

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

Autopercepção de idosos do meio rural:
um estudo com o Questionário de Saúde Geral-60

Juliana Frighetto

Passo Fundo-RS

2014

Juliana Frighetto

Autopercepção de idosos do meio rural: um estudo com o Questionário de Saúde Geral-60

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 do título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Astor Antônio Diehl

Coorientador:

Prof^a. Dr^a. Silvana Alba Scortegagna

Passo Fundo-RS

2014

CIP – Catalogação na Publicação

F991a Frighetto, Juliana

Autopercepção de idosos do meio rural: um estudo com o
Questionário de Saúde Geral-60 / Juliana Frighetto. – 2014.

148 f.: il.; 30 cm.

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

Orientador: Professor Dr. Astor Antônio Diehl.

Coorientadora: Professora Dra Silvana Alba Scortegagna.

1. Envelhecimento. 2. Saúde mental. 3. Assistência a velhice. I.
Diehl, Astor Antônio, orientador. II. Scortegagna, Silvana Alba,
coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Autopercepção de idosos do meio rural: Um estudo com o Questionário de Saúde Geral-60”

Elaborada por

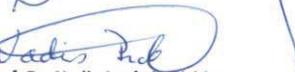
JULIANA FRIGHETTO

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

Aprovada em: 25/04/2014
Pela Banca Examinadora



Prof. Dr. Astor Antônio Diehl
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Nadir Antônio Pichler
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH



Profª. Drª. Helênice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH



Profª. Drª. Silvana Alba Scortegagna
Coorientadora – UPF/ppgEH



Profª. Drª. Ciomara Ribeiro Silva Benincá
Universidade de Passo Fundo – UPF/IFCH

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho
Aos apaixonados por pesquisa

"Se eu soubesse o que eu estava fazendo, não seria chamada pesquisa."
(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

Essa produção é fruto de esforço pessoal que contou com apoio de uma rede especial de pessoas às quais sou muito grata!

Agradeço a Deus por me proporcionar todo o necessário ao cumprimento dessa caminhada.

À família: Daniel, Valtívia, Luiza e Valmor, pelo apoio emocional e financeiro.

Às pessoas idosas que me inspiraram e emprestaram seu anonimato e aceitaram serem chamados de sujeitos dessa pesquisa; sem eles essa produção não seria possível.

Às amigas e amigos de caminhada nesses dois anos de Mestrado que não ousou citar os nomes, pois cada um soube, à sua maneira, estar na torcida por mim e por este estudo.

À Casa do Psicólogo, pela disponibilidade e apoio no empréstimo do material do Questionário de Saúde Geral-60, representadas na pessoa da Gestora/*Manager de Pesquisa e Produção de Testes*, Irene e Sá Leme, pelos esclarecimentos, e à Sabrina de Oliveira, Assistente Administrativa, pela dedicação no empréstimo do material (Protocolos de Respostas e Cadernos de aplicação), meu profundo e sincero agradecimento pela disponibilidade.

A CAPES, que possibilitou bolsa taxa na segunda parte do mestrado.

Ao orientador, Dr Astor Antônio Diehl, uma sabedoria em pessoa, em que, além de professor na disciplina de Aspectos históricos e sociais do envelhecimento humano, transmitiu-me o que nenhuma universidade à distância será capaz de transmitir: o olhar e o exemplo a ser seguido; foi em cada minuto que sentávamos para discutir o projeto, para ver suas escritas, prontas para irem para a editora e ‘saírem quentinhas’. Enfim, foram nos momentos longe da tecnologia da informação (*e-mail, pendrive...*) e perto da tecnologia da emoção que nossa orientação enraizou-se na qualidade e não na quantidade.

À co-orientadora, Dra Silvana Alba Scortegagna, que além de professora na disciplina de Terminalidade e finitude do envelhecimento humano, foi compreensiva nas horas de dúvidas.

Aos queridos professores do Mestrado que me acompanharam nesses dois anos de caminhada: Dra Helenice de Moura Scortegagna, juntamente com Dra Marilene Rodrigues Portella, nas disciplinas de Pesquisa aplicada em envelhecimento humano I e Tópicos avançados em gerontologia, sendo esta aliada à Dra Cleide Fatima Moretto na disciplina de Políticas públicas e envelhecimento humano; Dra Eliane Lucia Colussi, professora de Docência e Estágio em Docência; Dra Telma Elita Bertolin professora de Teorias do envelhecimento humano; Dra Camila Pereira Leguisamo, também presente na disciplina de Bioética em envelhecimento humano com o ilustre Dr Luiz Antonio Bettinelli; Dra Marlene Dorin docente da disciplina de Fórum multidisciplinar de projetos de dissertação; e Dra Ana Carolina Bertoletti de March, que, na companhia do Dr Adriano Pasqualotti, coordenou a disciplina de Laboratório de tecnologia: uso de ferramentas na prática de pesquisa, sendo este que, a partir da disciplina de Pesquisa aplicada em envelhecimento humano II, possibilitou também ‘beber da fonte da estatística’ nessa pesquisa.

A nós, idosos do amanhã, que possamos utilizar dessa humilde produção como propulsora de mais e mais experiências no âmbito do envelhecimento humano!

EPÍGRAFE

"Eu irei ficando velho, feio, horrível. Mas este retrato se conservará eternamente jovem. Nele, nunca serei mais idoso do que neste dia de junho... Se fosse o contrário! Se eu pudesse ser sempre moço, se o quadro envelhecesse!... Por isso, por esse milagre eu daria tudo! Sim, não há no mundo o que eu não estivesse pronto a dar em troca. Daria até a alma!". (romance Retrato de Dorian Gray)

"Agora, diferentemente de Dorian Gray, de Oscar Wilde, posso envelhecer em paz, pois minha obra vai se rejuvenescer para sempre na internet" (Edgar Morin, 2002).

RESUMO

Frighetto, Juliana. **Autopercepção de idosos do meio rural**: um estudo com o Questionário de Saúde Geral-60. 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Estudos na área da saúde têm sido relevantes diante do envelhecimento humano quando se compreende a saúde geral. E intervir com idosos a partir de sua realidade e de suas percepções se faz importante. Com idosos do contexto rural há de se atentar para variáveis que possam interferir na autopercepção de saúde. Aqui se tem o propósito de investigar a autopercepção de saúde geral considerando-se a variável de gênero. A coleta de dados foi realizada com uma amostra estratificada de 40 idosos do meio rural sem demência. Estudo transversal que utilizou como instrumentos um questionário, Escala de Depressão Geriátrica-15 e Questionário de Saúde Geral. Para a análise quantitativa, utilizou-se o SPSS18 e a análise qualitativa foi norteada pela teoria da complexidade de Edgar Morin. Os resultados apontam para a importância do sexo, pois o idoso do meio rural se autopercebe, estatisticamente, com mais desejo de morte que a idosa. Contempla o fato de que esse idoso que se autopercebe com problema de gengiva também se percebe com mais distúrbios do sono. Além disso, quanto mais se percebe com doenças crônicas, mais o idoso do meio rural percebe sua saúde geral de forma negativa. A baixa renda apresentou-se como fator de risco para desejo de morte e autoperceber-se com mais ou menos confiança no próprio desempenho tem a ver com a idade. A autopercepção da saúde geral depende da quantidade de medicamentos que o idoso do meio rural ingere e do nível de depressão. Esse estudo vem a reforçar a importância de se atentar para a autopercepção do idoso ao se envelhecer no meio rural, principalmente a masculina.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento humano. 2. Auto relato. 3. Saúde mental 4. Velhice. 5. Assistência integral a saúde.

ABSTRACT

Frighetto, Juliana. **Perception of the seniors in rural**: a study with the General Health Questionnaire-60. 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Studies in healthcare have been relevant on human aging by understanding the overall health, and, speaking with seniors about their reality and their perceptions becomes important. With seniors from rural context, it's necessary to pay attention to variables that may interfere with self-rated health. This study has the purpose of investigating the self-perceived general health, considering the gender variable. Data collection was performed with a stratified sample of 40 rural seniors without dementia. Cross-sectional study using a questionnaire as an instrument, the Geriatric Depression Scale - 15 and General Health Questionnaire. For quantitative analysis the SPSS18 was used, and qualitative analysis was guided by the theory of complexity of Edgar Morin. The results point to the importance of sex, because male seniors perceive themselves, statistically, with a bigger desire of dying, compared to female seniors. The study includes the fact that seniors that perceive themselves with gum problem perceive themselves with more sleep disorders. Moreover, the more one realizes of chronic diseases, the more rural seniors perceive their general health negatively. Low income was presented as a risk factor for death wish and felling with more or less confidence in their own performance, has to do with age. Self-perception of general health depends on the amount of drugs that seniors in rural areas take and the level of depression. This study comes to reinforce the importance of attending to the self-perception of seniors, aging in rural areas. Especially the male.

Keywords: 1.Human aging. 2.Self-report. 3.Mental health 4.Oldness. 5. Full health Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Região de Planejamento de número 9	25
Figura 2: Autopercepção conforme a faixa etária	35
Figura 3: Relação de variáveis I.....	50
Figura 4: Autorrelato de doenças crônicas	66
Figura 5: Relação de variáveis II	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.....	33
Tabela 2 – Valores de p da variável <i>sexo</i> nos diferentes estudos.....	47
Tabela 3 - Auto relatos da amostra.....	59

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
Capítulo 1:	
ENVELHECER NO MEIO RURAL	32
Capítulo 2:	
AUTORRELATO DE DOENÇAS, SINAIS, SINTOMAS E MEDICAÇÃO	61
Capítulo 3:	
UM OLHAR ALÉM DOS NÚMEROS	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS	125
ANEXOS	136
<i>Anexo A. Parecer Comitê de Ética</i>	<i>137</i>
<i>Anexo B. (Capa do) Manual de Aplicação do Questionário de Saúde Geral-60</i>	<i>139</i>
<i>Anexo C. Caderno de Aplicação (Questionário de Saúde Geral -60)</i>	<i>139</i>
<i>Anexo D. Termo de Consentimento do Questionário de Saúde Geral -60 para pesquisa</i>	<i>142</i>
<i>Anexo E. Mini-Exame do Estado Mental</i>	<i>143</i>
APÊNDICES	144
<i>Apêndice A. Instrução às Agentes Comunitárias de Saúde para convidar os sujeitos sorteados</i>	<i>145</i>
<i>Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	<i>146</i>
<i>Apêndice C. Dados</i>	<i>148</i>
<i>Apêndice D. Metodologia</i>	<i>148</i>
<i>Apêndice E. Encaminhamento</i>	<i>151</i>

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Enfrenta-se a problemática do envelhecimento humano, tanto a nível mundial como nacional, em função de mudanças nas práticas de nascer (diminuiu taxa de natalidade) e morrer (ações em saúde tem aumentado a longevidade). Quando se fala em envelhecer se traz a noção de desenvolvimento, de processo, fazendo parte de todas as fases do ciclo vital. E ao se falar de velhice, se traz a construção social sobre a pessoa que atravessa a última fase do processo de envelhecimento, e que não se marca, necessariamente pela questão etária. Assim, envelhecimento é um processo enquanto que velhice é uma condição do ser humano idoso, um estado (SANTOS, 2010).

O envelhecimento humano está trazendo desafios à área da saúde na medida em que aumenta em nível mundial. Sabe-se que o Brasil é o oitavo país mais idoso do mundo e apresentava, já em 2010, índice de 11,3% de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2010). E, esse índice tem tendência a aumentar cada vez mais. Em especial, no Rio Grande do Sul, loco do estudo em questão, há 27 dos 33 municípios brasileiros mais envelhecidos que juntamente com o Rio de Janeiro, lideram o percentual do país (IBGE, 2011). E, quando se trata de idoso do meio rural, o índice aumenta, pois ainda vem sofrendo consequências do êxodo rural em que os jovens vão para a cidade e no meio rural ficam os idosos.

Vale ressaltar que no contexto brasileiro a cada década houve uma caminhada em relação às questões de envelhecimento aliado a políticas públicas de saúde. Em nível mundial registram-se marcos legais que contribuíram a essa trajetória. Em 1974, o mundo abre portas para uma nova perspectiva da saúde de canadenses que reconhece que a ênfase em assistência médica não é resolutiva, pois através do relatório de Marc Lalonde, enfatiza-se a responsabilidade de cada indivíduo em mudar seus comportamentos para melhorar sua saúde, propondo também que, intervenções em saúde pública deveriam dar ênfase à segmentos da população de maior risco. Há, aproximadamente, 30 anos se projetou a Saúde para Todos no Ano 2.000 (1977), na

Assembleia Mundial de Saúde e na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde (1978) com a Declaração de Alma Ata.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, já era trazido que o sujeito deve ser protegido no desemprego, doença, velhice e viuvez. Em 1968, na Conferência dos Direitos Humanos, em Teerã, foca a questão da vulnerabilidade dos idosos; e em 1982 ocorre a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento que promove políticas e programas com 66 recomendações para os membros sobre sete áreas, sendo a saúde do idoso uma delas. Uma das recomendações era o fortalecimento do elo dos Agentes Comunitários de Saúde com a sociedade¹. Em 1988, no Protocolo de São Salvador, Convenção Americana de Direitos Humanos, se reforça o foco no direito da pessoa idosa à proteção.

Paralelo a isso, aqui no Brasil, nesse mesmo ano, com a constituição muda também o sistema de saúde. Em 1996, com a morte de 156 idosos na Clínica Santa Geneveva (Rio de Janeiro), instala-se uma pressão internacional, e a ONU precisou regulamentar um plano de cuidado. Com a entrada em vigor da Política Nacional do Idoso (PNI 8.842/94), e em seguida da lei 8442/96, define-se o Estatuto do Idoso e também a Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003), ressaltando-se que os idosos possuem direitos e deveres.

Em 1991, na Assembleia Geral da ONU sobre “Princípios das Nações das Unidas em prol das Pessoas Idosas,” se atentou para questões de independência, participação, satisfação (autorrealização) e dignidade. No ano seguinte, em outra Assembleia estabelece-se o ano de 1999 como o “Ano Internacional do Idoso - uma

¹ Cabe ressaltar que na presente produção esse personagem foi importante pelo vínculo com os sujeitos e facilitaram a metodologia.

sociedade para todas as idades”, sendo discutidas questões de dimensões de análise, situações dos idosos, desenvolvimento individual contínuo, relações intergeracionais, relações multigeracionais e inter-relação entre desenvolvimento.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento, no Cairo, Egito, participaram 180 países e 1.254 ONGs e se pactou pela estabilização da população mundial em níveis compatíveis com os recursos do planeta; direitos humanos e desenvolvimento sustentável. No ano seguinte, na Conferência Mundial sobre Desenvolvimento social “uma sociedade para todos”, em Copenhague-Dinamarca se focou em possibilitar às pessoas idosas o acesso a uma vida melhor.

A caminhada histórica segue com a Política Nacional do Idoso, em 1996. Em 2002 se compromete a executar ações territoriais e em 2003 dá-se a aprovação do Estatuto do Idoso. Depois, algumas leis vieram para complementar o que estava em aberto no Estatuto, por exemplo, a reserva para idosos na política habitacional, assim como passagens no transporte municipal.

Em Madri, a expressão ‘envelhecimento ativo’ ganha importância, e em 2005 se cria a Política do Envelhecimento Ativo, da Organização Mundial da Saúde (OMS) que está estruturada em três pilares: a participação do idoso como protagonista e sociedade, saúde e segurança e os determinantes do envelhecimento ativo. Também traz os determinantes pessoais, comportamentais (estilo de vida e dificuldades em termos de questões culturais), ambiente físico (questão geográfica, concentração de pessoas idosas, oportunidades, urbanização que propicia ou não o envelhecimento) e econômicos.

Aqui no Brasil, o Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, no Rio de Janeiro, lança o programa Cidade Amiga do Idoso, que consiste em verbas para o município receber essa certificação. Para essa certificação necessitavam preencher os requisitos em termos de moradia, respeito e inclusão social, emprego, comunicação e informação, apoio e serviço de saúde, espaços abertos e prédios. Em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, mostra reflexos do Envelhecimento Ativo. A partir disso, passa a ter um corpo de proposições com ações e programas direcionadas à pessoa idosa. Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota a

caixa de ferramentas *toolkit* para uma atenção primária em saúde amiga do idoso, mas ainda em 2013 não se conseguiu concretizar.

O Pacto pela Saúde e pela vida, em 2006, foi um marco para olhar para o idoso, foi a primeira vez em que o idoso aparece entre as primeiras prioridades. Com a Política Nacional da Atenção Básica, trouxe uma reestruturação no programa, e aí passa de um programa para uma estratégia de saúde da família. Logo em seguida se tem o Pacto pela saúde que comporta várias políticas: de plantas medicinais e fitoterápicas, promoção de saúde nacional de saúde da pessoa idoso (que sai em outubro por causa do dia internacional do idoso), por exemplo. Vale ressaltar aí uma das finalidades dessas ações: foi um ano político, e a politicagem interfere nisso.

Em 2009, acontece a Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS em a principal questão aqui é o acolhimento da pessoa nos serviços de saúde. Em 2010 a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional também vem a considerar todas as faixas etárias. No ano seguinte, em 21 de outubro, constrói-se a Política de Atenção Básica, que previa contrato integral para o médico. A pressão era grande, os profissionais entendiam que tinha que romper com a rigidez de 40 h, depois se modifica o sistema de contratação e abre a possibilidade de contratar por 20 h, por exemplo. A luta sempre foi por isonomia. Isso veio a atender tal segmento naquele momento e a política teve ajustes. Assim, existem em nível mundial e nacional estudos de determinantes de saúde, sendo que o último foi em 2011 no Rio de Janeiro, que gerou o relatório que traz as condições no Brasil em relação aos determinantes sociais.

Seguindo, outro marco importante deu-se em 2012, com o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos pelo Ministério de Saúde para promover a capacitação de profissionais, em especial que os profissionais pudessem capacitar os cuidadores. Em 2012 cria-se a profissão de cuidador de idosos, aprovada em lei, mas ainda não regulamentada, pois têm algumas ações que permeiam as outras profissões. Uma delas é a questão da administração dos medicamentos, sendo que a primeira a fazer esse curso profissionalizante foi a Escola Politécnica Joaquim Venâncio, ligada á Escola de Saúde Pública e Fiocruz, sendo que naquele momento se pensou numa especialização para o técnico de enfermagem.

Diante dessas questões que envolvem as políticas públicas de saúde no intuito de lidar com os desafios do envelhecer. Vale lembrar que na Declaração do Milênio o envelhecimento ainda não é diretamente focado. Essas Metas do Milênio (2015) que continuam a nortear as políticas públicas, mundialmente, resumida em oito metas são: 1) erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) atingir o ensino básico universal; 3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. A política, a nível macrossocial de investimento financeiro também dispõe a cada município seu Fundo do Idoso, que é o repasse financeiro para ações de intervenção direcionadas a esse público.

Todo esse envolvimento político em função de envelhecimento e saúde precisa ser olhado a nível microssocial, pois a saúde varia e exige diferentes intervenções de população para população. Cabe a cada município considerar a sua dinâmica social e populacional, principalmente diante do distanciamento do idoso rural. .

Logo, nota-se aí que há uma engrenagem na questão da saúde para atender numa proposta de envelhecimento. E mais especificamente, vale atentar para a lógica que permeia essas questões no meio rural. No interior dos municípios funciona a lógica de comunidade, com a igreja, o cemitério, o salão, etc. A lógica disso não é de ser aberta, é de ser restrita, ser da comunidade, mas se está no auge da noção de sociedade. Na lógica de sociedade excludente os grupos não têm espaço e se organizam dentro de uma lógica mais solidária e é característico dessa população de estudo que se volte para o sentido de comunidade. Nesse sentido, os projetos de ações ainda hoje sofrem desmanches, eles começam como iniciativas pessoais e não políticas.

Por isso, precisa-se de um olhar para variáveis que interferem nas questões de saúde dos idosos, em especial os do meio rural. Assim, o que seria não entrar na lógica de trabalho, mas fazer parte da sociedade? Seria viver na subsistência? Existem sociedades que se organizam por outra lógica. E por isso quem quer implantar a economia solidária sofre: não implanta programas, não se encaixa no mercado, e assim

o idoso do meio rural vem marcado por jeitos que encontrou de se unir e viverem quando são excluídos da lógica de mercado.

Percebe-se que esse contexto é propício para ações de cunho multidisciplinar. Precisa-se de mais ‘conversa’ com esse contexto da subjetividade e experiência do envelhecer no meio rural. É ali que se distancia a homogeneidade implícita nas políticas de saúde. E essa polaridade homogêneo x heterogeneidade se vê aqui no que se refere à própria metodologia dessa produção. Houve a tentativa de contemplar tanto a homogeneidade, para subsidiar políticas públicas como a necessidade de se atentar para a singularidade, quando se traz as falas desses sujeitos.

Nota-se que o envelhecer está atrelado a diferentes discursos de profissionais de diversos segmentos e da mídia. Há carência de estudos focados no que o idoso traz no discurso e experiências do idoso. Também se fazem necessários estudos que valorizem a história de vida e os que têm sido feitos mostram que essa população está satisfeita com os serviços, mas que faltam serviços especializados (BORIM; BARROS; NERI, 2012). Dessa forma, o psicólogo vem ao encontro disso, pois se preocupa em realizar estudos constantes, especializando-se nessa área mental, como uma das bases da saúde. Em especial, a Psicologia conta com instrumentos que aproximam e facilitam a ‘conversa’ entre fatores de ordem física com a mental, ou seja, a geral.

E, no que se refere às propriedades mentais, traz-se instrumentos que mensuram subjetividade, como o da Psicologia, que vem no sentido de dar subsídios para se entender e trabalhar com determinada população. Esse é o benefício de seu uso. Nesse sentido, sabe-se que a subjetividade não é completamente mensurável, nem homogênea. Entende-se que esse conceito perpassa pela forma com que cada pessoa, com suas características de personalidade aproveitam a fase da velhice, fato que importa mais do que a questão etária em si (ALTMAN, 2011). Isso torna a velhice uma questão complexa, pois o processo de envelhecer tende a ter um caráter patológico tanto socialmente, quanto a perceber a velhice em si como antônimo de saúde e por

aproximar a pessoa da morte, que apesar de natural gera incertezas (MORIN, 1997). Logo, essas são questões de singularidade a serem atentadas.

Esse autor coloca o pensamento complexo como alternativa, como crítica ao sistema, mostrando que existe uma disjunção, uma separação por trás desse sistema. A alternativa seria complexizar, juntar, integrar. Por isso, essa teoria vem ao encontro desse estudo nos sentido de estudar a saúde numa visão integradora.

Desse modo, nota-se a importância do próprio idoso avaliar-se em termos de saúde geral. Para isso, se considera que auto-avaliação é se olhar, se investigar, inclusive nas questões de comportamento, e isso influencia na percepção que a pessoa tem da sua saúde. Então, isso é proporcional, por exemplo, se a pessoa tem um padrão de comportamento negativo, a tendência dela é se perceber de uma forma negativa (BARROS et al., 2009). Também se entende que se auto perceber é auto avaliar-se; uma forma de mensurar o subjetivo sobre as propriedades físicas e mentais (NERI, 2007). No que se refere às físicas foram considerados os estudos de LEBRÃO como definidores de critérios para o protocolo da pesquisa, ou seja, focou-se nas doenças e sintomas que mais acometem os idosos. Já se sabe que a prática de atividades físicas interfere na avaliação subjetiva de saúde do idoso e que essa avaliação tem relação inversa com a variável doença (VITTA, 2001). A base desse estudo se fundamenta na consideração de variáveis, tanto físicas como mentais presentes num único instrumento psicológico e nos autorrelatos, que compõem a autopercepção desse idoso em especial (o do meio rural).

Paralelo a isso, na tentativa de uma forma homogênea de entender a autopercepção desses idosos, focando a questão etária, aumenta a chance de conhecer a autopercepção do idoso como possibilidades de delineamento em diferentes linhas de intervenção coletiva em envelhecimento humano no âmbito interdisciplinar. Aqui, autopercepção é entendido como as diferentes variáveis (elencadas a seguir que compõem o protocolo de pesquisa e os instrumentos em especial o Questionário de Saúde Geral-60) que mostram como o idoso do meio rural percebe sua autoestima, o

quanto sua identidade está estável, exigindo introspecção do mesmo. Por isso, há a necessidade de se conhecer a demanda da população e fazer estudos mais aprofundados nessa parcela da população.

Por isso, a partir da realidade de trabalho da autora como psicóloga que trabalha também com idosos em diferentes contextos, tanto na clínica particular como no atendimento público, nos meios urbano e rural, com idoso a domicílio e institucionalizado, escolheu-se estudar o idoso do meio rural. Essa escolha justifica-se por diferentes motivos: dificuldade de acesso aos serviços em especial aos de saúde mental, peculiaridades quando à rede social e econômica que o diferencia do urbano e histórico de labor exposto a agentes (naturais ou artificiais) que colocam a saúde geral em risco e carência de políticas públicas de saúde com foco para o idoso do meio rural.

Nesse contexto de sociedade envelhecendo, vale ressaltar que a velhice foi foco de estudo aliado ao Questionário de Saúde Geral-60 (RESENDE et al., 2011), porém não com idosos do meio rural, nem focado na saúde de idosos do meio rural (TONEZER, 2009). Outra peculiaridade de escolha desse instrumento para estudo é que o Questionário de Saúde Geral-60 tem sido usado com amostras de diferentes grupos etários, por exemplo, com jovens (SARRIERA; BERILM; CÂMARA, 1996), adultos e população geral. (GODINHO, 2003). O instrumento também tem sido aplicado considerando a classe ocupacional, como médicos (GOUVEIA et al., 2010) e professores. (DAMASIO; MACHADO, 2011). A versão reduzida do instrumento, o Questionário de Saúde Geral-12 (ao invés de 60 questões tem 12), foi aplicada com operadores de produção mecânicos alfabetizados (GODINHO, 2003), com bancários e profissionais da saúde de mais ou menos 35 anos. (DAMASIO; MACHADO, 2011), com universitários de mais ou menos 24 anos (CARNEIRO; BAPTISTA, 2012) assim como de policiais militares de mais ou menos 36 anos. (GOUVEIA et al., 2012). Porém, nunca foi feito com agricultores, que é, automaticamente, a classe ocupacional contemplada pelos idosos do meio rural. Outro motivo em se escolher o Questionário de Saúde Geral-60 é que os estudos que têm sido feitos com ele mostram que as mulheres têm apresentado mais indicadores de transtornos do que os homens (RESENDE et al.,

2011). Será que essa lógica relativa a sexo se aplica quando se investiga a autopercepção de idosos em meio rural?

Dessa forma, um estudo nesse sentido beneficia os idosos, pois, em curto prazo, serão escutados e os conteúdos das falas olhados de forma quanti e qualitativa, ou seja, dá-se visibilidade às suas experiências e desejos. E, em longo prazo, pode-se direcionar a implantação de serviços públicos a partir das demandas levantadas, tornando as intervenções sensíveis às necessidades subjetivas, reforçando a ideia de o idoso cuidar de si mesmo e da saúde mental aliada à física, no sentido de manter a saúde e, conseqüentemente, alcançando a qualidade de vida. Esse é o benefício da equipe de saúde. Quanto aos profissionais da Psicologia serão beneficiados também. Isso acontece através da possibilidade de adequação do instrumento psicológico aos idosos, conhecendo a relação entre sintomas autorrelatados e saúde do idoso do meio rural, uma vez que se está considerando mais o contexto em que o idoso está inserido.

Assim, se realizou um estudo para conhecer as características do idoso do meio rural sem demência, tendo o serviço de saúde pública como base empírica. Esse estudo se caracteriza por ser do tipo transversal e de nível investigativo e relacional já que correlacionam variáveis de estudo numéricas e ordinais. Possui cunho observacional, já que registra autorrelatos dos idosos acerca do tema também sem manipular os dados trazidos. Além disso, nele se enfoca o aspecto relacional entre sintomas autorrelatados e o Questionário de Saúde Geral-60. Escolheu-se o Questionário de Saúde Geral-60 e não outro instrumento psicológico, pois foca a questão da saúde geral e contempla o período etário em que o idoso está. No momento, ele precisa de mais estudos e considera-se a possibilidade de adaptá-lo e aperfeiçoá-lo à sociedade envelhecida, ou seja, evidência de validade.

Sujeitos com mais de 60 anos aumentam cada vez mais e, conseqüentemente, aumenta a expectativa de vida. E, viver mais não significa que se está vivendo melhor, com saúde. O conceito de saúde é questionado, uma vez que o ilusório conceito de saúde perfeita da Organização Mundial da Saúde (OMS) já não é mais suficiente utilizá-la na saúde pública e é preciso entendê-lo englobando a dinamicidade da vida humana

que abarca desafios, processos de adaptação e desenvolvimento histórico. Especial olhar é colocado nessa pesquisa como forma de contemplar os diferentes fluxos que influenciam no idoso: psicológico, biológico, espiritual, social e econômico.

O envelhecimento populacional acontece não somente nos estados do Rio de Janeiro, Paraíba e Rio Grande do Sul, que até 2000 eram os que apresentavam mais de 10% de idosos, mas em toda região Sul, Sudeste e maior parte do Nordeste brasileiro (IBGE, 2011).

O contexto do local desse estudo, então, por assim se caracteriza: é no Estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente na 9ª região de funcional de planejamento. Conforme a Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG) do Estado do Rio Grande do Sul. Essa

divisão foi embasada pela homogeneidade econômica, ambiental e social, considerando-se variáveis como a saúde. Assim, os sujeitos da pesquisa (do projeto-piloto e da pesquisa) estão num contexto homogêneo de características socioeconômicas, ambientais e sociais que influenciam na saúde. Segundos dados do IBGE, a população idosa no Brasil é de 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991, sendo o estado do Rio Grande do Sul é um dos que se destaca: com 16.1% de sua população sendo idosa. Dentro da 9ª região de funcional de planejamento, escolheu-se o município de Novo Tiradentes/RS (ponto A no mapa apresentado em seguida) como local para realizar o projeto-piloto, já que não se encontrou estudos de aplicação do Questionário de Saúde Geral-60 específico com idosos do meio rural. Para a aplicação da pesquisa, escolheu-se o município de Ernestina (ponto B), pois há interesse, por parte da equipe de saúde local, de mensurar a situação desta comunidade, a fim de subsidiar intervenções em políticas públicas de saúde neste local.



Figura 1: Região de Planejamento de número 9.

Fonte: SEPLAG 2010

Dos idosos gaúchos, 494 residem no município de Ernestina, onde a população acima dos 65 anos corresponde a 11,76% dos 3.088 habitantes, distribuídos em 239,1 km² (IBGE, 2010). Entretanto, para se trabalhar com dados atualizados incluindo idosos da área rural acima dos 60 e não dos 65 anos, utilizaram-se dados fornecidos pela pelas Agentes Comunitários de Saúde, nos quais foi constatada a presença de 390 idosos do meio rural no município, sendo 202 do sexo masculino e 188 do sexo feminino (em abril de 2013).

Para se chegar ao número de sujeitos, tanto para o projeto-piloto como para a pesquisa, utilizou-se de métodos estatísticos. Dessa forma, na pesquisa considerou-se o desvio-padrão do Questionário de Saúde Geral-60 do projeto-piloto. A partir disso fez-se o cálculo de número amostral (LUCHESA; NETO, 2011), sendo $n = 1,96^2 \cdot 0,32^2 \cdot 390 / 0,10^2 (389) + 1,96^2 \cdot 0,32^2 = 36$, que foi considerado como o número mínimo de idosos a ser entrevistado. Por isso, participam deste estudo 40 idosos do meio rural ernestinenses.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa 28/11/2012, sob nº 09145712.6.0000.5342, contemplando, assim, a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas na pesquisa. A qualificação do projeto foi realizada com o Projeto-piloto, o qual contemplou 10 idosos.

Os procedimentos e entrevista (uma), da qual oriunda o material de análise da pesquisa, consiste em diferentes momentos. Adota-se, como estratégia de coleta de dados amostragem em que os idosos do meio rural foram escolhidos a partir de uma lista de seus nomes em ordem alfabética, elencados pelos agentes comunitários de saúde e pela enfermeira local. Em seguida, estratificou-se por faixa etária (o arredondamento do percentual foi feito para baixo, a fim de que a faixa etária dos 90 anos fosse contemplada). Dessa forma, foram convidados: nove mulheres com 60-69 anos, sete com 70-79 anos, três com 80-89 anos e uma com 90-99 anos, bem como 12 homens com 60-69 anos, seis com 70-79 anos, dois com 80-89 anos e um com 90-99 anos. Assim, foram contemplados 48,2% de mulheres e 51,8% de homens, representativos da população. Como critérios de inclusão, foram selecionados idosos do meio rural que tenham como profissão atual ou pregressa a agricultura, ou seja, que têm sua fonte de renda obtida da agricultura, e que sejam capazes de ouvir e entender o suficiente para participar do estudo e de assinar o termo de consentimento informado. Foram excluídos os idosos urbanos, indígenas e presidiários em período de liberdade, e os que não atingiram o ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental – em anexo (BERTOLUCCI et al., 1994). Esse instrumento é usado desde 1975, quando foi criado por Folstein et al., e, no Brasil, desde que foi proposto (MACHADO et al., 2007). As Agentes Comunitárias de Saúde foram instruídas (apêndice) para convidar os idosos

sorteadas e que estavam com horário agendado para a entrevista realizada pela pesquisadora na UBS (Unidade Básica de Saúde). O Mini-Exame do Estado Mental é um instrumento de rastreio cognitivo de aplicação simples e rápida, possível de ser reaplicado. Neste estudo, esse instrumento foi utilizado com o objetivo de excluir os idosos que apresentem critérios positivos para demência. Considera-se que não é a idade que interfere no distúrbio cognitivo, mas sim a escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994), logo, quando o Mini-Exame do Estado Mental é utilizado em idosos, a escolaridade também é importante na definição do ponto de corte (LOURENÇO; VERAS, 2006). Assim, adotam-se grupos escolares conforme o ponto de corte. Assim, quem era analfabeto deveria pontuar, no mínimo 18; quem tinha a educação elementar, 21; e quem teve educação média e/ou superior (alta escolaridade e representando mais de oito anos de estudo) precisaria pontuar, no mínimo, 24 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994). Os sujeitos que apresentaram indícios de distúrbio cognitivo foram encaminhados para atendimento com os profissionais de saúde do local.

A coleta de dados foi realizada do dia 20 de maio a 20 de junho de 2013. O sujeito, numa única entrevista, após contemplar os critérios de inclusão, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice), o Termo de pesquisa com o teste Questionário de Saúde Geral-60 (anexo D), ficava com a segunda via dos termos, e era convidado a responder o protocolo de pesquisa (apêndice). Entrevista esta que finalizava com as respostas das 60 questões do Questionário de Saúde Geral- 60 (anexo).

O Questionário de Saúde Geral- 60 é um teste psicológico criado em 1972 e foi adaptado no Brasil pelos pesquisadores Luiz Pasquali, Valdiney Veloso Golveia, Wagner Bandeira Andriola, Fabio Jesus Miranda e André Luiz Moraes Ramos (CASA DO PSICÓLOGO, 1996). Nele se busca investigar fatores que compõem a saúde geral, então o idoso do meio rural mostrará se percebendo com isso (ou não): estresse psicológico, desejo de morte, desconfiança no desempenho e distúrbios do sono e psicossomáticos. As questões são sobre sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança.

O Questionário de Saúde Geral- 60 trazem 60 questões. A seguir, coloca-se esses fatores que compõem a saúde geral em ordem decrescente conforme sua importância (carga fatorial) no instrumento. Elas foram perguntadas aos idosos do meio rural com o objetivo de investigar como eles autopercebem sua saúde geral, que é composta por estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e psicossomáticos. As questões que investigam stress psíquico (fator um) são: (o número do item indica a ordem em que foi perguntado ao idoso, por exemplo: a quinquagésima pergunta foi:) 55) Tem se sentido nervoso e sempre tenso? (e, assim, sucessivamente:) 44) Tem se sentido irritado e mal-humorado? 39) Tem se sentido constantemente sob tensão? 43) Tem tido pouca paciência com as coisas? 41) Tem achado a vida uma luta constante? 49) Tem se sentido infeliz e deprimido? 3) Tem se sentido cansado (fatigado) e irritado? 45) Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso? 47) Tem sentido que suas atividades tem sido excessivas para você? 12) Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias? 58) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos? 40) Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades? 38) Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

As questões que correspondem ao fator dois (desejo de morte) são: 60) Tem achado que a ideia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente? 57) Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo? 56) Tem sentido que a vida não vale a pena? 59) Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo? 52) Tem sentido que a vida é completamente sem esperança? 51) Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)? 58) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos? 50) Tem perdido a confiança em você mesmo?

No fator três (desconfiança no próprio desempenho) é perguntado: 28) Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres? 30) Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades? 7) Tem sido capaz de concentrar-se no que faz? 29) Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa? 22) Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

23) Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias? 37) Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa? 16) Tem se sentido cheia de energia (com muita disposição)? 15) Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental? 36) Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas? 35) Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida? 27) Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas sairia se estivesse no seu lugar? 42) Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias? 46) Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas? 50) Tem perdido a confiança em você mesmo? 25) Tem tido menos cuidado com suas roupas? 40) Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

Distúrbios do sono (fator quatro) são identificados pelas respostas às perguntas: 18) Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono? (ter pegado no sono) 17) Tem sentido dificuldades em conciliar o sono? (pegar no sono) 20) Tem tido noites agitadas e mal dormidas? 11) Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo? 14) Tem perdido muito o sono por causa de preocupações? 19) Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

Quanto ao fator cinco caracterizam-se os distúrbios psicossomático obtido através das perguntas: quatro) Tem se sentido mal de saúde? 1) Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde? 5) Tem sentido dores de cabeça? 2) Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)? 6) Tem sentido dores na cabeça? 16) Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)? 3) Tem se sentido cansado (fatigado e irritado)? 8) Tem sentido medo de que você vai desmaiar num lugar público? 9) Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo? 13) Tem se sentido muito cansado e exausto até mesmo para alimentar-se?

Os sujeitos são instruídos a indicar um número que representa seu estado. O Questionário de Saúde Geral-60 apresenta uma escala de quatro pontos referentes ao quanto uma pessoa tem experimentado os sintomas perguntados. As respostas “de jeito nenhum” são codificadas em um ponto, as respostas “não mais do que de costume” são codificadas em dois pontos, as respostas “mais do que de costume” são codificadas em três pontos, e as respostas “muito mais do que de costume” são codificadas em quatro

pontos, sendo que quanto mais pontos, mais indica probabilidade do indivíduo apresentar um transtorno mental comum e autoperceber-se com pior saúde geral.

Logo, com esse instrumento, é possível obter respostas a questionamentos sobre o estado da saúde geral dos idosos, sobre as constatações em relação ao seu sistema nervoso central, cardiovascular, neurovascular e gastrointestinal, sono e vigília, e sobre como está o idoso no âmbito do comportamento observável (pessoal e na relação com os outros) e de sentimentos subjetivos (inadequação, tensão, temperamento, depressão e ansiedade). A garantia de que todos os idosos têm as mesmas condições de aplicação dá-se pelo fato de que o questionário vem com manual de instruções, o qual foi seguido e a aplicação foi individual, numa das salas disponibilizadas pela Unidade Básica de Saúde. Os dados coletados eram anotados. O Questionário de Saúde Geral-60 foi corrigido de forma informatizada no site da Casa do Psicólogo. Após esses dados eram juntados aos demais em planilha online do Google Drive, de forma segura e sigilosa. Em seguida, sob download para o Excel, as variáveis foram transformadas em números. Por fim, utilizou-se o SPSS18 para analisar tais dados e possibilitar o trabalho de estatística inferencial (apêndice D).

Assim, fez-se o teste de correlação de Spearman (que varia entre -1 e 1), que mede a intensidade da relação entre as variáveis ordinais. Portanto, quanto mais próximo ele estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. Tem-se como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60. Paralelo a isso, faz-se um olhar para as falas extras que o sujeito traz, não só em resposta ao que é perguntado pelo pesquisador, mas pelas falas espontâneas.

Portanto, esse estudo não é inédito, mas original. Pois tende a se focar na percepção objetiva e subjetiva do próprio idoso do meio rural sobre a sua saúde geral. Nesse sentido, torna-se possível o conhecimento sob a ótica do idoso num contexto rural e isso traz implicações nos serviços de saúde e usuários do mesmo.

Enfatiza-se aqui o reconhecimento da inter-relação entre os fatores físicos e psicológicos que afetam a autopercepção da saúde dos idosos. Portanto, o estudo tem como objetivo investigar a autopercepção das condições de saúde indicadas pelo

Questionário de Saúde Geral-60 e por autorrelatos relativos a doenças crônicas, sinais e sintomas, uso de medicação e sintomas depressivos em idosos do meio rural, considerando-se a variável de gênero.

Para o alcance do objetivo proposto, a seguir disserta-se, no primeiro capítulo, sobre o perfil dessa população que envelhece especificamente dados de frequência. No capítulo seguinte, aprofundam-se tais dados estatísticos apontando-se o que se encontrou em termos de relação entre eles, sinalizando a autopercepção quantitativa ali presente. O capítulo três é utilizado para se trazer a autopercepção dos idosos de forma qualitativa através das falas espontâneas.

CAPÍTULO 1: ENVELHECER NO MEIO RURAL

Com vistas a exibir o perfil desses idosos do meio rural seguem resultados encontrados aliados à literatura, considerando o contexto em que esse idoso foi investigado, inclusive a questão econômica. O envelhecimento acelera e o Brasil está economicamente desfavorecido (SANTIN; BETTINELLI, 2010). Mas, cada local contém sua realidade, por isso a ideia aqui é apresentar essa realidade em função das variáveis focos do presente trabalho.

Nesse estudo foram entrevistados 40 idosos do meio rural, sendo 52,5% (n= 21) de homens e 47,5% (n= 19) de mulheres.

Aqui, demonstra-se o predomínio dos homens e a masculinização no envelhecimento rural (SILVA; MENDES, 2012). Outros estudos sem restringir os sujeitos que têm mais de 60 anos divergem quanto à variável sexo. Quando se utilizou o Questionário de Saúde Geral-60 em 146 pessoas de contexto urbano, de idade entre 15 e 70 anos se constatou que as mulheres apresentavam mais estresse psíquico, desconfiança no próprio desempenho e distúrbios psicossomáticos e pior saúde geral (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Mas, isso não significa que com pessoas acima de 60 anos, especificamente, isso acontece, pois essa faixa etária não foi analisada separadamente.

Estudaram-se outras variáveis que poderiam influenciar no gênero. Nota-se que são as mulheres que se utilizam mais do envelhecer para interromper sua vida sexual (VIANA, 2009). Aí fica implícito que mulheres e homens envelhecem de forma diferente. Entretanto, quando se foca na autoavaliação da saúde, com outros instrumentos, não se identifica diferença significativa entre homem e mulher (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Foram contemplados pessoas com idade entre 61 e 91 anos, e média de $71,25 \pm 8,2$. Estudos mostram que a variável idade se mostra importante. Pois, as questões

pertinentes à saúde são sentidas com maior intensidade na população de idosos mais velhos, devido a crescente fragilidade com a aproximação do fim da vida (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Quanto às características sociodemográficas dos sujeitos do estudo destaca-se que 52,5% eram homens, 52,5% tinham entre 60 e 69 anos, 65% recebiam até três salários mínimos, 55% tinham como origem étnica alemã e 57,5% eram casados conforme apontadas no Tabela 1.

Tabela 1 - *Características sociodemográficas da amostra*

Variável	Categorias	Percentagens (%)
Sexo	Feminino	47,5
	Masculino	52,5
Faixa etária	60 a 69 anos	52,5
	70 a 79 anos	30,0
	80 anos ou mais	17,5
Renda familiar mensal	Até três SM	65,0
	Mais de três SM	35,0
Origem étnica	Alemã	55,0
	Brasileira	20,0
	Italiana	7,5
	Outras	17,5
Estado civil	Casado	57,5
	Viúvo	35,0
	Recasado	5,0
	Divorciado	2,5

Dados descritos em frequência simples

No que se refere à faixa etária, essa pesquisa apontou dados importantes. Como tinha apenas um sujeito com mais de 90 anos, optou-se por juntá-lo a categoria de 80 anos. Dividindo a variabilidade desses grupos, tanto *entre* como *dentro* de cada grupo, por meio do teste estatístico ANOVA, é possível constatar que existe evidência estatisticamente significativa ao nível de 5% de uma diferença nas médias, num grau de liberdade *entre* de dois e *dentro* de 37, que em saúde geral constata-se $F=3,9$ e $p=0,29$. Em desconfiança no próprio desempenho, resulta em F , que é a variância entre os

grupos dividida pela variância dentro dos grupos (e quanto maior esse valor é maior a diferença entre os grupos) deu 10,4 e $p=0,001$. O valor p é a probabilidade desse resultado ser algo puramente ao acaso e se dá 0,001, que é menor que o nível de significância de 0,05, pode-se rejeitar a hipótese nula de que as médias das três faixas etárias são as mesmas. Logo, há uma chance de apenas 1% desse resultado ser uma causalidade. Assim, então pelo menos uma das faixas etárias difere das demais quando se avalia desconfiança no próprio desempenho, sendo bastante provável que essa diferença entre os grupos seja uma diferença real e não algo que aconteceu ao acaso. Assim, o teste estatístico ANOVA revelou diferença estatística no fator três (desconfiança no próprio desempenho/auto-eficácia). Ou seja, a autopercepção do quanto o idoso do meio rural sente-se com desconfiança no próprio desempenho depende da faixa etária que ele está.

Para saber qual faixa etária que tem diferença nesse fator, se fez outro teste estatístico, o teste Post Hoc, que é para maior garantia de controle de erro tipo I (quando é α = chance de falso positivo), como o Teste de Fisher- Bonferroni, que foi o escolhido por apresentar maior eficiência em relação ao método de Fisher, a fim de realizar todas as comparações dois a dois entre os níveis de um fator. O teste de Bon Ferroni indica qual faixa se mostrou diferente, que foram as faixas de 60 e 80 ou mais ($p=0,001$) em desconfiança no próprio desempenho; e de 60 e 80 ou mais ($p=0,04$) em saúde geral. Isso significa que essas faixas etárias se diferenciam da de 70, pois tem valor mais alto, isto é, é diferente estatisticamente nas médias do fator três (desconfiança no próprio desempenho). Portanto, os resultados mostram que idosos do meio rural nas faixas dos 60 e dos 80 anos ou mais estão se autopercebendo estatisticamente diferentes dos septuagenários em termos de desconfiança no próprio desempenho. Assim, ao se analisar se existe significância dos fatores de saúde geral quando se considera a faixa etária, consta-se que não há nos fatores de stress psíquico ($p=0,24$), desejo de morte ($p=0,75$), distúrbios do sono ($p=0,48$) e psicossomáticos ($p=0,25$) entre as faixas etárias. Entretanto, ter desconfiança no próprio desempenho ($p=0,001$) e ter saúde geral ($p=0,001$) depende, sim, da faixa etária em que se está: a

cada década de vida a pessoa tende a autoperceber-se com mais desconfiança no próprio desempenho e piorar a saúde geral.

Especificamente, em termos de desconfiança no próprio desempenho, os que estão na faixa dos 60 pontuam 14, enquanto que os dos 70 anos mostram 22 e aumenta para 34 pontos nos de 80 anos ou mais com diferença estatisticamente significativa entre essa pontuação ($p=0,001$). Na saúde geral quem está na faixa dos 60 anos pontuou 16, os dos 70 anos foram para 23 e de 80 ou mais para 28 pontos, também se revelando estatisticamente diferente entre cada faixa etária ($p=0,034$), como ilustra a figura que segue. Assim, idosos do meio rural com mais de 80 anos se percebem com mais desconfiança no próprio desempenho e pior saúde geral do que os de faixa etária anteriores.

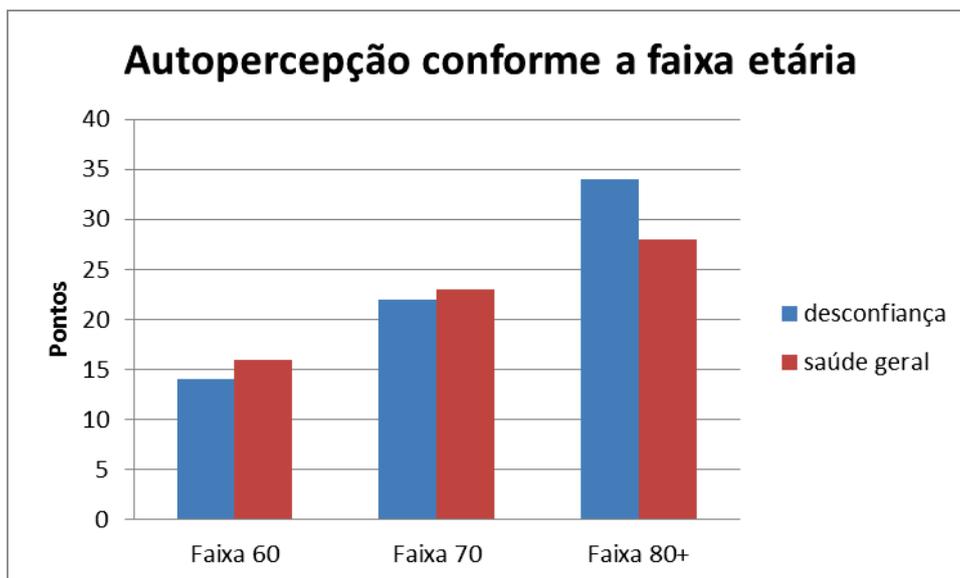


Figura 2: Autopercepção conforme a faixa etária

Conseqüentemente, constata-se, por análise no SPSS, que existe correlação entre idade e saúde geral ($p=0,02$). Percebe-se forte associação entre idade e desconfiança no próprio desempenho, ou seja, quanto mais idade a pessoa tem mais ela tende a desconfiar no seu próprio desempenho. E, que a tendência é de que quanto mais idade

tem o idoso do meio rural mais ele tende a se perceber desconfiando do seu próprio desempenho.

Isso faz pensar nas diferenças de cada faixa etária. Na França, a velhice foi estudada e de lá emergiu o conceito de terceira e quarta idades, tendo a idade como delimitador dessa fase. O conceito de terceira idade refere-se àquelas pessoas com mais de 60 anos, que estão recém-aposentados, focados na autonomia, e é a mais investida em termos de políticas públicas. Já o termo “quarta idade” diz respeito a pessoas com mais de 80 anos, trazendo implícito um sentido de decadência caracterizado por incapacidades (PEIXOTO, 2004) e pela necessidade de incluir, automaticamente, cuidadores para atender esse idoso (GONÇALVES, 2010). Aqui nesse estudo se reforça esse conceito já que se a tendência a desconfiar do próprio desempenho é progressiva, conseqüentemente, a quarta idade apresenta mais esse critério que a caracteriza.

Esse estudo corrobora outro que focou algo semelhante aos fatores do Questionário de Saúde Geral- 60, como variável o ânimo. Com instrumentos como o Questionário de Percepções do Envelhecimento (QPE) - de Barker et al. (2007) e a Escala de Ânimo – de Lawton (1976) foi possível evidenciar a diminuição da percepção de experiência positiva e de ânimo à medida que a idade aumenta e, conseqüentemente, gerar mais respostas emocionais negativas (SILVA, 2012).

Voltando aos dados coletados e em manipulação no SPSS, a variável idade traz mais constatações. Estatisticamente, o sinal negativo da correlação mostra que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. Os dados objetivos mostram que o perfil desses sujeitos se caracteriza por quanto mais idade, menor é a pontuação no Mini Exame do Estado Mental e menos distúrbios do sono. Isso foi constatado, parcialmente, quando 170 pessoas foram entrevistadas tendo a média de idade de 69,6 com desvio-padrão de 10,7 anos e comprovou-se que a idade está associada a estado de saúde e de qualidade de vida ruins (RABADI; VINCENT, 2013).

Aqui se mostrou que sim, se estado de saúde e qualidade de vida depender da pontuação no Mini-Exame do Estado Mental, são considerados ruins, pois à medida que esse idoso do meio rural envelhece tende a aumentar o risco de apresentar distúrbios cognitivos. E, que não, no sentido de que o sono, variável que garante qualidade de vida, tende a não apresentar distúrbios.

E, no contexto do meio rural o que se vê é a importância também de outras variáveis. Há o predomínio da renda de até três salários mínimos. Vale considerar que em média, 80% dos idosos do meio rural acabam se responsabilizando pela questão econômica da família diante de dificuldades dos demais membros, como desemprego, baixa remuneração, gravidez não planejada e divórcio (TAVARES et al., 2011). Estar casado é o que predominou também na pesquisa de Tavares et al (2012), em que o percentual chegou a 64,5. Ainda em 2005, já se identificava nas mulheres de origem alemã que envelheciam no meio rural uma adaptação às mudanças do cenário de produção nesse meio que levava a construir sua realidade social e ressignificarem-se no papel de viúva (BUAES, 2005).

Quanto a essa variável (estado civil) entre os pesquisados apenas um era divorciado. Porém, mesmo sendo retirando da análise não foi possível constatar diferença significativa entre estado civil e saúde geral. Essa mesma quantidade de divorciado também foi observada em outro estudo. Identificou-se que 69,2% (n=45) dos idosos eram casados; 21,6% (n=14), viúvos; 7,7% (n=5), solteiros; e 1,5% (n=1), divorciado (TAVARES et al., 2011). Esses são alguns dos reflexos de como a cultura do meio rural lida com a questão do casamento.

Utilizou-se também a variável de cunho físico voltada à saúde bucal, já que não estava contemplada diretamente no Questionário de Saúde Geral-60. Os 40 idosos do meio rural foram questionados se ‘tinham problemas com os dentes’ e se ‘tinham problemas com a gengiva’ e respondiam ‘sim’ ou ‘não’. Constatou-se que ter problema na gengiva tem relação significativa com o fator quatro (distúrbios no sono) e com o

fator geral. Logo, idoso do meio rural com problemas na gengiva tende a se autoperceber com distúrbios no sono e pior saúde geral.

A saúde bucal em idosos foi alvo de outras pesquisas. Evidencia-se que a maioria dos idosos autopercebe positivamente sua saúde bucal, embora tenham apresentado precários estados clínicos e sofram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida (HAIKAL et al., 2011). Por isso, incorporar práticas para promover saúde bucal nos idosos na saúde em geral se faz importante, pois o cuidado apresenta-se não somente como técnico, mas teórico-político e político-ético já que possibilita integrar parte e todo e também trazer as contradições presentes, como defende o pensamento complexo (MELLO; ERDMANN, 2007).

Outro estudo de abordagem quanti-qualitativa objetivou aprofundar o entendimento das relações entre autopercepção, impacto na qualidade de vida e condições bucais de idosos, através de exame clínico e entrevista gravada contendo questões objetivas e discursivas com 45 idosos, utilizando imagens fotográficas do estado bucal foram relacionadas a trechos das entrevistas. A análise quantitativa evidenciou: 4,8 dentes em média; CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 29,9; 57,7% eram desdentados, 60% acreditavam não necessitar tratamento, 75% sofriam impacto na qualidade de vida devido às condições bucais, apesar de 67% perceberem positivamente sua saúde bucal (HAIKAL et al., 2011). Aqui se evidencia uma das limitações dessa pesquisa. O fato de considerar o que o sujeito autorrelata e não avaliar a situação de fato. Se ele se percebe com problemas nos dentes e na gengiva foi o que importou aqui (não se fez avaliação clínica com o cirurgião-dentista para constatar tal fato).

Também se buscou saber se a renda mensal familiar interfere na autopercepção da saúde geral. Utilizou-se o teste estatístico de Kruskal-Wallis, e através de uma análise não paramétrica, com a renda com quatro alternativas de resposta (um: menor que um salário mínimo; dois: um a três SM; três: 3,1 a cinco SM e quatro: mais que cinco SM) de uma forma geral, quanto maior a renda, mais diminui a pontuação em

todos os fatores do Questionário de Saúde Geral-60. Ou seja, quanto mais renda esse idoso do meio rural tem, menos alterações na saúde geral, mas vale lembrar que essa pontuação não foi suficiente para afirmar que, estatisticamente, há relação entre saúde geral e renda familiar.

Entretanto, com uma análise paramétrica, por *teste t*, a análise estatística apresentou-se mais precisa. Analisando a frequência das respostas constatou-se que somente duas pessoas têm menos que um salário mínimo e duas com mais de cinco salários mínimos. Juntaram-se essas categorias de respostas a fim de dicotomizar. Transformou-se em duas categorias: 1) até três salários mínimos e 2) mais que três salários mínimos, logo, na análise no SPSS a variável 'renda' passou a ser nominal, sendo mais adequada para se analisar. Assim, 65% da amostra (26 pessoas) têm até três salários mínimos e 35% (14) mais que isso. Em seguida, para ver qual o melhor teste estatístico para se analisar, sendo que a amostra não é considerada grande (40 sujeitos), verificou-se a variância da amostra com o teste de Levene, que aponta que uma das categorias tem uma variância que não é homogênea. Assim, para contornar isso se fez o teste de Mann-Whitney, que possibilita testar a igualdade das medianas quando não é possível testar a igualdade das médias com o teste *t*. Logo em seguida se fez a análise da relação entre a renda familiar com cada um dos fatores que compõem a saúde geral, em separado. Com um grau de liberdade, pode-se concluir que a distribuição dos escores do Questionário de Saúde Geral-60 não varia significativamente (stress psíquico $p=0,54$; desejo de morte $p=0,16$; desconfiança no próprio desempenho $p=0,34$; distúrbios do sono $p=0,69$, distúrbios psicossomáticos $p=0,67$; saúde geral $p=0,48$) nas duas rendas autorrelatadas.

Cruzando os fatores do Questionário de Saúde Geral-60 com a variável renda foi possível analisar o fator dois (desejo de morte) e com a análise de amostras independentes com Mann-Whitney comparou-se com um teste não paramétrico, em função da amplitude, que mostra que ocorreu uma heterogeneidade, numa proporção, aproximadamente, exemplificando, de 40% para 6% em dois coeficientes. Logo, constatou-se que a renda influencia somente o fator dois (desejo de morte).

Especificamente, esse fator apontou relação negativa com a renda familiar mensal, ou seja, quanto maior a renda, menor o desejo de morte. Esse fator (desejo de morte) também foi o que menos variou, fato que significa que nesse fator as pessoas tiveram pontuações mais uniformes. Portanto, não há um resultado estatisticamente significativo aqui nessa variável e sim uma alta homogeneidade que possibilita concluir que a baixa renda é um fator de risco para o desejo de morte. Ou seja, idoso do meio rural com baixa renda tende a se autoperceber com mais desejo de morte.

Isso é corroborado por outros estudos sendo que a renda está paralela à questão da qualidade de vida dos idosos, e vem sendo pesquisada. Essa relação entre renda e questões de saúde mental, evidenciando sua sensibilidade a fatores econômicos já era constatada em mães rurais mexicanas (OZER et al., 2011). Citam-se estudos internacionais de 1989 e 1992 que utilizaram múltiplos indicadores de nível socioeconômico que indicaram piora na saúde mental quando as condições socioeconômicas eram desfavoráveis (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011).

Atrelado a isso está o fato de que quando as pessoas relatam pobreza o risco de mortalidade (em todas as causas de morte) é maior quando comparada às com autopercepção positiva (MARCELLINI, 2002). E, isso se associa de forma significativa ao estado da pessoa, logo, é uma avaliação objetiva que representa como está sua saúde (APPELS et al., 1996).

Implicitamente, percebe-se outros fatores que influenciam também na renda desse idoso rural. Soma-se a isso o fato de que a transição da população da área rural para urbana está entre um dos fatores associados ao envelhecimento populacional além da queda da taxa de natalidade em função da contracepção e papel da mulher (mais inserida no mercado de trabalho paralelo a aumento de escolaridade), fato constatado por AUGUSTO desde 2003. Isso se justifica com dados que mostram a urbanização crescendo de 30% (em 1940) para 80% (em 2000); ou seja, a pirâmide etária que tende a se inverter em nível de população geral brasileira é mais tendenciosa ainda quando se foca na população rural já apontava BELTRÃO et al., em 2004.

Esse meio é caracterizado pela diversificação, que também interfere na sua renda, e não somente a aposentadoria. É comum ter mais que uma atividade a fim de se manter a propriedade, não somente a roça, mas também gado leiteiro e de corte, venda de hortaliças, ovos e fruticultura, dentre outros (DAMETTO; MORETTO, 2012, p. 10). Assim, o velho ativo no meio rural brasileiro aparece na paisagem rural de escassa mão-de-obra (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008) já que as faixas etárias altas é característica da família rural, e o número reduzido de jovens nesse meio é preocupante. (DAMETTO; MORETTO, 2012).

E isso está atingindo o Brasil a exemplo dos países de primeiro mundo que passaram por esse processo e serve-se de modelo diante dessa problemática. Um dos mitos gerados pelo sistema de valores dos idosos do meio rural português era o de que os seus níveis de saúde e satisfação eram altos e que não careciam de apoio (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). Mas, essa ideia ilusória aqui também não se aplica, pelo fato de que se depara com a realidade de carência quando se avalia a renda, por exemplo. Esta, é de uma produção bruta de até dois salários mínimos que 73% dos estabelecimentos rurais brasileiros vivem, sendo que destes 51,62% apresentam renda mensal até meio salário mínimo (ALVES; ROCHA, 2010).

Isso se acentua quando se constata que, o rendimento dos idosos do meio rural é menor que o dos urbanos. E, continuando a comparação, a população em foco apresenta mais problemas severos de saúde, fazem maior uso de álcool, apresenta mais dificuldade de se trabalhar a saúde mental, enfrenta maior escassez de serviços de saúde e quando o têm são mais custosos, na Colômbia (GOMES MONTES; CURCIO BORERO, 2004) e que no Brasil carecem de estudos. Em contrapartida, na China, um estudo de Yi e Vaupel, já em 2002, dava conta de que ao se pesquisar 8.805 idosos de 85 a 105 anos, os do meio rural estavam mais ativos que o do meio urbano, pois apresentavam níveis de atividades maiores (LENARDT; HAMMERSCHMIDT; CARNEIRO, 2013).

Ou seja, políticas de saúde na área rural precisam de mais atenção (SCHWARTZ, 2002). Embora o senso comum postule que é difícil encontrar velhos dependentes e medicalizados no meio rural, pois eles trabalham já que ‘os mais jovens’ não, pois usufruem de políticas sociais que nem sempre estão de acordo com as reais necessidades, como Bolsa-Família, ou seja, realidades que ainda não estão incluídas nos projetos de modernização de primeiro mundo (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008) há de se considerar as diferentes realidades contidas num mesmo país.

A exemplo das vivências rurais dos idosos em Portugal exige-se um conciliamento entre o passado, o presente e a nova forma de ser velho (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). E o passado, em termos de políticas no Brasil ainda respinga no presente tanto no que tange às políticas públicas de saúde (colocadas na introdução) como às políticas públicas de seguridade. Historicamente, a população rural sofreu influências desde a Lei Eloy Chaves, que padronizou o sistema previdenciário e foi aos poucos incluindo os trabalhadores rurais (BELTRÃO et al., 2004). Em seguida, com as limitações do Estatuto do Trabalhador Rural e do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural) criado em 1963, organização das contribuições dessa população ficaram a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BELTRÃO et al., 2004). Em 1971, o Funrural volta a se responsabilizar pelo Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural) criado para prestar aposentadoria por idade e invalidez e pensões (BELTRÃO et al., 2004). Em 1977, as populações rurais e urbanas, antes assistidas por programas diferentes, Funrural e INPS, respectivamente, passaram a ser atendidas pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e a assistência médica a essa população ficou a cargo da autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo que para ambas as populações a idade para aposentadoria de meio salário mínimo era de 65 anos (BELTRÃO et al., 2004). Após 1988 é que se passou a diferenciar o trato para com a população rural e a idade para aposentadoria de um salário passou a ser de 60 anos para homem e 55 para mulheres (BELTRÃO et al., 2004). Na década de 90, o que caracterizou a população rural brasileira foram movimentos e lutas que impactaram a

política, como o Grito da Terra Brasil e ações como o PRONAF (SCHNEIDER, 2010, p.515).

A intervenção estatal em políticas de desenvolvimento rural afastou pesquisadores nesse âmbito, pois era muito normativo e político, sendo que após a década de 90, é que passou a ter influência acadêmica; isso foi contextualizado pelo problema inflacionário que caracterizava instabilidade econômica e pelo início das implementações políticas sob responsabilidade dos municípios, além de mudanças gerais na sociedade civil e noções de meio ambiente sendo incorporadas (SCHNEIDER, 2010, p.512).

Por isso, é que estudar o idoso do meio rural do sul é diferente do idoso nordestino. Pois, as determinações históricas e condições de vida se diferenciam e, ainda mais quando até distritos municipais podem ser entendidos como urbanos pelas câmaras municipais, sendo isso uma forma insatisfatória de se considerar ao fazer pesquisa, assim para ilustrar: 95 das 100 cidades brasileiras que tem a Previdência Social como fonte primeira de renda é no nordeste (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). Vale ressaltar o quanto o nordestino sofre influência afrodescendente enquanto os do sul, europeia. A desigualdade na renda no meio rural nessa região do Estado do RS precisa ser considerada. É comum a maioria dos agricultores terem renda baixa assim como também sofrerem com o alto custo para manter as diferentes atividades: colher, plantar, incrementar produção leiteira, etc. (DAMETTO e MORETTO, 2012, p. 12).

Dependendo do contexto geográfico e histórico brasileiro em que esses sujeitos estão, há uma denominação diferente: colono, sitiante, posseiro, morador, ribeirinho, etc., que trazem por trás diferentes interesses políticos e processos sociais (SCHNEIDER; NIEDERLE, 2008). Em determinados momentos de pesquisa no sul brasileiro, diante da forma como relatam o dia-a-dia, parece deparar-se com o conceito explícito de camponeses. Estes são caracterizados por: reverenciar a terra, priorizar o trabalho agrícola em relação ao comércio e focar em produzir (BRASIL., 2006, p. 83).

E é o fato de priorizar a produção que merece foco. Quando a ideologia da ‘revolução verde’ se fez presente no Brasil ocorreu colonização e assentamentos, pois se entendeu que o ‘desenvolvimento rural integrado’ (PDRI) resolveria a questão das pessoas em meio rural que não tinham condições de aderir à tecnologia (SCHNEIDER, 2010, p. 512). Esse contexto influenciou fortemente a participação do idoso e da sua renda na família rural, logo essa população teve melhoras importantes quanto à legislação previdenciária (BELTRÃO et al., 2004). A capitalização maior no meio rural está significativamente relacionada com maior uso de tecnologias, como trator, implementos agrícolas e caminhão, entretanto essa modernização no emprego do fator trabalho, fato este que carece de políticas públicas (DAMETTO e MORETTO, 2012, p.14 e 16). Assim, o novo e o inovador estão não só na família e política portuguesa que atravessa também o grupo etário idoso (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008), mas incidente no Brasil e repercute na forma da família se organizar. Isso chama atenção: a maioria é unifamiliar, ou seja, há predominância de uma família por propriedade rural (DAMETTO e MORETTO, 2012, p.14).

Além disso, o rural, que se caracterizava pela sua distinção no trato para com a terra, a família e o trabalho, vê-se permeado por papéis, valores e contravalores novos, não somente no Brasil, mas no meio europeu, como em Portugal (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). Assim, o mercado é o foco da produção rural, entretanto o fator trabalho é familiar, já que pouco se contrata externos à família e nota-se troca entre vizinhos ou parentes (DAMETTO; MORETTO, 2012, p. 16).

Essa forma da família rural produzir e interagir na sociedade são influenciados pela mercantilização (SCHNEIDER, 2010b, p. 112). É característico dos idosos do meio rural terem filhos solteiros residindo com os pais mesmo sendo adultos indicando, assim, a percepção naturalizada dos idosos quanto à co-dependência em longo prazo tanto em relação a isso como com parentes próximos que ajudam financeiramente mesmo sem residir com o idoso (TAVARES et al., 2011), ou seja, o idoso pode significar ônus financeiro e necessidades. (PEREIRA, 2006), mas na área rural do país,

a contribuição dos idosos no orçamento familiar chegou a 67,3%, dos domicílios em 2007 (IBGE, 2010).

Sabe-se que, citando Candido (2001), para evitar situações de privação a pessoa que vive no meio rural precisa utilizar estratégias, escolher e adaptar-se, e nisso está incluído as constantes renegociações dentro da família em termos de gênero, poder e prosperidade (SCHNEIDER, 2010b. p. 94). Entretanto, a forma de administrar a parte financeira depende muito dos papéis exercidos e nessa fase do ciclo vital eles não estão bem definidos; e o papel do idoso do meio rural em especial como provedor da família mesmo sendo idoso parece ser positiva para a família (TAVARES et al., 2011). O idoso do meio rural tem diferenças peculiares quando comparado ao urbano, sendo a aposentadoria um dos quesitos, pois, para o idoso que tem participação expressiva no espaço rural, o benefício vem a acrescentar à renda, já que o trabalho nesse contexto não tem limite de idade (MISSIO; PORTELLA, 2003). Por isso, uma das alternativas seria reconhecer a agricultura familiar e a sua importância na economia (SCHNEIDER, 2010, p. 519).

A saúde está ligada a uma série de políticas que, em função sistema neoliberal em que se vive, não estão sendo atendidas, como alimentação, educação, habitação, etc. (BRASIL, 2006, p. 186), Por isso, questiona-se a existência de políticas públicas além de previdência rural. (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008) e pelo fato do Estado influenciar diretamente esse meio, questionam-se formas de criar políticas e conduzir o desenvolvimento rural (SCHNEIDER, 2010, p. 518). Há de se entender possibilidades de desenvolvimento no meio rural que vão além de indicadores econômicos, como a renda, e que facilitem que as próprias pessoas levem suas vidas como desejarem (SCHNEIDER e FREITAS, 2013, p. 138) e se faz necessário pensar, dentro das diferenças representadas pela velhice rural brasileira, nas igualdades, pois facilita adoção de medidas políticas sociais. (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). Em especial, no Rio Grande do Sul, loco do estudo em questão há 27 dos 33 municípios brasileiros mais envelhecidos e, juntamente com o Rio de Janeiro, lidera o percentual do país (IBGE, 2011). Portanto, a saúde está ligada a uma série de políticas que, em função do

sistema neoliberal em que se vive, não estão sendo atendidas, como a alimentação, a educação, a habitação, etc. (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA), 2006). Esse é o contexto em que esses idosos do meio rural estudados estão.

A questão da escolaridade também foi considerada no perfil dessa amostra pesquisada. E, através da análise do Mini-Exame do Estado Mental. A pontuação no Mini-Exame do Estado Mental foi considerada. Ele consiste em evidenciar a manifestação de prejuízo na memória assim como na atenção, orientação, linguagem, seguimento de comandos verbais, descrever frase e copiar uma figura geométrica (NETTO;KLEIN, 2007). À semelhança desse estudo, a escolaridade em idosos do meio rural tem sido caracterizada como baixa, e apesar disso, sem significar comprometimento cognitivo, mesmo que há relação direta entre escolaridade e Mini-Exame Do Estado Mental o ponto de corte é contemplado (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). Foram observadas fortes associações entre pior escolaridade e escores intermediário e inferior do Mini-Exame do Estado Mental (VALLE, 2008). A associação do Mini-Exame do Estado Mental à escolaridade traz a desvantagem de possibilidade de uma pessoa com alta escolaridade apresentar alto escore mesmo que com síndrome demencial (BRITO; NUNES;YUASO, 2007). Demência esta que ocorre, Em idosos institucionalizados, num percentual de 31,3% (TAGLIAPIETRA; GARCES, 2012). E em idosos residentes em metrópole brasileira, no caso São Paulo, o percentual de deterioração cognitiva apontada no Mini-Exame do Estado Mental é de 6,9% (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Esse instrumento é um teste de rastreio a fim de mostrar o nível de comprometimento cognitivo, logo, quanto menor o valor apontado, maior é o comprometimento. Caracteriza pela simplicidade e rapidez, sendo que é feito entre cinco e 15 minutos. A média foi de 24 e desvio-padrão de 3,7 e variou desde 18 (ponto de corte do critério de inclusão dos sujeitos na amostra) a 30 (pontuação máxima do instrumento).

O Mini-Exame do Estado Mental é utilizado para decidir ações do idoso, como por exemplo, dirigir, precisa ser subsidiado pelo nível de escolaridade de forma que quanto maior for esta, maior é o ponto de corte, que também depende da influência de uma demência ou não (NETTO; LUDERS; KLEIN, 2007). Estudos trazem que as mulheres rurais tinham escores semelhantes aos homens no Mini-Exame do Estado Mental (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). Outro, não. Observou-se, na análise multivariada, após ajustamentos por variáveis de confusão, que a prevalência de casos suspeitos e de casos com alta probabilidade de déficit cognitivo era mais alta entre os homens (VALLE, 2008).

Adotou-se ponto de corte 18. Outros estudos tem adotado ponto de corte em idoso, quando analfabetos, o de 19/20 (TAGLIAPIETRA; GARCES, 2012). Em 850 idosos do meio rural utilizou-se ponto de corte mínimo de 13 (TAVARES et al., 2012). A escolha de instrumento faz jus à recomendação do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia (DORNELLES, 2010). Os idosos com pior desempenho no Mini-Exame Do Estado Mental são aqueles que possuem outros marcadores de vulnerabilidade, por isso políticas voltadas para a saúde do idoso devem levar em consideração esses fatores, buscando compensá-los (VALLE, 2008). Isso vem ao encontro ao fato de que estudo aponta que o escore do Mini Exame do Estado Mental pode aumentar sob treino focado no funcionamento cognitivo global (IRIGARAY; FILHO; SCHNEIDER, 2012). A escolaridade média ou média de anos de estudo está na faixa de dois anos e meio (TAVARES et al., 2011). Assim, por análise de teste t das pontuações obtidas no Mini-Exame Do Estado Mental constatou-se a não significância estatística com nenhuma das variáveis pesquisada: condições de saúde indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 e por autorrelatos relativos a doenças crônicas, sinais e sintomas, uso de medicação e sintomas depressivos em idosos do meio rural. Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre pontuação no Mini-Exame do Estado Mental e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral- 60 gerou-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com pontuação no GDS-15 ($p=0,025$). E não tem relação significativa, estatisticamente, com

as seguintes variáveis (em ordem de valor de p): idade ($p= 0,22$), desconfiança no desempenho ($p=0,24$), quantidade de medicamentos ($p=0,29$), número de doenças crônicas autorrelatadas ($p=0,30$), número de sintomas ($p=0,30$), saúde geral ($p= 0,31$), distúrbios psicossomáticos ($p= 0,36$), distúrbio do sono ($p= 0,39$), desejo de morte ($p= 0,70$) e stress psíquico ($p= 0,71$). Logo, o idoso do meio rural que obter menos pontuação no Mini-Exame do Estado Mental tende a autoperceber-se com depressão.

Entretanto, outros estudos não evidenciaram relação significativa, estatisticamente, entre o Mini-Exame do Estado Mental com outros fatores, como estado civil, idade, escolaridade e outras características relevantes (VALLE, 2008). Mas, observou-se maior prevalência de tabagismo entre idosos com pior desempenho no Mini-Exame do Estado Mental, mas essa associação desapareceu após ajustamento por outras variáveis (VALLE, 2008).

Como houve variabilidades dos valores em relação à média (heterogeneidade) para comparar o grupo dos homens com o das mulheres utilizou-se o teste de Mann-Whitney para saber se um grupo tende a ter valores diferentes do outro ou não. Os resultados mostram que nos níveis de significância usuais não há diferença estatística entre feminino e masculino nos fatores, pois os valores mostrados não são significativos em saúde geral ($p=0,3$), estresse psíquico (20,5 e 20,4 para feminino e masculino, respectivamente e $p=0,9$), desconfiança no próprio desempenho (20,0 e 20,9; $p=0,8$), distúrbios do sono (21 e 19, $p=0,6$) e psicossomático (18 e 22, $p=0,2$). Ou seja, os resultados mostram essa situação para essa pesquisa: mulheres têm mais stress psíquico e distúrbio do sono enquanto homens mais desconfiança no próprio desempenho, distúrbios psicossomáticos e saúde geral, mas isso não é estatisticamente significativo. Entretanto, observou-se que existe diferença significativa ao nível de significância 0,001, pelo teste Mann-Whitney no fator dois (desejo de morte): $p=0,001$ num intervalo de confiança de 95%, os homens idosos do meio rural apresentam mais desejo de morte (27,3) que as idosas rurais (12,9). Isso é o que torna esse dado inédito quando comparado com outras pesquisas que utilizaram o Questionário de Saúde Geral-60 para

comparar homens e mulheres, mas não idosos e nem rurais, como exibe a tabela que segue:

Tabela 2. Valores de p conforme sexo nos diferentes estudos

Nessa pesquisa	Carvalho e colegas	Pasquali e colegas	Fator
0,967	0,001	0,001	Stresse/tensão psíquico
0,817	0,003	0,005	Desconfiança no desempenho/autoeficácia
0,201	0,003	0,001	Distúrbios psicossomáticos
0,001	0,72	0,633	Desejo de morte
0,613	0,44	0,001	Distúrbios do sono
0,313	0,017	0,001	Gravidade de doença mental (saúde geral)

Por teste estatístico de Mann-Whitney no SPSS.

Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre saúde geral e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por teste estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com de doenças autorrelatadas, de sintomas, desconfiança no próprio desempenho, distúrbio no sono distúrbios psicossomáticos, pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,001$), idade ($p=0,2$) e quantidade de medicamentos ($p=0,005$). As demais variáveis não sofrem influência da saúde geral: desejo de morte ($p=0,006$) e pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,31$).

Assim, o resumo da relação entre as variáveis ilustra-se abaixo:

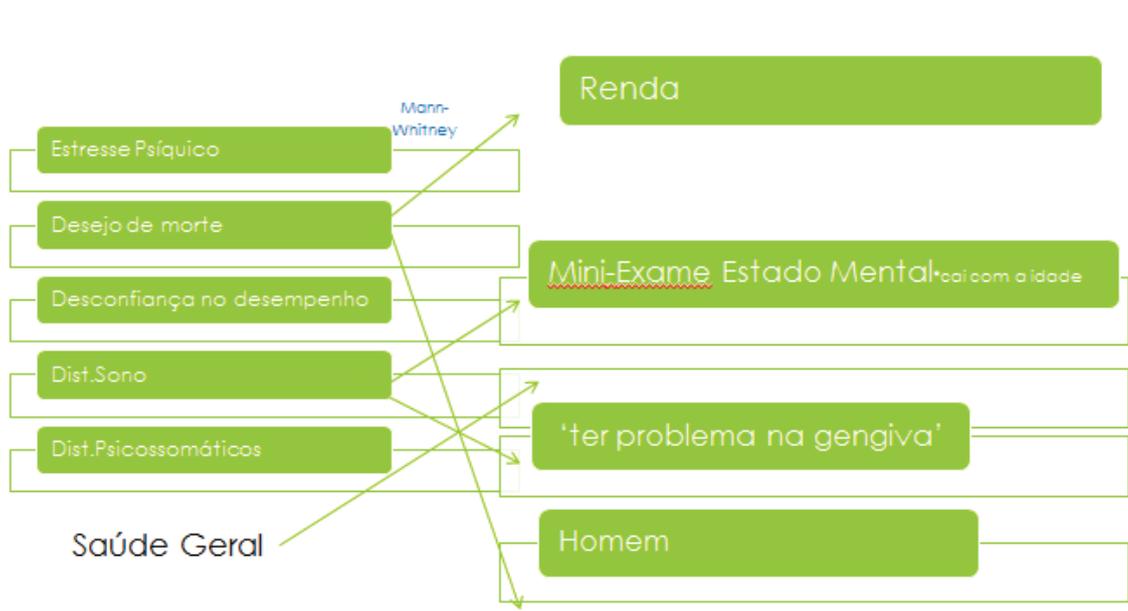


Figura 3: Relação de variáveis I

Citando Kessler, que em 2003, ressaltou que era nas mulheres que havia mais presença de saúde geral ruim se atrelou isso a interferências citadas por autores como Nolen-Hoeksema em 2001 e Monteggia e colegas em 2007, que se referiam ao papel da mesma na sociedade e variáveis biológicas (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Ressalta-se, entretanto, que não foi encontrado nenhum estudo publicado que identificasse maior prevalência de transtornos depressivos unipolares e de ansiedade em homens que em mulheres, seja por meio de entrevistas diagnósticas, seja pela administração do Questionário de Saúde Geral-60 (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Foi justamente nesse fator (desejo de morte) que não houve diferença em outro estudo.

Citando Pasquale e colegas, que estudaram em 1996, a diferença entre homens e mulheres no Questionário de Saúde Geral-60, essa diferença existiu significativamente,

exceto no 'desejo de morte' ($t=0,35$; $p=0,72$) e 'distúrbio do sono' ($t=0,77$, $p=0,44$), porém, o viés dessa pesquisa foi pelo fato de ser feita por conveniência (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Percebe-se influência do contexto ao se analisar as diferenças entre os estudos. Para todas as situações referidas, as mulheres apresentaram médias superiores às dos homens, nesse estudo realizado em área urbana (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Na opinião desses autores outras pesquisas psicométricas falharam em verificar se havia diferença ou não entre homens e mulheres na saúde geral a partir do Questionário de Saúde Geral-60, como a de Segopolo, Selemogwe, Plattner, Ketlogetswe & Feinstein, em 2009.

Vale ressaltar que, nesse contexto rural, a tendência por parte das mulheres a terem certas tendências não é ao acaso. Outros estudos contemplam isso. Especificamente, a tendência é de depressão, por exemplo, nas mulheres quando trabalham e estudam com renda até três salários mínimos, assim, tem-se aí uma ideia do perfil sintomático das pessoas pesquisadas, denotando as suas necessidades a fim de obter qualidade de vida (CERCHIARI; GARCIA; FACCENDA, 2009). Elas, idosas, têm representado 53% dos idosos estudados (TAVARES et al., 2011), sendo que a proporção entre homens e mulheres no meio rural também varia e o predomínio delas não é regra, como aconteceu nessa pesquisa.

Percebem-se características especiais no que tange ao contexto. No trabalho na roça, elas têm ficado com o trabalho que é tido como mais fácil, como por exemplo, a quebra do coco, sugerindo uma relação antitética entre homens (força) e mulheres (fragilidade) (BRASIL, 2006). Além disso, são elas que costumam apresentar melhor escolaridade (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010) paralela à espiritualidade e a religiosidade constante no seu dia-a-dia. (BRASIL., 2006, p. 189). Aliado a isso se tem o fato de que as práticas que a mulher rural vive são rodeadas de ligação com a saúde: a gestação, cuidar de produtos alimentícios e comida assim como dos filhos e idosos, por isso ela é importante aliada no controle social em saúde; sendo para isso necessário o resgate da autoestima e a revisão do modo de vida nesse meio através das relações (BRASIL, 2006, p. 187). Sabe-se que as mulheres do meio rural já trazem consigo as

marcas no corpo da sobrecarga de trabalho assim como discriminação e opressão, no dia-a-dia a criatividade vem como solução (BRASIL., 2006, p. 185).

Desde 1972, quando Goldberg administrou esse instrumento identificou médias mais elevadas em mulheres que em homens em seus diversos indicadores de saúde mental, também isso aconteceu em outros estudos por outros autores em amostras em 2000 e 2008, e na população geral em 1998, 2000, 2001, 2004 e 2008 (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). No estudo desses autores se buscou identificar possível diferenciação de sexo em 146 adultos mineiros e, após análise estatística por teste t, Bom Ferroni e Perón, concluiu-se que elas têm médias maiores que eles nos cinco fatores do Questionário de Saúde Geral-60. Mas, a relação é moderada nos fatores de estresse psíquico, autoeficácia/confiança no próprio desempenho, distúrbios psicossomáticos e geral.

Enquanto nessa pesquisa se provou estatisticamente que o homem apresenta autopercepção de saúde pior (pois autopercebe-se com mais desejo de morte) outro estudo, que inclui o recorte etário idoso apresenta o oposto. Mostra que com o enfoque de gênero há diferenças quando são comparados grupos de idades e sexo diferentes, sendo que ser mulher e ser idoso faz perceber-se com pior saúde (VITTA, 2001). Sabe-se que as mulheres apresentaram pior percepção de saúde (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Biologicamente falando, envelhecer é universal, mas antropologicamente, não: é diverso e multidimensional (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008). Por isso, a velhice é um momento da vida que exige um ‘novo rever-se’ (GUSMÃO e ALCÂNTARA, 2008, p. 170). Uma complexa interação de fatores físicos, ambientais e diferenças no comportamento social, como o homem assumir mais riscos, também pode desempenhar um papel-chave (STUART-HAMILTON, 2002). E, vale evidenciar que há um contexto moderno (e pós-moderno) que alterou a forma das pessoas envelhecerem também, seja por desafiar tanto o público como o privado (fatores econômicos), seja em grupos ou em famílias (fatores sociais) por influência do Estado ou não (fatores políticos) e,

principalmente, os estudiosos multidisciplinares de envelhecimento humano (DEBERT, 1999). Desta forma, numa sociedade com ideologias individualistas é fácil dizer que ser bem-sucedido depende do idoso mesmo, mas o fato é que não existe uma única maneira de enfrentar o envelhecimento (DEBERT, 1999).

Outro motivo em se escolher o Questionário de Saúde Geral-60 é que os estudos que têm sido feitos com ele mostram que as mulheres têm apresentado mais indicadores de transtornos do que os homens (RESENDE et al., 2011). Ideia essa aqui não corroborada, já que os resultados mostram que isso não ocorre nas faixas etárias compreendidas pela velhice, pois isso importa à medida que se considera que há mais mulheres idosas do que homens. Ou seja, depara-se com o envelhecimento feminino, e se alertava para políticas públicas às mulheres que já traziam mais sofrimentos e para prevenir óbitos em homens idosos (MAIA; DUARTE; LEBRÃO, 2006).

Entretanto, isso não é regra no meio rural. Tem se evidenciado o predomínio de homens acima dos 60 anos no meio rural, e pesquisas ao longo tempo já apontavam para o fato da saúde do idoso do meio rural estar a mercê de variáveis que interferem na qualidade vida do mesmo (SILVA, 2005). Assim, o Questionário de Saúde Geral-60 se mostra nesse estudo um importante aliado no conhecimento da autopercepção e saúde geral do idoso do meio rural quanto ao gênero, evidenciado a necessidade de se atentar para políticas de saúde mental para o homem em fase de velhice no meio rural.

Especificamente no meio rural, faz-se necessário compreender a visão dos agricultores, que são personagens das mudanças sociais, para ir além do entendimento das interações mercantilistas, tornando possível compreender as relações dos sujeitos com o meio no qual estão inseridos e o quão conscientes estão de sua forma de viver. Assim, destacam-se as singularidades das pessoas idosas do meio rural (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). Diante disso se faz importante ressaltar a autonomia exigida a essa população decorrente dessa singularidade. Mesmo que se constate que ele tem menos acesso a serviços de saúde (PIZZOL et al., 2012) e por haver dificuldades no trato com a parte mental nesse contexto. (GÓMEZ MONTES; CURCIO BORERO, 2004).

Além disso, o idoso do meio rural tem diferenças peculiares quando comparado ao urbano, sendo a aposentadoria e a rede de apoio social os quesitos que se destacam (MISSIO; PORTELLA, 2003). Isso é corroborado por valores de rendimento, que no meio rural chegam a apenas 40% do meio urbano. No meio rural, 2/3 das pessoas vivem com até meio salário mínimo *per capita*, o que caracterizaria pobreza se fosse considerado somente essa perspectiva (IBGE, 2011).

No que tange o acesso aos serviços de saúde, nota-se que esse fator é determinante para entender como o país se organiza social e economicamente (SUS, 1990). Esse acesso diz respeito ao fato de não existir recursos apropriados, como transporte, mas se aponta para benefícios, como sentido de identidade e suporte sociais importantes quando o foco é o bem estar do idoso do meio rural (SEQUEIRA; SILVA, 2002). No que se refere a suporte social a vizinhança tem sido a rede de apoio com os quais eles contam.

Justamente por entender que a pessoa não está preocupada só consigo mesma, a autonomia não está sozinha. Ao interagirem, as pessoas utilizam-se também da beneficência, não maleficência e justiça, mesmo que a autonomia sempre prevaleça a fim de amenizar conflitos morais (SCHMIDT; TITTANEGRO, 2009).

Quando se traz a autonomia para a prática, é possível constatar que há problemas quanto ao nível de autonomia que cada faixa etária desfruta. A realidade brasileira da população idosa, por exemplo, no que diz respeito ao acesso à educação, apresenta deficiências que dificultam o livre exercício da cidadania, e aí pode se questionar a viabilidade do empoderamento de cada idoso (BATISTA; SCHRAMM, 2006). Isso se intensifica quando se leva em conta o entendimento pós-moderno de Gianni Vattimo, no qual autonomia refere-se a não ficar restrito aos limites pessoais, mas ir além e exercer o empoderamento a si e aos demais (BOHM, 1992).

O contexto de vida do idoso do meio rural é dinâmico. Pois, eles são compelidos a inovar de forma constante diante dos desafios, sejam ele do tempo (sol, chuva) como da economia o que faz com que sua capacidade decisória seja importante (SCHNEIDER, 2010, p. 519). Para isso, o critério que precisa ser seguido é o da busca

da autoestima e do bem-estar do sujeito, com possibilidade de autoagenciamento e sendo possível valorizar a própria qualidade de vida (GARCIA; GUERA; ARDHILA, 2007).

E, isso tem a ver com a forma com que a pessoa percebe o interior de si mesma, a forma com que suas pulsões têm mudado ou não, e têm sido traduzidas em forma de sentimentos de (des) prazer (NASIO, 1999).

Notou-se que o que o estado de ânimo pode ser predito pela consciência e controle percebido da experiência de envelhecer, ou seja, a autopercepção do idoso influencia no seu ânimo (SILVA, 2012). Assim, ao se conhecer a autopercepção de idosos relacionada à saúde geral se está beneficiando essa população no sentido de direcionar a implantação de serviços de assistência, de estratégias interventivas mais adequadas e sensíveis às suas necessidades no que tange, especialmente, ao cuidado de si mesmo, a promoção e a manutenção da saúde e da qualidade de vida. Uma forma de saber quem está mais vulnerável ou precisa de mais serviços de saúde a fim de ter qualidade de vida e saúde é trazendo à tona a percepção da própria saúde (BORIM; BARROS; NERI, 2012). E aqui foi possível evidenciar a vulnerabilidade do homem idoso no meio rural.

É dessa forma que se embasa o Questionário de Saúde Geral-60 (de uso restrito aos psicólogos), por exemplo, pois o idoso é questionado sobre como está se sentindo nos últimos seis meses comparando com antes desse período (com alternativas como: pior, um pouco pior, igual, melhor ou muito melhor) logo, tendo o conhecimento da autopercepção do idoso sobre sua saúde geral como ponto de partida, podem-se delinear diferentes linhas de intervenção em envelhecimento humano em âmbito interdisciplinar. Entende-se assim a necessidade de estudos embasados na consideração de saúde/doença que atinge a totalidade da pessoa, e não somente o corpo (JUNGES, 2006), pois a autopercepção de saúde depende e abarca fatores de saúde física, cognitiva e emocional (OFSTEDAL et al., 2002).

Outros estudos de fatores de gênero não tem demonstrado diferença estatística, mesmo que o impacto do envelhecer parece ser mais positivo para o homem do que para

a mulher (SILVA, 2012), aspecto esse que corrobora outros estudos (KOTTER-GRÜHN et al., 2009).

O Questionário de Saúde Geral-60 acabou por subsidiar outra utilidade; podendo ser utilizado como forma de conhecer a autopercepção e, conseqüentemente, diagnosticar na saúde coletiva (BORGES; ARGOLO 2002), já que oportuniza que se descreva como está à saúde experimentada pela pessoa, paralelo a uma consistência interna considerável (GONZÁLEZ-ROMÁ; LLORET; ESPEJO, 1993).

Dessa forma, quando uma pessoa idosa consegue pensar, ser e agir segundo os princípios do entendimento, da razão, mesmo numa situação de vulnerabilidade física, psíquica e mental, próprio da idade, ela continua agindo de forma autônoma, sendo capaz de autogoverna-se, tornando-se portadora de dignidade humana. Sabe-se que, citando Candido (2001) para evitar situações de privação a pessoa que vive no meio rural precisa utilizar estratégias, escolher e adaptar-se, e nisso está incluído as constantes renegociações dentro da família em termos de gênero, poder e prosperidade (SCHNEIDER, 2010b. p. 94).

A partir disso, eis a pergunta que não quer calar: como transferir empoderamento coletivo, alcançado na esfera pública na luta para o empoderamento individual do idoso na esfera privada? O controle social precisa ser feito de forma que a responsabilidade de cada cidadão e grupo social seja incluída (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA)., 2006, p. 185). As ações de lutas coletivas das mulheres trabalhadoras rurais têm facilitado reivindicações de políticas de acesso e pactos privados no sertão de Pernambuco, por exemplo, mas elas ainda têm desafios, como dificuldades familiares, decisórias e controle nos recursos materiais (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA)., 2006, p. 242). A tomada de decisão na família rural também é privilégio masculino no RS e são eles os responsáveis pela maioria das propriedades (DAMETTO e MORETTO, 2012, p. 15). Além disso, diversificar no meio rural é ter mais alternativas de escolha e evitar a vulnerabilidade (SCHNEIDER, 2010b, p. 89).

Tendo em vista as reflexões supracitadas percebe-se a necessidade de valorização da autonomia dos idosos rural como recurso tanto de sobrevivência na

sociedade como promoção de sua saúde. Em pesquisas, isso implica em não só ouvir do idoso o que está pedindo no protocolo de pesquisador, mas também suas falas espontâneas, considerando a sua autonomia que embasa a autopercepção em prol de qualidade de vida que aqueles poucos minutos de entrevista podem proporcionar. A utilização de instrumentos auto-aplicáveis pode ser uma possibilidade de tornar viável o exercício da autonomia, considerando-se o envelhecimento saudável como influenciado por interações multidimensionais de diferentes fatores (ALVES; RODRIGUES, 2005). Medir o que torna algo mais desenvolvido ou com qualidade é o que se discute na multidisciplinaridade, entretanto obter uma receita e uma mensuração das perspectivas não é possível (SCHNEIDER e FREITAS, 2013, p. 139).

Há de se considerar a forma autônoma de produzir, que é o que caracteriza essa população, pois buscam se livrar das obrigações externas que são impostas, organizando seus locais de trabalho conforme podem e precisam (SCHNEIDER, 2010b, p. 120). A produção também é um fator importante e percebido pelos profissionais de saúde no que tange ao reconhecimento de seus direitos, por exemplo, da aposentadoria (ROCHA, 2008).

Entende-se que autonomia diz muito além de somente defender a democracia no governo, mas também de considerar sua importância (segundo Engelhardt), seu auxílio no agir corretamente (conforme Kant), não se submeter ao contexto e também de proteção à pessoa idosa (Beauchamps e Childress), a fim de revalidar os sujeitos da pesquisa como pessoas com dignidade humana, como tendo o empoderamento (de Vattini) que permite a auto-avaliação. Por isso, as políticas sociais estatais precisam repercutir em ações e temas que podem ser ‘empoderados’, sendo assim, uma possibilidade, logo, seria a emancipação algo impossível, como defende Navarro, em função da fragilidade e da contradição de suas práticas que caracteriza as organizações sociais nesse meio? (SCHNEIDER, 2010a).

Além disso, diversificando sistemas sociais e econômicos não se tem somente opções capitalísticas (centralização, concentração e especialização) e a sociedade se protege (SCHNEIDER, 2010b, p. 86). A partir disso, eis a pergunta que não quer calar:

como transferir empoderamento coletivo, alcançado na esfera pública na luta para o empoderamento individual do idoso na esfera privada?

Nesse sentido, é preciso focar em ações de combate á pobreza e questões que tornam a população rural vulnerável (SCHNEIDER, 2010, p. 527), pois por mais que se realizem tantos estudos, ainda não é possível explicar a relação entre miséria e ambiente rural. (SCHNEIDER e FREITAS, 2013, p. 138), mas a questão das vulnerabilidades a serem superadas, estas pode ser indicada por pesquisas e indicadores a fim de trazer qualidade de vida e desenvolvimento do meio rural (SCHNEIDER e FREITAS, 2013, p. 139).

Somando as duas formas de envelhecer (tradicional e inovada) tem-se a vida presente do idoso do meio rural não só português (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008), mas também nos diferentes contextos brasileiros. Diante disso, seria a emancipação algo impossível, como defende Navarro, em função da fragilidade e da contradição de suas práticas que caracteriza as organizações sociais nesse meio? (SCHNEIDER, 2010, p. 524). A forma autônoma de produzir é o que caracteriza, pois as pessoas idosas do meio rural buscam se livrar das obrigações externas que são impostas, organizando seus locais de trabalho conforme podem e precisam (SCHNEIDER, 2010b, p. 120), destacando- se, assim, suas singularidades (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). Por isso, é que medir o que torna algo mais desenvolvido ou com qualidade, que se discute na multidisciplinaridade, não possibilita obter uma receita e uma mensuração das perspectivas (SCHNEIDER e FREITAS, 2013, p. 139).

É compreendendo a visão dos agricultores que são personagens das mudanças sociais que se irá além do entendimento das interações mercantilistas, pois aí trará à tona as relações do mesmo com seu meio e o quanto melhora sua forma de viver (SCHNEIDER, 2010, p. 529), incentivando, assim, sua autonomia que se amplia á medida que eles utilizam um repertório de recursos e estratégias fora do mercado. (Ploeg,2003 apud SCHNEIDER, 2010b, p. 113), diversificando e tendo mais alternativas de escolha e se evita vulnerabilidades (SCHNEIDER, 2010b, p. 89). Essa pesquisa também implícita uma oportunidade de rever os estereótipos quando se diferencia rural e urbano (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008, p. 177).

Logo, antes do fator *renda* é o fato de ser hábil e livre para escolher que torna o desenvolvimento humano pleno, assim é preciso centrar-se na forma de viver da pessoa (SCHNEIDER, 2010b, p. 95), são fatores de ordem não só de saúde física, mas geral (física e mental) a serem focadas já que, citando o Banco Mundial (2008) e a IAASTD (International Assessment of Agricultural Knowledge, Science and Technology for Development), será o modo das pessoas gerirem a biodiversidade que garantirá o futuro do meio rural. (SCHNEIDER, 2010b, p. 88).

A carência de estudos específicos com a população rural no que se refere a envelhecer (DEBERT, 1999) parece estar sendo diminuída aos poucos. Pesquisas a longo tempo já apontavam para o fato da saúde do idoso do meio rural estar a mercê de variáveis que interferem na qualidade vida do mesmo (SILVA, 2005). Essa pesquisa é uma das formas de se olhar para o envelhecer, suas necessidades e significados nos contextos rurais (GUSMÃO; ALCÂNTARA, 2008, p. 177).

Aqueles que não podem fazer as atividades, expressando sentimentos de tristeza (28,6%), renúncia (13,6%), impotência (6,8%), mal-estar (6,8%), alegria (29,3%) e um pequeno grupo (15%) e são indicadas, sendo assim, é impressionante, nomeadamente, a resposta da alegria que algumas pessoas são incapazes de realizar atividades diárias, que pode ser devido à tolerância e resignação tomar a sua realidade e, portanto, aceitar as consequências decorrentes do envelhecimento, ou que esta é uma maneira de escapar ou evitar o problema de deficiência (PINO; RICOY; PORTELA, 2009).

O que realmente incomodou e foi impactante na qualidade de suas vidas foram às relações de dependência, inclusive para ir ao dentista, a solidão e a proximidade com a morte, minimizando quaisquer outros problemas. A utilização de indicadores sócio-odontológicos quantitativos validados, como é o caso do GOHAI, tem a vantagem de permitir maior comparabilidade entre estudos, mas não captam essa subjetividade de sentimentos relacionados ao bem-estar e ao adoecer, nem crenças e valores pessoais atribuídos à saúde bucal, tão necessário para a compreensão do problema em questão. Mas é possível reverter esse quadro construindo condições socioculturais favoráveis a uma velhice bem sucedida, institucionalizada ou não. Se o idoso tiver vez e voz, poderá reiniciar um modo de vida interessante. Uma velhice consciente, atuante e disposta a

intensificar seu presente com qualidade de vida. É este o desafio que temos pela frente (HAIKAL et al., 2011).

Ao se avaliar a percepção que apresentam as pessoas idosas sobre os fatores que influenciam sua saúde e seu desenvolvimento encontram-se vários fatores multidimensionais. Um deles foi trazido pelas 147 pessoas da Espanha com mais de 65 anos que, por abordagem biográfico-narrativa, conciliam seus trabalhos de forma industrial com o do campo. E, com atividades de lazer, como costura (mulheres) e cartas e TV (homens), enfrentando positivamente a ‘deterioração’ da saúde (PINO, RICOY e PORTELA, 2009).

É comum nesse contexto se identificar esses fatores sociais que interferem em como percebem sua saúde. Isso se ilustrou nos exemplos de autopercepção de saúde bucal, em que por mais que o estado era precário, os sujeitos não se entendiam com necessidade de ir até o dentista (HAIKAL et al., 2011). E no exemplo de fazer parte da cultura que os idosos aceitem duras condições de vida já que desde a juventude tem enfrentado dificuldades e padronizando isso, sente-se que podem suportar quaisquer calamidades (PINO, RICOY e PORTELA, 2009).

Tudo isso interfere no modo de se pensar políticas de intervenção ao idoso do meio rural. Considerar o princípio da multidimensionalidade é considerar que na relação com o idoso há também interação desse meio com o contexto, ou seja, seres e fatores se influenciam resultando no cuidado (HAMMER SCHIMIDT et al., 2013).

Portanto, as questões aqui enfocadas caracterizaram o perfil desses idosos do meio rural pesquisados, mostrando que a autopercepção da saúde geral não importa o estado civil e depende da faixa etária em que se está, de como percebe sua saúde bucal, de sua renda, de sua escolaridade e de seu sexo/gênero (aqui foram usados os dois termos).

CAPÍTULO 2: AUTORRELATO DE DOENÇAS, SINAIS, SINTOMAS E MEDICAÇÃO

Com a ideia de focar o instrumento principal, o Questionário de Saúde Geral-60, e sua relação com as demais variáveis (doenças, sinais e sintomas e medicamento) na caracterização da autopercepção de saúde geral do idoso dá-se início aqui o segundo capítulo. Aqui é colocado o que esse estudo evidenciou em cada variável, inclusive com cada uma que inclui a saúde geral (stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e psicossomáticos).

Entendeu-se que algumas variáveis não exploradas em outros estudos poderiam ser pertinentes e foram autorrelatadas pelos idosos do meio rural. Isso diz respeito a autorrelatos associados à saúde geral. Assim, dados relativos a auto-relatos foram utilizados a fim de mensurar a autopercepção trazida pela amostra, contextualizando e se possibilitando conhecer mais detalhes específicos dessa população como explanado na Tabela 3:

Tabela 3 - *Auto-relatos da amostra*

Variável	Categoria	Porcentagem (%)
Frequência a serviços psicológicos	Nunca	72,5
	Avaliação individual (até 5)	12,5
	Acompanhamento individual	12,5
	Grupo	2,5
Fuma	Sim	12,5
	Não	87,5
Grau dependência fumantes	Muito baixa/nada	92,5
	Média	2,5
	Elevada	5,0
Abuso de álcool	Sim	5,0
	Não	95,0
Dados descritos em frequência simples		

Percebe-se que a amostra desse estudo se caracteriza por não buscar serviços psicológicos (72,5%). Isso faz pensar na barreira de exclusão presente na própria história da Psicologia ao atendimento a idosos, carente de formação acadêmica se focou nas outras fases do desenvolvimento humano, refletindo na carência de políticas públicas com ações nessa área (MACHADO, 2009). Em termos de aproveitamento de uma intervenção psicanalítica com a população idosa sabe-se que a idade não importa e sim, como a personalidade se caracteriza (ALTMAN, 2011).

A maioria desses idosos do meio rural não fuma (87,5%), e entre os que fumam o nível de dependência que predomina é de muito baixo ou não dependente (92,5%), segundo Teste de Fragstrom aplicado na coleta de dados. Além disso, a maioria não abusa de álcool (95%), conforme critérios do DSM. No meio rural, o comportamento de fumar dos idosos é, estatisticamente relacionado, aos do sexo masculino; e o de não ingerir álcool ao sexo feminino (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). O índice de comportamento de fumar dessa pesquisa é menor do que outro estudo encontrado. Já em 2005, se alertava para o alto índice de idosos do meio rural que fumavam: mais da metade (51,9%) (SILVA, 2005). Mas, há estudos com índices menores de hábito de fumar. Numa região rural gaúcha se constatou apenas 7,1% de fumantes (FOCCHESATTO, 2009). Em contexto de institucionalização também se encontrou percentagens maiores. Vinte e cinco por cento dos idosos é o percentual de idosos institucionalizados que fumam (OLIVEIRA, 2012). Em São Paulo, idosos urbanos caracterizaram-se com 21% de fumantes, mas o percentual dos que usam álcool mais que quatro vezes por semana apresentou mesmo índice (5%) (BORIM; BARROS; NERI, 2012). Estudos tem mostrado o papel dos enfermeiros nessas abordagens de hábitos a fim de promoção de saúde. Nesse sentido, se faz necessário olhar para a relação com a ruralidade (FERNANDES; BOEHS, 2011).

Entende-se que a relação envelhecer e deprimir não são evidenciados quando se utiliza instrumento que avalie saúde geral. A tendência é que quem está deprimido avalie sua saúde geral de forma negativa sem importar a idade. Quando se avaliou 98

universitários de uma amostra por conveniência com o Questionário de Saúde Geral evidenciou-se isso (CARNEIRO; BAPTISTA, 2012).

Constata-se que são poucos idosos do meio rural que não autorrelatam doenças crônicas (7,5%) ou não ingerem medicação (5%), sendo que a maioria relata ter duas ou três doenças crônicas e ingerir um a cinco medicamentos. E, ao se investigar sobre tais doenças, como a osteoporose nesse meio, sabe-se que as morbidades influenciam significativamente na participação social desses idosos, interferindo, conseqüentemente, na qualidade de vida (TAVARES et al., 2012). Vale lembrar que a co-morbidade de doenças crônicas influencia na vida funcional do idoso (ALVES et al., 2007).

Constatou-se um nível que se considera alto (22,5%) de depressão nesses idosos do meio rural, conforme a Escala de Depressão Geriátrica. Estudos que analisam a saúde mental divergem. Um mostra que ela predomina antes da pessoa ser considerada idosa. A depressão é mais frequente em quem estava na faixa etária de 50-59 anos (RESENDE et al., 2011). Entende-se que a relação envelhecer e deprimir não são evidenciados quando se utiliza instrumento que avalie saúde geral. A tendência é que quem está deprimido avalie sua saúde geral de forma negativa sem importar a idade. Quando se avaliou 98 universitários de uma amostra por conveniência com o Questionário de Saúde Geral evidenciou-se isso (CARNEIRO; BAPTISTA, 2012).

Quanto ao estado mental, a maioria (42,5%) apresenta pontuação máxima no Exame do Estado-Mental, ou seja, apresentam condições cognitivas saudáveis.

No que se refere à variável saúde geral, procedeu-se à análise estatísticas a fim de verificar relação com as variáveis supracitadas. Vale ressaltar que o instrumento encarregado pela variável desfecho (saúde geral), o QSG, apresentou confiabilidade de 90%, ou seja, atingiu 0,9. Isso é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). E

significa que os dados apontados por ele são consistentes, inclusive reforçando seu uso em outras populações rurais.

Tendo como hipótese nula o fato de não haver correlação entre saúde geral entre variáveis autorrelatadas e indicadas pelo QSG o teste estatístico de Spearman demonstrou que saúde geral tem relação estatística (de $p=0,001$) com doenças autorrelatadas, pontuação na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) ($p=0,001$) e quantidade de medicamentos ($p=0,005$). Ou seja, quanto mais esse idoso do meio rural autorrelata doenças, pontuar na Escala de Depressão Geriátrica e ingerir medicação, pior será sua saúde geral.

A pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,31$) não interfere na saúde geral. Isso pode ser explicado pelo fato de que o ponto de corte foi 18, então, estão excluídos da amostra possíveis casos de deterioração cognitiva.

Percebe-se que tais resultados apontam para atentar a equipe que cuida desse idoso rural no sentido de que identificando uma dessas variáveis (mais doenças, mais medicação e mais pontuação na escala depressiva) a saúde geral está em risco e fatores de proteção precisam ser acionados. Isso se faz importante meio do psicólogo intervir com a equipe interdisciplinar ao utilizar um instrumento psicológico que contempla questões físicas aliadas à mental. Como essa relação entre Questionário de Saúde Geral-60 e essas variáveis não foram realizadas até então com idosos do meio rural tais dados apresentam-se como estimuladores de mais pesquisas.

Através dos testes psicológicos, a psicologia funciona como subsidiadora das demais áreas, inclusive a pesquisa, no sentido de proporcionar fundamentos sólidos, ampliar, ao mesmo tempo em que especifica, e priorizar seu uso adequado (BRUSCATO, 2000). E isso é possibilitado pelo fato dos instrumentos estarem constantemente sendo avaliados em termos de validade. Esse conceito se refere a “um julgamento avaliativo integrado do grau em que a evidência empírica e as racionalizações teóricas apoiam a adequação e a propriedade de inferências e ações

baseadas em escores de teste ou outros modos de avaliação” (MESSICK, 1989, p. 13). Quando o teste consegue medir uma variável e suas variações de forma que ela produza diferenças nos resultados, é considerado válido (PASQUALI, 2007) e permite que a fidedignidade seja dada às interpretações.

Nesse estudo, quanto aos fatores explorados no Questionário de Saúde Geral-60 onde a pontuação máxima é 100, tem-se o fator um (stress psíquico) com média de 32 ± 25 , que variou de cinco a 90; o fator dois (desejo de morte) teve média de $50 \pm 15,8$, que variou de 40 a 95; o fator três (desconfiança no próprio desempenho) teve média de $49 \pm 25,8$ e variou de cinco a 90; o fator quatro (distúrbio de sono) teve média de 61 ± 27 e variou de 15 a 100; o fator cinco (distúrbios psicossomáticos) teve média de $47,5 \pm 29,6$; e o fator geral se resumiu numa média de $47 \pm 25,2$, que variou de cinco a 95. Desvio-padrão foi alta no fato um e nos cinco e no geral, portanto, houve variabilidades dos valores em relação à média (heterogeneidade). Nesses fatores do Questionário de Saúde Geral- 60 já que a distribuição normal está violada, o mais confiável é utilizar um teste estatístico não paramétrico, ou seja, que é usado quando um valor representado por escore não é parâmetro para outra. Com base nisso é que se deram as relações com doença, sintomas e medicamentos.

Quando perguntados ‘um médico disse que você tem uma das seguintes doenças nos últimos 12 meses’ as respostas das doenças autorrelatadas evidenciam que houve predomínio de hipertensão (27%), seguido pelas doenças do coração (15%), 11% apresentaram tanto diabetes quanto artrite, artrose ou reumatismo seguido de 10% de autorrelatos de depressão. Com percentuais menores foram contatados AVC, derrame ou isquemia (8%), câncer (7%), osteoporose (6%) e doenças pulmonares (5%), conforme mostra a figura que segue.

A média de doenças autorrelatadas foi de $2 \pm 1,2$, numa amplitude de zero a quatro. Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre as variáveis autorrelatas e indicada pelo Questionário de Saúde Geral- 60 e quantidade de doenças autorrelatadas gerou-se valores no SPSS que mostram que o número de doenças

crônicas autorrelatadas tem correlação com o número de sintomas, com a pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,007$), com o stress psíquico ($p=0,038$), com desconfiança no próprio desempenho ($p=0,037$), com distúrbios do sono ($p=0,001$), com distúrbios psicossomáticos ($p=0,036$) e saúde geral ($p=0,001$). Quem pontuou mais de 40 no fator geral tem mais doenças crônicas. Logo, idoso do meio rural que tem mais doenças crônicas tende a autoperceber sua saúde geral de forma negativa.

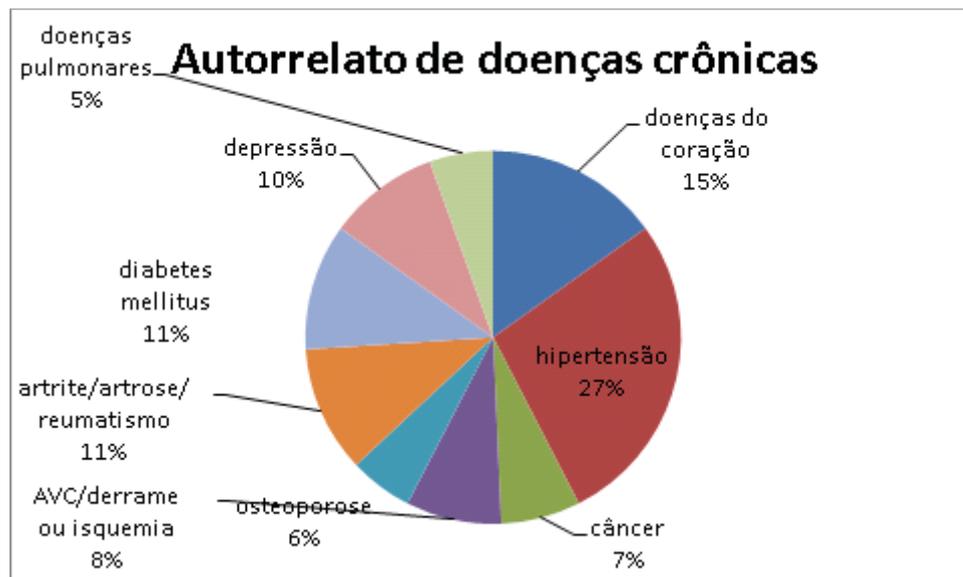


Figura 4: Autorrelato de doenças crônicas

Fonte: a própria autora

Essas foram as doenças que receberam atenção especial no estudo, pois são as que mais interferem na saúde do idoso. Doenças cardíacas, artropatia, doenças pulmonares e hipertensão influenciam significativamente nas atividades de vida diária, ou seja, na manutenção da capacidade funcional que implica na qualidade de vida dos idosos. (ALVES et al., 2007). Estudos importantes mostram que doenças do aparelho circulatório e neoplasias são as principais causas de óbitos em idosos, sendo 47,4% e 15,8%, respectivamente, do total de óbitos em idosos brasileiros (MAIA; DUARTE; LEBRÃO, 2006).

Por mais que não tenha relação significativa, estatisticamente, com isso a diabete. (ALVES et al., 2007), juntamente com a hipertensão (LEBRÃO; LAURENTI,

2005), a artrite, a artrose, o reumatismo (GONÇALVES, 2010) e a depressão, são as mais frequentes quando se estudam as condições de saúde de idosos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Também aí se contempla a osteoporose com índices de 13% (SILVA, 2005) e 66,3% (GONÇALVES, 2010). Por isso, foi incluída no questionário, a pergunta: “Você foi diagnosticado (a) com alguma das seguintes doenças nos últimos 12 meses? Doenças do coração, hipertensão, câncer, AVC/derrame/isquemia, osteoporose, artrite/artrose/reumatismo, diabete mellitus, depressão e doenças pulmonares”.

Quando se fala em velhice, automaticamente se remete à parte biológica do ser humano, desde a influência do estresse oxidativo em doenças (GARCIA TRIANA, SALDANA BERNABEU; SALDANHA GARCIA, 2013) até como se comportam os telômeros e a influência da glicolização; questões que denotam o quão desafiante é a etiologia do envelhecimento por mais que já se tenha estudado sobre esses mecanismos subjacentes do fenômeno. (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010). Em vista disso, é importante considerar os diferentes fluxos envolvidos no estudo do envelhecimento humano, não só biológicos, mas também os culturais e psicológicos.

É assim que se conhece a vulnerabilidade e o grau de necessidade de serviços de saúde dessas pessoas (BORGES; ARGOLLO, 2002a). Nesse caso, o cunho promoção de saúde entra em foco. É importante pesquisar a autopercepção do idoso também pelo fato de beneficiá-lo na promoção do autocuidado, na sua saúde e no social (BARROS et al., 2009).

O número de doenças crônicas está associado a estado de saúde e qualidade de vida ruim (RABADI; VINCENT, 2013). Isso implica em atentar para fatores de risco para o idoso do meio rural, como elevado consumo de gordura saturada e excesso de peso, assim como forma de proteção há de se incentivar ingerir frutas e verduras por grande parte da população, pouco sedentarismo, ingestão moderada de vinho e também não fumar e mulheres acostumadas a realizar exames preventivos (FOCCHESATTO, 2009).

Dentre os facilitadores da depressão estão às doenças físicas, especialmente as crônicas (PELEGRINO; LEAL, 2009). Por 11 meses, 302 idosos com sintomas depressivos que utilizam o serviço de atenção básica de Gotemburgo (Suécia) foram selecionados por uma enfermeira e se diagnosticou 54 com depressão, conforme o DSM- IV, sendo leve a moderada e foram acompanhados por dois anos; evidenciou-se que ter um histórico de depressão, sofrer eventos de vida significativos, não realizar atividades de lazer e usar sedativos são fatores de risco para a doença e, enfatizou-se o papel das atividades de lazer: quanto menos, maior o risco de depressão, por isso se conscientizar desses fatores é importante para identificar prognóstico ruim (MAGNIL; JANMARKER; GUNNARSSON; BJÖRKELUND, 2013).

Nessa pesquisa, dos 40 idosos apenas cinco fumavam e foram classificados como dependente isso equivale a 12,5%. O percentual varia bastante conforme mostram os estudos. Em região gaúcha, também de origem europeia, o tabagismo em idosos do meio rural representou 7,1% (FOCCHESATTO, 2009). Numa província da China realizou-se um estudo no serviço público de saúde, com 7.597 pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) constatou-se que 80,9% eram fumantes (ZHANG et al., 2013). Nos EUA, trinta e três por cento fumavam (RABADI; VINCENT, 2013).

Constatou-se que a doença pulmonar está relacionada significativamente com o comportamento de fumar e exposição à fumaça assim como força física, atividades da vida diária, atividades sociais, ansiedade e depressão; assim, evidencia-se a necessidade de incentivo ao para de fumar, evitar fumante passivo, cozinhar em ambiente ventilado e não utilizar lenha (ZHANG et al., 2013).

Os idosos foram perguntados sobre sinais e sintomas, e se mensurou a quantidade de sintomas autorrelatados a partir da pergunta ‘nos últimos 12 meses tem sentido incontinência urinaria, incontinência fecal, problemas de memória, perda de peso não intencional, ganho de peso não intencional, problemas de sono e/ou caiu?’.

Percebe-se a forte associação com a variável número de sintomas, ou seja, quanto mais doenças os idosos do meio rural autorrelataram mais sintomas autorrelatados também. Essa associação entre sintomas (incontinência urinária) e doença crônica é trazida quando se pesquisa a percepção de quem passou por cirurgia devido a câncer de próstata, por exemplo, em que as relações ficam permeadas por vergonha e afetam a autoestima e o apoio psicológico se faz indispensável. (EILAT-TSANANI et al., 2013). Também há associação, mas fraca, com a pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15, distúrbios do sono e saúde geral.

Em média, os idosos autorrelatam $2 \pm 1,2$ sintomas, que varia desde os que não autorrelatam sintomas até os que autorrelatam quatro (amplitude). Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre número de sintomas e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS que mostram que essa variável tem correlação com número de doenças autorrelatadas, desconfiança no próprio desempenho ($p=0,037$), distúrbios do sono ($p=0,001$) e psicossomáticos ($p=0,036$) e saúde geral ($p=0,001$). Quanto aos valores de coeficiente de Spearman encontrados há forte associação entre os sintomas autorrelatados e a quantidade de doenças. Em seguida, aparecem associações fracas como a com a saúde geral, distúrbios do sono e pontuação no GDS-15. A associação é negativa ($p=-0,16$) com a pontuação no Mini Exame do Estado Mental: quanto menor a pontuação no Mini-Exame do Estado Mental, mais sintomas autorrelatados.

Alguns sinais e sintomas são trazidos pela literatura como comuns entre os idosos e receberam atenção especial na pesquisa. A incontinência urinária foi um problema de saúde autorreferido por 7,8% de idosos do meio rural, assim como fraturas (1,3%) (SILVA, 2005). A questão do peso em idosos é inclusive colocada como associada à percepção de saúde (NASCIMENTO et al., 2011). Problemas em relação ao sono são investigados no Questionário de Saúde Geral-60 e nas escalas que investigam depressão em estudos de autopercepção de idosos (LOURENÇO, 2012). Também a Escala de Depressão Geriátrica-15, como forma de investigar sintomas depressivos, é um importante instrumento no estudo.

As quedas geralmente ocorrem em função de alterações no organismo do idoso, como mais fadiga e menor flexibilidade e agilidade, assim como a redução do equilíbrio e da coordenação motora (RAHAL; ANDRUSAITIS; SGUIZZATTO, 2007).

Entende-se que estudos no sentido de conhecer a relação entre idade e o uso de medicamentos se faz necessária (SILVA et al., 2013). Dessa forma, nesse estudo perguntou-se ao idoso também sobre a quantidade de medicamentos que tem consumido por indicação médica, ou por conta própria, nos últimos três meses.

A amostra relatou usar, em média, 3 ± 2 medicamentos, considerando desde os que não usam medicação até os que usam seis ou mais medicamentos (amplitude). Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre quantidade de medicamento e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS que mostram que essa variável tem correlação com idade ($p=0,012$), com a pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,001$), com o stress psíquico ($p=0,016$), com desconfiança no próprio desempenho ($p=0,005$) e saúde geral ($p=0,005$). Ou seja, Quanto aos valores de coeficiente de Spearman, evidencia-se forte associação com pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15, também uma associação moderada com desconfiança no próprio desempenho e saúde geral, assim como baixa associação com a variável idade e stress psíquico.

Não se constatou significância entre ter ou não depressão e os fatores específicos da saúde geral (utilizando-se do teste não paramétrico Mann-Whitney), sendo que os mais próximos da significância foram distúrbio do sono ($p=0,092$) e distúrbios psicossomáticos ($p=0,071$). Entretanto, há significância entre saúde geral e depressão ($p=0,025$). Então, com 95% de certeza, pode-se dizer que os idosos do meio rural que apresentarem mais que cinco pontos na Escala de Depressão Geriátrica-15, ou seja, que apresentarem sintomas depressivos tem uma saúde geral comprometida. Mas, vale ressaltar que o que se percebe aqui nessa pesquisa, no geral, são idosos saudáveis e não com a saúde comprometida.

Da amostra de 40 idosos do meio rural, 22,5% (9) apresentou depressão. Quanto à Escala de Depressão Geriátrica-15 a média de pontuação obtida foi quatro (arredondado) e desvio-padrão de 2,3 e variou de uma onze. Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com quantidade de medicamentos ($p=0,001$), saúde geral ($p=0,001$), stress psíquico (0,016), desconfiança no próprio desempenho ($p=0,002$), pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,025$) e distúrbios psicossomáticos ($p=0,028$). As demais variáveis não sofrem influência da Escala de Depressão Geriátrica-15: número de sintomas ($p=0,007$) e de doenças autorrelatadas ($p=0,007$), distúrbios do sono ($p=0,008$), desejo de morte ($p=0,153$) e idade ($p=0,487$).

Numa pesquisa que investigou a relação entre os sintomas depressivos e auto-conceito, estilo interpessoal e raiva em um grupo de pacientes diagnosticados com depressão e um grupo de controle, que incluía voluntários sem sintomas clínicos, com 64 pacientes com diagnóstico de depressão de acordo com o DSM IV e 71 voluntários (grupo de comparação) sem um diagnóstico psiquiátrico mostrou que, por análise de regressão, a gravidade da depressão no grupo de pacientes poderia ser previsto pela raiva agressiva e internalizado, a insatisfação com as relações interpessoais e auto-percepção negativa. (HISLI ŞAHIN; DURAK BATIGÜN; KOÇ, 2011).

Os sintomas depressivos menos graves no grupo de sujeitos que não tinha depressão foi previsto pelo menor nível de escolaridade, a insatisfação com a vida em geral, e um auto-percepção positiva. (HISLI ŞAHIN; DURAK BATIGÜN; KOÇ, 2011). Ou seja, quem tem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica tem um risco maior de ter sintomas depressivos e ansiedade, porém o viés desse estudo foi quanto aos agricultores no sentido de que eles não tinham precisão sobre os sintomas da doença, fato que questiona generalização. (ZHANG et al., 2013). Na Holanda, aonde se utilizou a GDS em 296 idosos hospitalizados se constatou que relação significativa,

estatisticamente, estatisticamente, com o bem-estar, ou seja, quanto mais deprimidos estavam os idosos, menor era o bem-estar. (MAKAI et al., 2013).

O que se constatou em termos de relação das variáveis estudadas nessa pesquisa pode ser resumido na figura abaixo:

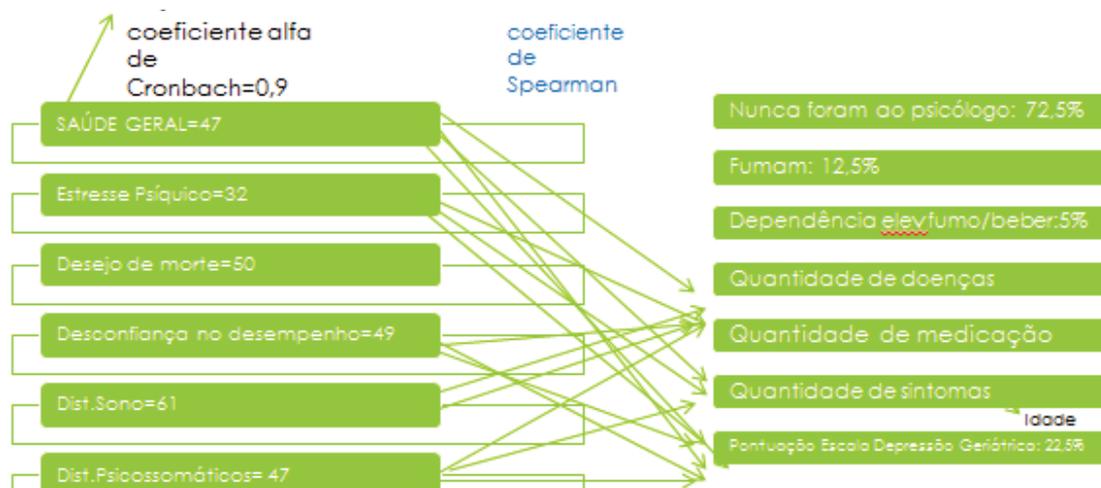


Figura 5: Relação de variáveis II

A administração do Questionário de Saúde Geral-60 permite avaliar um espectro amplo de sinais e sintomas relacionados à consolidação do sono, ao estresse, à depressão, à ansiedade e a problemas psicossomáticos (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011) E, não avalia personalidade. É um instrumento de autopreenchimento, não para avaliar traços psicológicos ou vulnerabilidade, mas para mostrar como a pessoa está naquele momento.

Citando Goldberg em 1985 e esse autor quando aliado a Bridões, em 1987, o Questionário de Saúde Geral-60 é um instrumento psicométrico de autopreenchimento, amplamente utilizado nacional e internacionalmente para a detecção de transtornos mentais menores (transtornos depressivos e de ansiedade de gravidade leve a moderada) em contextos comunitários, hospitalares e em pesquisas clínicas e psicométricas

(CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011). Há versões de 30, 28 como estudos de Pasquale e colegas, em 1996; de carvalho e colegas, em 2011, e 12 itens, que causa divergências nos estudos, pois precisaria de ajustes nos fatores, como estudos de Gouveia, Barbosa, Andrade e carneiro, em 2010 e de sal ama- Yunes, Montazeri, Israel e rocem, em 2009. Essas versões não foram consideradas aqui nessa pesquisa. Estudos cujos objetivos envolvem a avaliação das propriedades psicométricas de diferentes versões do Questionário de Saúde Geral-60 tendem a ser consistentes entre si e a produzir bons indicadores de validade. No que concerne ao poder de discriminação do escore geral das diferentes versões do Questionário de Saúde Geral-60 evidências atestam a validade deste como um instrumento de rastreamento psiquiátrico (CARVALHO; ANDREOLI; JORGE, 2011).

Além disso, uma das funções do Questionário de Saúde Geral-60 é conhecer a autopercepção de saúde geral, como fonte diagnóstica em saúde coletiva (BORGES; ARGOLO, 2002a). Outro motivo de escolha desse instrumento é que ele tem mostrado uma consistência interna considerável (GONZÁLEZ-ROMÁ; LLORET; ESPEJO, 1993). Entretanto, o instrumento mostrou-se consistente como uni fatorial indicando diferentes profissões e níveis de saúde mental (GOUVEIA et al., 2012). Ou seja, precisa de mais estudos e considera-se a possibilidade de adaptá-lo e aperfeiçoá-lo à sociedade envelhecete. Por isso, os estudos que envolvem esse instrumento têm ocorrido através de características quantitativas, correlações, variáveis e determinação de coeficiente estatístico, explorando e confirmando dimensões do próprio instrumento (SARRIERA; BERILM; CÂMARA, 1996). Além de estudos para conhecê-lo em termos de estrutura e metodologia, validade (BARROS et al., 2009), e de adaptação à realidade brasileira. (BORGES e ARGOLO, 2002). A mensuração da saúde mental e prevalência dos sintomas, assim como de perfil sociodemográfico, também têm sido alguns dos importantes resultados possíveis de serem atingidos com ele (CERCHIARI; GARCIA; FACCENDA, 2009). Realidade semelhante acontece também com a população japonesa. Auto-avaliação da saúde ruim está associada a estresse e doenças, entretanto, enfatiza-se que esses indicadores de saúde mudam conforme a população. (TSURUGANO et al., 2012).

Há, todavia, alguma controvérsia acerca da maior prevalência de transtornos depressivos unipolares e de ansiedade no sexo feminino que no masculino (CARVALHO, ANDREOLI e JORGE, 2011). Com tais autores encontrou-se diferenças que não foram encontradas nesses estudo. Diferenças moderadas e significantes em relação ao sexo foram encontradas para as escalas de Tensão ou Estresse Psíquico ($t=3,38$; $p=0,001$; $d=0,57$), Autoeficácia ($t=3,04$; $p=0,003$; $d=0,5$), Distúrbios Psicossomáticos ($t=3,04$; $p=0,003$; $d=0,5$) e Gravidade de Doença Mental ($t=2,41$; $p=0,017$; $d=0,4$) (CARVALHO, ANDREOLI e JORGE, 2011).

O fator três com a idade deu altamente significativo é significativo com um p de 0,025, tem uma associação de 54,8% (multiplico por 100), à medida que vai ficando mais velho mais pontua nesse fator. Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre desconfiança no próprio desempenho e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com idade ($p=0,001$), saúde geral ($p=0,001$), distúrbios psicossomáticos ($p=0,002$), pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,002$), stress psíquico ($p=0,02$), número de sintomas ($p=0,03$), doenças autorrelatadas ($p=0,03$), quantidade de medicamentos ($p=0,005$) e desejo de morte ($p=0,05$). As demais variáveis não sofrem influência da desconfiança no próprio desempenho: pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,24$) e distúrbios do sono ($p=0,08$). Ou seja, esse idoso rural se percebe com desconfiança no próprio desempenho quanto mais idade ele tiver, mais depressivo ele estiver, relatando mais sintomas e doenças e ingerindo mais medicações.

A autoimagem diminui na velhice na maioria das pessoas (STUART-HAMILTON, 2002). As pessoas mais velhas são vistas como dependentes e então seu *status* diminui (STUART-HAMILTON, 2002). A terceira idade se refere a um estilo de vida ativo e independente na velhice e, quarta idade a um período final de dependência em relação aos outros (STUART-HAMILTON, 2002). Corrobora com isso o fato de que pessoas de mais idade tendem a se julgar com declínio diante de um pensamento

intrusivo, ou seja, ficam emocionalmente mais afetadas que os mais jovens. (MAGEE; TEACHMAN, 2012).

No fator quatro (distúrbios do sono) é negativo, quanto mais velho menor valor no distúrbio do sono, mas não é significativo. Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre distúrbios do sono e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com saúde geral ($p=0,001$), número de doenças autorrelatadas e de sintomas ($p=0,001$) e stress psíquico ($p=0,01$). As demais variáveis não sofrem influência dos distúrbios no sono: quantidade de medicamentos ($p=0,06$), idade ($p=0,54$), pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,008$), desconfiança no próprio desempenho ($p=0,08$), distúrbios psicossomáticos ($p=0,14$), pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,39$) e desejo de morte ($p=0,64$).

Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação entre distúrbios psicossomáticos e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com saúde geral ($p=0,001$), desconfiança no próprio desempenho ($p=0,002$), pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,02$), número de doenças autorrelatadas, de sintomas e desejo de morte ($p=0,03$, igualmente). As demais variáveis não sofrem influência dos distúrbios psicossomáticos: distúrbio no sono ($p=0,14$), stress psíquico ($p=0,15$), idade ($p=0,25$), pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,36$) e quantidade de medicamentos ($p=0,37$).

Pela análise estatística do coeficiente alfa de Cronbach, pode-se chegar a valores entendidos como inadmissíveis (se inferior a 0,6), fraco (entre 0,6 e 0,7), razoável (entre 0,7 e 0,8), bom (entre 0,8 e 0,9) e de consistência instrumental muito boa (superior a 0,9). O instrumento encarregado pela variável desfecho (saúde geral), o Questionário de Saúde Geral-60, apresentou confiabilidade de 90%, ou seja, atingiu 0,9. Isso é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de

cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Isso significa que o instrumento utilizado apresenta dados confiáveis.

A fim de aprofundar essas questões do instrumento, fez-se uma análise fatorial em que se consideraram os 60 itens respondidos pelos idosos. E aí, o que interessa foram 19 itens que ficaram acima do valor de corte um no SPSS 18. Expõe-se que há uma interação entre eles, assim com a análise de Clusters, que organiza os indivíduos de forma a mostrar o quão são o mais semelhante possível entre si e diferenciados dos restantes, sem que seja necessário definir critérios que classificam os dados que integram determinado grupo. Essa análise resultou em vários pequenos grupos, ressaltando que os itens 11 (“tem acordado cedo -antes da hora- e não tem conseguido dormir de novo?”), 29 (“tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?”) E 30 (“tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades - tarefa ou trabalho?”) E são os que mais se diferenciam, ou seja, não têm muito a ver com nada. Assim, indica-se fortemente a retirada desses itens quando se aplicar o Questionário de Saúde Geral-60 em idosos do meio rural.

Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação stress psíquico e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 gerou-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com saúde geral ($p=0,001$), quantidade de medicamentos ($p=0,01$), desejo de morte ($p=0,05$), desconfiança no próprio desempenho ($p=0,02$), número de sintomas. Está correlacionada significativamente com a quantidade de doenças autorrelatadas ($p=0,03$). Assim, se evidencia o que o fato de que estar estressado psicologicamente é um fator de risco para desenvolver diabetes ainda na juventude. (MOMMERSTEEG et al., 2012), por exemplo. E stress psíquico influencia também distúrbios do sono ($p=0,01$). Essa influência entre stress e sono também é apresentada por idosos japoneses (TERAOKA et al., 2013). Também há relação com a pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,01$). Isso pode ser incrementado por estudo que mostra que perceber-se com estresse e sintomas depressivos é predito de queixas de memória (DOS

SANTOS et al., 2012). As demais variáveis não sofrem influência do stress psíquico: e idade ($p=0,79$), pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,71$) e distúrbios psicossomáticos ($p=0,15$). Logo, esse idoso do meio rural se percebe estressado psiquicamente quanto mais doenças ele relata e ingere mais medicação.

Tendo como hipótese nula o fato de que não existe correlação desejo de morte e as variáveis autorrelatas e indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 geraram-se valores no SPSS por testes estatístico de Spearman que mostram que essa variável tem correlação com distúrbios psicossomáticos ($p=0,03$), stress psíquico ($p=0,05$) e desconfiança no próprio desempenho ($p=0,05$). As demais variáveis não sofrem influência do desejo de morte: saúde geral ($p=0,006$), pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 ($p=0,15$), idade ($p=0,64$), distúrbios do sono ($p=0,64$), pontuação no Mini-Exame do Estado Mental ($p=0,70$), quantidade de medicamentos ($p=0,78$) e número de sintomas e de doenças autorrelatadas ($p=0,96$ igualmente). É reconhecendo a heterogeneidade, ou seja, a influência tanto do orgânico como do psicossocial, o que possibilita pensar estratégias (FECHINE; TROMPIERI, 2012). A serem pensadas com a equipe local. Assim, para o idoso do meio rural se autoperceber com desejo de morte, a idade, a quantidade de medicamentos e de doenças e sintomas autorrelatados não influenciam.

Estudos apontam que, quando for utilizado o Questionário de Saúde Geral-60, é importante focar em quantitativo de população como forma de conhecer mais as condições envolvidas (LIMA, 2009) e o número amostral implica nos resultados do trabalho. (RIGHETTO-DIAS; NUNES-BAPTISTA, 2009). Entretanto, o número de sujeitos definido não foi expressivo, pois também foi utilizada análise de conteúdo a partir das falas espontâneas trazidas pelos idosos do meio rural.

Notou-se aí, nessa parte anterior desse estudo, a tendência a quantificar para contemplar o objetivo geral a que se propõe. Desde quando se escolhe os sujeitos pela questão etária: ao se estabelecer a idade mínima de 60 anos não se levou em conta a construção social de velhice. Mas, se oportunizou ver no idoso (considerado na

legislação) diferentes facetas, ou seja, pessoas idade próximas e discursos diferenciados. Quando se utiliza apenas a parte cronológica para se tratar dos idosos, é em benefício da uniformização e se vai contra a ideia de considerar o todo e suas partes, já que não se leva em conta a interferência de outros fatores, como mentais e de saúde (SANTOS, 2003). Nota-se que a pessoa sofre imposições da sociedade em qualquer fase da vida (BEAOUVOIR, 1990). Entretanto, quando se foca no idoso, isso parece ser diferente. Afinal, ninguém envelhece da noite para o dia (STUART-HAMILTON, 2002). Não se pode negar que a ideia de velhice traz um sentido pejorativo de alguém inativo, improdutivo, que está ultrapassado e que precisa ser conservado com respeito; afirmativas comuns nos estudos feitos sobre idosos em diferentes momentos da história (BEAOUVOIR, 1990).

Houve diferenças no tocante a resultados de outra pesquisa, que dizem respeito tanto à diferença na amostra, como a de PASQUALI et al. (1996) que foi conveniência, ampla e homogênea, a de CARVALHO, ANDREOLI e JORGE (2011), que foi aleatória e heterogênea e essa foi estratificada e heterogênea. A exemplo da pesquisa de CARVALHO, ANDREOLI e JORGE (2011) o número amostral dessa pesquisa, por mais que foi estatisticamente pensado, faz evitar trazer esse resultado como conclusivo, entretanto é de importante auxílio nas evidências de ajustes do Questionário de Saúde Geral-60 pertinentes à população idosa. Conclui-se que, assim como CARVALHO, ANDREOLI; JORGE, (2011) conseguiram acumular mais dados para evidenciar a importância desse instrumento psicológico projetivo, para se (re) pensar a disponibilização favorável no SATEPSI com tais adaptações em idoso rurais.

Com esses resultados foi possível corroborar a carência de atenção na área da saúde. E constatou-se a relação de algumas variáveis aqui ressaltadas com as evidenciadas em outros estudos. Esses idosos do meio rural gaúcho se assemelham à população colombiana. Esta apresenta problemas severos de saúde e dificuldade de se trabalhar a saúde mental (GOMES MONTES; CURCIO, 2004). A limitação dessa pesquisa é observada em face de não comparação com idosos do meio urbano, sugestão que fica para as próximas pesquisas. Isso veio a corroborar sobre o bem-estar subjetivo

desse idoso. E mostra que a realidade com predomínio de problemas crônicos de saúde evidenciada por Morais, Rodrigues e Gerhardt (2008) tem relação com o bem-estar subjetivo. Nessa análise estatística foi possível perceber o que Tonezer (2009) constatou sobre a relação entre problemas crônicos de saúde ligados ao envelhecer e influenciam na capacidade de continuarem trabalhando, pois no Questionário de Saúde Geral estavam implícitas perguntas ligadas a isso e sempre enfocando a questão temporal: “28) Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres? 30) Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades? 7) Tem sido capaz de concentrar-se no que faz? 29) Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa? 22) Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres? 23) Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias? 37) Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?”. Ou seja, aqui mostrou que essa saúde geral, que inclui essa capacidade de trabalhar utilizando de suas capacidades físicas e mentais, piora quanto mais doenças esse idoso do meio rural autorrelata. Aqui não foi possível constatar explicitamente o que Tonezer (2009) concluiu de que esses idosos percebem a aposentadoria como algo que vem a somar nos seus rendimentos, empoderando a família e sendo o que ajuda a manter seus descendentes a permanecerem nesse meio. Mas, possibilita trazer implicitamente no que se refere à renda desses idosos. A maioria tem até três salários mínimos, e a maioria, durante a coleta de dados, ressaltava que se referia á dois salários oriundos de aposentadoria (se viúva ou sozinha uma aposentadoria era oriunda dessa pensão, e a outra por idade; ou dois salários referentes á aposentadoria de cada um dos cônjuges) e o outro salário oriundo da agricultura.

Teria que se fazer, mais uma vez reitera-se, um estudo comparativo com urbanos para constatar o dado português de Tavares (2012) sobre a diferença na percepção da mudança e identidade reforçada pelas perdas na saúde física. Aqui nesse estudo constata-se essa percepção do idoso perdendo saúde geral, sim, ou seja, não somente a física, mas a mental. Nesse estudo não foi estudado a interferência externa própria do meio rural a fim de corroborar ou não o que E. F. da Silva et al. (2013) constatou sobre

a associação entre doenças e sintomas relatados e uso de agrotóxicos. Isso seria uma variável importante a ser acrescentada no protocolo de pesquisa.

Os dados que mostram as características dessa amostra de idosos rurais fazem pensar tanto na relação meio e hábitos (fumar, ingerir álcool, utilizar serviços psicológicos, etc.) como também que enquanto profissionais equipe de saúde na atenção básica, o psicólogo precisa realizar mais intervenções no sentido de se aproximar dessa população com práticas não centradas na clínica individual, como era a única forma desse profissional intervir, no momento da coleta desses dados no local. Uma das limitações dessa produção diz respeito ao que caracteriza estudos com sintomas autorreferidos: podem ter sido subestimados pelos sujeitos.

Assim, contemplou-se o objetivo desse capítulo quanto a caracterizar as relações existentes na autopercepção desse idoso do meio rural, em que se evidenciou dados importantes. Um deles é que se percebe estressado psiquicamente quanto mais doenças ele relata e ingere mais medicação. Entretanto tais variáveis (quantidade de medicamentos e de doenças e sintomas autorrelatados) e a idade não influenciam para ele se autoperceber com desejo de morte. Além disso, ele se percebe com desconfiança no próprio desempenho quanto mais idade ele tiver, mais depressivo ele estiver, relatando mais sintomas e doenças e ingerindo mais medicações. Como forma de continuar caracterizando e investigando a autopercepção desse idoso, percebeu-se a necessidade de um olhar mais qualitativo, não tão burocrático e estatístico como aqui colocado. E isso foi possível quando se valorizou as falas espontâneas trazidas por eles, assunto do próximo capítulo.

CAPÍTULO 3: UM OLHAR ALÉM DOS NÚMEROS

Há de se olhar para a velhice a partir do entendimento do contexto em que o idoso vive. Assim, esse capítulo se baseia numa tentativa de trazer a teoria contextualizada em cada realidade. Isso é preciso a fim de que se cuide do sujeito; senão, há o risco de se deixar de lado a compreensão humana e esquecer-se de que o homem é complexo e apresenta bipolaridades (MORIN, 2001). Sabe-se que o perigo de acontecer uma visão reducionista ao se falar em envelhecer é grande (NERI, 2006). Pois, entende-se que a verdade não está escondida, afinal, além de olhar para os problemas humanos através do científico é preciso reconhecer as limitações de cada verdade (MORIN, 2003, p. 19). No próprio conceito de saúde há esse risco. Acredita-se que, de encontro à ideia utópica da Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde pública também é valorizar o que ‘vem de dentro da pessoa’, a parte psicológica (SEGRE; FERRAZ, 1997) assim como o bem-estar espiritual (MARQUES, 2003). Ou seja, o processo saúde-doença atinge a totalidade da pessoa e não só o corpo (JUNGES, 2006). É essa ideia de processo que permeia a forma com que o idoso vai se percebendo por si e pelos demais, vai se entrecruzando olhares e construindo seu conceito de velhice, que passa a ser, então, ‘várias velhices’(ALTMAN, 2011).

No final da década de 70 segmentos da área da saúde e da sociedade deram início ao “Movimento Sanitário”, que entende saúde-doença como um processo que utiliza o princípio da recursividade da teoria da complexidade, enfatizando a integralidade e alterando as práticas em saúde (BEDIN; SCARPARO, 2011). E, a utilização da metodologia qualitativa foi efetiva em identificar fatores sociais que permitem melhor compreensão da autopercepção da saúde bucal entre idosos (HAIKAL et al., 2011).

Se o papel da estatística aqui foi reducionista, vale repensar. Ela cumpriu seu papel de trabalhar valores numa ótica, fato que por si só não é suficiente para compreendermos melhor a realidade (MORIN, 2003a). Assim, entende-se que há questões ainda a serem analisadas. A ciência é ambivalente, ou seja, faz pensar na modernidade como tendo dois lados (MORIN, 2001). É esse outro lado que se pretende

mostrar aqui: o discurso do idoso, assim como ele o traz, de forma espontânea, sem fazer parte do protocolo de pesquisa. Todas as falas e dados colocados nesse capítulo não foram perguntados pela pesquisadora e sim, foram trazidas pelo idoso, individualmente, ao longo do período da entrevista. Os resultados apontam para corroborar a ideia da necessidade atual de mudar a forma de se pensar e de trabalhar dos profissionais que lidam com idosos (SANTOS, 2003). Por isso, contempla-se aqui a necessidade de um caráter qualitativo utilizando falas espontâneas trazidas pelos idosos². Esse caráter utilizado para estudar autopercepção de saúde tem se mostrado possível.

Faz-se importante colocar aqui a teoria da complexidade na tentativa de não mutilar a realidade e dar visibilidade às incertezas expostas nesse estudo assim como ambiguidades e contradições, que quando são trazidas à tona compreende-se de forma mais ampla ainda o fenômeno estudado. Isso se faz na tentativa de clarear sobre as questões, experiências e temática do sofrer que são trazidas, facilitando o entendimento do foco de trabalho (SANTIN; BETTINELLI, 2010). Por isso, se considera a integralidade, que é pensar a saúde como algo complexo: sem homogeneidade e com valorização de cada parte que a compõe e as relações entre essas partes (BEDIN; SCARPARO, 2011).

Assim, os resultados objetivos aqui são misturados com os subjetivos levantados pelos idosos do meio rural. As falas foram eleitas tanto por frequência (quando vários sujeitos repetiram o conteúdo) como por falas singulares. A autopercepção sobre saúde

² A identificação dos sujeitos restringiu-se ao sexo (F=feminino e M= masculino) e idade (identificações bem gerais) a fim de garantir o sigilo sobre a identidade, pois esse material será colocado à disposição da Secretaria de Saúde local a fim de auxiliar no planejamento de políticas públicas.

geral desses idosos do meio rural aqui é trazida tendo alguns dados objetivos como norteadores, como as questões sociodemográficas (que foram discutidas no primeiro capítulo) e as questões relativas a sintomas, doenças e uso de medicação autorrelatados assim como os pilares que formam a saúde geral (desconfiança no próprio desempenho, estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios do sono e psicossomáticos – trazidos no capítulo dois). As falas que seguem trazem a rica diversidade da complexidade da autopercepção em saúde geral do idoso do meio rural, que contempla fatores físicos, mentais e espirituais.

Há relatos que vão de encontro ao resultado objetivo de que a cada década de vida tende-se a aumentar a desconfiança no próprio desempenho, principalmente nos idosos da faixa dos 70 anos:

(...) eu puxava milho nas costas direto (...) [F, 72 anos].

(...) eu gostava de ir à roça, agora não posso (...) me sinto mais cansada porque a velhice já tá batendo! [F, 68 anos]

(...) se não tem paciência não se arruma nada (...) saio tratar os porco e as galinha, sempre fui assim, eu que cuido de tudo (...) venho aqui na cidade com o bloco (de produtor, que contém as nota fiscais de vendas de produtos), vendo a soja, faço os negócio, me viro (...)

 [F, 72 anos].

(...) hoje não é mais a mesma coisa, tô com falta de juízo até (ri) (...) perdi a carteira de identidade quando fui na cidade, depois pra consegui outra foi difícil, por isso não trouxe (trouxe) hoje (...) a nora queria se matar, botei a corda e disse 'então, se mata' mas com a faca perto, vai que ela se matasse mesmo daí eu cortava, que coisa! E a gente tem que passar por tudo isso ainda (...)

 [M, 74 anos].

Nessa fala, traz-se o simbólico ('perdi identidade') como formas de se adaptar à nova fase. Também se mostra ali influencia das leis a que o ser vivo se submete: do desequilíbrio e do dinamismo estabilizado (MORIN, 2003, p. 32). Continuando:

(...) eu sempre tive o apelido de 'velho', todo mundo me conhece por esse nome, e não pelo meu nome da identidade, aí quando me chamam fico quieto, fazer o quê? (...) [M, 76 anos]

(...) cheio, cheio de energia, não, tá menos que antes (...) não bebo só quando não tem cachaça em casa (ri), quando tem eu tomo, sim (...) tendo vontade de trabalho a gente não perde a confiança na gente (...) não tem como voltar atrás, temo que erguer a cabeça e seguir (...) eu to sempre me ocupando, eu to um dia aqui, outro lá (...) [M, 69 anos].

Aqui se evidencia o quanto a variável desconfiança no próprio desempenho torna a autopercepção positiva ou negativa. Com as pessoas que estão com mais idade a percepção positiva também perpassa pela boa saúde, acrescentada da preocupação com a autonomia e comprometimento cognitivo, ou seja, tem aí relação forte desde com a rede de apoio social e também com a independência econômica e física (PINO; RICOY; PORTELA, 2009). Aliado a isso, confiar no próprio desempenho é visto como condição:

(...) imagino um velho com saúde, se alimentar e se lavar, senão não é vida (...) [M, 61 anos].

E relatos que vão ao encontro quando se fala que idosos do meio rural na faixa dos 60 e 80 ou mais não tendem a aumentar a desconfiança no próprio desempenho e piora na saúde geral:

(...) eu não sou criança, não to caduca, eu é que sei a minha necessidade (...) [F, 66 anos].

(...) a gente tá indo cada vez mais pra frente, tendo as coisa, isso me anima, eu digo pra muié 'não temo com que se preocupá, os fio (filhos) que tão casado tão bem', em casa tão só os soltero (solteiros) [M, 63 anos].

(...) tô na lavoura até hoje (...) mas, os outros lá trabalhando e a gente lá deitado fica ridículo (...) [M, 84 anos].

Nessa fala abaixo o desempenho também está ligado ao fazer do meio rural:

(...) trabalhei a maior parte da minha vida na agricultura (...) saio todo dia, moro sozinha e me viro, porque pagar uma faxineira, daí eu vou fazer o quê? (...) [F, 68 anos]

(...) bah! Tá chovendo e aquela lenha que deixei lá, que ontem cortei, vai molhar tudo (levas as mãos ao rosto) (...) [F, 72 anos].

E o bom humor auxilia nisso:

(...) na média eu cuidava 500 cabeças de gado, daí agora tô cuidando só umas quatro, cinco (ri) [M, 84 anos].

E também se identificou ideias associadas ao meio (rural e urbano). Isso faz pensar na constituição do erro/ilusão, que é pensar que sua própria ideia é uma realidade (MORIN, 2001):

(...) eu não, não paro, parar não é bom, que nem minha mãe: veio pra cidade e se acomodou a fraqueza bateu (...) [M, 61 anos].

Continuando a ideia do fazer no meio rural:

“planto milho e batatinha até hoje, sempre gostei de trabalhar na terra, se é pra escolher entre o serviço de dentro de casa e lá fora na terra, eu escolho na terra, gosto de puxar uma enxada (...) tempo a gente tira, daí dei um jeito de vir aqui quando me convidaram (...) isso faço muito: ir nos bailes de terceira idade (...) a gente trabalhava demais, e homem incomoda, filho incomodava aí me dava enxaqueca, hoje não incomodam mais, a vida ensina, hoje passo por cima dessas coisa (...) quando a filha tá preocupada, ela me liga (...) hoje já não sou mais ligeira também (...) tenho faxineira (...) [F, 66 anos].

(...) eu pegava no arado, lavrei muito, derrubava mato, hoje é pouca coisa que faço, é só tirar leite, plantar verdura, mandioca, essas coisa (...) gosto de crochê e tricô, tive que parar por causa da dor no braço (...) eu penso que tudo o que é pra ser pra mim eu vou passar (...) [F, 65 anos].

Aqui a idosa rural traz a ideia de confiar no próprio desempenho por prazer no que faz, assim, o trabalho tem sentido peculiar nesse contexto. O idoso do meio rural continua levando-o como integrante de sua vida, mesmo quando por lazer (PINO, RICOY e PORTELA, 2009).

(...) acordo às 04h00min da manhã, chega esse horário já me acordo devereda, daí já faço fogo e o chimarrão (...) [M, 63 anos].

(...) eu gosto de tá na horta, cuidando das verdura (...) [M, 61 anos].

Isso faz pensar no prazer aliado ao envelhecer no meio rural já constatado por Cícero na sociedade romana. Pichler e Diehl (2013) citam escritas desse romano que incentivava a realização de atividades agrícolas em idade avançada. Isso é corroborado pelas demais falas que seguem:

(...) eu vou lá, dou pasto pra porca (...) que cansa! Depois do meio-dia costume sestiá (...) sempre me lembro dos bicho, se tão com água, não podem viver sem cuidado (...) gostava muito de trabalhar, mas não posso mais, agora tô são, mas gosto de lidar com os bicho, com as galinha..., não consigo ficar dentro de casa, não me sinto bem, tenho que caminhar (...) [M, 74 anos].

(...) sim, gasto mais tempo, ainda mais nos canteiro de flor, é por prazer mesmo, gasto tempo com coisas que eu nunca tinha feito, faço brinquedo pros neto (...) [M, 64 anos].

Nota-se aí o quanto confiar no próprio desempenho é complexo, pois traz a gama de atividades diversas que são realizadas e ligadas ao macrossistema que auxiliam a adequar-se á falta de tecnologia e incertezas do meio. Isso faz o sujeito incorporar um manejo de diferentes saberes (GEMMA; TERESO; ABRAHÃO, 2010). Outra fala nesse sentido:

(...) o meu serviço agora é jogar canastra (ri) (...) aquela época fome não se passava, dinheiro era só se vendia um porco, daí fui trabalhar por dia pros outro (...) [M, 75 anos].

Isso é corroborado em outro estudo. Quando se pesquisou 147 idosos do meio rural entre 65 e 90 anos através da história de vida deles, notou-se que a qualidade de vida reflete no conciliamento entre as atividades da lavoura (do campo) e as atividades de lazer, como costura (entre as mulheres) e jogos de cartas e a programação desportiva da televisão (entre os homens) enquanto defrontam-se, positivamente, com a deterioração da saúde (PINO; RICOY; PORTELA, 2009).

E o simbólico continua aqui presente também:

(...) eu gosto de cuidar bem ao redor de casa, foi lá que eu criei sete filhos, sem dar uma varada neles, sem nada disso (...) [F, 65 anos].

Isso mostra a concepção de cada um, por exemplo, diante do educar os filhos. Vê-se aí uma mudança de paradigma num contexto onde para se educar era preciso punir com agressões (conforme outras falas que são trazidas no decorrer do texto). Mudança é algo a ser considerado, pois isso interfere na forma com que o idoso concebe de sua doença e de seu autoconhecimento assim como do que precisa e do que busca (HAMMER SCHIMIDT et al., 2013). E essa mudança aparece de outras formas:

(...) não é todo fim de semana que vou, mas sempre que tem baile eu vou (ri) (...) antes não tinha muito tempo de ficar conversando, agora, sim, quando casei tinha que cuidar da casa, sempre faltando as coisa, agora tudo o que quero, eu tenho, não posso me queixar (...) eu sempre costurava: uma calça deixei pela metade, porque tem outra calça, daí não precisa mais (ri) (...) [F, 74 anos].

(...) agora as netas me pinta (...) [F, 70 anos].

(...) esses dias carniamo um porco aí fiquei tão cansada que nem queria comer, ainda que a gente não tava sozinho, os vizinho tavam ajudando (...) a gente sai e esquece de parar de bater papo (...) [F, 68 anos].

(...) vou falar um pouco mais dos meu netos agora... [F, 68 anos]

Tem-se aqui a mudança do papel do social na vida desses idosos ruais e o uso que se faz da sua linguagem. Isso vem para ‘compensar’ e tornar a desconfiança no próprio desempenho menos dolorido. Ou não:

(...) eu lidava muito com o povo, fazia feira e agora não posso mais, sinto muita falta (...) ia uma vez por semana (na feira na cidade), agora a nora e o filho fazem as entregas de caminhão (...) eu era muito conversadeira e agora me sinto só, meu marido não fala, a nora não se dá com o marido daí não vem lá em casa, ela não entende a

doença dele, daí meu passatempo é fazer crochê, a gente fica muito só, choro muito por causa disso (...) faço fuxico (um tipo de artesanato) e agora inventei de fazer crochê pra cortina e pro sofá (ri) ele fica só na televisão, e se conversa, conversa errado (...) [F, 63 anos].

Nota-se aí o impacto da doença na rede social dessa idosa: nesse caso, o marido apresenta Alzheimer, e aqui se denota a ausência do meio social que na fala anterior ‘compensava’. E nesse meio, tanto parte como todo, estão um no outro, sendo este o princípio de holograma da teoria da complexidade (MORIN, 2007). Assim, atenta-se para a influência da pessoa nessa fase da velhice, em que confiar ou não no seu próprio desempenho pode ser algo de personalidade presente em outras fases vitais:

(...) eu sempre fui muito vagarosa pra fazer o serviço, mas faço tudo, lavo roupa, passo pano, moro sozinha então tem que ser eu mesmo (ri) o namorado vai no final de semana, daí tem mais um motivo de fazer as coisa, de esperar ele (...) [F, 74 anos].

Já que cada um produz e sofre as produções da cultura em que vive atenta-se para a questão de linguagem e interferência cultural, como o fato de se sentirem mais ou menos falantes. Assim, apresenta-se o que é único e o que é diverso na pessoa humana, ou seja, interdependentes já que cada um tem uma parte do cosmos, fazendo parte do todo (MORIN, 2001). Nesse sentido, um termo que está no Questionário de Saúde Geral-60 é ‘como de costume’ e que nessa população não se apresentou oportuno, pois a cultura dos entrevistados aponta para entender isso como ‘um hábito que tem que ser incorporado’, passa por um julgamento de valor, aí na aplicação tinha-se que repetir a compreensão correta do termo no instrumento.

Outro exemplo da influência de cada parte do todo na questão de relações familiares:

(...) não sinto a vida vazia, tem os netos, é um amor, o filho e o neto foram caçar daí deixei a mãe na cama e fui cuidar dos (outros) netos, damo tanta risada juntos, tem um que tem 3 anos, é uma espoleta, eu dizia ‘não dorme com os sapatos’, mas ela é danada, ela dorme assim, me divirto com ela (...) a gente não tem que pensar coisa ruim, só coisa boa (...) porque se a gente fica sozinha é pior, daí tem que se

dar bem com os outros, tem que relevar, não tem escolha (...) conversa comigo é pouca e rápida (...) [F, 72 anos].

E, automaticamente, apresenta-se o quanto a variável desconfiança no próprio desempenho está ligada ao cuidado recíproco, não apontado na análise quantitativa:

(...) eu digo, enquanto eu tiver vivo, eu vou cuidar dele (...) [M, 69 anos].

(...) cuido do meu netinho, ele é danado, às vezes perco a paciência, mas é muito inteligente, tem quatro anos, nem sabe ler, mas só pelos números ele liga e mexe no DVD (sorri) (...) [F, 66 anos].

(...) agora tem que cuidar mais dele (neto), às vezes vou lá, ele fica olhando meu óculos, até quando tiro os óculos ele pára de me olhar, ele se engraça nos meus óculos (ri) (...) só que todo mundo trabalha, não dá pra ir visitar (...) [F, 68 anos].

E nessa esfera do cuidar, as falas nesse sentido são permeadas também no que se refere a si mesmo e o quanto essa (des) confiança no próprio desempenho permite o idoso desengajar ou não:

(...) hoje já marquei pra ir num chá e sábado num baile da terceira idade, chegamo de noite em casa, mas ninguém agora tem criança pra cuidar ou leite pra tirar (...) [F, 68 anos].

(...) eu me virava, lavrando, fazia de tudo, tudo o que o pai fazia eu também fazia (...) agora eu faço o que pode, o jeito é ir deixando de lado (...) [F, 66 anos].

(...) dentro do meu rancho é eu que mando (...) comecei a trabalhar atrás do arado, lavrando (...) [M, 63 anos].

(...) o que eu tenho que cuidar? Primeiro lugar, a saúde, em segundo lugar, a convivência em sociedade, a gente tá brincando, um disfarce da vida, e terceiro lugar, o crédito neh, todo mundo tem que se dá, eu até não era de ir, mas vou agora nos baile da terceira idade é um disfarce da vida, eu vou ih! Em casa cuido da criação, umas galinha, eu sempre gostei, agora pra mim deixar desse serviço eu não gosto, não posso (...) [M, 82 anos].

(...) agora eu faço o que pode, o jeito é ir deixando de lado (...) [F, 72 anos].

E nisso, voltar a memória para os tempos de outrem parece dizer ‘eu hoje não confio no meu desempenho, mas já confiei muito’:

(...) nessa idade que eu tô, pois eu tava trabalhando na lavoura, mas depois que eu fiz a cirurgia daí arrendei as terra e parei (...) eu chegava da lavoura, cansado, pegava os fio no colo, não sobrava lugar nas perna daí vinha outros no pescoço (ri) [M, 82anos].

E aqui aparece outra forma de mudança, supracitada. É no mudar a forma de olhar para seu desempenho, fato que favoreceria a confiança no mesmo. Mudando a forma de olhar para a realidade através das formas de interagir e cuidar é possível envelhecer com autonomia (HAMMER SCHIMIDT et al., 2013). Vale ressaltar que uma das coisas que ficou mais proeminente nessa questão é de que o que pode parecer falta de confiança no outro (que é trazido em várias falas) por outro lado também deixa implícito, quando se tem um olhar além do discurso, o quanto cuidando do outro é que esse idoso se sente cuidado. E essa mesmo que essa relação com o cuidar soe como dependência:

(...) eu até pareço uma criança ‘que roupas vou colocar hoje?’ eu peço pra ela (esposa) (ri) (...) [M, 75 anos].

E falar dessas formas de cuidar vão acionar lembranças espontaneamente. Faz parte desse sujeito não só a razão, mas as emoções evocadas pelas recordações e lembranças que constituem seu discurso (MORIN, 1973, p. 133):

Tive a minha filha (cuidadora) na beira do rio, foi a coisa melhor! Eu tava lavando roupa, aí começou as dores (...) antes nós fazia caminhada, bem cedinho, agora relaxamo (...) às vezes eu corro atrás dela (da filha cuidadora), dançamo dentro de casa (...) [F, 72 anos].

Nessa fala também vem a questão de práticas de saúde que apresentam dificuldades de serem aderidas. Entretanto, está se falando aí a ecobiologia moriniana,

faz parte do idoso do meio rural se reconhecer assim, sempre caminhando e com tarefas a criar e isso passa a ser mais um dos fatores identitários dessa população. Talvez porque as entendam como incertas? São essas incertezas que tornam tudo complexo, por isso da importância de se utilizar isso na educação (MORIN, 2001):

(...) eu assisto TV, lá explica tudo essas coisa, eu penso assim, é difícil eu sair de casa (...) prefiro ficar em casa tomando meu chimarrão, cuidando dos meus bichinho (...) [F, 62 anos].

Vale ressaltar que os dados objetivos mostram que apenas cinco fumavam e foram classificados como dependente isso equivale a 12,5% da amostra. Aqui está uma das falas:

(...) aí vinha os mosquito tudo na cara, daí eu roubava o fumo do meu pai e comecei a fumar, só consegui para um ano, mais que isso, não tenho que parar porque tudo o que a gente enxerga na televisão, que dá câncer, quando eu pego um cigarro a minha neta de 7 anos diz 'mais um prego no caixão' (ri) e é verdade mesmo (...) [M, 63 anos].

E diante dessas incertezas, há de se adaptar. Uma forma de isso acontecer é aumentando a flexibilidade frente às limitações (BATISTONI, 2009), inclusive cotidianas:

(...) uma vez eu fui pro médico porque tava enxergando pouco, aí ele fez os testes e tal, e disse 'o senhor tá enxergando pouco mesmo, mas também pela sua idade' uma pessoa nessa idade não ia enxergar o mesmo que enxergava antes ne, aí eu fiquei conformado com ele ne porque, olha, eu leio umas letrinhas miúdas assim até sem óculos então eu tô bem, não tô com catarata como a médica disse (...) eu disse pra ela 'eu vim aqui pra ver porque tem essas água nos zóio (olhos) neh ela disse 'o senhor tem catarata', eu disse não tenho catarata nenhuma, só tenho água nos zóio (...) eles até se admiram e dizem 'a tua pressão tá que nem de jovem', aquela da diabete também, vim aqui e fiz e não deu nada de diabete (...) desde um arame assim, uma picadinha corre sangue daí eu digo 'vai vê que é o remédio que tá afinando o sangue' (...) (ri) [M, 84 anos].

(...) da última vez que caí, bati no volante do trator, o pé de pato (equipamento do trator) bateu no toco e caí daí o médico me disse 'isso não foi o trator, isso foi um troço que deu no teu coração', isso foi há uns dois ano (...) e ainda tenho câncer de pele, passo remédio, mas daí ataca as vista, sai água (...) mas o médico me disse 'tu não pode pegar sol, o sol pro senhor é um veneno', daí eu passo esse negócio na cara [M, 84 anos].

E por falar em trator, o desempenho no meio rural também sofre influências dessa tecnologia, que pode vir tanto para ‘compensar’ como pra acirrar a desconfiança no próprio desempenho. E com o desenvolvimento das civilizações a perda de autoridade pode acometer o idoso (MORIN, 2000b). E, principalmente, no trabalho:

(...) nas antigas eu não era como hoje, não se usava veneno, hoje não se lavra mais, no meu tempo era diferente, hoje tá bem melhor ih! (exclama) (...) plantamo tudo a muche (músculos, força), eu nem conhecia o que era trator (...) [M, 74 anos].

Isso faz pensar numa das consequências insuspeitas, a inanição da inovação, que acontece quando quanto mais se muda, mais tudo permanece igual (MORIN, 2001). Ou quando essa tecnologia não questiona mais a confiança no próprio o desempenho, e sim no desenvolvimento de habilidade em utilizar desses recursos:

(...) quando eu lavrava, gradeava e semeava, hoje tem o trator pequeno, tem que cuidar só o que vai colocar na máquina, as coisas mudaram [M, 61 anos].

Diante disso aponta-se para não abandonar o progresso, mas reconhecer suas incertezas e fragilidades (MORIN, 2001) também.

(...) a gente se culpa, o neto perdeu o dedo no trator, tava descarregando cilagem, botou o pé na máquina, me culpo por isso, botei até no nome dele (neto) minhas coisa porque ele me cuidou, fiz a promessa quando eu tava lá fora (no hospital) (...) [M, 74 anos].

Diante dessa complexidade, o idoso do meio rural é convidado a lidar com tais incertezas:

(...) antes eu tinha lampião, hoje tem luz elétrica e água encanada, por isso não vou pra cidade, tem sombra no verão, tem lenha pra queimar no inverno (ri) (...) na agricultura, tu levanta a hora que tu quer e trabalha quando quer também (...) [M, 61 anos].

Aqui se evidencia o quanto para o agricultor, estar diante da diversidade também é reatar interação e complementar-se com relacionamentos que oscilam entre ordem e desordem, ou seja, por vezes se desequilibrando para buscar o equilíbrio (GEMMA; TERESO; ABRAHÃO, 2010). Ou seja, evoluir é desorganizar o sistema, reorganizando-o (MORIN, 2001, p. 82), como mostra também nessa fala:

(...) eu trabalhava como louca (...) mais do que tô fazendo não vai dar, tô bem, tenho a aposentadoria [F, 64 anos].

Assim, o idoso é um ser do seu espaço e do seu tempo (SANTOS, 2003). Ali vem o encontro do ontem com o hoje. E, aquilo que se acreditava há anos, agora não é visto como verdadeiro, exigindo que não se fique às cegas do conhecimento, mas que antes de se atribuir uma verdade se olhe para todos os lados (diferentes versões) (MORIN, 2001). Esse aspecto de mudança propiciado pela tecnologia acaba influenciando também o deslocamento até os serviços:

(...) antes a gente vivia mais isolado, não tinha condução (...) [M, 61 anos].

Quanto a esse aspecto, percebe-se que os idosos trazem essa ideia de isolamento que se pode ver não como algo negativo, mas como um hobby, sentem-se bem de estarem em suas propriedades, mesmo que distante geograficamente de outros vizinhos, como algumas falas trazidas. Em termos de distância geográfica para os idosos do meio rural vale lembrar que essa estratégia de busca de resolução das demandas em saúde mental está no papel (quando o Ministério da Saúde orienta a proximidade das unidades da atenção primária) e facilita a vinculação entre usuário e serviço (BEDIN; SCARPARO, 2011, p. 202).

(...) eu gostava de morar num lugar que tivesse vizinhos, moramos para fora (distante, longe), lidamo com verdura, só com verdura, só em casa, eu não posso sair, esse é um sonho que gostaria de ter e não posso realizar (...) [F, 65 anos].

(...) agora é só eu e ela (vizinha amiga) aí ela diz 'vem aqui senão ninguém vem me visitar' (...) [F, 67 anos].

Falas como essa que segue mostra que aliado ao não aumento de desconfiança no próprio desempenho está a utilização dos direitos. Assim, quando se remete a cuidado gerontológico, precisa-se de vários atores da rede, a fim de que os direitos humanos não envelheçam junto (SANTIN;BETTINELLI, 2010).

(...) então eu não posso ir no sol (tem câncer de pele), mas mesmo assim, que nem venho aqui (posto de saúde) e tem que ficar sentado até às 11 da manhã aí pra ficar pronto, daí o sol tá quente, daí tá cheio de gente da cidade, eu acho que esse pessoal da vila aqui devia vim mais tarde, não, eles vem mais cedo, tomam o lugar da gente, aí a gente fica por último, aí eu sou de dizer as coisas, cheguei ali e disse 'olha, lá em Passo Fundo, eu cheguei lá e tinha uma fila mais ou menos lá do outro lado da rua e a mulher me disse pra ir lá na frente porque o senhor é o primeiro a ser chamado, porque uma pessoa velha assim não dá pra ficar assim (depois dos 60 é um direito) sim, imagine, então depois dos 80 (ri) fui lá fui atendido, tranquilo, aqui tem que ficar parado, esperar o pessoal tudo passar no médico, aí falei pra elas isso, mas continua igual (...) (se despede e diz algo em alemão, peço o que significa, e ele diz que é 'obrigado') [M, 84 anos].

Aqui vale o que se defende de que é exercendo a liberdade individual e a responsabilidade que se é possível a democracia, e o critério da 'ditadura da maioria sobre as minorias' (MORIN, 2001) aqui não é o válido. A forma com que se atende hoje à área mental da pessoa, e isso inclui sempre o idoso, sofre influências de como o Sistema Único de Saúde foi contextualizado e construído historicamente (BEDIN; SCARPARO, 2011, p. 204).

Entretanto, para outros, essa distância geográfica não é impedimento para o lazer:

(...) daí ela me faz tudo lá dentro de casa (...) não digo coisas... Por medo de fofoca, por isso não saio muito nos vizinho de perto, e sim em bailes (...) [F, 66 anos].

(...) fico por casa no fim de semana porque sei que meus filhos vão ir lá em casa (...) [M, 66 anos].

(...) nós temo uns cinco, seis jogador de canastra, um conta um causo, outro, outro causo, e assim passa o dia, é quase todo dia assim, de um

lado da casa tem uma área grande e ali a gente fica, às vezes passa uma bonitona e a gente fica 'aquela é minha', e nos fim ninguém fica com ela, só o marido dela (ri) (...) [M, 68anos].

Esse fator também interfere na questão de falta de segurança. Pois, nas falas desses idosos do meio rural que moram distante dos centros fica evidenciada, fazendo com que eles desconfiem ainda mais de seu desempenho, ainda mais quando o trabalho se apresenta como um valor maior:

(...) tudo vem honestamente trabalhando, eu não tinha nada, faz um mês me roubaram uma vaca, daí se eu tivesse visto eu teria atirado e matado, aí ia arrumar mais um problema, é assim que funciona, o que me preocupa é a saúde e a falsidade das pessoas, e também as autoridades, no caso, a polícia é fraca, desse jeito vai ficar pouca gente no interior (...) [M, 61 anos].

As questões relativas a confiar no próprio desempenho trazem fatores sociodemográficos a serem olhadas. Uma que foi reforçada diz respeito à escolaridade:

(...) quando saí do colégio o pai me mandou numa professora, de dois em dois dia eu ia lá, aí aprendi, sei me defender, hoje tem calculadora, já não é mais como antes, né (...) [M, 82 anos].

(...) o colono aqui só sabe escrever o nome, e ainda só quando tem que ir no banco assinar um contrato (...) [M, 61 anos].

(...) meu pai fazia contas pra venda do milho, os vizinho pediam ajuda dele na matemática, daí eu fui aprendendo com ele (ri) (...) [M, 61 anos].

Isso mostra a forma de construir seu conhecimento. Fazendo, assim o que a teoria complexa defende: o conhecimento é uma constante organização, ilustrando a educação construtivista à que esses idosos do meio rural foram submetidos. Aqui fez pensar em alguns princípios da teoria da complexidade como o da incerteza, em que pelo processo cérebro-mental há a construção e reconstrução do conhecimento (MORIN, 2001). A apesar disso pensa-se em outro resultado objetivo apresentado que

se refere ao fato de que quanto mais idade, menor é a pontuação no Mini Exame do Estado Mental pela relação direta entre essa pontuação e a escolaridade:

(...) meu pai trabalhava que nem louco, a gente tinha que trabalhar junto, aí a gente ficou pra trás (quando questionada sobre a escolaridade) (...) [F, 89 anos].

(...) quando nós era criança, de manhã ia na aula, mas só fui um mês (...) [M, 72 anos].

(...) aula, eu faltava muitos dias porque o pai precisava que ajudasse na roça (...) [M, 75 anos].

(...) nós era 60 aluno, daí dei aula pro primeiro ano, o professor surrava todo dia os aluno, daí comigo eles aprenderam sem eu precisá bater, aí um dia briguei com o professor e ele me bateu também, eu disse pra ele que ele batia demais, e aí me defendi, disse 'chega' (...) [M, 69 anos].

(...) naquela época eu queria estudar, mas tive que ficar na lavoura e batalhar (...) [F, 65 anos].

Vale lembrar que o Mini Exame do Estado Mental tem correlação com pontuação no GDS-15 ($p=0,025$). Ou seja, os sintomas depressivos estão ali implícitos, principalmente por referirem pensamentos de conteúdos relativos a perdas e privações com essa condição (baixa escolaridade). Outras falas remetem a tais sintomas de outras condições:

(...) às vezes, me dá uma coisa que nem sei o que é não e dor, mas é uma coisa que me judia, ontem não conseguia nem terminar de fazer a comida, nem doutor não acha o que é (e a senhora, acha que é o quê?) acho que é fraqueza... Não tô nem aí com o outros, o que fazem já não me interessa mais, me sinto quase vazia, não sei por que é isso (...) (F, 72anos).

Vale lembrar que 22,5% (9) dessa amostra apresentaram depressão, dado que é corroborado por falas assim:

(...) e me deu depressão (...) os netos moravam comigo e foram embora, daí comecei a sair e a se divertir e a me ajudar [F, 67 anos].

(...) acontece muita coisa, a gente se preocupa, com os bisneto (...) [F, 64 anos].

Nesse sentido, Beavoir (1990) coloca o quanto a velhice é complexa e não é questão de eliminar o conflito, mas de utilizá-lo como importante para reorganizar e trazer mudança. Percebe-se que esses conflitos, trazidos em queixas depressivas, apresentam-se como aliados na reorganização da ordem.

(...) às vezes, fico sem esperança, não é sempre que amanheço tudo de bom... Daí busco (esperança) em casa, na família (.) [F, 63 anos].

Nesse sentido, na fala a seguir, o desempenho está ligado à aposentadoria:

(...) não consegui me aposentar porque não tinha bloco de produtor (...) [M, 65 anos].

Vale ressaltar que esses idosos do meio rural enfrentaram um período histórico, após anos 60, que respinga nas suas histórias de vida. Em pleno governo militar reforçou-se a ideia de prestar assistência aos trabalhadores formais focando na recuperação e reabilitação de doenças (BEDIN; SCARPARO, 2011) não contemplando o agricultor.

Esses aspectos, tanto os já colocados como os que permeiam essa parte subjetiva, fazem olhar para as incertezas que se apresentam no decorrer dessa escrita, e nesse momento, diante da variável em questão (desconfiança no próprio desempenho) e seus resultados objetivos. Pois, esse parece ser um risco a ser previsto nessa pesquisa já que as decisões devem prever o risco do erro (MORIN, 2001). Aqui estão alguns resultados objetivos a ser reconsiderado diante dessa realidade subjetiva.

Por questões de gênero há resultados objetivos que são corroborados pelas falas. A proposição de que o idoso do meio rural apresenta mais desconfiança no próprio desempenho que a idosa rural (lembrando que não é uma relação significativa, estatisticamente, de variáveis) pode ser ilustrada nessa fala:

(...) às vezes, pareço um passarinho sem dono e fico ruim da cara (...) meu marido, nós se separamos era muita cachaça, eu não me agradei disso, esperei meus filhos crescer e fui morar sozinha, um filho foi comigo e outro ficou com ele, às vezes ele aparece lá e diz pra eu ir morar com ele, eu digo 'vou, mas não sei quando, (ri) mas, não vou com ele (...) [F, 72 anos].

(...) a mulher que sempre cuida minhas roupa (roupas) todos os dias eu saio, ajudo a muié (mulher) e saio caminhar, volto a tempo pra não perder a novela, ficar de noite nas bodega é só encrenca (...) [M, 75 anos].

(...) minha mulher ficou doente, aí não fui mais nos bailes (...) [M, 63anos].

(...) sirvo, sim, pra muitas coisas, nem que seja pra mandar (ri) (...) levanto cedo e vou pra chácara, os empregado tiram o leite e vendemo ((...)) a mulher tira mais dinheiro vendendo leite (...) [M, 74 anos].

Outra fala traz isso ilustrado, e mesmo que não há correlação significativa, estatisticamente, nessa fala fica corroborada a relação entre tais variáveis (desconfiança no desempenho e gênero):

(...) volta e meia ela cai, mas cai cada tombo, outro dia ela foi amarrar a perna da vaca, e ela puxou assim com força, arreventou a corda e ela caiu estirrada no piso, eu disse 'por isso que eu faço as coisas devagarzinho' e cuidando pra não me machucar e nem a vaca me machucar, agora tu quer fazer as coisas ligero, logo vai se quebrar daí se quebrar é difícil pra sará, e não é fácil, porque quebradura em velho tem o osso mais fraco que o jovem, leva 30 dias ou mais e não é fácil, não é fácil, então por isso que eu digo de fazer as coisas devagarzinho (...) [M, 84 anos].

Também aparecem questões trazidas pelas mulheres no quanto são vistas como diferentes. Afinal, conviver e compreender com que o que nos é diferente não nos foi ensinado (MORIN, 2001):

(...) fiquei viúva faz 13 anos então tive que tomar muitas decisões que precisavam (...) sinto que as pessoas me olham mais, sim, mais porque se admiram de mim com essa idade e disposta, ficam me encarando, cochichando, me acham nova, me alegro com isso (...) não como

embutidos, tudo natural, nunca gostei desses temperos comprados, só tem porcaria dentro, o leite eu trago da chácara [F, 76 anos].

Nessa fala se faz necessário considerar o simbólico presente nas realidades rurais, por exemplo, quando trabalhar na roça é mais difícil (exige força, então fica para os homens) do que quebrar coco (é fácil e frágil, então fica para a mulher), por exemplo, no Maranhão (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA), 2006). Aqui se traz como sendo serviço da mulher tirar leite por ser mais leve. Em seguida, aparece mais falas com conotações de gênero:

(...) sinto a vida vazia porque fico muito só, o marido viaja, e com o braço doendo é tão ruim quando não tem o que fazer, sem nada pra fazer (...) [M, 68anos].

Paralelo a isso, contemplam-se aspectos das vicissitudes do ciclo vital, como a forma que o casal encara a fase do ninho vazio:

(...) então, os filho casaram tudo, somo só nós dois, o dia que a muié não tá conversando comigo eu também não converso com ela daí ficamo os dois lá que nem um dois de copa (ri), sem conversar (...). [M, 84 anos].

Essas falas fazem refletir sobre o fato de que o empoderamento feminino também é complexo. Isso faz olhar para as relações de poder que se perpetuam ou se montam com base na dependência e opressão feminina dinamicamente; ou seja, olhar de uma forma complexa para isso é não a vitimizar, mas atentar para o quanto ela ora ocupa papéis vulneráveis ora de privilégio (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA), 2006) como na fala abaixo:

(...) sempre digo pras outras mulheres que é pra sentar e conversar com os filhos, que vale muito a pena, explicar com jeito que isso que ele fez é feio e não bater, quanto mais falar melhor se tu bater, eles te mentem, mas eu peguei essa consciência com minha mãe, quando ela batia eu pensava não vou criar meus filhos assim, foi a maior alegria quando a mais nova casou, saiu de casa sem eu precisar bater (...)

eles me chamam de mãe e eu me sinto mãe de todos eles mesmo (irmãos) (...) [M, 68 anos].

Aliado a isso se apresenta falas que trazem aspectos relativos a gênero:

(...) eu tinha uma muié e tinha mais umas quantas muié, dessas aí tem mais uns seis filho, mas eu não quis registrar (...) agora moro solito, é bom de conviver com as pessoa, mas hoje em dia as pessoa não tem palavra, hoje dizem uma coisa e amanhã outra (...) [M, 68anos].

(...) eu levei ela (esposa) pra lá (com uma filha) (...) faz 5 ano que faleceu a mãe dos meu fio, aí uma filha conheceu ela lá (outra cidade) e me falou dessa aí (...) coitada, fazer oque eu tenho que aguentar, foi 2 anos aguentando, coitada dela é uma baita alemoazona, bem pesada, ela também se ataca dos nervo, quando ela tá nervosa ela come, fuma (...) passei esses ano junto e tenho que aguentar isso, o que eu vou fazer? Morar sozinho é brabo, mas, hoje ela me ligou, 'vem me buscar, vem me buscar', aí a gente vê que ela fica mal, daí tenho que pegar e levar ela pro hospital (...) tem o X, que posa lá comigo todo dia, to solito em casa, vou jantar e volto meia-noite, é parte da vida, não é igual a mãe dos filho da gente, não é (...)... eu vou lá nela, na cidade, e quando enjojo, e ela também quando não tá gostando mais de fora (rural) ela vai pra cidade (ri) o que importa é a convivência, respeitar pra ser respeitado (...) tenho duas netinha! (...) [M, 82anos].

O gênero traz seu registro no corpo. E é ali que o idoso se caracteriza. Assim, torna-se, não muito fácil fixar a idade para entrar na velhice, pois não dá para determinar a velhice pelas alterações corporais (SANTOS, 2003). Abaixo as falas remetem a isso:

(...) mas eu não me sinto velha (...) [F, 68 anos].

O fato é que é pelas alterações corporais que os idosos do meio rural denotam sua (des) confiança no seu próprio desempenho:

(...) o serviço é muito pesado, aí tenho que me cuidar porque tenho uma hérnia (...) [M, 71 anos]

(...) não posso mais lidar por causa da coluna, esses dias fui desgallar uma árvore e fiquei tudo dolorido, tem que se cuidar (...) [M, 75 anos].

Autoperceber sua saúde geral também depende de como ressignifica seu corpo. O quanto da vitalidade repercute na imagem não só como demarcador corporal (MENEZES, 2012) é importante.

(...) me cuido pra não tá caindo até, porque é perigoso, pode quebrar osso e tal, daí vou devagar e se cuidando (...) [M, 84 anos].

E também se evidenciou a confiança no próprio desempenho do homem a partir da necessidade/dependência de seu cônjuge e de como tal relação foi construída:

(...) tem que ter uma consideração, porque quando eu tinha a mãe dos meus filhos, quando eu chegava ela tava me esperando com um chimarozinho, aí que eu penso que tem que valorizar uma dona de casa, com essa é diferente, eu vejo que não é culpa dela, ela é uma pessoa doentia, ela às veis me liga eu trago ela, depois ela volta, o bom é que ela lá fica perto dos médico ne (...) [M, 82 anos].

Sabe-se que as mulheres do meio rural já trazem consigo as marcas no corpo da sobrecarga de trabalho assim como discriminação e opressão, no dia-a-dia a criatividade vem como solução (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA), 2006, p. 185). E nessa parte fica evidente o uso de artifícios e atividades diferentes que elas utilizam para dar conta disso.

Agora, segue-se a partir de outro dado objetivo que diz respeito a outras variáveis. A fala que segue traz situação de muitas mulheres relatando stress psíquico e distúrbio do sono:

(...) meu marido faleceu faz cinco meses, aí me pego pensando em como pagar as dívidas que ele me deixou (...) daí não durmo (...) mas, é uma preocupação que vai passar, agora que vou receber (pensão) vou ir pagando (...) [F, 72 anos].

(...) não durmo porque ele (marido com Alzheimer) acorda e fica caminhando na casa, durmo no quarto do lado, mas tenho que

esperar até que ele durma, ele fica ligando as luzes da casa (...) [F, 65 anos].

E também no que não há diferença nos gêneros. Afinal, tanto o homem como a mulher não querem envelhecer (MORIN, 2000b):

(...) tenho a foto dela aqui, deixa eu te mostrar (mostra) aqui ela tinha 50 anos, ela diz que eu tenho que ter a foto dela na minha carteira e ela também tem uma minha, ela é exigente (ri) (...) [M, 82 anos].

(...) as pessoas não são mais aquelas pessoas que eram, a gente vê que a pessoa que tá ali não tá mais gostando da gente como ela gostava antes, antes tu chegava no lugar era aquela alegria, agora chego num lugar e eles só olham assim, por isso que a gente ficando velho tem a retirada de tudo essas coisa que tu perguntou aí, as pessoas não olham pro velho como olhavam antigamente, a gente fica retirado por causa disso, as pessoas é que retiram a gente (...) [M, 84 anos].

Ali está o enfrentamento do processo de envelhecer. E, admitir a dificuldade do envelhecer também é complexo. Pois, se depara com uma situação dialógica em que boas expectativas/ganhos e medo/perdas estão convivendo juntas nessa fase vital (SANTOS, 2010).

(...) essa semana acabei de colocar a foto do meu último bisneto num porta-retrato, botei fotos de todos os meus netos e bisnetos na estante (...) [F, 72 anos].

(...) quero fazer uma casa pra mim, porque o genro já tem uma, que uma casa de gente velho que dê pra gente conviver ela (esposa) é 20 anos mais nova que eu [M, 82 anos].

E aí vem a questão (e necessidade?) do casal enfrentar junto essa fase:

(...) nunca fizemos negócio sem um falar pro outro (marido) pro casal ser unido tem que planejar e colaborar, daí se derem cabeçada deram junto (...) pra tudo tem solução e esperança todos estão bem (...) [F, 65 anos].

Outra variável é trazida agora. Diz respeito à importância da renda mensal familiar que também é trazida nas falas. A partir do dado objetivo de que o idoso do

meio rural que, com um grau de liberdade e distribuição dos escores do Questionário de Saúde Geral-60 não variando significativamente aponta para a variável baixa renda ser um fator de risco para o desejo de morte. Ou seja, idoso do meio rural com alta renda tende a se autoperceber com menor desejo de morte. Aqui se apresenta uma fala que traz a questão do quanto à renda mensal familiar tem efeito sobre a saúde geral:

(...) outro dia fui na loja e tinha contas e mais conta pra eu pagar, daí eu disse eu não sou pai dele, eu to pagando pro meu pai e não pra eles, daí não tem salário que aguenta, e depois eles (neto e família do pai biológico que o sujeito cuida) levaram tudo de lá, a comida, até os edredom que eu tinha comprado, deixaram nós (ele e seu pai biológico) sem nada (...) [M, 69 anos].

Relações afetivas que respingam nas financeiras são ali evidenciadas, assim como relativas ao contexto consumista a que estão submetidos. Nota-se isso na fala quando as estratégias utilizadas num ambiente instável e incerto, que com o estabelecimento de compromissos com base na prudência e a audácia (MORIN, 2001) foi possível o sujeito se posicionar: traz ali implícito também o cuidado recíproco do filho para com o pai. Tal fala faz pensar na fala moriniana de que fraternidade só é possível quando for incitada já que não existe de forma imposta.

Continuando a conhecer a autopercepção do idoso do meio rural sobre sua saúde geral, evidenciam-se aqui outros fatores, como sintomas. Um deles o de fumar:

(...) vou parar de fumar porque a gente nota que não tem futuro nenhum, e sem contá que é uma coisa nojenta (...) ainda bem que eu tenho fumado sem traguear a fumaça, daí acho que não faz tão mal neh (...) - lembro que vi na TV um programa sobre isso, que mostrava a diferença entre um pulmão de um fumante e de um não-fumante (...) [F, 62 anos].

Aqui se ilustra a racionalização, que aparenta ser lógico e perfeito. E, que nega a contestação de argumentos (MORIN, 2001). Mas, que não é suficiente para confiar no seu próprio desempenho e investir no tratamento do tabagismo. Outros hábitos de prevenção de saúde são trazidos:

(...) todos os que têm minha idade e sentaram tão tudo em cima de uma cadeira, é... Esses que pararam, pra ir tomar uma cerveja ali a poucos metro tirava o carro da garagem e ia, sem caminhar, eu já gosto de uma caminhadinha (...) só o que tava me incomodando é esse reumatismo, se eu fico muito tempo sentado, parece que me dói, e se eu ando bastante não dói (...) [M, 82 anos].

E isso influencia na percepção que a pessoa tem de sua saúde. E, se essa for negativa isso parece estar associada com o sofrimento de doenças que causam dor significativa ou perda das relações sociais (PINO, RICOY e PORTELA, 2009). E a forma com que tais sintomas eram colocados diante das perguntas do protocolo de pesquisa é importante de se atentar, ora minimizando ora maximizando o sintoma:

(...) dor, não sinto nenhuma, só fiz exame por causa da tontura mesmo [M, 71 anos].

(...) a memória, eu não tinha problema, depois que fui operado do tumor tenho pouca (...) [M, 74 anos].

(...) hoje ele queria vir junto comigo, aí eu disse 'vou te trazer bala', é uma coisa que pra velhice é muito ruim, a gente enfrenta porque tem que enfrentar, a família tem que ser vivida, mas a nora não aceita a doença dele, daí é tudo isso que me prejudica (...) [F, 63 anos].

(...) doença de velho mesmo, reumatismo, fiz uns inxame (exames) eu não podia nem embarcar na caminhonete de dor (...) [M, 82 anos].

Abaixo se evidencia o quanto a autopercepção está a mercê da saúde também dos próximos.

(...) a minha mulher precisava de um tratamento e ela não quer ir nos médicos, a gente sofre muito, ultimamente (...) tenho que lidar, não posso ficar parado (...) tomo sempre o chimarrão sozinho porque ela (esposa) não consegue nem levantar e caminhar (...) no hospital, dia e noite no soro, nove dias, pensa! 'o que é isso?' eu dizia, queria comer comida (...) [M, 74 anos].

Acontece, assim, a intersubjetividade, pois se está numa relação interdependente com sua família, fazendo com que as necessidades, vontades e percepções da totalidade influenciem nas visões que se tem (HAMMERSCHIMIDT et al., 2013). Esses sintomas

e doenças autorrelatadas acabam influenciando também no sono ($p=0,03$), mostraram os dados estatísticos. Isso é facilmente trazida em inúmeras falas semelhantes a essa:

(...) sofri um ano com ela (esposa falecida) pegava uma ambulância ou camionete, levava e deixava oito dias ela no hospital, trazia, depois levava ix, tinha o remédio que eu botava o relógio despertar, tinha que acordar depois da meia-noite pra dá remédio pra ela, uma vez me acordei, parecia que tava morta, nós morava solito, tive que pegar e levar ela, sabe o que é ter que arrumar uma pessoa atrás da bancada do carro caindo, é sofrimento! No começo ela pesava quase 80 kilo e quando ela faleceu tava com 50, foi se terminando (...) [M, 82 anos].

E ainda sobre o sono, que tende a ter menos distúrbios quanto mais idade tem o idoso do meio rural, dizem os resultados estatísticos. As falas mostram que:

(...) ás vezes, dá um sono muito ruim, acho que porque janto demais (...) [F, 65 anos].

(...) eu sonho uma bobagerada, de que tinha que tratar os porco, essa coisa, acho que é a preocupação que eu tinha (...) [F, 74 anos].

Há de se considerar a possibilidade de erros mentais na autopercepção da saúde geral desse idoso do meio rural. Estes acontecem quando o cérebro não saberia distinguir sono de vigília, por exemplo, já que 98% das informações são comandadas pelo imaginário (MORIN, 2001). Aí vale ressaltar o potencial dos sonhos na identificação da autopercepção da saúde geral desses idosos do meio rural:

(...) sonho com meus pais, quando eles criaram nós, tudo com sacrifício (...) vem com a preocupação dia dia-a-dia, depende do que tu faz no dia (...) [F, 75 anos].

(...) eu não sonho, esses dias de noite, no sonho veio um e eu chamei 'socorro', aí acordei e ele se foi, não tenho problema com isso (...) [F, 64 anos].

Essas falas corroboram o fato de que ter distúrbio do sono supõe que tenha mais pontuação em gravidade da saúde geral ($p=0,001$) e mais sintomas como apontados na primeira parte desse trabalho. Percebe-se aí a necessidade do idoso estar vigilante, pois a racionalidade está sempre em risco. Ou seja, o idoso se dá conta que o próprio

autoconhecimento de si também tem um limite. Isso remete a pensar na questão da incerteza psicológica como o fato de não ser possível manter tudo consciente na mente, sendo que para isso se pode estar a mercê de falsas e seletivas lembranças, erros e ilusões (MORIN, 2001), como ilustra a fala abaixo:

(...) pra te dizer bem a verdade: não me lembro (na hora de responder as contas/cálculos do Mini-Exame do Estado Mental) (...) nessa idade é obrigado a enxergar menos [M, 84 anos].

A racionalidade tem a função de distinguir esses erros. E assim se caracteriza por ser construtiva por trazer uma ideia que é coerente e lógica e por ser crítica/autocrítica, pois precisa estar aberta à realidade, ou seja, constantemente, correndo riscos (MORIN, 2001):

(...) me acordo e daí começo a pensar e pensar e o sono não vem mais, essa noite fiquei pensando que tinha que vir aqui hoje e a mãe de 90 anos ia ficar sozinha, daí o meu neto ficou com ela (...) [F, 65 anos].

Nesse sentido é que a fala a seguir dá continuidade às anteriores:

(...) tenho bastante sonharada e noutro dia não consigo lembrar (...) [M, 75 anos].

(...) fico a noite toda falando dormindo, é uma bobagerada, daí ela (esposa) se acorda ela sabe mais de mim do que eu, eu não lembro do que falo (ri) (...) [M, 75 anos].

Distúrbios no sono também são trazidos nas falas associados à saúde geral, corroborando a correlação estatística constatada entre tais variáveis:

(...) o esquecimento devagarzinho vem, isso eu já notei, que tenho que voltá verificá as coisa, talvez é preocupação com os roubo, né? (...) [M, 61 anos]

Outro ponto trazido nas falas espontâneas (que não foi perguntado) refere-se a como esse idoso do meio rural autopercebe-se em termos de processo de envelhecer, o

que traz implícito sua percepção de rejuvenescimento. Nessas falas abaixo, os idosos do meio rural referem-se ao seu tempo de juventude:

(...) hoje nem casam mais, nós fizemo bodas de ouro e era o mesmo pastor que tinha nos casado, hoje ele tá com 84 ano (ri) (...) [M, 74 anos].

Aliado a isso o momento de pesquisa identificou possível negação no processo de envelhecer:

(...) tamo no mesmo ritmo dos 20 anos, mas quando pára de noite aí a canseira vem (...) (quando a pesquisadora pede a idade esse idoso responde '51' então, te dei um susto com os 51 anos (ri) (...) [M, 61 anos].

Morin traz sobre a questão da forma com que o rejuvenescer foi se democratizando e como foi sendo buscado (através de ginásticas, dietas e outros) e incita a se perceber as formas de protestar contra a velhice (MORIN, 2001). Isso foi evidenciado:

(...) os da cidade vão pra academia (.) tendo saúde e trabalho tá bom, é melhor do que tá sentado (...) [M, 66 anos].

(...) o médico disse 'não come gordura', é o que eu mais gosto, e como de tudo, faz quatro anos que não faço exame, e quando fiz tava tudo bem (...) [M, 61 anos].

A fala de [M, 61 anos] ilustra a não corroboração do dado estatístico de que quanto mais doenças mais sintomas os idosos do meio rural autorrelatavam também. Ou seja, no discurso do idoso do meio rural nem sempre serve o discurso médico de aliar prevenção de doenças a hábitos saudáveis. Nesse sentido entende-se que contextualizar qualquer conhecimento é dar sentido para o próprio mundo, que traz em si o complexo, ou seja, o que não está separado (MORIN, 2001). Logo, faz parte do meio rural a ingestão de gordura, por exemplo, e esse é o contexto que o profissional de saúde precisa considerar.

E, também trazem do que percebem da juventude hoje como forma de autoperceber-se, projetando nessas falas medos e formas de enfrentar o novo-velo presente em si:

(...) devagar nós vamo longe, é uma loucura o que os jovem fazem, não cuidam da vida, correm demais nas estrada, isso é loucura, tomara que a gente não veja mais essas tragédia, até me assusto com isso (...) [M, 74 anos].

(...) hoje de noite tem... Tem demais até... A mulher xinga 'já viu corre (correr) com os novo' porque eu joga bocha, carta... E sou o mais velho da turma (...) [M, 71 anos].

Isso faz pensar num dos três princípios, o do circuito fins-meios, que se caracteriza pela incerteza dos do fim e dos meios, sendo que ambos Inter-retro-agem uns sobre os outros (MORIN, 2001). Entendendo a juventude como o meio e a velhice como o fim, a Inter-retro-ação explícita pelas falas pode ser compreendida.

(...) hoje tem valores que a juventude não consegue repassar pros filhos, isso é algo que realmente me preocupa, isso me deixa desesperançoso, o que vai ser pra frente? (...) [M, 64 anos]

Vale lembrar que essa ressignificação de jovem contou com apoio da mídia desde a Segunda Guerra Mundial através de atores/atrizes do cinema que com destaque após os 50 anos (MORIN, 2001).

(...) meu pai é centenário, tem 102 ano (ri) (...) eu to com 40 anos de casado (...) [M, 64 anos].

(...) eu nunca tinha ocupado médico, nunca tinha baxado em hospital, foi seis meis (meses), de 15 em 15 dias tinha que ir lá e ficar o dia inteiro lá até passar tudo, graças ao bom Deus que to bem agora (...) eu fui muito sofredor, criei meus fio (filhos) numa lavoura (...) to com 82 ano, graças a Deus, esses dias deu uns probleminha aí, mas é... (...) daí lá 'mas, o senhor tá vendo bem', aí passei na cartera (carteira de motorista) (...) [M, 82 anos].

E ir até um serviço de saúde ou tem sido uma forma do idoso do meio rural autoperceber positivamente sua saúde geral:

(...) em médico eu fui muito pouco, graças a Deus ainda não internei em hospital nenhum (...) [M, 75 anos].

Essa autopercepção requer intervenção diferenciada da equipe de saúde que o assiste já que parece estar ali implícito ainda a prática do tratar e ainda não a do prevenir em saúde. Por isso da necessidade que se dialogue com outras áreas e se faça ações com base na integralidade, ou seja, assim a transdisciplinariedade é possível quando se olha para o fenômeno de forma integral (MORIN, 2007).

Isso remete a exemplos, como o de discorrer sobre endividamento com idosos, em que se pode focar no motivo disso acontecer (a fácil manipulação dos idosos) assim como se questionar o funcionamento do sistema familiar e o temor pelo desamparo, ou seja, focar tal questão pode não ser de conteúdo calculístico, mas respaldado nas necessidades do sujeito. Tais necessidades podem trazer marcas das relações familiares:

(...) tudo eles comiam nas costa do pai, deu dor de cabeça até eu me livrar daquelas conta, entre mercado, em tudo que é mercado eles devia, e luz e água, não tinha dinheiro que chegasse (...) aí eu tive que dizer pro pai, tu decide, quer ficar comigo ou com esse aí, porque assim não dá (...) eu chamei ele e disse 'aqui você não manda', quem manda aqui é o pai, daí ele saiu dali, porque ele não trabalha né, daí não dá (...) eles se aproveitavam da bondade do pai, daí o cartão da aposentadoria já tava com eles, ele tirava e dava 400 pro pai, depois a gente foi lá e deu mais de mil que tinha pra ele, aí eu disse pra ele (pai) 'viu? O quanto eles tiravam e iam tirar do senhor?' [M, 69 anos]

Outras estratégias têm sido adotadas pelos idosos do meio rural a fim de se protegerem:

(...) outro dia eu tava lá no banco, veio um cara de moto e ficou me encarando, com o zóio pra mim assim, ele deve ter pensado 'esse velho tem dinheiro' então falei pro meu genro retirar o dinheiro no banco pra mim, ele recebe lá e me traz, decidi isso, dei o cartão pra ele retirar o dinheiro, já no banco não preciso ir, outro dia tive que ir porque tavam cobrando um imposto lá no banco, daí ele veio aí ajudar (...) [M, 69 anos].

(...) às vezes, compro muita coisa em prestação, aí tenho que parar, pra não ter muita conta, comprei uma máquina de lavar agora (...) [F, 68 anos].

Ilustra-se aqui uma das três consequências, que Morin, em 2001, fala, sendo uma delas a possibilidade da conquista ficar em perigo. Isto é, tentar melhor pode suprimir liberdade. Aqui se podem trazer fatores de percepção de saúde que não dependem somente da pessoa que se autopercebe, mas a percepção de saúde do profissional:

(...) daí fui pro x (hospital grande porte) daí não tinha maca, tudo o que passei e tava muito ruim, eu queria ir embora, disse pro médico 'se o senhor não liberar eu escapo', eu tenho a filha morando aí porque não me libera, eu só queria alguma coisa pra comer, queria tanto um pãozinho macio que seja não podia comer (...) [M, 71 anos].

Sabe-se que há diferenças e semelhanças entre a percepção do médico e a do paciente, sendo que no que se refere à diferenças acontece: na avaliação da limitação funcional, do bem-estar emocional e risco de doença ou mortalidade; entretanto ambas as avaliações (médico e paciente) se complementam ao mensurar saúdes. (SMITH; GOLDMAN, 2011). Isso faz pensar que olhar para o idoso a partir da teoria da complexidade é pensar diferente e considerar o imponderável e, nisso não está incluída a ideia de que tudo pode ser protocolado e disciplinado (HAMMERSCHMIDT et al., 2013). Nisso se inclui a variável sobre uso de medicamentos, que aparece nos dados objetivos como influenciando (fraca associação) a saúde geral. Isso é demonstrado em algumas falas:

(...) eu fiquei de 2005 a 2009 sem memória eu saía de pijama nas ruas sem saber aonde estava (psicotizou) tomei bastante remédio, eu ficava muda, pensava que alguém tava me vigiando (...) faleceu meu marido, aí o médico falou que eu não podia parar de tomar o remédio, aí depois mudei o remédio e só vou parar de tomar quando o médico mandar (...) [F, 68 anos].

(...) não tomo calmante pra dor, não gosto mesmo dessas coisa (...) [M, 71 anos].

Essa fala, especificamente, reforça a forte associação com pontuação na Escala de Depressão Geriátrica-15 com quantidade de medicamentos constatada na parte objetiva desse estudo. Os idosos do meio rural aproveitam o espaço para colocar suas percepções sobre sua saúde geral a partir de como lidam com o uso de medicamentos:

(...) único remédio que uso é gincobiloba, tenho uma deficiência rara, que é síndrome de menier? (...) [M, 64 anos]

(...) tinha aniversário do meu neto, daí me ofereceram caipira, aí eu disse o remédio não vai fazer efeito (...) [F, 68 anos].

(...) desde que tomei remédio pra depressão tenho que me cuidar para não esquecer das coisas (...) [M, 68anos].

E isso é trazido também na forma com que lidam com momentos importantes do ciclo vital:

(...) eu tive uns calorão, mas disseram que era da menopausa, daí eu tomei uns chá também, aí agora eu digo pra outras que tem que fazer um tratamento, pra mim não adianta mais, o médico tinha me dado o remédio, aí tomei meia cartela, daí tinha festa, daí eu parei pra poder tomar umas bebida também né, depois eu continuei e não voltei mais no médico, daí que eu me taquei nos chá (...) [F, 65 anos].

Também é explicitada a forma com que a pessoa se percebe enquanto integrante de uma cultura:

(...) bugre não sente dor, não vai no médico (...) quando o tempo tá pra chuva, daí dói à coluna, daí, sim, tenho que tomar um dorflex (...) [M, 63 anos].

Encerrando essa parte relativa a aspectos de uso de medicamento autorrelatados que influenciam na autopercepção da saúde geral, vale reforçar a ideia de saúde geral. Defende-se a ideia de saúde como um todo, ou seja, integrar a saúde física e mental (BEDIN; SCARPARO, 2011). Assim, o espaço foi aproveitado para trazer questões relativas à morte de entes queridos:

(...) a única coisa que eu senti foi quando o marido se foi, nós vivia tão bem (silêncio) (...) [F, 72 anos].

(...) de noite, era umas duas hora me ligaram que ela tinha falecido daí eu pensei, o cor ação da gente fica dividido porque daí vinha na minha cabeça tudo de ruim que ela me fez, mas eu fiz tudo diferente pra ela, os outro filho dela não ajudaram, a obrigação era deles, mas não, eles botam pra mim resolver as coisa (...) eu chego La eles podem até me dar um coice na bunda porque eu não tenho papel nem nada, não tenho direito de nada lá (...) e o vô (pai biológico dele), falaram até de levar pro asilo porque não cuidam, (...) eles (esposa e filho) dizem 'tu tá perdendo tempo de ficar com nós' porque daí já que eu faço hemodiálise fico com ele (pai biológico, em outra cidade) (...) [M, 69 anos].

(...) é a angústia que deu a morte do pai, a despedida foi difícil (...) [M, 64 anos].

(...) ela morava sozinha que nem eu, fui no velório e depois não conseguia dormir, fizemos uma homenagem da terceira idade pra ela (...) [F, 68 anos].

Tais dados vêm a evidenciar o que se constatou: o fator desejo de morte influencia significativamente nas questões psicossomáticas, estresse psíquico e desconfiança no desempenho, ou seja, com a maioria dos fatores que compõem a saúde geral.

(...) tá meio difícil lidar com as pessoa, meu genro tentou me matar (...) [M, 63 anos].

(...) a vida é essa aí, eu tinha pedra na vesícula, de repente começou a me prejudicar, fiz quatro exame aqui e outros lá em PF, fizero uma cirurgia (...) tem os que morrem devereda, eu queria que se chegasse a minha vez que fosse devereda, agora não penso em morrer, não, penso em viver (...) nessa minha idade, esses mais antigo que tão aí, os companheiro tomam cerveja a tarde inteira, eu tomo um cálice só (...) [M, 82 anos].

Vale ressaltar que a impressão que a autora ficou é da tendência estoicista das falas. Entende-se que por estarem diretamente ligados á natureza, a maioria desde que nasceram a morte passa a ser entendida como algo natural, como a tudo o que está natureza tem começo, meio e fim. Viver segundo os princípios da natureza é um dos passos fundamentais quando se estuda a sabedoria na velhice, dizem os preceitos

filosóficos romanos (PICHLER; DIEHL, 2013). Daí vem a maior dificuldade em entender e suportar a morte de quem não está na velhice:

(...) tenho mais um filho de criação, é que foi assim, o que era o meu nenê, quando ele nasceu ela fez uma cirurgia e daí ela mandou fazer desligação, daí levei o nenê até em porto alegre, ele tinha leucemia, naquele tempo, não tinha cura, ela tava feliz que o filho ia se curar um dia eu cheguei e ele disse 'o que trouxe pra mim, pai' e ele experimentou os doce que eu trouxe, ela me esquentou uma bóinha (comida) eu não cheguei a comer a metade quando ela gritou, ele tava caído, daí eu não quis falar pra ela (silêncio), ela ficou... Teve tipo um ataque, ela não se conformava, daí arrumamo este pra ela se conformar, ele tinha seis meis, daí tinha uma criança em roda dela né, mas ela sofreu bah (...) [M, 82 anos].

Aparece aí o quanto a imprevisibilidade está presente. E isso significa que as incertezas do acontecer como se quer tendem a aumentar em longo prazo (MORIN, 2001), como ilustra a fala abaixo na tentativa de trazer a certeza:

(...) tenho sonhos horríveis de pessoas que morreram e voltaram, num desses sonhos era um casal idoso, bem amigos meus, eram meus vizinho, faleceram há uma ano e sonhei com eles (...) [F, 68 anos].

*(...) hoje to só eu em casa, perdi minha esposa (...) [M, 69 anos].
(...) perdi o marido, sinto muita falta dele (...) [F, 64 anos].*

(...) fizemos o inventário, tive que lotear a terra, isso me irrita e além de que é caro, mas é melhor porque depois que eu morrer não tem confusão, o que dá pra ser resolvido agora, se resolve agora (...) [F, 68 anos].

Conforme a teoria moriniana a velhice tem o caráter patológico manifestado em planos, como no social (que foi colocada aqui no texto). Outro plano é no fato de perceber que a velhice é patológica por si mesma. E outro plano: o da morte, que se apresenta como patológica e perto da última fase da vida. Assim, morte e velhice é a regra sem exceção entre os mortais e por isso, normal, natural e universal (Morin, 1997, p. 320).

Outro dado trazido pela parte quantitativa e que é aqui reforçada pela fala que se segue é a de que os homens idosos do meio rural apresentam mais desejo de morte (27,3) que as idosas rurais (12,9):

(...) já pedi a deus que me levasse, daí pensei será que ele tá querendo que eu sofra mais? (...) [M, 71 anos]

(...) a minha vida só Deus vai tirar, e quando ele quiser (...) [F, 64 anos].

(...) não sei se faço isso ou não faço (suicídio), vou levando a vida... (o que não te fez dar um fim na tua vida) ah, a família, né (...) quando acontece alguma briga aí dá vontade de brigar (ri) eu tenho dois genro e tem um que eu não gosto muito dele porque ele tirou muita coisa de mim, eu comprei uma casa, ele dizia que não tinha lugar pra morar, aí depois fui arrendar ela aí ele quis que vendesse e acabei vendendo por uma mixaria, bah, o cara não tem jeito, não gosto dele mesmo (...) a gente nessa idade, assim velho, tem que saber quem tu é, e se fica um sem olhar pro outro e tu acaba tendo que ir embora, dá vontade de ir embora, (semblante triste, gesticula) por isso que eu digo o velho, a pessoa velha, óia, não tem vontade de viver, mas a gente tenta (ênfatisa) viver (...) rezo, eu acho que o que dá força é isso aí (...) [M, 84 anos].

Aí está o que a teoria da complexidade defende no sentido da necessidade da sabedoria para esperar o inesperado e lutar pelo que não é provável (MORIN, 2001). Tentativas de lidar com essa incerteza tema são trazidas:

(...) meu futuro tá feito, agora faço pros filhos, o filho tava no aluguel daí comprei uma casa pra ele ao invés de me comprar alguma coisa pra agricultura, eu digo que enquanto tô vivo tenho que enxergar eles aproveitando o que consegui, depois não adianta mais (...) [M, 61 anos] .

(...) pensei umas duas vezes em me matar (...) foi Deus... E os anjos, eu acho, a minha fé me segurou (...) [M, 74 anos].

A teoria da complexidade aponta para o fato da perda do futuro significar a imprevisibilidade (MORIN, 2001). Entende-se que seria a existência de um futuro que configuraria o clima de incertezas, logo, na ausência desse futuro não se configuraria a certeza do fim. Enfim, o suicídio soa aqui como uma certeza que pode ser colocada

diante das incertezas do fim. Conforme a teoria moriniana, para aceitar a morte, viver de forma plena é condição.

(...) graças a Deus, me dou bem com os bisneto (...) [F, 75 anos].

(...) passei muito sofrimento na vida, sempre na terra dos outros, mas graças a Deus a gente era trabalhador e hoje tem nossa terrinha (...) [F, 66 anos].

Pois, a relação entre vida e morte está embasada pela ideia de *viver da morte, morrer de vida, de Heráclito*. Assim, uma complementa a outra. E, essa complementação vale para o psíquico e o espiritual. Utilizando-se desses dois aspectos criam-se mitos e ideologias para se lutar com tal fato (MORIN, 2001), que é aqui representado pela morte. isso é trazido em falas como essa:

(...) observei ele (pai) e optei por isso também: viver a espiritualidade dedicar-se a isso também, todo dia converso com Deus do meu jeito e faço o que posso na igreja (...) eu acho que cada um é único, claro que cada um tem uma missão aqui, pra mim isso é lógico, pensa! Quantos bilhões de pessoas passam por aqui (...) [M, 64 anos].

(...) já digo que tem que ter um respeito, não ir a festa, agora morreu uma filha, senti, mas fazer o quê, essa minha filha nunca bati nela, criei ela assim, se eu chamasse atenção nela ela chorava, eu dizia essa nunca vou bater, já passei por tudo isso, perdi mãe, perdi pai (...) [M, 82 anos].

(...) e ele era que nem um motorista, com quatro aninho ele andava comigo de caminhão. Esse (filho) que morreu bah, aí que ela (esposa) se conformou com esse, eram o último (...) [M, 82 anos].

Aí está marcas da consciência da tragédia da morte, que as pessoas acabam utilizando de mitos para facilitar a aceitação ou negação do morrer, caracterizando a agonia nessa fase da vida (MORIN, 1997). Aqui se complementa o que se falava anteriormente da aproximação entre morte e velhice. Logo, ao se rejeitar a morte tende-se a rejeitar com todas as forças a fase que se aproxima dela: a velhice soa como um peso (MORIN, 1997).

(...) a vida é muito linda de viver (...) minha vida daqui pra frente, não sei... Deve ser muito triste (silêncio) a vida valia a pena, claro que

vale né, fui gaiteiro, toquei em festa... Agora virou tudo (...) [M, 71 anos].

Outras formas de lidar com tais incertezas são trazidas:

(...) mas, a gente tem que se conforma, não adianta (...) [F, 72 anos].

(...) tenho esperança, sim, porque a gente confiando em Deus tudo vai bem na vida da gente, a palavra de Deus lá em casa é em primeiro lugar, sempre leio e faço minhas orações todo o dia (...) (quando questionada sobre desejo de morte) nunca! Nem pensar! (...) eu vejo por aí que falam muito da doença, as pessoas se queixam demais, eu li na Bíblia que quem fala muito em doença nunca se sara, só não marquei o lugar que li isso lá senão ia te dizer, mesmo com dor eu tomo algo, um chá, mas não fico me queixando, é um costume que as pessoas têm (...) [F, 66 anos].

E uma dessas formas de se lidar com o (desejo de) morrer é utilizando-se da saúde espiritual. Aproximar-se do lado espiritual nessa fase da vida apresenta-se como uma defesa contra a morte, a incerteza (MORIN, 1997). Como ilustram [M, 64 anos] (acima) e [M, 61 anos] (abaixo) pode-se dizer que a espiritualidade, via religiosidade ou não, traz algumas certezas para se manter a saúde geral. Entenda-se ‘algumas’ como um espaço indefinido ou falso, Pois, são como o oceano (incertezas) diante das ilhas (certezas) (MORIN, 2001).

(...) fazendo com fé, posso rezar até debaixo de uma árvore, o que importa é a fé (...) [M, 61 anos].

(...) eu moro lá sozinha, eu e Deus, três dos filhos moram bem pertinho (...) [F, 66 anos].

(...) ah eu tô satisfeita, sim, porque Deus mandou a vida assim (...) [F, 68 anos].

E essa saúde espiritual também acaba auxiliando a concretizar o que a teoria da complexidade defende sobre reconhecer a possibilidade de se ter erros. Pois, o destino é incerto e reconhecer tal possibilidade auxilia (MORIN, 2001). É essa fé e religiosidade

que influenciam na autopercepção, em estudos de caráter qualitativo, e tem oportunizado enfrentar e resignar-se diante das limitações impostas pela doença (nesse estudo, a úlcera venosa) (AGUIAR, 2013).

(...) sem Deus a gente não é nada, vamo sempre na igreja, sou católico (...) [M, 63 anos].

(...) olha, eu me conformo, não tem o que fazer (...) [F, 66 anos].

Assim, defronta-se com as ambiguidades que esse tema (morte) desperta nas pessoas e despertou nesses idosos do meio rural. Ambiguidade esta que tem ‘respingos’ da teoria freudiana também (MORIN, 2003, p. 34). E diante de tal ambiguidade é um momento caracterizado por necessidade de respostas. Sendo estas ausentes no momento presente, e sim cabem ao futuro, que por sua vez, é também incerto (MORIN, 2001).

(...) o médico me deu esperanças de viver mais 10 anos (...) [M, 74 anos].

(...) a gente tá com a cabeça enrolada... O doutor disse que eu não ia até os 62 (anos), então tô no lucro, continuo trabalhando porque na colônia (meio rural) a gente se obriga (...) [F, 65 anos].

Ou seja, tais incertezas do fim colocam tais idosos do meio rural numa postura de dialogicidade. Isso significa que ver um fenômeno (no caso, o fim, a morte) como antagônico e complementar ao mesmo tempo (MORIN, 2007). Tais questionamentos acabam fazendo o profissional refletir sobre sua postura. E, rever práticas emancipando quem recebe os serviços (BEDIN;SCARPARO, 2011, p. 203).

Diante desses dados coletados, vale ressaltar como fica a beneficência de tais idosos do meio rural diante de assuntos que incitaram uma introspecção e olhar diferenciados. Em primeiro lugar, vale ressaltar que em casos que se constatou depressão foi encaminhado para o serviço de saúde local (apêndice D).

Algumas falas mostram o quanto tal experiência mobilizou aspectos diversos:

(...) é a primeira vez que a gente faz isso (pesquisa) (...) saio de casa e já tô ansioso pra voltar (...) [M, 74 anos].

(...) deixei meus afazeres em casa, o bicharedo do patrão, por isso tô meio nervoso (...) agora vou chegar em casa os cachorro vão vir correndo me encontrar (ri) (...) [M, 63 anos].

(...) eu pensava que essa pesquisa era sobre agricultura só, mas vim igual (...) eu amo a minha terrinha, não saio de lá (...) [F, 65 anos].

Constatou-se o caráter benéfico também. Conclui-se com um pano de fundo de reflexões e incertezas trazidas pelas fala espontâneas assim como do caráter bioético do estudo:

(...) foi bom (participar da pesquisa), bah [M, 84 anos].

(...) me fez muito bem vim aqui falar, fui sorteada e muito obrigada por me sortarem (...) [F, 66 anos].

(...) nunca imaginava que iam vir pedir isso aqui no posto de saúde, isso (pesquisa) superou minhas expectativas (...) parece uma autoanálise que achei bem importante, sempre faço isso e isso me ajuda muito (...) [M, 64 anos].

(...) me fez muito bem vim aqui falar, fui sorteada e muito obrigada por me sortarem [F, 66 anos].

(...) foi tão bão vir aqui falar dessas coisa (...) que você fique bem também, pode ser que a gente se veja por aí (...) [F, 72 anos].

(...) eu vejo que tem fundamento é prosiar com uma pessoa, isso aí, óia, se pudesse uma vez por mês fazer isso (pesquisa) seria um distraimento da minha vida, ia ser bão, viu (...) [M, 82 anos].

Aqui foram feitas tentativas de explicar a saúde à luz da autopercepção das pessoas idosas rurais, explicação que constata o que defende Morin no sentido de se apresentar como uma relação de causa e efeito limitada, sendo multicausal em que pode ser explicada, mas explicações não serão suficientes, há ali a multideterminação. A

produção de conhecimento traz uma situação de ilusão, pois traz uma situação, um ponto, não o único e verdadeiro (MORIN, 2001).

Evidenciou-se aqui o fato de que há propriedades dinâmicas e complexas compondo o sistema. E, isso exige que se considere o contexto, constantemente (HAMMERSCHIMIDT et al., 2013). Nesse sentido, falas que ilustram a recursividade, ou seja, que resultado e processo são coprodutores um do outro (MORIN, 2007) caracterizam essa parte de sintomas e doenças autorrelatados. Isso é justificado pelo fato de que saúde mental e física afetam-se reciprocamente, ou seja, uma coproduzindo a outra (BEDIN; SCARPARO, 2011). Resultados estes que permitem corroborar outros resultados. Por trás da velhice rural e agrícola há saberes não tão visíveis na estatística, e estudos (como esse) podem tentar dar mais visibilidade para esse grupo (GUSMÃO;ALCÂNTARA, 2008).

Paralelamente, foi possível evidenciar outras percepções. A percepção e satisfação que quem usa o serviço se fazem importante (SANTIN; BETTINELLI, 2010).

As falas trazem as diferentes partes (valores, aspectos econômicos, violência e segurança pública, relacionamentos, inclusão) que repercutem na sua saúde geral. E isso mostra que mais uma vez que cada teoria não se sustenta só com uma teoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo oportunizou que se conhecesse como o idoso do meio rural autopercebe a saúde geral. Foi possível alcançar o objetivo de investigar a autopercepção das condições de saúde indicadas pelo Questionário de Saúde Geral-60 e por autorrelatos relativos a doenças crônicas, sinais e sintomas, uso de medicação e sintomas depressivos em idosos do meio rural. Como pesquisadora, a autora utilizou-se desse instrumento consistente como base e o idoso do meio rural foram ouvidos e sua percepção foi tanto mensurada como aliada ao que a teoria da complexidade traz.

Aqui foi oportunizado que o idoso do meio rural falasse, e por análise estatística inferencial se entendeu o quanto a cada década de vida tende-se a autoperceber-se com mais desconfiança no próprio desempenho e piorar a saúde geral, a influência da idade na autopercepção da confiança no próprio desempenho e piora (ou não) da saúde geral. Evidenciou variáveis que não interferem na sua autopercepção, como o estado civil. Nem quem tem mais ou menos pontuação no Mini-Exame do Estado Mental, nem idade da pessoa idosa quando nasceu o último filho, nem origem étnica e nem frequência a serviço psicológico interfere na autopercepção. Do mesmo modo, fumar, beber ou ter problemas nos dentes acaba não interferindo na autopercepção de sua saúde geral. Induz-se que o percentual desses idosos que fumavam, bebiam e tinham problemas nos dentes foi insuficiente para correlacionar com as demais variáveis, fato que comprova mais uma vez a saudabilidade dessa amostra.

Ali também a associação com a quantidade de medicamentos e de doenças crônicas, que o fazem autoperceber sua saúde geral de forma negativa. Mostrou que há relação significativa, estatisticamente, de saúde geral com variáveis autorrelatadas quantidade de doenças e pontuação na Escala de Depressão Geriátrica. Essa autopercepção depende também de como esse idoso percebe sua saúde bucal (gengiva), de sua renda, de sua escolaridade e de seu sexo. Quanto a isso, os homens mostram que

têm mais desejo de morte que a mulher. Os resultados também mostram que mulheres têm mais stress psíquico e distúrbio do sono enquanto homens mais desconfiança no próprio desempenho, distúrbios psicossomáticos e saúde geral, mas isso não é estatisticamente significativo.

Um dos fatores que compõem a saúde geral se destacou no que se refere à renda. Quanto maior a renda, mais decresce a pontuação em todos os fatores do Questionário de Saúde Geral-60. O fator desejo de morte foi o que menos variou, significa que nesse fator as pessoas tiveram pontuações mais uniformes. Devido essa alta homogeneidade possibilitou-se concluir que esse idoso do meio rural, quando com baixa renda, tende a se perceber com desejo de morte. Logo, renda baixa se mostrou um fator de risco para o desejo de morte.

Por isso, se fez importante realizar uma análise qualitativa, tanto das falas dessas pessoas a partir da teoria da complexidade de Edgar Morin como para identificar as áreas mais comprometidas, a fim de intervir com ações de promoção de saúde visando à remissão dos sintomas e aquisições do bem-estar físico e psicológico. Nas falas trazidas de forma espontânea se evidenciou outras que os idosos do meio rural autopercebem sua saúde geral considerando outros fatores. Um deles é o fazer rural que embute ali seu papel social permeado pela personalidade de cada um e trazem a importância do cuidar em suas relações. Também mostram que à medida que envelhecem mudam a forma de avaliar seu desempenho e diante de práticas de saúde e da forma como lidam com as limitações, a tecnologia e o prazer na lida do campo, questões identitárias que interferem nas suas autopercepções.

Aliado a isso trazem pelas falas a influência de questões culturais que o fazem autoperceber-se positivamente ou não diante das condições de escolaridade, sintomas depressivos, de gênero e empoderamento feminino e a forma como lidam com as alterações corporais e rede de apoio. Assim, autoperceber sua saúde geral também depende de como percebem a saúde geral dos demais familiares, de como está a qualidade do sono e a necessidade (ou não) de estarem vigilantes diante da sua

racionalidade em risco. O discurso do idoso apresenta-se permeado de questões a serem olhadas de outros pontos de vista, como a relação entre doenças e sintomas, juventude e velhice.

Também o uso que fazem dos serviços de saúde é aliado ao idoso para se perceber sua saúde geral, assim como a forma que lidam com questões financeiras, inclusive no manejo com familiares e a forma com quem lidam com o uso de medicamentos. A saúde geral, tendo o fator desejo de morte como seu componente, possibilitou a esse idoso expressar como lida com as imprevisibilidades do futuro e, no caso dos homens, o desejo de morte se destaca corroborado tanto na parte objetiva quanto subjetiva. Mostram a complementaridade existente entre vida e morte, e psíquico, físico e espiritual que estão de pano de fundo no como autopercebem sua saúde geral. O que se buscou com este ensaio, portanto, foi demonstrar a importância destes conceitos como referências aos estudos sobre bem-estar e desenvolvimento no contexto rural, a partir de uma visão multidimensional, objetiva e subjetiva da vida dessas populações. É a tentativa de colocar em convivência ideias antagônicas, que concorrem entre si, mas que se complementam quando se pensa em saúde: a pesquisa quantitativa e a qualitativa.

Vê-se esse sujeito de pesquisa como caracterizado pela forte relação existente entre saúde mental e física no idoso em virtude do seu contexto rural. Nesse sentido, os dados mostram que as características dessa amostra de idosos do meio rural fazem pensar tanto na relação meio e hábitos (fumar, ingerir álcool, utilizar serviços psicológicos, etc) como também que enquanto profissionais equipe de saúde na atenção básica, onde o psicólogo precisa realizar mais intervenções no sentido de se aproximar dessa população com práticas não centradas na clínica individual, como era a única forma desse profissional intervir, no momento da coleta desses dados no local. Esse contexto também evidenciou aqui a necessidade de assistência à saúde geral. Esse estudo contribui para se considerar tais variáveis no trato para com o idoso rural no serviço público de saúde de forma interdisciplinar, ou seja, não ver apenas o físico, mas também o mental no momento dos cuidados de atenção básica já que muitas unidades

de saúde não tem psicólogos no atendimento a essa população. E para as que têm, esse resultado interessa tanto aos profissionais que atuam de forma multidisciplinar no cuidado como ao profissional da Psicologia, que pode contar com um instrumento adaptado à realidade dessas pessoas. É uma das formas de contribuir para a promoção de saúde na sociedade gaúcha em envelhecimento. Esse estudo evidencia a necessidade de se atentar para políticas de saúde mental para o homem em fase de velhice no meio rural. A saúde mental masculina nesse contexto entende-se como importante diferencial dessa pesquisa na comunidade científica.

Foi requerida aqui uma atitude existencialista e uma atitude de pesquisadora que dá visibilidade a esse idoso do meio rural, às suas angústias, ansiedades e percepções. Uma das limitações dessa produção diz respeito ao quanto a autora se focou mais nos dados trazidos pelos idosos. Outro aspecto diz respeito ao que caracteriza estudos com sintomas autorreferidos: podem ter sido subestimados pelos sujeitos. E um terceiro, se refere ao risco em se empreitar uma pesquisa de cunho investigativo e não de analítico; e de característica quali-quantitativa, pois não permite aprofundar como o seria se fosse de apenas um (quali ou quanti). Tal aprofundamento se fará possível através de artigos que serão publicados oriundos desses resultados apontados. Essa pesquisa apontou para outras variáveis que ainda não foram estudadas nessa população como 'idade que teve o último filho', autopercepção de saúde de idosos urbanos e institucionalizados, a fim de se aprofundar e dar visibilidade a essas autopercepções singulares.

Evidencia-se aqui a importância de se apresentar esses resultados aos profissionais que atuam nessa realidade, a fim de que ao contemplar as políticas públicas que se baseiam na homogeneidade, no que predomina, na forma como essa amostra se comporta que está explicitado na análise estatística. Assim, algumas estratégias como divulgar esses resultados para esses idosos através de folders de cunho psicoeducativo se faz importante. Ações no sentido de sanar questões preocupantes como grupos de apoio no meio rural, em cada comunidade, auxiliam na garantia de espaços para se fortalecerem, especialmente com os homens. Para isso, teria que se aproveitar espaços já existentes, como por exemplo, eles se reúnem uma vez por semana

para atividades de educação física com uma educadora física, então, aí está uma oportunidade para se começar a trabalhar também a saúde geral.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. DE S. A. *Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa*. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2013.
- ALTMAN, M. O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de Psicanálise, São Paulo*, v. 44, n. 80, p. 193–206, 2011.
- ALVES, E.; ROCHA, D. P. Ganhar tempo é possível? In: IPEA/MAPA (Ed.). *A agricultura brasileira: desempenho recente, desafios e perspectivas*. GASQUES, J. G.; VIEIRA FILHO, J. E. R.; NAVARRO, Z. Brasília - DF: Ipea, 2010.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, 2007.
- AUGUSTO, H. DOS A. Aposentadorias rurais e desenvolvimento municipal: o caso de Medina, nordeste mineiro. *Dissertação (Mestrado em Administração)*. Universidade Federal de Lavras – UFLA, Lavras/MG. 175 f., 2003.
- BARROS, M. B. DE A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 27–37, nov. 2009.
- BATISTONI, S. S. T. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Psicologia em Pesquisa | UFJF*, v. 3, n. 02, p. 13–22, 2009.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicologia: Teoria e Prática. PUC-RS. Porto Alegre.*, v. 13, n. 2, p. 195–208, 2011.
- BELTRÃO, K. I. et al. A constituição de 1988 e o acesso da população rural brasileira à seguridade social. In: IPEA (Ed.). *CAMARANO, Ana Amélia. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.
- BORGES, L.; ARGOLO, J. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica, Itatiba-SP*, v. 1, p. 17–27, 2002a.
- BORGES, L. DE O.; ARGOLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica, Itatiba-SP*, v. 1, n. 1, p. 17–27, 2002b.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. DE A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos : pesquisa de base populacional no Município de Campinas , São Paulo , Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 28, n. 4, p. 769–780, 2012.
- BRASIL, C. DA R. F. DO B. *Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso)*, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (MDA). *Coletânea sobre estudos rurais e gênero*. Brasília - DF: MDA, 2006. p. 356
- BRITO, F. C. DE; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação. In: ATHENEU, E. (Ed.). *Papaléo Neto, Matheus P213g Tratado de Gerontologia / Matheus Papaléo Netto*. 2. ed., rev. e ampl. — São Paulo : Editora Atheneu, 2007. p. 133–147.
- BRUSCATO, W. L. Testagem psicológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 4, p. 197–198, dez. 2000.
- BUAES, C. S. Aprender a ser viúva: experiências de mulheres idosas no meio rural. *Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação*, 2005.
- CARNEIRO, A. M.; BAPTISTA, M. N. Saúde geral e sintomas depressivos em universitários. *Sallud & sociedad*, v. 2, n. 2, p. 166–178, 2012.
- CARVALHO, H. W. DE; ANDREOLI, S. B.; JORGE, M. R. Saúde geral: evidências de diferenças relacionadas ao sexo. *Avaliação Psicológica, Itatiba-SP*, v. 10, n. 2, p. 173–179, 2011.
- CASA DO PSICÓLOGO. *QSG - Questionário de saúde geral de Goldberg. Manual. Instrumento restrito a psicólogos*. 1ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

- CERCHIARI, E. A. N.; GARCIA, D. S.; FACCENDA, O. Estudo do Perfil Sociodemográfico e da Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudante de Turismo da UEMS / Unidade de Dourados. *Turismo em Análise, Dourados*, v. 20, n. 3, p. 563–577, 2009.
- DAMASIO, B. F.; MACHADO, V. DE L. Estrutura fatorial do questionário de saúde geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica, Itatiba-SP*, v. 10, n. 1, p. 99–105, 2011.
- DAMETTO, A.; MORETTO, C. F. *Agricultura familiar, processo produtivo e trabalho: uma pesquisa em propriedades rurais do município de Tapejara (RS)*. p. 1–20, 2012.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento*. Sao Paulo: Edusp, 1999.
- DORNELLES, A. R. A. Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência. *Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia*, p. 133, 2010.
- EILAT-TSANANI, S. et al. Patients' perceptions of radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative study. *The Israel Medical Association journal: IMAJ. Afula, Israel.*, v. 15, n. 3, p. 153–7, mar. 2013.
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, v. 1, n. 20, p. 106–132, 13 fev. 2012.
- FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v. 20, n. 4, p. 803–811, 2011.
- FOCCHESATTO, A. *Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro , Nova Bassano , RS Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ra*. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2009.
- GARCIATRIANA, B.; SALDANABERNABEU, A.; SALDANHAGARCIA, L. El estrés oxidativo y los antioxidantes en la prevención del cáncer. *Rev haban cienc méd*, v. 12, n. 2, p. 187–196, 2013.

- GEMMA, S. F. B.; TERESO, M. J. A.; ABRAHÃO, R. F. Ergonomia e complexidade : o trabalho do gestor na agricultura orgânica na região de Campinas - SP. *Ciência Rural, Santa Maria*, v. 40, n. 2, p. 318–324, 2010.
- GODINHO, A. L. DE A. *Avaliação da saúde mental de uma empresa siderúrgica*. Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Prof., 2003.
- GOMESMONTES, J. F.; CURCIOBORERO, C. L. *Envejecimientorural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas*. Manizales (CO): 2004.
- GONÇALVES, R. L. Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de ciências biomédicas ABel Salazar. Universidade do Porto.*, 2010.
- GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; LLORET, S.; ESPEJO, B. Comparación de los modelos de medida del Cuestionario de Salud General (GHQ-12). *Psicológica*, v. 14, p. 259–268, 1993.
- GOUVEIA, V. V et al. Questionário de Saúde Geral (QSG-12) na população médica brasileira : evidências de validade fatorial e consistência interna. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 26, n. 7, p. 1439–1445, 2010.
- GOUVEIA, V. V et al. Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.*, v. 28, n. 2, p. 375–384, 2012.
- GUSMÃO, N. M. M. DE; ALCÂNTARA, A. D. O. VELHICE , MUNDO RURAL E SOCIEDADES MODERNAS : TENSOS ITINERÁRIOS. *Ruris*, v. 2, n. 1, p. 154–180, 2008.
- HAMMERSCHIMIDT, K. S. D. A. et al. Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 198–203, 9 out. 2013.
- HISLI ŞAHIN, N.; DURAK BATIGÜN, A.; KOÇ, V. The relationship between depression, and interpersonal style, self-perception, and anger. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. Universidade de Ancara, Turquia.*, v. 22, n. 1, p. 17–25, jan. 2011.
- HORA, R. M. DA; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. *Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach, Produto & Produção*. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>>. Acesso em: 29 out. 2013.

- IBGE. *Censo demográfico e contagem da população*. <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=200&z=cd&o=24&i=P>
Acesso em 22/08/2013.
- IBGE. *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, RJ, 2011.
- IRIGARAY, T. Q.; FILHO, I. G.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos de um Treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na Cognição de Idosos Saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 1, p. 188–202, 2012.
- JUNGES, J. R. Saúde humana como capacidade de reação. In: LOYOLA (Ed.). *Bioética: hermenêutica e casuística*. São Paulo – SP: Loyola, 2006.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, v. 8, n. 2, p. 127–141, 2005.
- LENARDT, M. H.; HAMMERSCHMIDT, N.; CARNEIRO, K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enfermagem, Curitiba-Paraná*, v. 18, n. 1, p. 13–20, 2013.
- LIMA, V. Produzidas no polo industrial de Manaus. *Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC), como requisito parcial à obtenção do grau de mestre. Universidade de Brasília.*, 2009.
- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 712–719, 2006.
- LOURENÇO, S. T. F. Influência da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade na sintomatologia depressiva em idosos. *MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA, UNIVERSIDADE DE LISBOA*, 2012.
- LUCHESA, C. J.; NETO, A. C. *Cálculo do tamanho da amostra nas pesquisas em Administração*. Curitiba: 2011. p. 27
- MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 10, n. 4, p. 592–605, dez. 2007.
- MACHADO, L. M. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas: desafios de uma cultura de compromisso social. In: *CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. 1a. ed. Brasília - DF: 2009. p. 196.
-

- MAGEE, J. C.; TEACHMAN, B. A. Distress and recurrence of intrusive thoughts in younger and older adults. *Psychology and aging*. Providence, EUA., v. 27, n. 1, p. 199–210, mar. 2012.
- MAIA, F. DE O. M.; DUARTE, Y. A. DE O.; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP*, v. 40, n. 4, p. 540–7, 2006.
- MAKAI, P. et al. A validation of the ICECAP-O in a population of post-hospitalized older people in the Netherlands. *Health and quality of life outcomes*. Nijmegen, Holanda., v. 11, p. 57, jan. 2013.
- MARQUES, L. F. A Saúde e o Bem-Estar Espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 23, n. 2, p. 56–65, 2003.
- MELLO, A. L. S. F. DE; ERDMANN, A. L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado. *Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro-RJ., v. 17, n. 1, p. 139–156, 2007.
- MENEZES, K. M. G. *CORPOS VELHOS E A BELEZA DO CREPÚSCULO: Um debate sobre os (re) significados da corporeidade na velhice*. Dissertação apresentada à Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do título de Mestra, pelo Mestrado Acadêmico em Políticas e Públicas e Sociedade, da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE., 2012.
- MESSICK, S. Validity. In: LINN, R. (Org.), *Educational measurement*. New York: American Council on Education and Macmillan Publishing Company. 1989. p. 13–103.
- MISSIO, M.; PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos do meio rural no contexto da família : um desafio para a equipe attention. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre-RS, v. 17, n. 2, 2003.
- MOMMERSTEEG, P. M. C. et al. Higher levels of psychological distress are associated with a higher risk of incident diabetes during 18 year follow-up: results from the British household panel survey. *BMC public health*. Tilburg, Holanda., v. 12, p. 1109, jan. 2012.
- MORAIS, E. P. DE; 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 - Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 374–383, jun. 2008.
- MORIN, E. *Cultura de massas no século XX - neurose*. 1.ed. Rio de Janeiro, RJ: F.Universitária, 1962.

- . *O enigma do homem*. Tradução: Fernando de Castro Ferro. São Paulo: Editora Círculo do livro, 1973.
- . *O homem e a morte*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1997.
- . *Os sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*. 3.ed. Brasília - DF: Unesco, 2001.
- . *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 177
- . *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 6^a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2007.
- NASCIMENTO, C. DE M. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro., v. 27, n. 12, p. 2409–2418, dez. 2011.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: ALÍNEA (Ed.). *Neri, A. L. , organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea, 2007. p. 13.
- NERI, A. L. (ORG.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas- SP: Papyrus, 2006.
- NETTO, M. P.; KLEIN, E. L. Demência I: Epidemiologia , Tipos e manifestações clínicas. In: Papaléo Neto, Matheus P213g *Tratado de Gerontologia / Matheus Papaléo Netto*. 2. ed., rev. e ampl. — São Paulo : Editora Atheneu, 2007. p. 323–338.
- NETTO, M. P.; LUDERS, S. L. A.; KLEIN, E. L. Demência II: Impacto sobre Cuidador, Família e Sociedade. In: *Papaléo Neto, Matheus P213g Tratado de Gerontologia / Matheus Papaléo Netto*. 2. ed., rev. e ampl. — São Paulo : Editora Atheneu, 2007. p. 339–350.
- OLIVEIRA, P. B. DE. Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG)*, 2012.
- OZER, E. J. et al. Does alleviating poverty affect mothers' depressive symptoms? A quasi-experimental investigation of Mexico's Oportunidades programme. *International journal of epidemiology*. Berkeley, EUA, v. 40, n. 6, p. 1565–76, dez. 2011.

- PEIXOTO, C. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: FGV (Ed.). *Peixoto, C. (orgs.). Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: FGV, 2004. p. 57–85.
- PEREIRA, J. K. *As representações sociais de velhice e terceira idade: um estudo de caso sobre um “grupo de terceira idade” de Caratinga/MG*. Caratinga/MG, 2006.
- PICHLER, N. A.; DIEHL, A. A. *Filosofia do envelhecimento humano*. Passo Fundo-RS: Méritos, 2013. p. 188
- PINO, M.; RICOY, M. C.; PORTELA, J. Evaluación sobre las características del proceso de envejecimiento a través de relatos de vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 369–382, dez. 2009.
- PIZZOL, T. DA S. D. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil : um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104–114, 2012.
- RABADI, M. H.; VINCENT, A. S. Health status profile and health-related quality of life of veterans attending an out-patient clinic. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. Oklahoma City, OK, USA, v. 19, p. 386–92, jan. 2013.
- RAHAL, M. A.; ANDRUSAITIS, F. R.; SGUIZZATTO, G. T. Atividade Física para o Idoso e Objetivos. In: ATHENEU, E. (Ed.). *Papaléo Neto, Matheus P213g Tratado de Gerontologia / Matheus Papaléo Netto*. 2. ed., rev. e ampl. — São Paulo : Editora Atheneu, 2007. p. 781–794.
- RESENDE, M. C. DE et al. Saúde mental e envelhecimento. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 1, p. 31–40, 2011.
- RIGHETTO-DIAS, R.; NUNES-BAPTISTA, M. Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças. *UNIV. PSYCHOL*. Bogotá, Colômbia., v. 8, n. 1, p. 125–136, 2009.
- RIGO, I. I.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. DE. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 254–261, 2010.
- ROCHA, F. M. F. DA. *Representação social da atenção assistencial oferecida ao idoso no município de Divinópolis*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Fundação Educacional de Divinópolis, unidade associada à Universidade do Estado de Minas Gerais da, como requisito à obtenção do título de Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais, 2008.

- SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. A bioética e o cuidado no envelhecimento humano: um olhar a partir do princípio da dignidade humana. *Revista do Ministério Público do RS n° 6908*, p. 141–155, 2011.
- SANTOS, A. T. dos et al. Queja subjetiva de memória em ancianos sanos: influencia de sintomas depressivos, percepção de estrés y autoestima. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. São Paulo, SP., v. 46 Spec No, p. 24–9, out. 2012.
- SANTOS, S. S. C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 6, n. 2, 2003.
- SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035–1039, 2010.
- SARRIERA, J. C.; BERILM, C. S.; CÂMARA, S. G. Bem-Estar Psicológico: Análise Fatorial da Escala Golberg (Ghq-12), Numa Amostra de Jovens. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 9, n. 2, p. 293–306, 1996.
- SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil : o contexto e as questões em debate. *Revista de Economia Política*, v. 30, n. 119, p. 511–531, 2010a.
- SCHNEIDER, S. Reflexões sobre diversidade e diversificação. *Ruris*, v. 4, n. 1, p. 85–132, 2010b.
- SCHNEIDER, S.; FREITAS, T. D. Qualidade de Vida, Diversificação e Desenvolvimento: referências práticas para análise do bem- estar no meio rural. *Olhares sociais*, v. 02, n. 01, p. 121–142, 2013.
- SCHNEIDER, S.; NIEDERLE, P. A. Agricultura familiar e teoria social: a diversidade das formas familiares de produção na agricultura. In: EMBRAPA CERRADOS (Ed.). *FALEIRO, F. G.; FARIAS NETO, A. L. (Orgs.). Savanas: desafios e estratégias para o equilíbrio entre sociedade, agronegócio e recursos naturais*. Planaltina: Embrapa Cerrados 2008. p. p. 989–1.014.
- SCHWARTZ, E. *O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica*. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Florianópolis (SC), 2002.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538–42, 1997.
- SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, v. 3, p. 505–516, 2002.

- SILVA, E. F. DA et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos : um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência e saúde coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1029–1040, 2013.
- SILVA, J. L. A. DA. O idoso do município de Arambaré - RS: um contexto rural de envelhecimento. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- SILVA, J.; MENDES, E. DE P. P. Desafios dos agricultores familiares nas comunidades rurais cruzeiros dos martírios e paulistas, catalão (GO). *Revista Formação Online*, v. 2, n. 19, p. 32–50, 2012.
- SMITH, K. V; GOLDMAN, N. Measuring health status: self-, interviewer, and physician reports of overall health. *Journal of aging and health*. Princeton, EUA, v. 23, n. 2, p. 242–66, mar. 2011.
- STUART-HAMILTON, I. *A Psicologia do Envelhecimento - uma introdução*. 3. ed. Porto Alegre-RS:Artmed, 2002 .
- SISTEMA único DE SAÚDE. *Lei nº 8.080*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.
- TAGLIAPIETRA, M. V.; GARCES, S. B. B. Saúde mental e indícios depressivos de idosos de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) da cidade de Cruz Alta / RS e sua relação com o nível de atividade física. *Biomotriz*, v. 6, n. 2, p. 1–16, 2012.
- TAVARES, D. M. D. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 2, p. 371–378, jun. 2012.
- TAVARES, V. O. et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 10, n. 1, p. 94–108, 2011.
- TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento : teorias , mecanismos e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 6, p. 2845–2857, 2010.
- TERAOKA, S. et al. Good stress management capability is associated with lower body mass index and restful sleep in the elderly. *The Tohoku journal of experimental medicine*. Nagasaki City, Japan., v. 229, n. 1, p. 5–10, jan. 2013.
- TONEZER, C. Idosos do meio rural *de santana da Boa Vista – Rio Grande do Sul*: efeitos da cobertura previdenciária. Dissertação submetida ao Programa de Pós-

Graduação em Desenvolvimento Rural da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Rural., 2009.

- TSURUGANO, S. et al. Relationship between transitions in self-rated health and health indicators in Japanese workers. *The Tokai journal of experimental and clinical medicine*. Tóquio, Japão, v. 37, n. 4, p. 113–20, dez. 2012.
- VALLE, E. A. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho do mini-exame do estado mental em idosos: Projeto Bambuí. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração Epidemiologia, 2008.
- VIANA, H. B. Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção Afetividade e sexualidade na maturidade: a vida continua. In: *Conselho Federal de Psicologia*. (2009). *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (1a ed., p. 196). Brasília - DF, 2009.
- VITTA, A. DE. *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos*. UNICAMP, 2001.
- ZHANG, L. et al. Impact of risk factors, activities and psychological disorders on the health of patients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional study. *BMC public health*, v. 13, p. 627, jan. 2013.

ANEXOS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autopercepção de idosos rurais: uma investigação com o QSG.

Pesquisador: JULIANA FRIGHETTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09145712.6.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 156.398

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa justifica-se pela importância que a saúde tem para o idoso, tanto a física como a mental, sendo dessa forma, necessário conhecer suas necessidades através de instrumentos cada vez mais adaptados considerando sua subjetividade e o contexto rural e de envelhecimento populacional.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral desta pesquisa é investigar a auto percepção dos idosos sobre sua saúde geral através do QSG, tomando como base empírica o serviço público de saúde. Assim, tem-se como objetivos específicos: identificar possíveis relações entre saúde geral e as características sociodemográficas; verificar a existência de diferenças significativas de gênero nos indicadores de saúde avaliados pelo QSG e analisar a relação entre indicadores de saúde apontados pelo QSG e qualidade de vida, evidenciando ou não sua validade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresentará riscos. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área, ou a mesma realizará acompanhamento psicológico a fim de que tal sofrimento psíquico seja eliminado.

Benefícios:

Produzir conhecimentos sobre a saúde geral na ótica dos idosos agricultores e contribuir com evidências de validade do Questionário de Saúde Geral QSG 60. Ao se conhecer a autopercepção

de idosos relacionada à saúde geral, se estará beneficiando essa população no sentido de direcionar a implantação de serviços de assistência, de estratégias interventivas mais adequadas e sensíveis às suas necessidades no que tange, especialmente, ao auto cuidado, a promoção e a manutenção da saúde e da qualidade de vida. Além disso, as demandas conseqüentes do envelhecimento populacional serão mais bem avaliadas com o auxílio de um instrumento válido para esse contexto e os profissionais serão beneficiados para responderem as demandas desta prática de forma eficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quanti e qualitativa, de tipo transversal, com idosos agricultores, por meio do QSG (Questionário de Saúde Geral), nas suas residências. Será realizado projeto-piloto e, em seguida, à qualificação do projeto, a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais do (s) participante (s) foi (ram) garantido (s) no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Nenhuma.

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

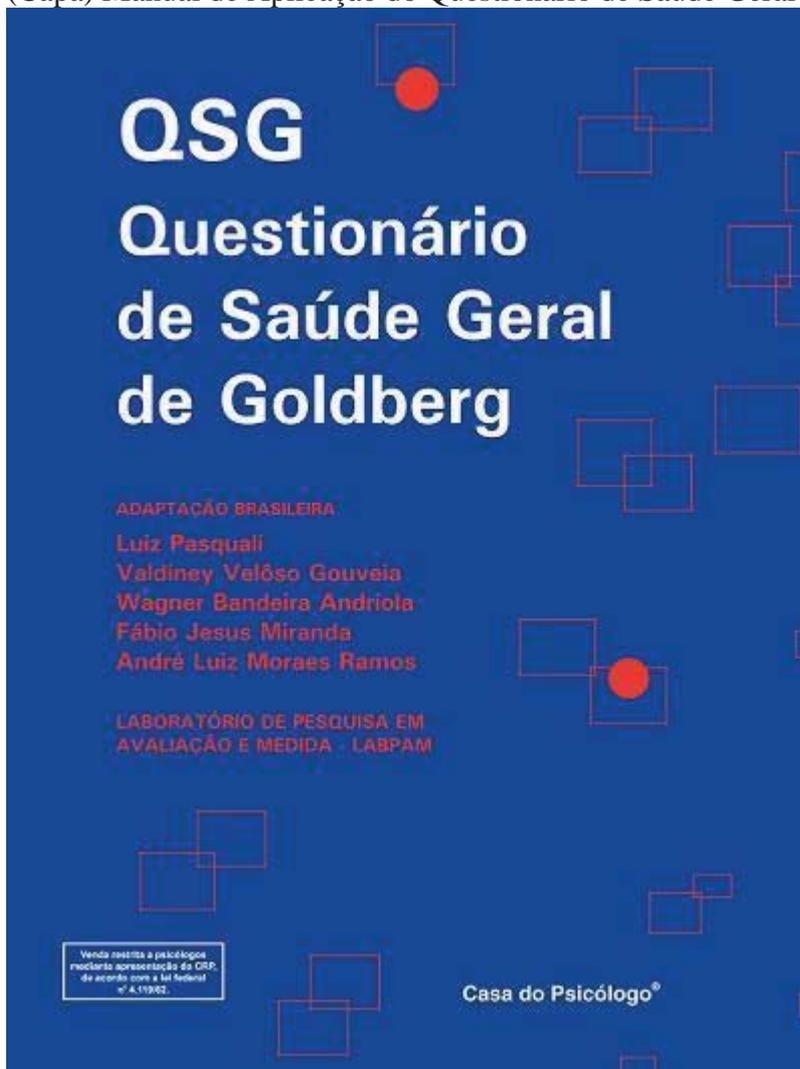
Considerações Finais a critério do CEP:

PASSO FUNDO, 28 de Novembro de 2012

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: (543)316-8370 Fax: (543)316--8283 E-mail: cep@upf.br

Anexo B. Caderno de Aplicação Questionário de Saúde Geral-60
(Capa) Manual de Aplicação do Questionário de Saúde Geral-60. -



Q S G

(Adaptação Brasileira)

**VERSÃO PARA
PESQUISA**

**POR FAVOR,
LEIA COM ATENÇÃO**

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, escrevendo, no quadrinho da **Folha de Respostas** correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se porventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime do que sente. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

PODE COMEÇAR

Casa do
Psicólogo®

© 1996 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Rua Santo Antonio, 1010 - Jd. México - Itatiba/SP - Brasil
CEP 13253-400 - Tel. (11) 4524 6597 - www.casadopsicologo.com.br

Você ultimamente:

5. *Tem sentido dores de cabeça?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume
6. *Tem sentido dores na cabeça?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume
7. *Tem sido capaz de se concentrar no que faz?*
1. melhor do que de costume
 2. como de costume
 3. menos do que de costume
 4. muito menos do que de costume
8. *Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume

Você ultimamente:

9. *Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume
10. *Tem suado (transpirado) muito?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume
11. *Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume
12. *Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?*
1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume

Anexo C. Termo de Consentimento do Questionário de Saúde Geral-60 para pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONVITE

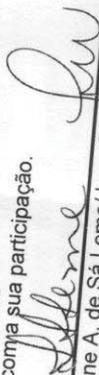
Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa, intitulada "Atualização de normas de instrumentos psicológicos". O objetivo é desenvolver normas deste instrumento em várias regiões do Brasil. A pesquisa é desenvolvida pelo Departamento de Pesquisa e Produção de Testes da Casa do Psicólogo®, sob a responsabilidade dos psicólogos Irene A. de Sá Leme e Ivan Sant'Ana Rabelo. Será aplicado o instrumento, Questionário de Saúde Geral de Goldberg.

Será solicitado ao voluntário que responda a algumas perguntas em um protocolo de respostas. Estas atividades não trazem risco ou sofrimento ao voluntário, podendo ser realizada coletivamente. Desta forma, o participante precisará dispor apenas de seu tempo para as atividades. Todas as informações serão mantidas em sigilo, divulgando-se os resultados da pesquisa apenas em termos grupais, sem identificar os participantes. A qualquer momento o voluntário poderá desistir de participar da pesquisa, sem qualquer implicação ou prejuízo a si próprio.

Ao participar deste estudo, o voluntário não terá qualquer ônus, bem como não obterá qualquer bônus de forma particular. Apenas estará contribuindo para o conhecimento científico sobre o tema.

Os pesquisadores se colocam à disposição para eventuais dúvidas e necessidades dos participantes, através do telefone 11-3034-3600 e do e-mail: testes@casadopsicologo.com.br

Sendo o que se apresenta, contamos com sua participação.



Irene A. de Sá Leme/ Ivan Sant'Ana Rabelo
Pesquisadores Responsáveis

CONSENTIMENTO

A partir das informações recebidas, declaro meu consentimento em participar livremente desta pesquisa, assinando o presente termo.

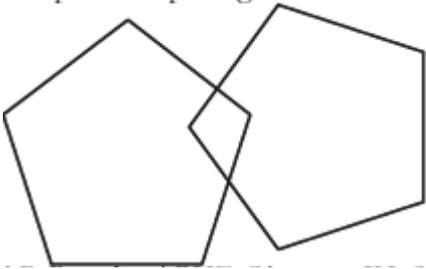
São Paulo, ____/____/____

CPF: _____

Nome Completo e Legível do Voluntário

Assinatura

Anexo D. Mini-Exame do Estado Mental

Escore máx.	Escore IDOSO	
Cinco	...	Orientação temporal: hora aproximada, dia da semana, dia do mês, mês, ano.
Cinco	...	Orientação espacial: (em que local estamos, que local estamos agora, cidade, bairro, estado).
Três	...	Memória imediata: Nomeie três objetos: <u>carro, vaso, tijolo</u> . (1 segundo para cada nome). Depois, pergunte os três nomes. Dê um ponto para cada resposta correta. Então, repita-os até o paciente aprender. Conte as tentativas e anote:...
Cinco	...	Atenção e cálculo Subtrair $100-7= 93-7= 86-7= 79-7= 72-7= 65$ Dê um ponto para cada correto.
3	Memória de evocação Pergunte pelos três objetos nomeados antes. Um ponto para cada acerto.
9	Linguagem: (2 pontos) Mostrar um celular e uma caneta, pedir como se chamam (1 ponto) Repita: nem aqui, nem ali, nem lá. (3 pontos): Seguir comando pegue esse papel com a mão direita, Dobre-o ao meio e Coloque no chão. (1 ponto) Leia e execute a ordem: feche os olhos (1 ponto) Escreva uma frase: (1 ponto): Copiar dois pentágonos com interseção 
30	TOTAL

APÊNDICES

Apêndice A. Instrução às Agentes Comunitárias de Saúde para convidar os sujeitos sorteados

Caro (a) Agente Comunitário de Saúde! Os idosos do meio rural de Ernestina precisam ser convidados por vocês a participar da pesquisa que se chama Autopercepção de idosos do meio rural: uma investigação com o Questionário de Saúde Geral-60, que está sendo feita pelo Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF), na pessoa da psicóloga pesquisadora Juliana Frighetto, sendo que Ernestina foi o único município convidado a participar. É uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF (Universidade de Passo Fundo-RS) em 28/11/2012 pelo nº 09145712.6.0000.5342.

Esta pesquisa está sendo realizada porque a população brasileira e mundial está cada vez mais com o número de idosos alto, e pesquisas com idosos do meio rural precisam ser realizadas para que os profissionais de saúde conheçam as necessidades dessas pessoas e possam aperfeiçoar os serviços. O objetivo geral desta pesquisa é investigar a autopercepção dos idosos sobre sua saúde geral através do Questionário de Saúde Geral-60, tomando como base o serviço público de saúde; ou seja, se quer saber como está a saúde dos idosos a partir das respostas deles.

A participação dos idosos na pesquisa será em um encontro, no horário que a pesquisadora passar para a enfermeira **Letícia** (que daqui a pouco repassará para vocês convidarem). O encontro terá duração mínima de 25 minutos e pode demorar mais dependendo de cada idoso, pois ele vai responder, aproximadamente, oitenta perguntas. Ao participar da pesquisa, o idoso, além de contribuir para o avanço científico com pesquisas para idosos, será ouvido frente ao tema saúde geral (física e mental) e, se identificado necessidade de encaminhamento, o será feito (em casos de necessidade de avaliação cognitiva, depressão, entre outros).

A participação dos idosos do meio rural nessa pesquisa não é obrigatória; os idosos do meio rural sorteados serão CONVIDADOS, e se não aceitar a pesquisadora sorteará outra pessoa para participar. Nem todos vão ser convidados para a pesquisa porque tendo um número significativo (uma amostra, só os sorteados) participando já dá para generalizar/entender como eles (todos os idosos) estão de saúde, não precisando que todos participem. A pessoa convidada não precisa vir para a cidade só para participar da pesquisa, pode vir num outro dia que tenha outros compromissos na cidade, para isso é necessário ligar para a pesquisadora e mudar a data do agendamento, assim, vem no posto responder a pesquisa quando fica melhor para ele/a. Não receberão pagamento pela sua participação nessa pesquisa. As informações escritas nos instrumentos a serem utilizados nessa pesquisa ou em outras pesquisas nesse âmbito, não divulgarão a identificação, em hipótese alguma, da pessoa que participou. Os resultados vão ser divulgados considerando o resultado geral/de todos e não o individual, assim o nome de ninguém que participou vai aparecer.

Diante de qualquer dúvida que eles tiverem (e que não está escrita aqui), terão a garantia de receber esclarecimentos no dia/ hora agendada (antes de participar) ou ligando para a pesquisadora no telefone 54 8413 2261.

Atenciosamente,
Juliana Frighetto

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre Autopercepção de idosos do meio rural: uma investigação com o Questionário de Saúde Geral-60, de responsabilidade da pesquisadora Juliana Frighetto e conta com o apoio da Casa do Psicólogo. Esta pesquisa justifica-se pela importância que a saúde tem para o idoso, tanto a física como a mental, sendo dessa forma, necessário conhecer suas necessidades através de instrumentos cada vez mais adaptados considerando sua subjetividade e o contexto rural e de envelhecimento populacional. O objetivo geral desta pesquisa é investigar autopercepção dos idosos sobre sua saúde geral através do Questionário de Saúde Geral-60, tomando como base empírica o serviço público de saúde. A sua participação na pesquisa será em um encontro, no horário que tiver disponibilidade, com duração aproximada de 25 minutos. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área, ou a mesma realizará acompanhamento psicológico a fim de que tal sofrimento psíquico seja eliminado. Ao participar da pesquisa, você terá a oportunidade de contribuir para o avanço científico na área. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo,

ligando para o número do Comitê de Ética em Pesquisa da UPF: 54 3316 8370 ou pelo e-mail: cep@upf.br. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento com a pesquisadora, solicitando-o pelo email julianafrighetto@hotmail.com. Você não terá despesas relacionadas a essa pesquisa e você não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

As suas informações serão escritas nos instrumentos a serem utilizados nessa pesquisa ou em outras pesquisas nesse âmbito, sendo que os seus dados relacionados à sua identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Os resultados da pesquisa serão divulgados após a defesa de dissertação da mestranda e se necessário em meios de comunicação em caráter de divulgação de novos conhecimentos na área, sendo que você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Juliana Frighetto pelo telefone 54 8413 226, ou com o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – *UPF* pelo 54 3316 8384 ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, rubricando todas as folhas desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que será também assinado e rubricado pela pesquisadora responsável.

Ernestina, ____ de ____ de 2013.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Juliana Frighetto

Assinatura: _____ Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com a autora da pesquisa.

Juliana Frighetto

Apêndice C. **Dados** (sob posse apenas da pesquisadora)

Número

MEEM

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Sexo

- 1 feminino
 2 masculino

Idade

depois, passar esse dado para o Protocolo de Respostas do QSG

Idade (faixas)

- 1 60-69
 2 70-79
 3 80-89
 4 90-99
 5 100-109
 6 110 ou mais

Estado civil

- 1 solteiro
 2 casado
 3 viúvo
 4 recasado
 5 divorciado
 6 união estável

AUTORRELATO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Um médico disse que ele tinha uma das seguintes doenças nos últimos 12 meses:

- 1 Doenças do coração
 2 hipertensão
 3 câncer
 4 AVC/derrame ou isquemia
 5 osteoporose
 6 artrite/artrose/reumatismo

- 7 diabetes mellitus
 8 depressão
 9 doenças pulmonares

Quantas doenças têm?

- 0
 1
 2
 3
 4 ou mais

SINAIS E SINTOMAS

Nos últimos 12 meses tem sentido:

- 1 Incontinência urinária
 2 Incontinência fecal
 3 Problemas de memória
 4 Perdas de peso não intencional
 5 Ganho de peso não intencional
 6 Problemas de sono
 7 Caiu

Quantas?

- 0
 1
 2
 3
 4 ou mais

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Quantos medicamentos tem consumido por indicação médica ou por própria conta nos últimos 3 meses:

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6 ou mais

SINTOMAS DEPRESSIVOS GDS-15 : nota de corte >6

1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?

- 1 sim
 2 NAO

2 Deixou de lado muitas das suas atividades e interesses?

- 1 SIM
 2 nao

3 Sente que sua vida está vazia?

- 1 SIM
 2 nao

4 Você sente-se aborrecido(a) com frequência?

- 1 SIM
 2 nao

5 Está de bom humor na maioria das vezes?

- 1 sim
 2 NAO

6 Você teme que algo de ruim lhe aconteça?

- 1 SIM
 2 nao

7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?

- 1 sim
 2 NAO

8 Você se sente frequentemente desamparado(a)?

- 1 SIM
 2 nao

9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?

- 1 SIM
 2 nao

10 Sente que tem mais problemas de memória do que antes?

- 1 SIM

- 2 nao

11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?

- 1 sim
 2 NAO

12 Sente-se útil?

- 1 sim
 2 NAO

13 Sente-se cheio de energia?

- 1 sim
 2 NAO

14 Sente que sua situação é sem esperança

- 1 SIM
 2 nao

15 Você pensa que a maioria das pessoas e melhores que você?

- 1 SIM
 2 nao

Pontuação total:

Tem depressão?

- 1 Sem depressão (0 a 5 pontos)
 2 Depressão leve (5 a 10 pontos)
 3 Depressão Grave (11 ou mais)

FUMA?

- 1 sim
 2 não

***GRAU DE DEPENDÊNCIA: (conforme Questionário de Tolerância de Fagerström)**

- 1 muito baixa (0-2)
 2 baixa (3-4)
 3 média (5)
 4 elevada (6-7)
 5 muito elevada (8-10)

ABUSO de ÁLCOOL (conforme)DSM-IV

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: • uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa • uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico • problemas legais recorrentes relacionados à substância • uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes

- 1 sim
- 2 não

ESCOLARIDADE Ate que série?....

depois, passar esse dado para o Protocolo de Respostas do QSG

- 1 nunca foi à escola
- 2 primário (1ª a 4ª série)
- 2 ginásio (5ª a 8ª série)
- 3 colegial (ensino médio)
- 4 curso superior

RENDA FAMILIAR MENSAL

depois, passar esse dado para o Protocolo de Respostas do QSG

- 1 < 1 SM
- 2 1 a 3 SM
- 3 3,1 a 5,0 SM
- 4 > 5 SM

Problemas com os dentes:

- 1 sim
- 2 não

Problemas com a gengiva:

- 1 sim
- 2 não

Origem:

- 1 italiana

- 2 alemã
- 3 brasileira
- 4 outra:.....

Com que idade teve o último filho?**Frequência a serviços psicológicos:**

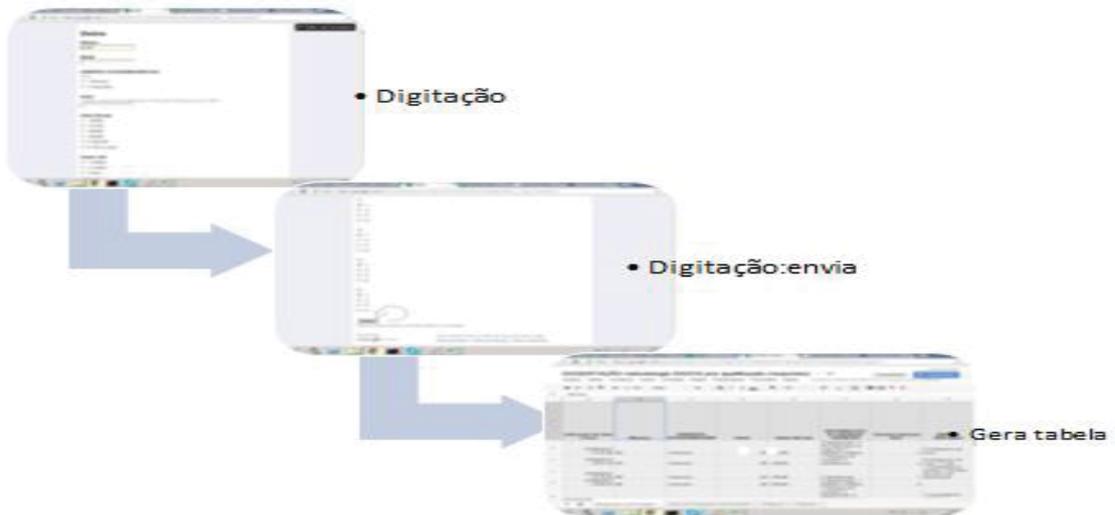
- 1 nunca
- 2 avaliação individual (até 5 sessões)
- 3 acompanhamento individual (mais que 5 sessões)
- 4 grupo
- 5 outro:

**CONDIÇÕES DE SAÚDE MEDIANTE
AUTORRELATO- QSG Início:....
Término:.... Estado que nasceu:
Cidade:Lateralidade:..... Escola
)pública ()privada**

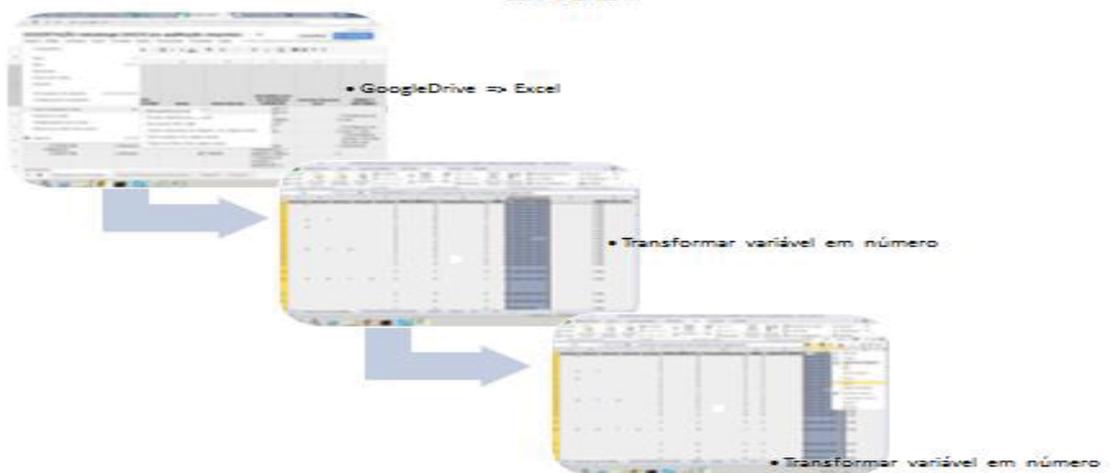
Fator 1 - Stress psíquico

Fator 2 - Desejo de morte**Fator 3 - Desconfiança no desempenho****Fator 4 - Distúrbios do sono****Fator 5 - Distúrbios psicossomáticos****Fator Geral**

Apêndice D. Metodologia GOGLE DRIVE



Excel



Corrigir Questionário de Saúde Geral-60



Apêndice E. Encaminhamento

A psicóloga Gabrielle Magnan
Encaminhou o Sr. [REDACTED],
71 anos, em função de ter
apresentado indício de depressão
leve na Clínica de Depressão Geriátrica.
O mesmo necessita de psicoterapia de
grupo focado em questões desenvolvimentais
e relativas à psicopatologia (que,
no momento se trata apenas com
medicação psicofármacos).

(54) 9684.8016 (Vivo) / 8413.2261 (Oi)
8138.8072 (Tim) / 9155.9824 (Claro)
julianafrighetto@hotmail.com

Juliana Frighetto
Juliana Frighetto
PSICÓLOGA
CRP 19462

A médica Larissa
concedeu o Sr. [REDACTED]
[REDACTED], 41 anos, em função de
ter apresentado queixas relativas
a órgãos dos sentidos.

Obs: o mesmo apresentou indícios
de depressão leve na Escala
de Depressão Guábara.

(54) 9684.8016 (Vivo) / 8413.2261 (Oi)

8138.8072 (Tim) / 9155.9824 (Claro)

✉ julianafrighetto@hotmail.com

Juliana Frighetto
Juliana Frighetto

PSICÓLOGA

CRP 19462