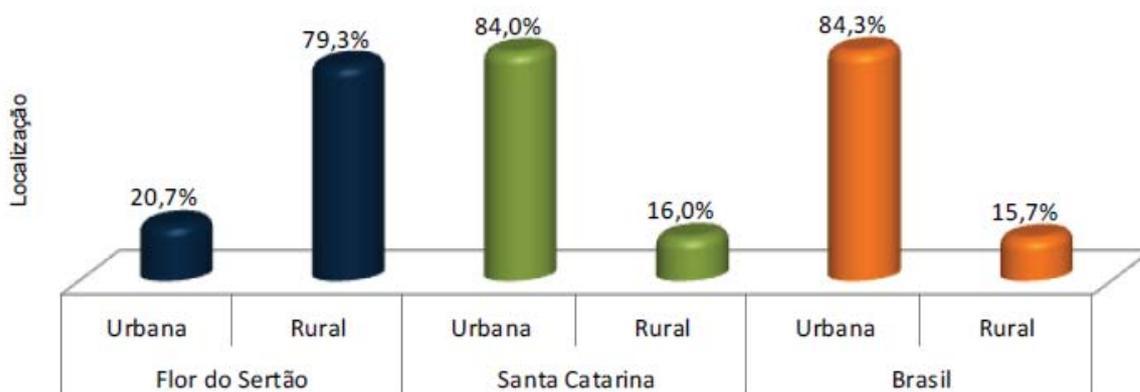
Figura 1- Mapas do Município de Flor do Sertão e da sua localização no estado de SC.



Segundo dados censitários (IBGE, 2010), a população do município alcançou 1.588 habitantes, o equivalente a 0,03% da população do Estado. Porém, nos dados do Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB, 2012), Flor do Sertão possui 1.648 habitantes, 532 famílias e, destas 392 estão concentradas na zonal rural.

No estudo elaborado pelo Serviço de Apoio à Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), no estado catarinense (gráfico 1) o percentual da população urbana em Flor do Sertão era menor em 63,3% que a concentração urbana do Estado.

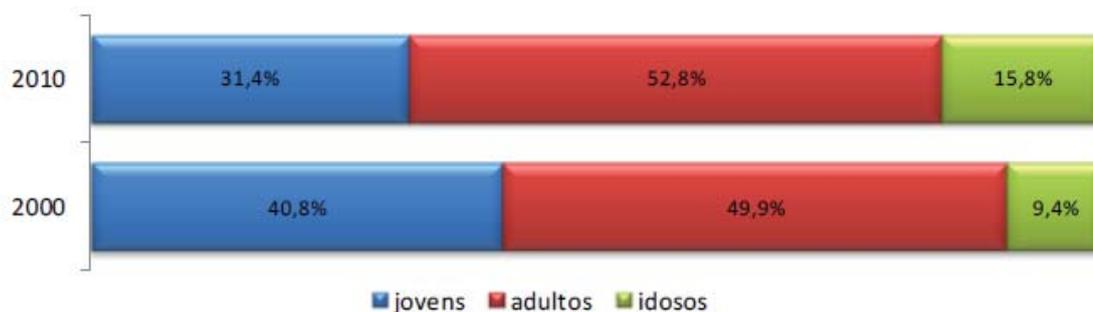
Gráfico 1- População por localização de domicílio em Flor do Sertão, Santa Catarina e Brasil em 2010.



Fonte: Resultados elaborados pelo SEBRAE/SC com base em dados do IBGE, 2010.

As crianças de zero a nove anos compreendem o número de 190, adultos de 50 a 59 anos somam um total de 221 pessoas e os idosos compreendem um total de 292, sendo 142 homens e 150 mulheres e destes 256, cerca de 87,7% residem em áreas rurais, com demais familiares ou sozinhos. O Gráfico 2, IBGE (2010) demonstra a evolução da distribuição relativa por faixa etária da população de Flor do Sertão nos anos 2000 e 2010, acusando neste período um aumento de 6,4% no contingente de idosos, o que justifica o crescimento da expectativa de vida destes.

Gráfico 2- Evolução da distribuição relativa por faixa etária em Flor do Sertão nos anos 2000 e 2010.



Fonte: Resultados elaborados pelo SEBRAE/SC com base em dados do IBGE, 2000 e 2010.

As principais origens étnicas que colonizaram o município foram de italianos, portugueses, alemães e poloneses vindas principalmente do Rio Grande do Sul. A economia no município é oriunda das atividades relacionadas à agricultura familiar com diversidade de culturas, seguida por avicultura, pecuária, discreto comércio e citricultura (IBGE, 2008).

Atualmente a economia do município de Flor do Sertão concentra-se na produção de grãos (milho, feijão, soja) e na pecuária (avicultura de corte, bovinocultura de leite e corte), constituindo atividade importante a parceria integrada de suínos e aves com as agroindústrias da região, havendo também o cultivo de fumo. Em sua maioria as famílias possuem diversificação de produção em suas propriedades, buscando uma maior geração de renda.

As condições de trabalho dessas pessoas são adequadas á condições financeiras de cada família, sendo que as que detêm maior poder aquisitivo conseguem adquirir equipamentos e implementos que facilitam o trabalho, mas a maioria são trabalhadores braçais e ainda o relevo montanhoso dificulta, na maioria das vezes o trabalho, por estar em declive e por ser muito rochoso.

O sistema de saúde pública local compreende 01 Unidade Básica de Saúde, o Centro Municipal de Saúde, que presta serviços de Atenção Básica e/ou Primária e está vinculada ao Sistema Único de Saúde- SUS com cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família através de equipe multiprofissional.

Por ser um município de pequeno porte, em Flor do Sertão não há hospital, a Unidade Básica de Saúde é referência para atenção a saúde, na baixa complexidade. Nesta unidade, localizada na área urbana, atuam diversos profissionais que estão vinculados á três equipes: Atenção Básica, de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas equipes desenvolvem diversas ações em saúde relacionadas à atenção básica,

inclusive internação de pacientes durante o turno de funcionamento da Unidade, internações domiciliares, dentre outras visando contemplar as necessidades dos pacientes. Os casos específicos em que se faz necessária à média e alta complexidade no atendimento, os pacientes são encaminhados ao Hospital São José Operário de Maravilha/SC, Hospital Regional do Oeste em Chapecó/SC, Hospital Regional do Oeste em São Miguel do Oeste/SC, dentre outros conforme especificidade de cada caso, sendo que o transporte dos pacientes é realizado com veículos da frota da municipalidade.

Os profissionais que atuam no Centro Municipal de Saúde são um médico clínico geral, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de consultório odontológico, três técnicos em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista, um fiscal da vigilância sanitária, dois auxiliares de serviços gerais, três motoristas, uma digitadora e a secretaria municipal da saúde.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para o levantamento dos dados quantitativos, os idosos foram selecionados, a partir do cadastro da ESF. Inicialmente foram listados os nomes em ordem alfabética e posteriormente foram selecionados por amostragem aleatória sistemática. A população de idosos residentes em áreas rurais compreende 256 idosos e considerando uma significância de 5 %, a amostra para a elaboração do estudo foi de 156 idosos, no entanto o instrumento foi respondido por 152 idosos, 97,4% da amostra.

Os critérios de inclusão do sujeito no estudo foram:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Residir em zonas rurais do município de Flor do Sertão/SC;
- Possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário.

E os critérios para exclusão dos participantes foram:

- Pessoa gravemente enferma.

As possíveis perdas compreenderam casos de adiamento da entrevista por mais de duas vezes, indivíduos que não foram localizados após três tentativas de visita; mudança de

residência para outro município; por óbito no período da coleta e indivíduos elegíveis que se recusaram a participar.

Para a coleta de dados qualitativos, utilizou-se o método grupo focal (GF). Foram organizados quatro grupos focais, um em cada microárea rural do município de Flor do Sertão/SC e os participantes foram selecionados de maneira intencional, mediante base de dados da Secretaria Municipal de Saúde, dez idosos de mais idade para compor cada grupo, sendo que estes deveriam ter capacidade cognitiva preservada a fim de promover a participação no grupo. Foram enviados convites para a participação dos idosos selecionados e se não houvesse interesse o convite seria entregue ao próximo da lista, respeitando o critério de idade. Gatti (2005) entende que o grupo deve ficar entre seis a doze pessoas, pois um número maior poderia dificultar a interação, a participação, as anotações e a troca de ideias entre os participantes. O grupo formado teve como característica em comum, a idade e o lugar de residência o que favoreceu a interação entre os participantes.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados quantitativos utilizou-se um questionário estruturado adaptado do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) desenvolvido por Lebrão (2005) o qual tem como objetivo coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais).

O instrumento da pesquisa foi composto de quatro seções, Seção A - questões de informações pessoais e familiares, seção B - condições de moradia, seção C apoio familiar e seção D condições de saúde e seção E que avaliou a funcionalidade familiar com a utilização do APGAR de família (Apêndice A).

O APGAR de família é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família os quais seguem apresentados na tabela 1.

Quadro 1- Dimensão e representatividade avaliadas no APGAR de Família

Dimensão	Representatividade
A = Adaptation (Adaptação)	Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família
P = Partnership (Companheirismo)	Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.
G = Growth (desenvolvimento)	Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.
A = Affection (Afetividade)	Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.
R = Resolve (Capacidade resolutive)	Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo. (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço).

Fonte: Caderno Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasil (2006) p.169.

Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora nos domicílios, em ambiente que favoreceu a privacidade do entrevistado. As entrevistas foram realizadas em horário e local previamente agendado e conveniente para os idosos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendendo as diretrizes da resolução do CNS n. 466 de 2012.

Na abordagem qualitativa foi utilizado o método focal que “é uma técnica de levantamento de dados muito rica para capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários de determinado segmento [...] além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia-a-dia” (GATTI, 2005, p.10).

Desenvolveu-se segundo a condução de um mediador, que neste caso foi a orientadora da pesquisa, o qual teve a função de conduzir a discussão e estimular o debate e de um observador que foi a pesquisadora e que auxiliou o mediador na condução do grupo, bem como registrou as impressões verbais e não verbais num caderno de campo, bem como realizou a gravação na íntegra dos grupos focais. Gatti (2005) ainda defende que o meio mais usado para se registrar o trabalho com um grupo focal é a gravação em áudio, “por isso a

escolha do lugar onde os encontros ocorreram foi feita de maneira cuidadosa, possibilitando o sucesso das gravações”. Neste caso as reuniões aconteceram em salões da comunidade, local onde os idosos rotineiramente se encontram para outras atividades e eventos.

O método focal exigiu a elaboração de um roteiro em conformidade com os propósitos do estudo. Para relacionar os objetivos da pesquisa ao debate dos participantes, as sessões foram organizadas da seguinte forma:

A) momento inicial: Realizou-se a apresentação da proposta de estudo detalhadamente, a leitura explicativa do TCLE e formalização por meio da assinatura, seguida da apresentação dos participantes;

B) momento da discussão: No GF 1, para desencadear a discussão foram apresentadas várias imagens de idosos em diversos contextos, em slides num telão. Após a observação deste material foi lançada uma pergunta guia: “No entendimento dos senhores (as) como é o cuidado dos mais velhos em família?” Foi realizada uma síntese dos dados coletados os quais foram validados pelo GF1 no final do encontro. Para os GF 2, 3 e 4, como elemento desencadeador do processo, além dos slides foram apresentadas as sínteses extraídas dos encontros anteriores, na forma de uma “notícia”, porém sem a identificação dos atores e dos cenários. Esta estratégia serviu para validar os dados.

C) encerramento: momento em que foi realizada a avaliação do encontro e também momento de agradecimento aos participantes com entrega de uma mensagem sobre a vida e a velhice e servido um lanche.

O registro das informações foi feito na ocasião dos encontros do grupo focal, mediante anotações do observador e filmagem, a qual posteriormente foi transcrita para forma literária.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados após mensuração dos resultados obtidos nas entrevistas individuais, e os dados qualitativos foram analisados a partir das anotações de campo e transcrição das gravações dos encontros decorrentes do grupo focal.

Para controle, confiabilidade e segurança no processo de digitação e tabulação dos dados foi elaborada uma planilha no aplicativo Excel 2010 e para a análise dos dados utilizou-se o percentual e o teste X^2 . O nível de significância utilizado foi de 0,05.

Para a análise dos dados do instrumento de pesquisa APGAR de família, utilizou-se uma tabela onde os domínios citados foram avaliados por meio de cinco questões simples onde a indicação da resposta “Sempre” corresponde ao escore 4, “Quase sempre” 3, “Algumas Vezes” 2, “Raramente” 1 e “Nunca” 0. A somatória dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar (elevada disfunção familiar de 0 a 4, moderada disfunção familiar de 5 e 6 ou boa funcionalidade familiar de 7 a 10 pontos). Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes. (BRASIL, 2006).

Já as informações coletadas nos GFs foram interpretadas e analisadas, segundo postulados de Gatti (2005) no que confere a análise dos dados obtidos nos grupos focais, sendo que os objetivos da pesquisa serviram de guia na busca de significados para a análise.

As informações coletadas (registros, áudio) a partir dos GFs foram organizados no sentido de compor um *corpus* detalhado e confiável para interpretação. Para a análise destes dados levou-se em conta que o foco central foi a interação grupal, a sequência das falas, as trocas entre os participantes e a dinâmica dentro do grupo. A análise aconteceu numa dimensão interacionista e a interpretação ancorada no referencial construído.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo observa a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do MS, nas suas diretrizes em relação à pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo parecer nº288.123. (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A REALIDADE DA VELHICE EM UM CONTEXTO RURAL

Os dados analisados nesta etapa constituem informações da situação sociodemográfica e condições materiais de vida dos idosos traçando um panorama geral de referencia para a descrição do perfil dos idosos que residem no meio rural do município de Flor do Sertão/SC.

O perfil dos idosos estabelecido pela pesquisa aponta as seguintes características: São maioria do sexo feminino, brancos, tem entre 60 a 69 anos de idade, oriundos da zona rural onde moram há mais de cinco anos. Vivem acompanhados, preferem morar com os companheiros, referem gostar de onde vivem por estarem perto dos filhos e ou dos serviços de saúde. São casados, tem em média três filhos próprios e são da religião católica. A grande maioria são aposentados, porem, ainda, trabalham em afazeres domésticos e na agricultura. A renda familiar predominante foi de três a cinco salários mínimos. O maior gasto ocorre com alimentação, seguida de moradia, lazer e por último, os medicamentos. Estudaram de um a três anos e usam como meio de comunicação o rádio seguido do telefone. Possuem carro próprio, mas também usam o ônibus como meio de transporte. Tem casa própria, a maioria de madeira, localizadas em sítios ou chácaras distantes da sede da comunidade rural. Quando adoecem, geralmente, os cuidadores são familiares que tem entre 56 a 75 anos de idade e na grande maioria o cuidado prestado é a companhia, seguido da locomoção e auxílio com alimentação. Relatam alguma patologia crônica, entre as quais se destacam a hipertensão arterial, seguida de alterações cardíacas. Usam em média dois tipos de medicamentos por dia e participam de grupos de apoio no controle da pressão arterial e grupos de idosos.

A caracterização do perfil da amostra pode ser visualizada na Tabela 1, onde se detalham as características sociodemográficas e de condições de vida da população.

Tabela 1- Distribuição das variáveis demográficas e de condições de vida de idosos da área rural do município de Flor do Sertão/SC, 2013.

Variável		Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo	Masculino	73	48,0
	Feminino	79	52,0
Cor	Branco	143	94,1
	Pardo	8	5,3
	Preto	1	0,7
Faixa etária	69 anos	88	57,9
	70 a 79 anos	52	34,2
	80 anos ou mais	12	7,9
Escolaridade	Analfabeto	30	19,7
	Estudou de 1 a 3 anos	76	50,0
	Estudou de 4 a 7 anos	39	25,7
	Estudou de 8 a 11 anos	6	3,9
	Estudou 12 ou mais anos	1	0,7
Local onde nasceu	Nasceu em área urbana	5	3,3
	Nasceu em área rural	146	96,1
Mora	Só	20	13,2
	Acompanhado	130	85,5
Gosta de morar	Sim	146	96,1
	Não	6	3,9
Tempo em que mora neste local	Menos de 1 ano	1	0,7
	Mais de 1 ano e menos de 5 anos	14	9,2
	Mais de 5 anos	136	89,5
Preferia morar com	Só	14	9,2
	Com esposo (a) ou companheiro (a)	93	61,2
	Com 1 ou mais filhos casados	30	19,7
	Com 1 ou mais filhos solteiros	11	7,2
	Com outro familiar	2	1,3
Situação conjugal	Separado	6	3,9
	Viúvo	35	23,0
	Casado	104	68,4
	Amasiado	5	3,3
	Solteiro	1	0,7
Idosos aposentados	Sim	114	75,0
	Não	38	25,0
Renda Familiar	De 1 a 2 salários	9	5,9
	De 3 a 5 salários	113	74,3
	Mais de 5 salários	25	16,4
Principais gastos	Alimentação	138	90,8
	Medicamentos	1	0,7
	Moradia	5	3,3
	Lazer	4	2,6
	Roupas	3	2,0

Fonte Primária

Dos 156 indivíduos que constituíram a amostra, 94% (n=143) declararam ser brancos, o que pode ser explicado devido à colonização e predominância étnica de alemães e italianos. A faixa etária mais expressiva foi de 60 a 69 anos (58%), com predominância de 52% (79) do sexo feminino. Esta situação foi evidenciada também em um estudo realizado por Torres (2010), onde em uma amostra de 117 idosos residentes em zona rural, 70,09% eram do sexo feminino, bem como em outro estudo realizado por Hartmann (2008) onde cerca de 72,1% eram mulheres.

Camarano et al. (2005) ressalta que nos dados dos indicadores de vida, as mulheres predominam entre os idosos, principalmente entre aqueles com mais de 80 anos de idade, figurando o que os estudiosos chamam de feminização da velhice, sendo que este fenômeno se deve, entre outros fatores, à desigualdade de gênero na expectativa de vida, com contingente feminino expressivo. No Brasil este é um fenômeno tipicamente urbano, nas áreas rurais, predominam os homens, sendo que existe maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano, no entanto estes dados diferem dos encontrados na pesquisa em evidência.

Todos os entrevistados, seguindo critérios da pesquisa, são moradores de áreas rurais do município e a grande maioria 96% (146), nasceu em zona rural. Residem em sítios ou chácaras distantes da sede da comunidade em 61,2% dos casos e a maioria (92,8%) possui casa própria (44% de madeira, 35,5% de alvenaria e 20% casas mistas). Conforme dados do IBGE (2010) em relação à ocupação de domicílios, a população florsertanense possui cerca de 84,3% de casas próprias em comparação a 73,3% que é a média nacional.

Cerca de 90% moram a mais de cinco anos neste mesmo local, e 43% relataram que sempre moraram ali. Em um estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul, por Moraes et al. (2005), a autora verificou um dado semelhante, onde 94,2% dos idosos nasceram e viveram grande parte ou totalidade de suas vidas no meio rural.

Em média, 17% dos idosos dizem morar neste local para ficar perto dos filhos, que em 19% dos casos são em número de dois a três, 13,2% por estar perto de familiares e 15,8% devido a ter acesso aos serviços de saúde. A maioria, cerca de 85,5% dos idosos moram acompanhados, 96% gostam de morar acompanhados e 61,2% relataram que prefeririam morar com esposo (a) ou companheiro (a), 19,7% prefeririam morar com um ou mais filhos casados. Aos que preferiram morar com filhos, as respostas mais frequentes foram: por portarem problemas de saúde 13,2%, por que se sentiam sós e 71% por que gostam ou preferem.

Semelhante aos dados encontrados nesse contexto rural, Alcântara (2009) em um estudo que realizou em Porto Alegre/RS destaca que idosos que residem com familiares referem gostar do convívio, principalmente do afeto e da atenção dispensada a eles na velhice. A autora reforça que os mesmos contam com apoio de seus familiares, principalmente do (a) esposo (a) e filhos que coabitam.

Em relação à situação conjugal do idoso, a pesquisa demonstrou que 68% (n=104) são casados e 85% são católicos, desvelando uma questão de casamentos duradouros podendo estar associada à religiosidade. No cruzamento destas variáveis, houve significância (P=0,001), os dados demonstraram que 87 entrevistados são casados e católicos. Cerca de 23% são viúvos e destes 18,4% a mais de cinco anos.

Pode-se dizer que 75% dos entrevistados são aposentados e em relação ao sexo o estudo mostrou significância $p=0,001$, verificando-se que, em 64% dos casos, os aposentados são homens. Tavares (2011) salienta que com predomínio de aposentados há uma melhoria nas condições de moradia, transporte e conforto, bem como, auxílio aos familiares. Esta situação desencadeia nos idosos sentimentos de valorização e reconhecimento.

Cerca de 30% relataram ter outra renda oriunda do trabalho realizado na agricultura e pecuária o que lhes confere uma renda familiar mensal de três a cinco salários em 74,3% dos casos. Já, 82% dos idosos relatam que ainda trabalham, 54,6% em afazeres domésticos e 28,9% na roça. Segundo Alcântara (2009), idosos aposentados no meio rural tendem a continuar trabalhando mantendo hábitos que sempre tiveram desde que as condições físicas o permitam. Mesmo que a aposentadoria represente o rendimento que mais contribui na manutenção da família do idoso rural ela ainda é complementada em alguns casos pela venda de excedentes da agricultura e pecuária. Esta complementação da renda atesta a continuidade em atividades agrícolas o que exige capacidade física para desenvolvê-las.

Na relação trabalho e sexo, verificou-se na pesquisa, que 70 mulheres idosas ainda trabalham ($p=0,027$). Em torno de 64 mulheres realizam afazeres domésticos em comparação a 19 homens. Já em relação ao trabalho vinculado à agricultura, houve uma evidência de 34 homens para 10 mulheres, revelando um dado significativo ($p=0,001$). O trabalho aparece ligado à necessidade de sobrevivência e à atividade de produção agrícola e reconhecem o trabalho doméstico tipicamente feminino (SOUZA, 2005). No estudo de Buaes (2007) realizado no município de Passo Fundo/RS com mulheres idosas pertencentes da zona rural salientou que o trabalho é visto de forma ambígua, representando de um lado, imensa dedicação a casa, aos filhos e à produção durante a vida, constituindo-se muitas vezes como

sofrimentos pelas mulheres. Por outro lado demonstra orgulho por se perceberem trabalhadoras e guerreiras para a manutenção e melhoria da vida familiar.

Em relação aos gastos oriundos da sua fonte de renda, 90% dos idosos consomem/utilizam seus proventos principalmente em alimentação, 3,3% com moradia e 2,6% com lazer e apenas 0,7% em medicamentos, pois o município fornece quase que a totalidade da medicação necessária. Em contraponto, em um estudo do projeto SABE analisou-se gastos com medicamentos na população idosa urbana, referindo que esta situação é problemática, pois 71,1% pagava do seu bolso, razão pela qual, muitos interrompiam o tratamento o que poderia agravar problemas e aumentar incapacidades (LEBRÃO; LAURENTI, 2005) o que difere da realidade encontrada. Já em relação a demais gastos, dados do IBGE (2010) citados em uma pesquisa do SEBRAE/SC (2013) destacaram que no ano 2010 a população urbana de Flor do Sertão/SC utilizou de renda per capita R\$ 11.415,17 e a população rural R\$ 5.602,99, o que justifica que vários produtos oriundos da agricultura e pecuária não precisam ser comprados o que reduz a média de gastos da família.

No que confere a escolarização, 50% dos respondentes frequentaram a escola de 2 a 3 anos e 25% de 4 a 7 anos. Em um estudo realizado em Porto Alegre por Alcântara (2009), verificou-se em relação à escolaridade dos idosos, a maioria, cerca de 70% eram analfabetos ou apresentavam baixa escolaridade. Estes achados refletem os padrões sociais do início do século XX, época em que as possibilidades de acesso à educação eram extremamente difíceis onde na população rural os indivíduos ainda jovens integravam a força de trabalho de suas famílias, o que impedia o seu acesso ao estudo e ou sua valorização como modo de vida.

Quando houve cruzamento dos dados de tempo de estudo com renda obtivemos as seguintes características: dos que estudaram de um a três anos, 61 recebem de três a cinco salários mínimos e dos que estudaram de três a cinco anos, 23 recebem de três a cinco salários ($p=0,001$).

Idosos rurais de Flor do Sertão/SC utilizam como meio de comunicação em 91,1% dos casos, o rádio, 60,5% o Agente Comunitário de Saúde, 48,7% a televisão e em 39,5% dos casos o telefone. Houve significância também ($p=0,009$) na relação tempo de estudo com uso do meio de comunicação jornal, dos que estudaram de quatro a sete anos, nove idosos leem jornal.

Como meio de transporte mais utilizado, os pesquisados responderam usar carro próprio em 43,4% dos casos, 7,9% utilizam ônibus e 54,6% relataram andar a pé. Observou-se que a relação gênero com tempo de estudo e uso de carro como meio de transporte, que

homens que estudaram de um a três anos usam carro, sendo um dado significativo ($P=0,001$), e já para o sexo feminino não houve significância.

Em casos de doença ou incapacidade, 93% dos idosos relataram ter cuidadores, que em 48% dos casos possui faixa etária entre 56 a 75 anos de idade, sendo em 48,7% dos casos o esposo (a) ou companheiro (a) e em 27% dos casos, os filhos. Na relação da situação conjugal com quem é o cuidador e qual é o sexo deste dados demonstraram que 42 homens têm como cuidadores as esposas ($p=0,001$). Os tipos de cuidados recebidos foram em 86,8% dos casos apenas companhia, 53,3% auxílio na locomoção, 48% na alimentação, 37,5% auxílio e manejo da medicação e 11,8% dos casos relacionados a eliminações fisiológicas. Semelhante aos dados encontrados, Miguel, Figueira e Nardes (2010) em seu estudo, demonstraram a prevalência de cuidadores do sexo feminino, cerca de 93%, 67% casados e destes 56% na faixa etária acima de 60 anos. O autor ressalta ainda sua preocupação em relação a diminuição dos filhos e do número pessoas na família o que compromete diretamente o futuro do cuidado prestado pela família.

Quando questionados se havia outra pessoa que lhe prestasse serviço de cuidador, 57,9% dos casos referiram que sim e estes auxiliam em 58% dos casos, com companhia, 51% com transporte, 48% com lazer, 27% em afazeres domésticos e em 25% dos casos, auxiliam com dinheiro. Apesar de descrever que a maioria dos cuidadores de idosos são familiares, o autor Ricarte (2009) destaca que em seu estudo 85,9% dos cuidadores informais são mulheres o que se assemelha ao dados encontrados no estudo.

4.2 CONDIÇÕES SAÚDE E FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Em relação às condições de saúde, 74,5% dos entrevistados relataram ter algum problema de saúde. Dos problemas referidos 60,7% são hipertensão arterial sistêmica, 11,2% problemas cardíacos, 7,9% doenças pulmonares e 3,9% dos casos referiu ter diabetes mellitus, o que pode ser observado na tabela 4. Nas faixas etárias de 60 a 69 anos de idade observou-se que 37 mulheres são portadoras de hipertensão arterial sistêmica ($p=0,002$), de 70 a 79 anos 27 homens e acima de 80 anos cinco mulheres. Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Tem alta prevalência entre pessoas idosas acometendo cerca de

50% a 70% das pessoas nesta faixa etária. É um fator determinante de morbimortalidade, mas quando controlada pode reduzir as limitações funcionais e a incapacidade em idosos, conferindo uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Em virtude da prevalência de doenças, na maioria das vezes crônicas, idosos necessitam do uso contínuo de medicamentos. Cerca de 77% dos idosos entrevistados disseram usar medicação contínua, 42% dos casos usam até dois medicamentos por dia e 28,9% usam menos de dois por dia. Na relação do uso de mais de cinco medicamentos por dia, apareceram 17 mulheres $p=0,12$. Esse quadro de consumo de medicamentos pode ser confrontado aos resultados de Souza (2005) ao descrever as práticas terapêuticas utilizadas por idosos residentes em zona urbana de Porto Alegre/RS na qual se observou que tal prática era influenciada por um processo de medicalização do corpo e da velhice.

Tabela 2- Distribuição da frequência de patologias prevalentes entre os idosos de Flor do Sertão (2013) e quantidade de medicamentos usados ao dia

Variável		Frequência (n)	Percentual (%)
Patologias	Hipertensão Arterial Sistêmica	113	74,3
	Diabetes Mellitus	6	3,9
	Doenças Cardíacas	17	11,2
	Doenças Pulmonares	12	7,9
Quantidade de Medicamentos utilizados	Nenhum	22	14,5
	Menos de 2 ao dia	44	28,9
	Mais de 2 ao dia	64	42,1
	Mais de 5 ao dia	21	13,8

Fonte Primária

Várias patologias crônicas têm como fatores determinantes e condicionantes, alguns hábitos como o ato de fumar tabaco e ingerir bebida alcoólica. Quando questionados, os idosos disseram ser 7% tabagistas e 8% alcoolistas. Evidenciou-se na pesquisa que existem mais homens tabagistas e alcoolistas, no entanto o dado não foi significativo ($p=0,12$). Segundo a OMS (2005), homens acabam assumindo comportamento de maior risco durante a vida, como fumar, consumir bebidas alcoólicas, drogas e se expõe ao risco de lesões desnecessárias o que também é observado no interior de Flor do Sertão.

O sistema público municipal de saúde de Flor do Sertão/SC oferta aos usuários várias atividades educativas, como grupos de convivência, de prática de atividade física, de recreação e inclusive de apoio a portadores de doenças crônicas, trabalham ainda, com as questões de dependência, principalmente com ênfase nos malefícios do uso do tabaco e do álcool. Os idosos do estudo relataram que participam de grupos de apoio ao controle da hipertensão em 56,6% dos casos, seguidos de 38,2% em grupos de idosos, 19% em grupos de atividade física e 4,6% em grupos de apoio ao controle do diabetes. Com relação à participação dos entrevistados em grupos de idosos, observou-se que a participação feminina está concentrada na faixa etária de 60 a 69 anos, embora não apresente significância. Já, nos grupos de atividade física, entre 60 a 69 anos de idade participam 13 mulheres, de 70 a 79 anos seis mulheres e acima de 80 anos apenas uma mulher. Dados da OMS (2005) reafirmam que participar de atividades físicas de maneira regular pode retardar o aparecimento de declínios funcionais além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos.

Na avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se a escala de APGAR de família. Os idosos mostraram-se satisfeitos com seus familiares indicando boa funcionalidade em 87,18% das entrevistas, 9,61% indicaram moderada disfunção familiar e 0,64% elevada disfunção conforme tabela 4.

Tabela 3- Avaliação da funcionalidade familiar de idosos residentes em áreas rurais de Flor do Sertão, 2013.

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
APGAR de Família Boa funcionalidade familiar	136	87,17
Moderada disfunção familiar	15	9,61
Elevada disfunção familiar	1	0,64

Fonte Primária

Estes achados se contrapõem ao estudo realizado com idosos residentes no interior da região nordeste (TORRES et al., 2009) cujo resultado indicou alto índice de disfuncionalidade familiar (73,5%). Todavia, corrobora com resultados de estudos realizados na zona urbana tanto do contexto brasileiro (PAIVA, 2010), quanto de Portugal (GONÇALVES, 2010) em que apresentavam uma família altamente funcional. Em função da dinâmica familiar os potenciais para o cuidado de si e dos seus apresentam-se com maiores possibilidades de extensão no contexto rural.

4.3 GRUPOS FOCAIS: A PROSA DOS MAIS VELHOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE VIVER E ENVELHECER NO MEIO RURAL

A realização dos grupos focais nas comunidades rurais permitiu atender o objetivo de delinear as concepções de vivência em família e cuidado na velhice. As sínteses abstraídas nos GF foram organizadas nas categorias a) viver só, morar só, mas não estar em solidão; b) confabulações sobre a criação dos filhos nos dias de hoje; c) a convivência com os netos; d) a perspectiva de cuidar de ser cuidado; e) a velhice hoje é melhor, mais recursos, mais diversão.

4.3.1 Viver só, morar só, mas não estar em solidão

Atualmente, viver só pode ser uma opção ou uma condição, depende do contexto em que o idoso se insere. Diferentes pessoas têm diferentes caminhos de buscar sentido na vida. Observamos nas discussões dos GFs que os idosos reconhecem a condição de morarem sozinhos, ou apenas o casal permanecer na área rural, enquanto os demais familiares estão distantes, mas isso não significa afastamento das relações. Camargos et al.(2011) reconhecem que nas áreas rurais, aumenta as probabilidades dos idosos morarem sozinhos, mesmo frente aos fortes valores tradicionais da família, o que determina está condição são as oportunidades no espaço urbano.

Nas manifestações expressas no GF1 observamos o reconhecer que o “interior virou o lugar dos mais velhos”, mas também advêm certas vantagens em estar neste lugar, apregoada pela tranquilidade longe do barulho.

O interior virou o lugar dos mais velhos. GF1

Os idosos gostam do barulho, mas também gostam da tranquilidade .GF1

A gente fica mais velha, os filhos casam, uns ficam viúvos e ficam sozinhos. GF1

Tem comunidade que era grande e hoje só tem dois ou três jovens, o casal fica mais sozinho, mas sempre tem os vizinhos por perto. GF2

Ao contrário do que manifesta Sousa (2010), ao referir que cada vez mais as pessoas optam por viver sós, talvez pela questão financeira de auto sustento ou por entenderem que os filhos também tem uma vida ocupada o que não lhes permite maior atenção aos pais, a condição de viver só no meio rural é pela conjuntura, os filhos foram para lugares distantes em busca de oportunidades, mas isso não significa que os idosos estão vivendo em solidão, os meio de comunicação lhes mantém em contato com a família, com os vizinhos.

O telefone celular e a internet são mencionados com os meios que os mantêm próximos aos familiares. O meio rural hoje conta com soluções inovadoras e flexíveis aos problemas mais correntes da população rural, as melhorias nas condições de vida se refletem na utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs), indicando que cada vez mais, o mundo rural assume similaridades aos centros urbanos. Os filhos estão ligados nos pais, afirmam os idosos. Para Viero e Souza (2008) o meio rural já não pode ser mais visto como um local distante e atrasado, mas sim como ícone de diversidade e em pleno desenvolvimento. É o que se confirma nas seguintes falas:

Os que moram longe ligam toda semana. GF1
 é como se os filhos sempre estão por perto, os que moram perto eles ligam todos os dias. GF1
 A família liga sempre para saber notícia. GF2
 Os filhos sempre estão ligando e pedindo como a mãe tá. GF2
 Eles ligam se não podem visitar. GF2
 Antes era custoso de ter notícia, não tinha telefone, nem internet, agora tem, pode falar todos os dias. GF2
 Hoje os pais e os filhos não ficam sem notícias, tu liga o celular. GF3
 Os filhos moram separados, mas eles sempre tão ligados. GF3
 Eles estão sempre atento, todos os dias eles ligam ou então vem visitar. GF3
 A gente fala quase todos os dias, quando nós não ligamos eles ligam. GF4
 Os filhos tão por perto, sempre telefonam. GF1
 Hoje em dia tem até a internet, as pessoas não ficam tão longe. GF1

Romero, Wasiek (2010), descrevem que as TICs influenciam a sociedade facilitando suas potencialidades de comunicação, informação e acesso a oportunidades de toda ordem, inclusive seu emprego por parte de pessoas de todas as idades oportuniza a aprendizagem mútua entre as gerações. A autora reforça também, que estimular habilidades tecnológicas na velhice constitui um caminho que contribui para a superação da pobreza, não somente econômica, mas de capacidades, conhecimentos e informações, promovendo fortalecimento da democracia, visando bem estar social e pessoal.

Outro fator que chama atenção, neste estudo, é que os bichinhos de estimação também são lembrados como companhia para aqueles que vivem no interior. Vários relatam que estes, espantam a solidão e demonstram ternura e carinho ao falar dos mesmos.

Semelhante as expressões usadas pelos idosos nos grupos focais, Heiden e Santos (2009) em seu estudo sobre a convivência dos idosos com seus animais de estimação, refere que idosos os consideram como membros da família e descrevem que os bichinhos lhes proporcionam benefícios como: a alegria, a companhia, a segurança além de ser um passa tempo e distração.

A gente não tem filho e nem neto por perto daí tem que conversar com os bichinhos.
 GF 1

A gente depois de velho tem tempo pra conversar com os bichinhos. GF1
 Eu não me sinto sozinho eu tenho um cachorro, o dólar, que fala comigo. GF2
 Os bichinhos são sempre uma companhia. GF2
 Os bichinhos são prá ajudar, eles ajudam na tua convivência do dia a dia. GF3
 Quando pego o telefone a mima ta aí com a gente, parece até que ela quer conversar.
 GF3
 A gente não ta sozinho, tem os bichinhos, os bichinhos também são companhia da
 gente. GF4
 Os bichinhos entendem tudo, de noite eu digo: vamo dormi piizada! E eles vão. GF4

Esses dados também foram evidenciados em um estudo realizado por Costa (2006), no entanto a autora revela que apesar os benefícios relatados pelos idosos no convívio com animais domésticos, que esta convivência também pode trazer alguns riscos, como sofrimento, quando os idosos sofrem a perda dos seus animais.

Estudos realizados na comunidade internacional apontam que as relações estabelecidas entre os idosos e os animais de estimação podem ser benéficas na promoção da saúde, no afastamento da solidão (JOHNSON; MEADOWS, 2002), mantendo o idoso ativo, tornando o tempo útil (STAATSA; WALLACEB; ANDERSONB, 2008; UYEHARA, 2014), além de oferecem conforto, companheirismo e apoio social (VINING, 2003). Para a autora, o contato de idosos com animais não-humanos proporcionam aos idosos um senso de valorização, estima e carinho, pois os animais têm um amor incondicional para com seus donos e não efetuam julgamento sobre os mesmos.

Alguns idosos revelaram nos GFs que na falta de filhos e netos por perto, os animais de estimação acabam preenchendo a lacuna e servindo como companheiros que afastam a solidão. Monteiro e Aguiar (2010) expõem que idosos demonstram sentimentos em relação ao seu animal de estimação, a maioria, 52%, admite sentir amor pelo seu animal, 38% sente carinho, gratidão, alegria e plenitude e 10% afirmam que seu animal é seu segundo filho, ocupa o lugar do filho que foi embora ou já faleceu ou é o filho que não tiveram. Ressalta ainda que esse convívio é muito compensador e que inclusive afasta os riscos de depressão na terceira idade.

4.3.2 Confabulações sobre a criação dos filhos nos dias de hoje

No decorrer das falas dos GFs idosos demonstraram inquietação ao falarem sobre a criação dos filhos nos dias de hoje. Percebe-se que os valores atrelados a atitudes vivenciadas pelos idosos em sua própria criação estão muito presentes, o que em algumas vezes pode ser causa de conflitos entre as gerações.

Alguns idosos defendem os métodos de “antigamente” em que o rigor da educação conduzia a criança ao trabalho desde cedo, o que lhes proporcionava aprender um ofício. A disciplina, o comportamento e principalmente o respeito pelos mais velhos eram valores que norteavam a criação dos filhos. Já outros, como se vê no diálogo abaixo, discordam de tais métodos, dizendo que sofreram muito enquanto crianças, pois na ausência do diálogo, a “surra” se fazia presente. Então, segundo expressão dos o surgimento do Conselho Tutelar veio para e defender as crianças de maus tratos.

Porque eu me lembro do meu pai e da minha mãe, eu nunca vi eles trocarem uma palavra e eu me criei neste sistema, hoje é muito diferente. Desde os próprios filhos, não respeitam os pais.

Mas de quem é a culpa? Hoje eles não querem que uma criança faça um servicinho na roça e se pegam vem o conselho tutelar.

Tu não pode executar dar uma varadinha. Eu com oito anos já tinha que trabalhar. Não precisa espancar, mais uma varadinha quando precisa...

Eu não acho isso, acho que o conselho tutelar veio pra ajudar, porque a gente sofreu muito quando criança, judiaram muito.

Maus tratos a criança com o negócio do conselho tutelar, muita criança deixou de sofrer.

Pra esse lado foi muito bom, porque a gente sofreu muito, a gente apanhou demais. Não se deve judiar, a gente deve explicar. Pra que bater numa criança pra fazer doer.

Os antigos diziam: Quando um burro orneia o outro baixa a oreia. Agora se gritarem, daí ta feito o ferve, daí não para. Um que gritar mais que o outro.

Pra gente ser respeitado a gente precisa respeitar também.

Nós aprendemos desde pequenininho a trabalhar. Hoje o jovem se cria vadio. Ficam grande, vão pra cidade, mudam, usam droga e depois querem volta incomodar os mais velhos. [diálogo travado no GF1]

Assim, idosos de hoje, que passaram por estas situações de vida, assumem naturalmente o papel de serem responsáveis pela sua família, sendo que sentem-se com experiência suficiente para, em termos de criação, distinguir o certo do errado.

Barros (2013) diz que diante das profundas transformações socioeconômicas, culturais e de expectativa de vida, os idosos, movidos pela “responsabilidade natural” advinda de vínculos de parentesco e pela incorporação da responsabilidade que emerge dos valores, cultura e legislação, assumem papel de chefes de família, servindo como um elo intergeracional, fornecendo apoio, cuidado e proteção aos seus, mas em contrapartida exigem ou esperam respeito a sua autoridade, ao seu jeito de pensar. A autora revela também que para

os idosos entrevistados em sua pesquisa, ajudar seus descendentes constitui uma atitude incondicional a qual se materializa mediante sentimentos e obrigações, no entanto no processo de troca nas relações familiares estas atitudes são permeadas por conflitos, pois geralmente não há reciprocidade dos filhos, netos e bisnetos. Para os participantes do estudo a qualidade do modo de viver a velhice nessas relações está associada à cooperação, ao envolvimento, ao comprometimento e amparo mútuo.

4.3.3 A convivência com os netos

Apesar dos netos serem considerados com afeição e orgulho pelos avós como a continuidade da sua existência, um assunto pautado nos GFs foi à mudança de comportamentos das crianças e jovens de hoje. A relação avós e netos é, indiscutivelmente, um espaço de encontro de gerações. No entanto, estes diferentes tempos sociais entre avós e netos acarretam, igualmente, desvantagens, sendo a mais notória centrada no fato de os netos poderem assumir que os avós vivem no passado e são retrógrados. (SOUSA, 2010). Esta expressão do autor também se confirma nas falas dos GFs em que idosos relatam que os netos não demonstram interesse em ouvi-los.

Os jovens de hoje, não escutam, não dão atenção pros mais velhos. Como diz a minha neta: “nona, os tempos mudaram”. GF2

Tem aqueles que ouvem, outros que não ouvem os mais velhos GF3

Hoje se tu quiser pegar uns jovens e conta uns causos, vão dizer: Mas tu ta louco! Muitas vezes eu penso de noite, quanta coisa que o meu bisavó me contava, hoje o jovem não sabe o que o avô tem pra contar. GF4

Nas relações intergeracionais, avós também valorizam atitudes e habilidades dos netos, os quais podem ajudar diante da fragilidade dos mais velhos.

Os netos são tudo, quando os netos vêm de longe, ajudam a gente, cortam lenha, fazem o serviço, reformam a casa. GF3

Teixeira (2000) enfatiza que os idosos carregam a expectativa de receber atenção, ajuda e cuidados de filhos e netos, principalmente quando encontram-se em situações de fragilidade. Já Sousa (2010) diz que os avós podem assumir um papel importante na vida dos netos, mas a relação inversa também se verifica, sendo que o envolvimento emocional entre as gerações pode ser um fator motivador para a vida de ambos.

4.3.4 A perspectiva de cuidar e ser cuidado

a) A família cuida de perto

O papel da família no cuidado do idoso em zonas rurais foi um tema abordado nos GFs com extrema relevância. Todos os grupos validaram a ideia de que a família, sempre que precisam, está por perto. Entendem também que isso passa a ser uma responsabilidade social, ou seja, depois de constituir uma família, criar filhos e envelhecer, espera-se que a família seja responsável pelos seus. As limitações físicas, incapacidades, fragilidades aliadas à dificuldade de acesso aos serviços essenciais, estabelecem entre idoso e família uma relação de comprometimento e cuidado, pois o idoso passa a ser dependente do familiar que coabita ou que esta mais próximo.

Nas horas difíceis e nas horas boas, os filhos sempre estão no lado. GF1
 Tem muitos pais, ou mães viúvas que moram com os filhos e eles são muito atenciosos. GF1
 Quase sempre a gente vê os filhos bem atenciosos com os pais. GF1
 Quase sempre os filhos são bem atenciosos com os pais. GF2
 Tem filhos que não deixam os pais desamparados, são atenciosos e cuidam bem. GF2
 As famílias zelam uns pelos outros, uns sempre cuidando dos outros, os pais de 80, 90 anos e os filhos sempre ali, cuidando deles. GF2
 Se precisa em qualquer hora eles tão sempre por perto. GF3
 Se vê os filhos bem atenciosos com os pais. GF3
 Eu sofri muito pra criar os filhos, mas hoje eles ajudam muito. GF4
 Eu tenho o exemplo de minha nora que veio de quase cinco mil quilômetros pra me cuida. GF4

Idosos confirmaram no decorrer das atividades dos GFs, que a família lhe provê cuidados, sendo que o zelo e a atenção foram as particularidades mais citadas por eles.

Martins et al. (2009) afirma que a família é maior responsável pelo atendimento das demandas do idoso e contribui de forma decisiva para uma velhice bem sucedida. A Constituição Federal (1988) apresenta a família como base da sociedade e lhe incumbe juntamente à sociedade e ao Estado a responsabilidade de “amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Em um estudo realizado por Spanevello e Matte (2010), que fala da perspectiva de pais que residem em áreas rurais quanto ao amparo na velhice, a autora identificou que boa parte dos entrevistados espera ou gostaria de serem cuidados pelos filhos, seja no meio urbano ou na propriedade rural, outra parcela revela ter dúvidas se os filhos assumirão esta

responsabilidade e demonstram incertezas em relação a velhice, já outros decidiram ficar onde estão, pois dizem que os filhos não teriam tempo para cuidá-los.

Então quando nas falas existe a afirmação *Eu sofri muito pra criar os filhos, mas hoje eles ajudam muito (GF4)*, entende-se que, de maneira indireta, há uma expectativa dos pais em relação ao cuidado que será prestado pelos filhos na sua velhice.

b) Vizinho também cuida

As relações de vizinhança nas comunidades rurais mostram um modo de cuidado e ser cuidado em um nexo de solidariedade. As discussões nos GFs fazem uma alusão de que cada um pode ficar em condições de necessitar da ajuda do vizinho, em qualquer momento, mesmo ponderando que em outros tempos as relações foram de uma ajuda mais próxima. O reconhecimento de que o vizinho é o primeiro a quem se pede socorro, foi uma unanimidade, pois no meio rural, a família nem sempre está próxima.

O modo como, ainda hoje, os idosos identificam, as práticas de cuidado entre vizinhos, a partir das reminiscências compartilhadas nos GF, relatadas por certas dinâmicas sociais do passado (o atendimento a mulher no parto) faz crer, com efeito, dotadas de grande visibilidade as recíprocas relações de ajuda na rede de vizinhança local.

Vizinho de perto é o parente mais chegado, a gente sempre conta com eles. GF1
 O primeiro socorro sempre é com os vizinhos, embora os parentes também ajudem, mas naquela hora o vizinho é que ta mais perto. GF1
 Temos os vizinhos que sempre cuidam da gente. GF2
 Eu não me sinto sozinha, sempre tem os vizinhos, a gente se ajuda. GF3
 Qualquer coisa a gente pede ajuda nos vizinhos. GF3
 Os vizinhos ajudam muito. GF4
 Sempre tem os vizinhos e isso ajuda, pois as pessoas não ficam sozinha. GF2
 Antigamente a gente se ajudava mais, quando uma mulher tinha filho, uma trazia galinha, outra fazia brodo, se ajudavam, mas gente sempre pode contar com os vizinhos. GF4

Neste estudo percebe-se que os vizinhos, no meio rural, cultivam solidariedade entre os membros e é na rede de amizades que se busca ajuda em casos de necessidade ou em situações de dificuldade, o que é relatado por outro estudo (FAQUINELLO; MARCON, 2011). A entreaajuda baseada em laços de vizinhança mostra a importância que os vizinhos têm enquanto elo na rede de apoio informal na prestação de cuidados aos idosos quando há distância geográfica entre os/as filhos/as. Contar com os vizinhos não só para as necessidades

sociais, *uma conversa, um jogo de carta, um jogo de bocha ou as companhias nas viagens aos bailinhos*, mas principalmente, quando há uma situação de emergência é algo que também tem importância para os serviços de saúde. Trata-se dos profissionais de saúde planejarem a atenção de maneira que o cuidado aos idosos em comunidades rurais e a assistência informal realizada pelas famílias, vizinhos e amigos possam reforçar-se reciprocamente (SERAPIONI, 2005).

c) Tem gente que não cuida dos seus

A violência intrafamiliar representa um grande problema social que atinge toda a sociedade, atinge as pessoas independentemente da faixa etária e do espaço de moradia. O descaso com o cuidado dos mais velhos, a negligência, o abandono e os maus tratos, formas de violências contra a pessoa idosa no espaço doméstico e intrafamiliar, foram assuntos polêmicos e inquietantes discutidos nos GFs, como se confere:

Até que os pais tem força nas perna e braço os filhos querem bem os pais, mas depois que termina as forças do idoso, daí começa o abandono, daí começa a ser discriminado. GF1

Têm muitos que tem os pais junto, mas faz conta do dinheiro que os pais ganham, tão interessado na aposentadoria deles. GF1

Quando o idoso fica doente e sem dinheiro tem filho que se afasta, isso se vê bastante, tem filho que tem ganância por dinheiro .GF2

Quando fiquei viúvo chegaram a brigar entre os filhos pra repartir o que eu tinha, depois que minha mulher morreu, roupa, móveis e forro de cama sumiu tudo de dentro de casa .GF2

Tem velho que adoce e fica solito na cama.GF3

Os filhos vão trabalhar fora, vão pra cidade e os velhos ficam. GF3

Nem todos os novos escutam os mais velhos, boa parte é contra. Às vezes a gente diz: vamos faze deste jeito ...Não, sempre ta errado, eles dizem! GF3

Tem casos que dói, arrepia! Tem família que abandonam os pais. GF4

Tem gente que chinga e fala: ah! Já ta caduco. GF4

O não cuidado traduzido em violência pautou o debate nos GFs. Situações vivenciadas ou conhecidas emergiram entre as falas onde evidenciou-se que, em alguns casos, o idoso é marginalizado, ficando em segundo plano aos interesses ou condições da família principalmente em casos de doença, dependência ou incapacidade física onde necessitariam de uma atenção especial. Estudos demonstram que, quanto mais velha e mais dependente for à pessoa idosa, maior seu risco de ser vítima de violência (Brasil, 2006).

Elsner, Pavan e Guedes (2007) ressaltam que idosos com dependência física ou mentalmente comprometidos, sobretudo com déficits cognitivos, alterações no sono,

incontinência e dificuldades de locomoção, ou seja, que necessitam de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária são os mais suscetíveis a sofrer violência.

As demais formas de violência explicitadas nas falas dos idosos vão desde o desinteresse dos mais jovens pelas conversas com os mais velhos, o que lhes remete desvalorização, constrangimento e discriminação até a expropriação dos bens dos idosos caracterizando violência econômica ou financeira ou patrimonial, que conforme o Caderno de Atenção Básica, Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa (2006) se expressa na exploração indevida ou ilegal dos idosos incluindo o uso não consentido de seus recursos financeiros ou patrimoniais.

Muitas vezes, casos de violência contra o idoso são desencadeantes de outros problemas. A OMS (2002) define violência como uma violação dos direitos humanos, isolamento e falta de esperança. Situações de violência parecem revelar ao idoso uma sensação de incapacidade em lidar com problemas familiares e até mesmo sociais, sendo que as marcas dessa agressão não são apenas físicas, mas sobretudo psicológicas. Em algumas citações que emergiram nos GFs, percebe-se que as falas soam como um desabafo dos idosos e em alguns casos tem peso até de denúncia. Verifica-se então que idosos sensibilizam-se e repudiam casos de violência contra o idoso, independente da gravidade.

Apesar de sabermos que vários casos de violência contra os idosos não são notificadas, o Brasil, lamentavelmente, é um dos países recordistas em casos de violência contra os mais velhos e as consequências desses eventos nessa população são a depressão, a desesperança, a alienação, a desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e ainda a negação das ocorrências e situações de maus-tratos. (ELSNER, PAVAN, GUEDES, 2007). A indignação demonstrada pelos idosos nas falas do GFs indica que qualquer forma de violência contra o idoso, é intolerável na sua concepção.

4.3.5 A velhice hoje é melhor, mais recursos, mais diversão

As facilidades da vida moderna, resultado da evolução da ciência e da tecnologia foram destaque nas conversas dos GFs. Os idosos remeteram suas lembranças a um passado em que precisavam fazer tudo manualmente, principalmente o trabalho na roça sendo que a maioria do que era consumido na propriedade era fruto do seu trabalho. O trabalho pesado exigia muito esforço físico e os idosos relataram que eram fortes, que não se queixavam por

qualquer coisa, inclusive mulheres relataram que trabalhavam normalmente até momentos antes do parto.

Hoje se queixam demais, nós aguentava tudo. **GF3**

Antigamente era uma tranquilidade...não tinha uma pessoa que reclamava. **GF4**

Hoje tem tudo pronto, tem máquina pra ir na roça antes era tudo no braço. Nós sofremos bastante. **GF4**

Idosos enfatizam que os recursos disponíveis atualmente facilitam muito a vida, comparado a outras épocas onde o trabalho era na maioria das vezes braçal, entretanto a velhice hoje é percebida com um tempo em as melhorias que refletem no dia a dia e isso se deve inclusive ao benefício da aposentadoria. Principalmente para idosos que viveram retirando seu sustento de pequenos minifúndios em zonas rurais em que precisavam adequar-se as condições favoráveis ou não do tempo, das safras, do comércio, do valor do produto; a aposentadoria passa a ser considerada uma segurança no final do mês, pois mesmo em mau tempo ela é certa. Assim idosos, referem que a velhice hoje é melhor:

O meu pai não sobe o que era ganhar aposentadoria, isso não existia. Pra pagar um médico tinha que arranca tudo do bolso, hoje tem tudo. **GF2**

Se não fosse a aposentadoria teria que trabalha ainda. Antigamente tinha festa e a gente tinha uma muda de roupa só. Tudo isso... é porque a gente ta ganhando aquele dinheirinho e aqui a gente ganha os remédio, daí fica fácil. **GF3**

Ih, a velhice hoje é 100% melhor. A minha mãe trabalhou até 20 dias antes de morrer. Agora não precisa trabalhar, vai se quer, é bem melhor agora. **GF3**

Para a autora Alcântara (2007) a aposentadoria, devido ser fixa, representa um recurso importante e em alguns casos é a única da qual dispõe famílias populares. Considera também as imensas mudanças que influenciam na vida doméstica, devido à diversidade de arranjos nas relações familiares, sofrem impacto das políticas públicas de aposentadoria e das trocas entre gerações.

Em um estudo realizado por Gusmão e Alcântara (2008) houve a interpretação de processos de vida de idosos no meio rural português em comparação a práticas e representações da velhice no contexto rural brasileiro.

Em Portugal as políticas públicas tratam a velhice com uma questão central, tendo em vista o aumento dessa população e provavelmente, futuro peso no serviço previdenciário. Similar aos dados do interior de Flor do Sertão, nas famílias de áreas rurais de Portugal as mudanças observadas retratam uma situação onde existe o êxodo rural jovem, casos de divórcios, casos de viúves, mas o envelhecimento nas áreas rurais portuguesas é maior entre

as mulheres que alcançam maior longevidade e numa sociedade marcada por desigualdades a feminização da velhice pode significar a combinação de pobreza, doença e solidão.

No mesmo estudo quando os autores destacam como campo de pesquisa o cenário rural brasileiro, se retrata uma paisagem onde o idoso ainda é ativo, devido à escassa mão e obra e inclusive do êxodo rural dos mais jovens, o que acaba aumentando as responsabilidades dos idosos diante da família, principalmente se esta depende também da sua aposentadoria, o que também é observado no pequeno município do oeste catarinense.

Várias evidências citadas pelos idosos nos GFs destacam a melhoria da condição de envelhecer nos dias de hoje e vinculam aposentadoria à facilidades de acesso a alguns recursos, possibilidade de aumento do consumo e principalmente tempo para se ter lazer.

O brasileiro reclama, ta ruim, ta ruim, mas agora, numa segunda de tarde sobra tempo pra um carteadado. **GF1**

Nesta idade, não muda muito o dia da semana e a gente tem que aproveitar. **GF1**

Somos viúvas, mas vamos pra dançar e se divertir, dançamos junto. **GF3**

Nós temos um grupo de dança e minha principal diversão a dança. **GF3**

Acompanhar ela é um dever... Se ela gosta de dançar eu vou junto, se não, não adianta ela ir lá pra dançar com outro. **GF3**

Bocha agora ta meio fora de moda. Tem horas que da uma febre e não tem vaga. O carteadado é mais contínuo. **GF3**

Eu gosto de televisão, jogo de futebol. **GF3**

Eu adoro TV, gosto de notícia, de saber o que ta acontecendo, ver a missa. **GF3**

Eu assisto a missa na TV **GF3**

Mas ate a gente mudou. A velha diz: A janta ta pronta. E eu digo. Ah, espera terminar esse capítulo da novela. **GF4**

Idosos citaram nos GFs diversas atividades de lazer que em outros tempos não poderiam realizar, devido à falta de tempo, de dinheiro e excesso de trabalho. Hoje evidenciam que as atividades que realizam os fazem sentir-se bem e que devem aproveitar cada oportunidade de diversão.

Sousa et al. (2010) destaca em seu estudo, que o lazer remete socialização e melhoria da qualidade de vida de idosos, pois possibilita novas interações físicas, mentais e sociais que os motivam. A autora destaca ainda que a diversão e a descontração são capazes de combater o estresse e permite que o idoso seja reintegrado na sociedade.

Nas expressões utilizadas pelos idosos nos GFs pode-se observar que nesta fase da vida alguns elencaram prioridades diferentes, nas quais estão descritas atividades de lazer e diversão. Os valores e atitudes de idosos evoluíram com o tempo, assim como seus interesses e preferências o que esta atrelado a melhores condições de vida e de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com idosos de áreas rurais do município de Flor do Sertão/SC demonstrou aspectos, que descrevem como vivem idosos em um contexto rural e a sua interface com a família sendo que alguns resultados são semelhantes aos que vem sendo apontados por estudiosos da área e em outros, características peculiares e diferenciadas da realidade estudada.

A pesquisa em questão desvelou o perfil sociodemográfico e de condições de vida dos idosos. Esta apontou que a maioria está na faixa etária de 60 a 69 anos, são casados, católicos, residem com seus companheiros em sítios ou chácaras distantes da sede da comunidade. Mesmo aposentados, estes ainda trabalham em suas propriedades em atividades agrícolas. Gastam seus proventos, principalmente com alimentação. As doenças referendadas foram a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardíacas e pulmonares. Nesse sentido, 77% utilizam algum tipo de medicação de uso contínuo e pela existência da política de saúde pública do município com bom investimento na atenção básica, esse idosos não necessitam comprar medicamentos, pois a Secretaria Municipal de Saúde fornece, praticamente a sua totalidade, principalmente os de uso contínuo.

Através do APGAR de família o estudo mostrou que os idosos possuem boa funcionalidade familiar (89,5%). Mesmos os idosos que residem longe de filhos, netos e irmãos, mantêm contato familiar utilizando os meios de comunicação, em especial, o telefone.

As informações obtidas da realização dos GFs possibilitaram descrever em categorias algumas concepções de vivências de idosos. Percebeu-se que idosos estudados, mesmo morando em locais distantes não se sentem sós, pois em suas comunidades organizam formas de contatos, de comunicação, de lazer. Participam de grupos e valorizam a rede de vizinhança como apoio social e também de cuidado.

O ambiente rural proporciona aos moradores tranquilidade e permite apego e vínculo social mais próximo. Mas, como a zona rural é distante da sede, essa situação acaba por vezes gerando preocupação, desconforto e em alguns casos dificuldade de acesso aos serviços necessários. Apesar da utilização de vários recursos a distância acaba sendo uma barreira para os idosos, quando se refere a questão de transporte, pois essa situação propicia uma maior dependência dos filhos, vizinhos ou conhecidos .

Os achados deste estudo ilustram que viver a velhice hoje é melhor do que no passado. Os recursos existentes trouxeram facilidades de acesso e comunicação, o que promove o fortalecimento de vínculo social e afetivo familiar, garantindo sentimentos de pertença, o que gera segurança e conforto. Somado-se a esta questão a situação de aposentadoria reforça e garante segurança pessoal bem como a sensação do bem-estar vivido ao longo da vida .

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. Da velhice da praça à velhice da roça: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural. 2010. 338f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2010.

ALVES, C. F. O. Conversando sobre família. In: ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROFESSORA VALÉRIA HORA. Curso técnico de agente comunitário de saúde. Alagoas, 2005. p. 88-92.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 19).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2010.

BRASIL. Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata.-5. ed.- Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.169 p. - (Série legislação; n. 51).

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARGOS, M. C. S; RODRIGUES, R. N., MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

COSTA, C. E. Animais de estimação: Uma abordagem psicossociológica da concepção dos idosos. 2006. 195f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

ELSNER, V. R.; PAVAN, F; GUEDES, J. M. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 46-54, jul./dez.2007.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.45, n. 6, p. 1345-1352. Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 Jan. 2014.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. Revista Temática Kairós Gerontologia, São Paulo, 2011, v.14, n.3, p.11-22. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483>> Acessado em: 29 nov. de 2013.

FRANÇA, L. H. F. P. O envelhecimento populacional e seu reflexo nas organizações: a importância da educação ao longo da vida. B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, mai./ago. 2011.

GAIOLI, C. C. L. O. et al. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 150-157, 2012.

GARCES, S. B. B. et al. Qualidade de vida de idosos que vivem na zona rural de Ibirubá-RS: um estudo preliminar. In: SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO. XVI, 2011. Cruz Alta.

GATTI, B. A. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro, Série Pesquisa em educação. 2005.

HARTMANN, A. C. V. C. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de porto alegre. 2008. 75f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

HEIDEN, J. , SANTOS, W. Benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para idosos. ÀGORA. Rev. de Divulgação Científica , 2009, v.16, n.2, Número Especial.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 28. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e Socioeconômica, n.27. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2011.

JOHNSON, R. A.; MEADOWS, R. L. Older Latinos, pets, and health. West J Nurs Res.; v.24, n.6, p.609-20. Oct. 2002.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e Envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. Bras Epidemiol. 2005; v.8, n.2, p.127-141. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf> > Acesso em: 20 set. de 2013.

MARTINS, J. J. NASCIMENTO, E. R. P., ERDMANN, A. L., CANDEMIL, M. C, BELAVER, G. M. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. Rev Enferm UERJ. 2009; v.17, n.4: 556-562.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, junho 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2013.

MIGUEL, M. E. G. B., FIGUEIRA, M. O., NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. Revista F@pciência, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v. 6, n. 14, p. 118 – 127, 2010.

MISSIO, M., PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. Boletim da saúde, Porto Alegre, volume 17, número 2, jul./dez. 2003. p. 25-36.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade? In: Caderno de saúde pública, 1993. Rio de Janeiro, p. 239 - 247.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em: 27 de dez. 2013.

MONTEIRO, A.; AGUIAR, A. M. A pet terapia no combate à depressão da terceira idade: um estudo da crença dos idosos. Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (Uni IBMR), Rio de Janeiro, outubro de 2010.

Disponível em: <<http://www.amapsicologia.com.br/artigos/academicos/idosos.html>> Acesso em: janeiro de 2014.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008, v.17, n. 2, p. 374-383.

REGEN, M. Dinâmica Familiar: conceitos e funções da família. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Curso técnico de agente comunitário de saúde. Ceará. 2005. p.127 – 128.

RICARE, L. F. C. S. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande . 2009. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

ROMERO, X ; WASIEK, C. Las ‘nuevas tecnologías’ como herramienta para el logro de una sociedad para todas las edades Red Latinoamericana de Gerontología, Boletín mensual, www.gerontologia.org, Año XII, Edición Nº 125 Junio de 2010.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2013.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 243-253 Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 Jan. de 2014.

SOUSA, Liliana. Avós e netos: uma relação afetiva, uma relação de afectos. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo224.htm> Acesso em: 26 Jan. de 2014.

SPANVELLO, R. M.; MATTE, A. A perspectiva dos pais quanto ao amparo na velhice: um estudo com agricultores familiares sem sucessores. In: 4º ENCONTRO DA REDE DE ESTUDOS RURAIS Mundo Rural, Políticas Públicas, Instituições e Atores em Reconhecimento Político, 2010, UFPR, Curitiba.

STAATSA, S.; WALLACEB, H.; ANDERSONB, T. Reasons for Companion Animal Guardianship (Pet Ownership) from Two Populations. Society and Animals, v. 16, p. 279-

291, 2008. Disponível em: http://www.animalsandsociety.org/assets/library/774_s5.pdf
Acesso em: 30 Jan. de 2014.

TORRES, G.V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de Idosos dependentes no município de Jequié (BA) Revista Baiana de Saúde Pública, v.34, n.1, p.19-30, jan./mar. 2010.

UYEHARA, A. M. G. Relação homem x animal. Disponível em:
<<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo20.htm>> Acesso em:
30 de Jan. de 2013.

VALENÇA, T. D. C.; SILVA, L. W. S. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.14, n. 2 p.31-46. jun. 2011b

VIERO, V. C, SOUZA, R. S. Comunicação rural on-line: promessa de um mundo sem Fronteiras - estudo de caso do modelo de monitoramento agrícola do Sistema Irrigação da Universidade Federal de Santa Maria. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL. XLVI, Santa Maria.

VINING, J. The Connection to Other Animals and Caring for Nature. Human Ecology Review, v. 10, n. 2, p.87-99. 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8

ANEXOS

ANEXO A. Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências de idosos em comunidades rurais

Pesquisador: Mariéli Terezinha Krampe Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15489513.6.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 288.123

Data da Relatoria: 29/05/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo será feito no município de Flor do Sertão /SC, de pequeno porte e que apresenta prevalência expressiva de idosos vivendo em áreas rurais, cerca de 87,67%. Levando em consideração um nível de significância de 5%, serão entrevistados 156 idosos a partir de um questionário adaptado do instrumento SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) e o Apgar da Família, instrumento que permite mensurar cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família como: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive e para os dados qualitativos serão realizados quatro encontros na forma de grupos focais com dez participantes cada, nas quatro microáreas rurais do município.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer como vivem os idosos e a interface da dinâmica familiar em contexto rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há menção a riscos.

Os benefícios:

- a escuta, e caso encontrar alguma situação e necessidade, haverá encaminhado adequado a rede de assistência.
- produção de conhecimento acerca da realidade das famílias que convivem com idosos no ambiente rural

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.010-970
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 **Fax:** (54)3316-8798 **E-mail:** cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 288.123

- o estudo servirá como base para elaboração de políticas públicas do município voltadas a melhoria da assistência à saúde destes idosos, além de criar um banco de dados na Unidade Básica de Saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será de abordagem quanti-qualitativa de caráter analítico e descritivo com delineamento transversal que será desenvolvido com idosos que vivem na área rural do município de Flor do Sertão/SC. A amostra para a elaboração do estudo será de 156 idosos. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo são:

- ↳ ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ↳ residir em zonas rurais do município de Flor do Sertão/SC;
- ↳ possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário.

E os critérios para exclusão dos participantes são:

- ↳ Pessoa gravemente enferma.
- ↳ Aquele que adiar a entrevista por mais de duas vezes. Serão consideradas as possíveis perdas, isto é, indivíduos que não serão localizados após três tentativas de visita; mudança de residência para outro município; por óbito no período da coleta; indivíduos elegíveis que poderão recusar-se a participar.

Para levantamento dos dados quantitativos utilizar-se-á um questionário estruturado adaptado do projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) desenvolvido por Lebrão (2005) o qual com o objetivo coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais). O instrumento será composto de quatro seções, quais sejam: Seção A - questões de informações pessoais e familiares, seção B - condições de moradia, seção C apoio familiar e seção D condições de saúde e seção E que avaliará a funcionalidade família com a utilização do Apgar de família. Os questionários serão aplicados pela própria pesquisadora nos domicílios, em ambiente que favoreça a privacidade do entrevistado. As entrevistas serão realizadas em horário e local previamente agendado e conveniente para o entrevistado.

O Apgar de Família é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família de: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Página 02 de 03

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 288.123

Para a coleta de dados qualitativos, utilizar-se-á do método grupo focal (GF). Serão organizados quatro grupos focais, um em cada microárea rural do município de Flor do Sertão/SC. Serão selecionados de maneira intencional, mediante base de dados da Secretaria Municipal de Saúde, dez idosos de mais idade para compor cada grupo, sendo que estes deverão ter capacidade cognitiva preservada a fim de promover a participação no grupo. Serão enviados convites para a participação dos idosos selecionados e se não houver interesse o convite será entregue ao próximo da lista, respeitando o critério de idade. As sessões serão gravadas e filmadas. O material será destruído após a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Sugere-se a devolução dos dados da pesquisa aos sujeitos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 29 de Maio de 2013

Assinador por:
Nadir Antonio Pichler
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Página 03 de 03

ANEXO B. Autorização do Representante Legal da instituição para realização do Estudo

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Fornecimento de autorização

Flor do Sertão/SC, 13 de março de 2013.

Autorizo a realização da pesquisa “Vivência de idosos em comunidades rurais”, nesta instituição.



Maristela de Fátima Valler

Secretaria Municipal da Saúde de Flor do Sertão/SC

APÊNDICES



Vivências de Idosos em Comunidades Rurais

Nº: ___

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o senhor (a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nome completo do (a) entrevistado (a):	
Endereço:	Telefone:
Data da entrevista: ____/____/2013	Início: Término:
Nome do (a) entrevistador(a): Mariéli T. Krampe Machado	
Observações:	
SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES	
<u>A.1</u> Em que dia, mês e ano o (a) senhor (a) nasceu?	<u>A.1</u>
Dia: Mês: Ano:	
<u>A.2</u> Quantos anos completos o (a) senhor (a) tem?	<u>A.2</u>
Idade _____ anos	
<u>A.3</u> Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<u>A.3</u>
<u>A.4</u> Qual destas opções o (a) descreve melhor? (1) branco (a) (2) pardo (a) (3) preto (a) (4) indígena (5) amarelo (a) (6) outra	<u>A.4</u>
<u>A.5</u> Em que meio o (a) senhor (a) nasceu? (1) Urbano (2) Rural	<u>A.5</u>
<u>A.6</u> Há quanto tempo o (a) senhor (a) mora neste local? (1) menos de um ano (2) mais de um ano e menos de cinco anos (3) mais de cinco anos (99) NR	<u>A.6</u>
<u>A.7</u> Atualmente o (a) senhor (a) vive sozinho (a) ou acompanhado (a)? (1) sozinho (a) (2) acompanhado(a) (99) NR	<u>A.7</u>

<p><u>A.8</u> Em geral o (a) senhor (a) gosta de morar na companhia das pessoas com quem mora hoje (ou sozinho se for o caso)? (1)sim (2)não (99)NR</p>	<p><u>A.8</u></p>
<p><u>A.9</u> Se o (a) senhor (a) pudesse escolher, preferiria morar com: (1) só (2) com esposo (a) ou companheiro (a) (3) com um ou mais filho (a) (s) casado (a) (s) (4) com um ou mais filho (a) (s) solteiro (a) (s) (5) com neto (a) (6) com outro familiar (7) com outra pessoa não familiar remunerada que o ajudava (8) com outra pessoa não familiar não remunerada (9) com uma empregada doméstica (99) NR</p>	<p><u>A.9</u></p>
<p><u>A.10</u> Qual a principal razão pela qual o (a) senhor (a) está morando aqui neste local? (1) estar perto de ou com o (a) filho (a) (2) estar perto de ou com familiares ou amigos (3) estar perto dos serviços de saúde (4) medo da violência (5) falecimento do (a) esposo (a) ou companheiro (a) (6) por separação conjugal (7) por união conjugal (8) custo da moradia (9) pelas condições da moradia (barreiras arquitetônicas) (10) sempre morou aqui (99) NR</p>	<p><u>A.10</u></p>
<p><u>A.11</u> Por que o (a) senhor(a) está morando com ou perto dos filhos(a), outros familiares ou amigos(a)? (1) Por problemas de saúde (2) Por problemas econômicos (3) Porque se sentia só (4) Para ajudar a cuidar dos netos ou outras crianças (5) Porque pensa que os idosos devem morar com a família ou parentes (6) Porque gosta/ prefere (7) Outro (especifique) (99) NR</p>	<p><u>A.11</u></p>
<p><u>A.12</u> Qual o seu estado marital hoje? (1) separado (2) viúvo (a) (3) casado(a) (4) amasiado(a) (5) solteiro (a) (99) NR</p>	<p><u>A.12</u></p>
<p><u>A.13</u> Há quanto tempo é, separado (a) ou viúvo (a)? (1)menos de um ano (2)mais de um ano e menos de cinco anos (3)mais de cinco anos (99)NR</p>	<p><u>A.13</u></p>
<p><u>A.14</u> Quantos filhos e filhas nascidos vivos o (a) senhor (a) teve? Número de filhos: <u>A.15a</u> Próprios: <u>A.15b</u> Enteados: <u>A.15c</u> Adotivos: (99) NR</p>	<p><u>A.14</u> <u>A.14a</u> <u>A.14b</u> <u>A.14c</u></p>
<p><u>A.15</u> Quantos filhos e filhas vivos o (a) senhor (a) tem hoje?</p>	<p><u>A.15</u></p>

Número de filhos: A.15a Próprios:	Número de filhas: A.15b Enteados:	A.15c Adotivos: (99) NR	A.15a A.15b A.15c
A.16 Quantas pessoas moram na mesma casa que o (a) senhor (a)? _____ Número de pessoas			A.16
A.17 Quem são as pessoas que moram com o (a) senhor (a)? (1) Mora sozinho (2) Somente com cônjuge ou companheiro (3) Cônjuge e filhos (4) Somente com filhos (5) Cônjuge, filhos, genro e/ou nora (6) Netos (7) Filhos e netos (8) Cônjuge, filhos, genro e/ou nora e netos (9) Outros (99) NR			A.17
A.18 O (a) senhor (a) é aposentado? (1) Não (2) Sim			A.18
A.19 Qual é o valor que o (a) senhor (a) recebe da sua aposentadoria? (1) Até 1 salário mínimo (2) De 1 a 2 salários mínimos (3) De 3 a 5 salários mínimos (4) Acima de 5 salários mínimos (99) NR			A.19
A.20 O (a) senhor (a) tem outra renda? (1) Sim (2) Não (99) NR			A.20
A.21 Qual é a renda total da sua família? (1) Não possui renda (2) Até 1 salário mínimo (3) De 1 a 2 salários mínimos (4) De 3 a 5 salários mínimos (5) Acima de 5 salários mínimos (99) NR			A.21
A.22 O (a) senhor (a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não			A.22
A.23 Se trabalha atualmente, o que o (a) senhor (a) faz? (1) Afazeres domésticos (2) Agricultura (3) Outros:			A.23
A.24 Nos últimos seis meses, com que o (a) senhor(a) tem gasto a maioria de seu dinheiro? (1) Alimentação (2) Medicamentos (3) Moradia (4) Lazer (5) Roupas (6) Transporte (7) Outros (especifique)			A.24
A.25 Quantos anos o (a) senhor (a) estudou? (1) analfabeto (2) de 1 a 3 anos			A.25

(3) 4 a 7 anos (4) 8 a 11 anos (5) 12 ou mais anos (88) NS (99) NR					
A.26 Quais os meios de comunicação que o(a) senhor(a) utiliza?					
	Si m	nã o	NS	NR	A.26a
A.33a Rádio	1	2	88	99	A.26b
A.33b Telefone	1	2	88	99	A.26c
A.33c Computador (Internet)	1	2	88	99	A.26d
A.33d Vizinhos	1	2	88	99	A.26e
A.33e Agentes de saúde	1	2	88	99	A.26f
A.33f Televisão	1	2	88	99	A.26g
A.34g Leitura (jornal revistas)	1	2	88	99	
A.27 Quais os meios de transporte que o(a) senhor(a) mais utiliza?					
	sim	nã o	NS	NR	A.27a
A.27a Automóvel	1	2	88	99	A.27b
A.27b Ônibus	1	2	88	99	A.27c
A.27c Carroça	1	2	88	99	A.27d
A.27d Bicicleta	1	2	88	99	A.27e
A.27e A pé	1	2	88	99	A.27f
A.27f Cavalo	1	2	88	99	
A.28 Qual é sua religião?					A.28
(1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) afro brasileira (5) Nenhuma					
SEÇÃO B - CONDIÇÕES DE MORADIA					
B.1 Local da moradia					B.1
(1) Vilarejo no interior (sede da comunidade) (2) Chácara/sítio (distante da sede da comunidade) (3) Fazenda e ou granja					
B.2 Esta casa é					B.2
(1) Própria (2) Alugada (3) Cedida/emprestada (4) Outros					
B.3 O tipo de construção é:					B.3
(1) Alvenaria (2) Madeira (3) Mista (4) Outros					
SEÇÃO C - APOIO FAMILIAR					
C.1 O(a) senhor(a) tem alguém que lhe cuide quando está doente?					C.1
(1) Sim (2) Não					
C.2 Qual é a idade dessa pessoa? _____ anos					C.2
C.3 Qual é o sexo dessa pessoa? (1) Masculino (2) Feminino					C.3
C.4 Esta pessoa é?					C.4
(1) Esposo(a) ou companheiro(a) (2) Filho (3) Filha (4) Outro familiar					

(5)Amigo(a)/vizinho(a) (6)Profissional contratado (7)Agente comunitário(a) de saúde (8)Outros (especifique)					
C.5 Quais os cuidados que esta pessoa lhe oferece?					
	Sim	não	NS	NR	C.5a
C.5a Nas atividades de higiene	1	2	88	99	C.5b
C.6b Na alimentação	1	2	88	99	C.5c
C.5c Na locomoção	1	2	88	99	C.5d
C.5d Como companhia	1	2	88	99	C.5e
C.5e Com as eliminações (urina, fezes)	1	2	88	99	C.5f
C.5f Com a medicação	1	2	88	99	C.5g
C.5g Outros(especifique) _____	1	2	88	99	
C.6 Além dessa pessoa existem mais pessoas que lhe ajudem em caso de doença ou incapacidade? (1)Sim, quem? _____ (2)Não					C.6
C.7 Se sim, quais os tipos de ajuda que estas pessoas prestam?					
	Sim	não	NS	NR	C.7a
C.7a Dinheiro	1	2	88	99	C.7b
C.7G.8b Comida	1	2	88	99	C.7c
C.7c Ajuda nas tarefas domésticas (ex. fazer comida)	1	2	88	99	C.7d
C.7d Ajuda com cuidados pessoais	1	2	88	99	C.7e
C.7e Transporte	1	2	88	99	C.7f
C.7f Lazer, diversão	1	2	88	99	C.7g
C.7g Companhia	1	2	88	99	C.7h
C.7h Outro _____	1	2	88	99	
SEÇÃO D- SITUAÇÃO DE SAÚDE					
D.1 O senhor (a) possui alguma patologia crônica? (1) Sim (2) Não					D.1
D.2 Se possui doenças crônicas, quais são?					D.2
	Sim	não	NS	NR	D.2a
D.2a Hipertensão Arterial Sistêmica	1	2	88	99	D.2b
D.3b Diabetes Mellitus	1	2	88	99	D.2c
D.4c Doenças cardíacas	1	2	88	99	D.2d
D.5d Doenças pulmonares	1	2	88	99	D.2e
D.6e Outra	1	2	88	99	
D.3 O senhor (a) usa medicamentos contínuos? (1)Sim (2) Não					D.3
D.4 Se sim, quantos por dia? (1) Menos de dois por dia. (2) Mais de dois por dia (3) Mais de cinco por dia					D.4
D.5 O senhor (a) possui algum vício? (1)Tabagismo (2) Alcoolismo (3) Não possui vícios (4) Outros					D.5

D.6 Participa de algum grupo de apoio? (1) Sim (2) Não	D.6		
D.7 Se sim, em quais grupos participa? (1) Grupo de Hipertensos (2) Grupo de Diabéticos (3) Grupo de Idosos (4) Grupo de atividade física (5) Outros	D.7		
SEÇÃO E- APGAR DE FAMÍLIA	SEMPRE (2) 	ALGUMAS VEZES (1) 	NUNCA (0) 
Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

