



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**ESTUDO DE BASE POPULACIONAL ENTRE AS CONDIÇÕES
SOCIAIS E AUTOESTIMA DE IDOSOS MINEIROS
CORRESIDENTES**

SAULO SACRAMENTO MEIRA

JEQUIÉ/BA
2013

SAULO SACRAMENTO MEIRA

**ESTUDO DE BASE POPULACIONAL ENTRE AS CONDIÇÕES
SOCIAIS E AUTOESTIMA DE IDOSOS MINEIROS
CORRESIDENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

Co-orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA
2013**

M452 Meira, Saulo Sacramento.
Estudo de base populacional entre as condições sociais e autoestima de idosos mineiros corresidentes/Saulo Sacramento Meira.- Jequié, 2013.
98 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado) (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientadora: Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

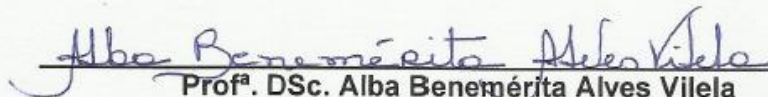
1. Idoso – Descrição dos aspectos sociodemográficos, econômicos e da percepção de saúde 2. Idoso no município de Salto da Divisa/Minas Gerais – Associação entre a autoestima e as condições sociais 3. Idoso – Autoimagem 4. Idoso no município de Salto da Divisa/Minas Gerais – Características da população I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 613.7044

FOLHA DE APROVAÇÃO

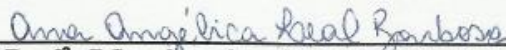
MEIRA, Saulo Sacramento. **Estudo de base populacional entre as condições sociais e autoestima de idosos mineiros corresidentes**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde – área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora



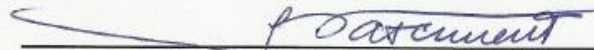
Profª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora



Profª. DSc. Ana Angélica Leal Barbosa

Programa de Pós-Graduação em Genética, Biodiversidade
e Conservação – UESB



Prof. DSc. Jorge Costa do Nascimento

Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e
Formação de Professores - UESB

Jequié/BA, 04 de Outubro de 2013.

Dedico esse trabalho e os títulos advindos dele, integralmente a minha mãe **Almerinda**, por ser o pilar central da minha vida, sempre apoiando e participando nos momentos de derrota e de triunfo.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha história pessoal, profissional e acadêmica e que, portanto, estão presentes (de diferentes maneiras) neste trabalho. Mencionarei algumas delas, ainda que fique aqui a minha gratidão por todos aqueles que contribuíram com a minha trajetória.

Diante disso, deixo o meu agradecimento

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB e seu corpo docente por se esforçar em ser referência de qualidade na formação de profissionais através do oferecimento gratuito do curso de Pós-Graduação.

A professora **DSc. Alba Benemérita Alves Vilela**, orientadora, parceira de trabalho e de tantos anos de convivência no qual dividimos atividades, títulos e valores humanos que não podem ser documentados por transpor o limite acadêmico. Falo não mais como aluno, mas sim como amigo, que lhe respeito muito, por tudo que fez e faz para minha formação. As longas madrugadas e noites mal dormidas que tivemos para a construção desse trabalho nunca serão esquecidas, mais uma vez obrigado pela confiança e carinho depositado. Para você minha eterna gratidão.

Ao professor **DSc. Cesar Augusto Cassoti**, amigo e grande pesquisador que não mediu esforços para construção do conhecimento científico e para o estabelecimento maciço de uma saúde pública de qualidade e eficaz. Que eu possa corresponder a altura pelos momentos em contribuiu para minha qualificação profissional.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** de Salto da Divisa – MG que se empenharam ao máximo para execução dessa pesquisa sem os quais não alcançaríamos as metas propostas para o desfecho dessa pesquisa.

Aos **idosos saltenses** que mesmo sendo os protagonistas desse estudo e os principais beneficiados das ações de saúde que venham a ser tomadas em prol da melhoria das suas condições de vida, não mediram esforços em participar desse estudo.

Aos colegas de mestrado em especial **Marcela Rios, Doane Martins, Carla Eloá e Mario Henrique Magalhães** no qual podemos compartilhar juntos tantos momentos como pesquisadores e amigos, os desentendimentos, os anseios, as diversões e planos de vida. Meu muito obrigado a presença não somente nessa jornada, mas na minha vida, pois não me esquecerei de vocês pelo simples fato de sempre levá-los comigo.

“É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático como os pobres de espírito que não lutam, mas também não vencem, que não conhecem a dor da derrota nem a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final de sua jornada na terra não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se perante Ele, por terem apenas passado pela vida.”

(Robert Nesta Marley)

MEIRA, SAULO SACRAMENTO. **Estudo de base populacional entre as condições sociais e autoestima de idosos mineiros corresidentes**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2013. 98 p.

RESUMO

Em decorrência da rápida transição demográfica nas últimas décadas no Brasil, o envelhecimento da população é uma realidade que tem despertado para diversos setores sociais a necessidade de entender as condições de vida e os aspectos que envolvem a coabitação com pessoas idosas a fim de se promover um envelhecimento sadio e com mais dignidade. Objetivou-se nesse estudo, descrever os aspectos sociodemográficos, econômicos e da percepção de saúde, a fim de analisar a associação entre a autoestima e as condições sociais em que vivem pessoas idosas em estado de corresidência no município de Salto da Divisa – Minas Gerais. Trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, tipo inquérito domiciliar de base populacional, com indivíduos residentes na zona urbana e rural com idade maior ou igual a 60 anos, cadastrados nas três (3) Estratégias de Saúde da Família (ESF) que compõe o município, que não apresentavam déficit cognitivo, e coabitassem com mais de uma pessoa no domicílio. Realizou-se o cálculo amostral, considerando uma proporção de 50% da população, nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%. A amostra final foi composta por (n=279) pessoas idosas, através de uma amostragem sistemática sem reposição com intervalo de amostragem de dois (2). Os dados foram obtidos por meio do *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM), da *Escala de Autoestima de Rosenberg* e pelo questionário semiestruturado *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*, tabulados no *EpilInfo*® 7.7.0.6 e analisados no *SPSS*® 15.0. Para verificar a associação utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson (X^2), com nível de significância de 5%. A pesquisa foi aprovada sob o protocolo nº 047/2009 do Conselho de Ética em Pesquisa da UESB, como subprojeto do projeto intitulado: “*Envelhecimento e Corresidência: uma questão de gênero*”. Como principais achados desse estudo verificou-se que houve predominância do sexo feminino (58,8%), de idosos sem escolaridade (64,2%), com renda de até um (1) Salário Mínimo (81,7%), que tendem a coabitar mais com os netos (71,0%), declararam-se satisfeitos com os coabitantes (89,6%), possuíram autopercepção de saúde boa (60,6%), se consideraram felizes com a vida (92,8%) e com boas expectativas para o futuro (52,0%). Quanto a autoestima 22,9% apresentaram alta, 69,5% normal e 7,5% baixa. Houve associação estatisticamente significativa entre a autoestima e as variáveis escolaridade ($p=0,005$) e satisfação com os coabitantes ($p=0,048$). Esse estudo revelou, dentre os principais resultados um perfil de “idosos jovens”, do sexo feminino, que tendiam a morar com companheiro (a), e com baixos determinantes sociais e econômicos. A autoestima dos idosos cadastrados nas ESF do município pesquisado foi normal e apresentou associação com a escolaridade e a satisfação com os coabitantes. Além disso, revelaram possuir bons aspectos psicossociais e sentimentos positivos diante a vida, sugerindo que a configuração do ambiente familiar tem sido satisfatório para os idosos entrevistados. Na população pesquisada, possuir escolaridade e as relações interpessoais no ambiente domiciliar se configuraram como fatores protetores para a autoestima.

DESCRITORES: Idoso. Condições Sociais. Habitação. Características da população. Autoimagem

MEIRA, SAULO SACRAMENTO. **Estudo de base populacional entre as condições sociais e autoestima de idosos mineiros corresidentes**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2013. 98 p.

ABSTRACT

Due to the rapid demographic transition in Brazil in recent decades, population aging is a reality that has awakened to various social sectors need to understand the living conditions and aspects involving cohabitation with elderly people in order to promote healthy aging and with more dignity. The objective of this study was to describe the sociodemographic, economic, and health perception in order to examine the association between self-esteem and social conditions in which older people live in a state of cohabitation in the municipality of Salto Currency - Minas Gerais. This is an epidemiological study of cross-sectional household survey of population-based individuals residing in urban and rural aged greater than or equal to 60 years, enrolled in the three (3) of the Family Health Strategy (FHS) that make up the municipality, who had no cognitive impairment, and cohabit with more than one person in the household. We carried out the sample calculation, assuming a ratio of 50 % of the population, a confidence level of 95 % and a maximum error of 5%. The final sample consisted of (n = 279) elders, through a systematic sampling without replacement with sampling interval of two (2). The data were obtained by means of the Mini Mental State Examination (MMSE), the Rosenberg Self-Esteem Scale and the semistructured questionnaire Brazil Old Age Schedule (BOAS), EpiInfo[®] 7.7.0.6 tabulated and analyzed using SPSS[®] 15.0. The association used the chi-square test (X^2), with a significance level of 5%. The study was approved under protocol No. 047/2009 of the Board of Research Ethics UESB as subject project titled: " Aging and cohabitation: a gender issue." Main findings of this study showed that there was a predominance of females (58.8%), elderly without schooling (64.2%), with an income of up to one (1) Minimum Wage (81.7%), which more likely to cohabit with grandchildren (71.0%) declared themselves satisfied with cohabiting (89.6%), possessed good self-rated health (60.6 %) considered themselves happy with life (92.8 %) and with good expectations for the future (52.0 %). As for 22.9% had high self-esteem, 69.5% normal and 7.5 % lower. There was a statistically significant association between self-esteem and education variables (p= 0.005) and satisfaction with cohabiting (p = 0.048). This study revealed, among the key findings of a profile "young elderly" females, who tended to live with a partner (a), and low social and economic determinants. The self-esteem of elderly enrolled in the FHS municipality studied was normal and it was associated with schooling and satisfaction with co-inhabitants. In addition, these have good psychosocial and positive feelings on life, suggesting that the configuration of the family environment has been satisfactory for the elderly respondents. In the population studied, possess education and interpersonal relationships in the home environment is configured as protective factors for self-esteem.

KEYWORDS: Elderly. Social Conditions. Housing. Characteristics of the population. Self Concept

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFMO	Academic Family Medicine Organizations
ATI	Academia da Terceira Idade
BOAS	Brazil Old Age Shedule
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis
EPIINFO	Software criado pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas, de pessoas idosas corresidentes em Salto da Divisa - Minas Gerais, 2013. Pag. 40

Tabela 2: Autopercepção de saúde de idosos corresidentes em Salto da Divisa – MG, 2013. Pag.41

MANUSCRITO 2

Tabela 1: Características sóciodemográficas, econômicas e da percepção de saúde dos idosos corresidentes no município de Salto da Divisa-MG, 2013. Pag. 61

Tabela 2: Autopercepção de saúde de idosos corresidentes em Salto da Divisa – MG, 2013. Pag. 62

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Expectativa de vida em diferentes regiões do mundo. Pag. 15
- Gráfico 2:** Estrutura relativa, por sexo e idade – Brasil – 1940/2050. Pag. 16
- Gráfico 3:** Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – 2010. Pag. 17
- Gráfico 4:** Proporção de crianças, jovens-adultos e de idosos em relação ao total da população – Brasil – 1940/2050. Pag. 18
- Gráfico 5:** Motivos para a coabitação familiar com idosos nas áreas urbanas (%) - 2009. Pag. 22

MANUSCRITO 2

- Gráfico 1:** Autoestima de idosos residentes em coresidência no município de Salto da Divisa-MG, 2013. . Pag. 61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	14
2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	14
2.2 O SER IDOSO EM ESTADO DE CORRESIDÊNCIA	19
2.3 A AUTOESTIMA NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO: ASPECTOS CONCEITUAIS	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	26
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	26
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
3.4 PROCEDIMENTOS DA OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	28
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	29
3.4.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores	31
3.4.3 Análise dos dados	31
3.4.4 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS	33
4.1 MANUSCRITO 1: CONDIÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NO VALE DO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS, BRASIL	34
4.2 MANUSCRITO 2: AUTOESTIMA E FATORES ASSOCIADOS ÀS CONDIÇÕES SOCIAIS EM IDOSOS	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	81
ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial tornando-se temática relevante, tanto do ponto de vista científico quanto de caráter social, mobilizando pesquisadores e autoridades das políticas públicas, na discussão sobre os desafios que a longevidade humana representa no contexto social.

Se, por um lado, nos países do Hemisfério Sul a transição demográfica tem ocorrido de forma acelerada e parcial, acoplada a antigas mazelas de um contexto de iniquidades, novas doenças e agravos decorrentes do prolongamento da vida, por outro, os países do Hemisfério Norte já superaram essas fases iniciais rumo à busca da equidade social feita gradualmente durante longo período de tempo. O que levou mais de um século para ocorrer em países desenvolvidos, tem sido na atualidade, em poucas décadas, nos países em desenvolvimento (FREESE; FONTBONNE, 2006).

Nos países da América Latina, observa-se o fenômeno do envelhecimento diferente do continente europeu. Nesse último, aconteceram significativos desenvolvimentos sociais, como aumento de renda, educação, melhora da assistência e do acesso a serviços, em especial ao da saúde, mudanças que só vieram ocorrer no Brasil entre os anos 1940 e 1960. A partir dessa última década, houve uma significativa redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizando-se rapidamente e desencadeando um processo de transição da estrutura etária com a presença cada vez maior de pessoas longevas (VERAS *et al.*, 2001; CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008; DUARTE; BARRETO, 2012).

O envelhecimento pode ser caracterizado por um declínio das funções de diversos órgãos e sistemas, que tendem a ser exponencial em função do tempo, não se conseguindo com exatidão definir pontos exatos dessa transição. Há diversas teorias que buscam formular conceitos para esse processo, uma delas aponta que seu início é precoce e se dá a partir da segunda década de vida, avançando até que as alterações funcionais e/ou estruturais comecem a se tornar mais perceptíveis. Estas manifestações variam de um organismo para outro, sendo o ritmo e repercussões diferentes daqueles indivíduos que tem a oportunidade de envelhecer (PAPALÉO NETO; PONTE, 1996).

Considerando a velocidade e repercussões desse processo orgânico, Kalache

(2007) afirma que o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Com o maior número de pessoas idosas, crescem também suas necessidades específicas.

O processo de envelhecimento é um fenômeno que apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço, possuindo especificidades marcadas pela posição de classe dos indivíduos e dos grupos sociais, assim como pela cultura, política, condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades. As relações sociais passam a exercer papel essencial para promoção e manutenção da saúde física e mental dos idosos. Os efeitos positivos da rede social estão (na maioria dos casos), associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte que a família passe a oferecer às pessoas que envelhecem (RAMOS; 2002, PINTO *et al.*, 2006).

Nesse contexto social, surge o estado de *corresidência*, que pode ser definido como um arranjo social de coabitação, no qual duas ou mais pessoas compartilham o mesmo espaço físico. Se tratando de relações sociais, a *corresidência* inerentemente estimula a diversidade das situações organizacionais, como as relações de poder, de afetividade e de trabalho. Entretanto, essa forma de convívio pode ser tanto fonte de alegria, felicidade e conforto para os longevos, como também pode se estabelecer por meio de conflitos, crises e mal-estar para os residentes domiciliares (PATRÍCIO *et al.*, 2008).

A partir disso, estudos na área da gerontologia vem discutindo e comprovando os modos de como planejar as ações em saúde, e como articular esses conhecimentos entre diversos outros mecanismos que afetam as condições de vida da pessoa idosa, sabendo-se que estes acontecimentos estão diretamente relacionados aos avanços das tecnologias médicas, mudanças comportamentais e o progressivo empenho das ações político-econômicas que acabam por repercutir nas condições de vida e no significado do sujeito na sociedade (WHO, 2007; GUEDEA *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 2011).

Essa discussão prévia conduz à necessidade de conhecer *onde, como e com quem vivem* essas pessoas idosas, uma vez que o ambiente físico e social no qual ocorre o envelhecimento determina um envelhecer bem sucedido ou infeliz. Torna-se importante examinar os arranjos de coexistência das pessoas idosas por várias

razões, uma vez que, o fato de conviverem com medo de violências, falta de assistência à saúde, a escassez de atividades de lazer, além das angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões, pode vir a afetar o bem-estar do ser idoso que vive em estado de coresidência.

Nessa perspectiva surge a hipótese de que os determinantes sociodemográficos e econômicos interferem na autoestima da pessoa idosa que coabita. Para tanto, o objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a associação entre a autoestima e as condições de vida dos idosos coresidentes no município de Salto da Divisa – Minas Gerais, Brasil e como objetivos específicos, descrever os aspectos demográficos, sociais, econômicos e da percepção de saúde de idosos mineiros que vivem em coresidência; mensurar o nível de autoestima dos idosos que compartilham o domicílio com outras pessoas.

Por se tratar de um grupo etário em rápido crescimento, reconhecendo o importante papel desempenhado junto à família e à sociedade, torna-se imprescindível conhecer as características socioeconômicas, o nível de satisfação e as condições em que vivem esses idosos, estimulando, desse modo, a maiores investimentos no grupo familiar e de apoio a pessoa idosa no sentido a permitir melhores condições vida para um envelhecimento sadio e com maior dignidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

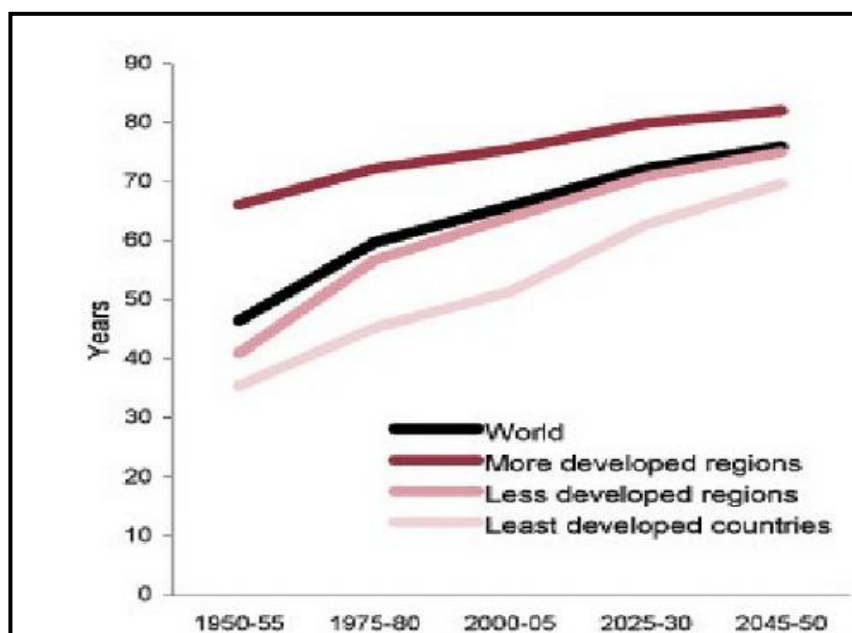
A extensão da vida é uma aspiração de qualquer indivíduo e sociedade, entretanto, só poderá ser considerada como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009).

Partindo dessa perspectiva moderna sobre a longevidade, é importante considerarmos que grandes debates sobre o aumento populacional já eram observados a partir da Revolução Industrial. Depois de um longo período de crescimento lento entre a Idade Média e meados do século XVIII, a população começou a aumentar num ritmo surpreendente e, para muitos, alarmante. Segundo informações do IPEA (2009), o crescimento populacional ocorrido após a Revolução Industrial era uma realização promissora da humanidade: representava uma conquista do homem através da ciência e recursos tecnológicos (que apesar de rudes), permitia uma melhor adaptação à vida no planeta, alcançando uma vida cada vez mais longa.

Na Europa do século XIX, o cenário era de urbanização e de condições de vida centradas na atividade agrícola e industrial, sendo as mesmas responsáveis por um importante declínio da mortalidade, e pela modificação do perfil epidemiológico da população (PRATA, 1992). Incluem-se entre os fatores que influenciaram esse declínio os melhores níveis de nutrição e de condições de vida. Todos esses fatores contribuíram para alcançarmos maior longevidade (GUEDEA, 2006).

Na sociedade contemporânea, a transição demográfica com o crescimento cada vez maior do número de indivíduos idosos, como se pode observar no gráfico 1, tem se configurado como um fenômeno mundial e essas modificações têm ocorrido de forma radical e bastante acelerada (VERAS, 2009; RAMOS, 2002).

Gráfico 1: Expectativa de vida em diferentes regiões do mundo.

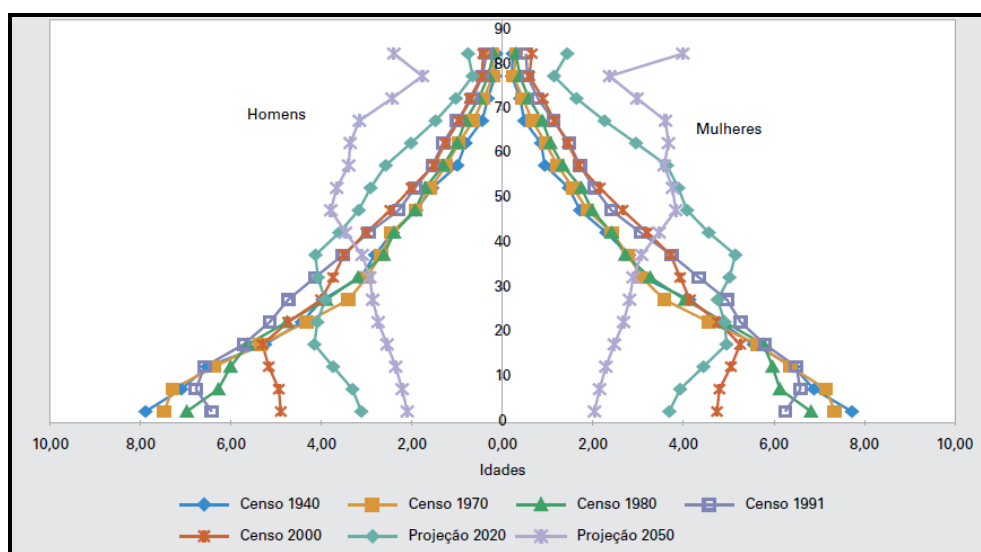


Fonte: www.who.int/2009.

Sabe-se pouco sobre a velocidade e a importância do envelhecimento da população em regiões menos desenvolvidas. A maioria das pessoas da Terceira Idade – em torno de 70% – vive em países em desenvolvimento, esses números irão continuar a crescer em um ritmo rápido nas próximas décadas (WHO, 2009).

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, existe a preocupação com o fato do envelhecimento da população, possivelmente, não permitir que uma força de trabalho em redução será capaz de manter aquela parte da população tradicionalmente considerada dependente. No Brasil, dados do censo demográfico de 2010 mostram que a população de pessoas com 60 anos ou mais no país está em torno de 20 milhões em comparação com 14 milhões no ano 2000. Essas projeções indicam que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Não muito distante, teremos uma população quase estável, porém mais idosa e com uma taxa de crescimento baixíssima ou talvez até negativa (NASRI, 2008).

Gráfico 2 – Estrutura relativa, por sexo e idade – Brasil – 1940/2050.



Fonte: IBGE, Indicadores sociodemográficos e de saúde, 2009.

Pode-se visualizar no gráfico 2, a estrutura da pirâmide etária em sua série temporal, o retrato dos efeitos de nascimentos originários de períodos de fecundidade ainda elevada, de tal modo que, a partir de 1991, percebe-se, nitidamente, o salto numérico da população de adultos e idosos, tanto em termos relativos como absolutos.

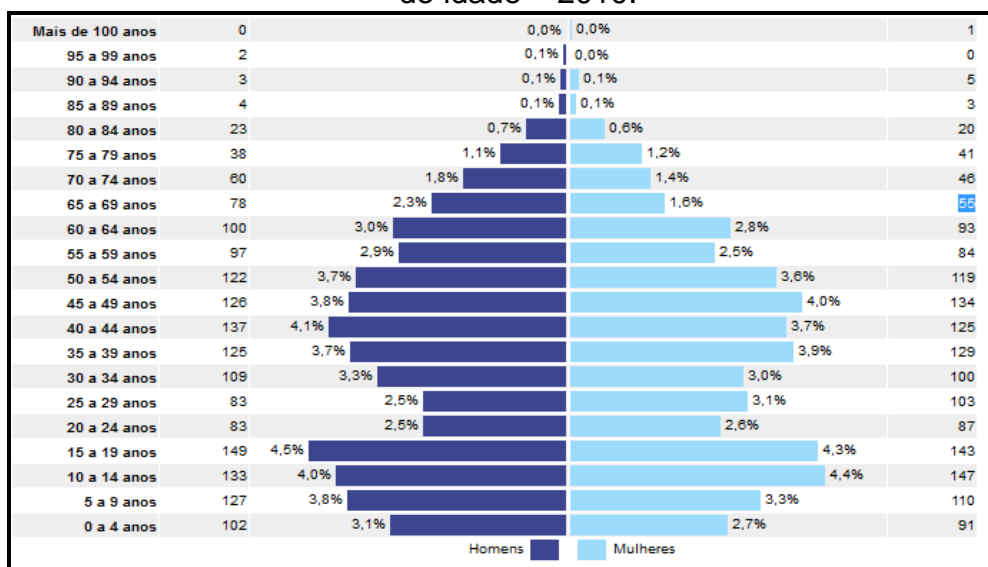
É possível imaginar as formas das futuras pirâmides etárias, com diminuições sucessivas do contingente populacional na sua base e aumentos sucessivos nas décadas posteriores até atingir a forma de uma estrutura piramidal estável, seguindo de uma tendência ao alargamento do ápice, em que praticamente ocorrerá a inversão da predominância dos grupos etários.

Esse aumento populacional está diretamente relacionado às estratégias governamentais de saúde que resultaram na redução das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, melhora nas condições de saneamento e infraestrutura básica, proporcionando às pessoas o aumento da expectativa de vida. (MASTROENI, 2007; MARTINS *et al.*, 2012). Devemos considerar ainda o acesso à informação que repercute em mudanças nos hábitos alimentares e nas práticas de atividades físicas das pessoas, reorientando a estilos de vida mais saudáveis.

De acordo o gráfico 3, o declínio sustentado da fecundidade por tempo prolongado faz com que o envelhecimento se desloque para o meio da pirâmide etária, uma vez que o peso relativo dos grupos etários centrais torna-se maior que os das idades localizadas na base. O alargamento contínuo da parte superior da pirâmide etária indica o envelhecimento pelo topo, que se caracteriza pelo aumento do peso relativo das pessoas de mais idade em relação aos estratos etários mais jovens. Tal envelhecimento torna evidente a tendência de haver envelhecimento do envelhecimento, ou seja, o crescimento mais rápido do próprio estrato populacional de idosos.

Essa transição demográfica caracterizada pela inversão da pirâmide etária ocasiona complexas mudanças nos padrões de vida e em especial da saúde, de doenças e nas interações das pessoas idosas com seus determinantes econômicos e sociais.

Gráfico 3 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – 2010.

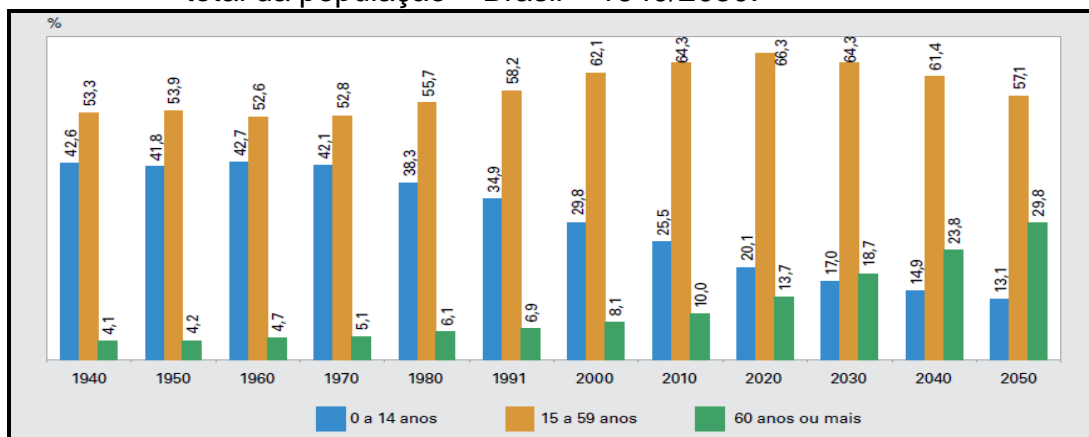


Fonte: IBGE, Indicadores sociodemográficos e de saúde, 2009.

Focando o grupo etário de 60 anos ou mais, observa-se no gráfico 4, que o mesmo duplica, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já supera o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de quatro (4) milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões,

respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população.

Gráfico 4 – Proporção de crianças, jovens-adultos e de idosos em relação ao total da população – Brasil – 1940/2050.



Fonte: IBGE, Indicadores sociodemográficos e de saúde, 2009.

A partir da década de 80, o envelhecimento passou a ser mais fortemente encarado por uma visão pessimista, caracterizado como uma síndrome crônica, progressiva, irreversível e degenerativa que inevitavelmente culminava em morte (WHO, 2005; PESSOA, 2009). Hoje, a tendência é reconstruir um conceito de envelhecimento como um processo fisiológico/natural no qual o indivíduo apresenta características específicas, passando a exigir uma estrutura social diferenciada, que garanta condições para o desempenho de suas funções biológicas e sociais.

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem por mais tempo, poderão apresentar maiores doenças crônicas (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

A análise nesse sentido pode levar-nos a pensar que o aumento da prevalência desse modelo epidemiológico do envelhecimento gera alterações morfofuncionais que tendem a ser mais numerosas e impactantes, devendo intensificar o planejamento e avaliação de políticas públicas voltadas para preservação do máximo de qualidade psíquica e funcional da “terceira idade”.

Levando em consideração as alterações do processo fisiológico e político-

social da longevidade, gestores e entidades nacionais e internacionais vem desenvolvendo por meio de conferências, recomendações e projetos, estratégias na área do envelhecimento na tentativa de suprir as exigências desses idosos nos aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços, com particular ênfase sobre as questões de saúde e as desigualdades sociais.

A Política Nacional do Idoso, que em seu artigo 2º considera idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade, tem por objetivo essencial assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Na conformidade do que determina a Lei Orgânica da Saúde nº 8.842/94, a Política Nacional de Saúde fundamenta a ação do setor na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. Essa lei apresenta como propósitos básicos:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo em que vive, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL, 1999, p.98)

O Plano de Ação Internacional de Madri refere que é necessária uma atenção abrangente durante o processo de envelhecimento. Prioriza aos idosos, acesso primário aos cuidados com saúde, além de os cuidados regulares e contínuos necessários para prevenir ou retardar o início de doenças crônicas e frequentemente incapacitantes. Visa, também, permitir que sejam vitais às suas famílias, sociedades e economia (WHO, 2004).

Dessa forma, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, é foco central da Política Nacional de Saúde do Idoso, porém, se conhece que há ainda grandes desafios para sua total operacionalização (GORDILHO *et al.*, 2000).

2.2 O SER IDOSO EM ESTADO DE CORRESIDÊNCIA

A família não deve ser configurada como algo condicionalmente biológico, natural ou dado, mas um resultado de formas históricas das organizações entre as

peessoas. Para Aguiar (2007), oprimido pela necessidade material de sobrevivência e de reprodução da espécie, o homem passou a inventar diferentes formas de relação com a natureza entre si, dentre elas a organização familiar.

Como grupo social, a família é considerada uma unidade complexa e essencial para o processo de viver de todo ser humano (SIMONATO; OLIVEIRA, 2003). A família deve ser considerada como um sistema dinâmico, constituído por duas pessoas ou mais que se consideram e compartilham suas histórias de vida, alguns objetivos em comum, obrigações, laços afetivos, assim como grande intimidade. Diante do entendimento de família como sistema, percebe-se que cada um de seus membros possui suas características singulares que, interagindo, forma um todo, que é diferente e maior do que a mera soma de seus membros (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Segundo algumas conclusões de pesquisas internacionais como a “*The Future Family*” da Academic Family Medicine Organizations (AFMO), o conceito de família nuclear está sendo substituído por famílias multigeracionais em decorrência da crise econômica internacional que gerou um impacto significativo na estrutura familiar dos europeus e norte-americanos, com a recessão, idosos estão voltando a viver sob o mesmo teto de filhos e netos. Os jovens também estão fazendo o caminho de volta e passam a constituir famílias que integram até quatro gerações (NORMAN JR, 2013).

O mesmo estudo internacional aponta que em um cenário onde a expectativa de vida cresce e a renda cai, surge a “*Beanpole Family*”: um núcleo familiar longo, porém estreito, com três ou até quatro gerações vivendo na mesma casa. No Reino Unido, a chamada “*Full House Family*” vai crescer 32% em 2031, situação similar em países em desenvolvimento.

Nesse contexto, surge o estado de *corresidência*, do latim **co-**(companhia, combinação) e **residência** (*residentia*, morada, lar), que pode ser definido como um arranjo social de coabitação, no qual duas ou mais pessoas, independentemente da geração, gênero ou nível de consanguinidade a que pertencem esses indivíduos, compartilham o mesmo espaço físico, estabelecendo interações sociais de qualquer natureza (MEIRA; VILELA, 2012).

Partindo desse princípio, torna-se importante definir os dois tipos de lares multigeracionais com a presença da pessoa idosa: a primeira é a família **de** idosos, na qual o idoso tem o papel de chefe ou cônjuge e a segunda, por sua vez, é a

família **com** idosos, na qual o idoso vive na condição de parente e/ou amigo (ALMEIDA, 2011). A corresidência ou a ampliação das famílias dos idosos é sinônima de estratégia familiar utilizada em muitos casos para beneficiar os envolvidos, sejam eles de gerações mais novas, mais velhas ou da mesma geração.

Do ponto de vista da população idosa, dois fatores são importantes na determinação da corresidência, sendo as principais **condições de saúde** e as questões de **renda**.

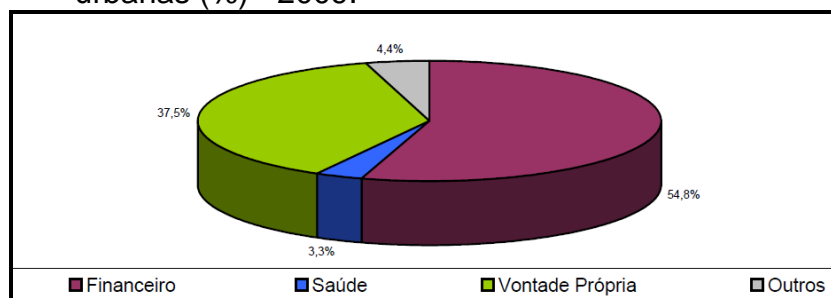
As **condições de saúde** da população idosa podem ser determinadas pelos perfis de morbidade e de mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e frequência na utilização de serviços de saúde. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, como a redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas (PIMENTEL; SCHEICHER, 2009; NARVAZ; KOLLER, 2006).

Entre as perdas mais frequente dos idosos, está à instabilidade postural, que ocorre devido às alterações do sistema sensorial e motor, levando a uma maior tendência a quedas. A capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde do idoso, e vem emergindo como componente-chave para a saúde dessa população, havendo a necessidade de auxílio para sobrevivência (PATRÍCIO *et al.*, 2008; SOUZA; MEIRA, 2004).

Na Ásia, muito embora a corresidência de idosos e filhos esteja diminuindo, a família continua sendo a sua principal referência quando estes necessitam de apoio. O filho adulto tem a responsabilidade de cuidar dos pais quando eles perdem a autonomia e passam a necessitar de cuidados (CAMARANO *et al.*, 2004).

No que concerne às questões de **renda**, destaca-se como referência a família, que acaba por representar o modo mais costumeiro de apoio para o idoso. As famílias com maior risco de pobreza são, em termos gerais, as extensas, isso se deve à crise econômica que fez com que os filhos permaneçam nos lares dos pais, mesmo depois de constituírem família. No gráfico 5, podemos observar a configuração da renda nos motivos que levam a coabitação.

GRÁFICO 5: Motivos para a coabitação familiar com idosos nas áreas urbanas (%) - 2009.



Fonte: IPEA, 2012.

A universalização da aposentadoria, após os 65 anos para os idosos carentes, aumentou o poder aquisitivo, mas, por outro lado, gerou a dependência dos mais jovens da família em relação ao aposentado. Segundo Rosset *et al.*, (2011) a maioria dos idosos, cerca de 60%, recebe até um salário mínimo, percentual semelhante aos resultados encontrado por estudos realizados por Liposcki (2007). Esta situação coloca o Brasil (11^o posição) entre os 15 países com maior concentração de renda no mundo e alerta para a situação de precariedade econômica em que vivem os idosos mais velhos. Os baixos valores percebidos tem impactos diretos sobre suas condições de vida e de saúde (IBGE, 2006).

Estudos na área do envelhecimento tem demonstrado que a maioria das pessoas idosas possui renda igual ou inferior a um salário mínimo e gasta aproximadamente um quarto da renda com medicamentos, o que interfere diretamente no orçamento (PATRÍCIO *et al.*, 2008; KALACHE, 2007).

Devemos considerar também outra condição de idosos corresidentes, que se trata do envelhecimento ativo: “refere-se a um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (CAMARANO; EL GHAOURI, 2002; KALACHE, 2007).

Esse perfil de idoso parece garantir uma participação mais humanizada nos mais diversos aspectos da sociedade, pois as contribuições financeiras e a sua própria independência funcional acaba por promover um envelhecimento saudável no aspecto físico, mental e familiar, uma vez que seu envelhecimento progressivo será acompanhado com mais comodidade pelos amigos, familiares e/ou cuidadores, reforçando sua autonomia, independência, bem-estar, estabelecendo uma visão de “parceria” na coresidência.

Entretanto, para que esse perfil de idosos independentes e possuidores de autonomia seja cada vez mais ampliado, ao ponto de se estabelecer como padrão de vida dos idosos em nossa sociedade, são necessárias incessantes discussões de planejamento, para promoção de ações através de políticas governamentais que venham estabelecer relações positivas entre idosos e os demais corresidentes (AGUIAR, 2007). Há uma grande variação sobre o que isso significa ao indivíduo e em sua capacidade de lidar e ter uma vida plena nesta fase. Muitos idosos permanecem ativos e completamente independentes até bem próximo ao final de suas vidas (SOUZA; MEIRA, 2004).

Dessa forma, nota-se que a família também deve repensar seu compromisso de atenção em decorrência de uma lógica de “solidariedade” e de um conjunto de práticas no campo de ação de grupos domésticos, que se configuram como unidades de formação de renda e consumo, procurando, na medida do possível, maximizar os recursos a sua disposição.

É importante considerar que para o idoso, as perspectivas de vida para o futuro repercutem de maneira significativa para sua saúde (física, mental e social) no ambiente em que ocorre a coresidência. A expectativa de vida dos idosos está relacionada principalmente aos sentimentos positivos e de aceitação das transformações físicas, expressados através dos comentários sobre a concepção do envelhecer. Quando essa concepção não condiz com a realidade de coresidência do idoso, ocorre uma espécie de desilusão, solidão e, em alguns aspectos, a depressão manifestada nesses idosos, comprometendo as relações no ambiente domiciliar (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

2.3 A AUTOESTIMA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ASPECTOS CONCEITUAIS

Um aspecto que merece atenção no contexto do envelhecimento no estado de coresidência são os indicadores subjetivos das condições de vida que abrangem diferentes termos, tais como: felicidade, satisfação com a vida e a autoestima que, por sua vez, estão relacionados a uma descrição positiva ou negativa do casamento e da situação familiar, relacionamento com o outro, amigos, crenças religiosas, diferença entre as expectativas de vida e as realizações alcançadas (GEIB, 2012).

Analisar as influências das alterações psicossociais estabelecidas no “núcleo

social” e na comunidade por meio de redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, de lazer e de segurança, expressa o nível de coesão social e constituem-se como elemento fundamental para a saúde da sociedade. A condição de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a ambiente e serviços essenciais, podem predispor algumas pessoas à desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços públicos, entre outros.

O impacto social traz ainda preocupações importantes na autopercepção de vida do idoso, já que as modificações demográficas criam a necessidade de profundas transformações. Assim, o quadro de crescimento da população idosa é acompanhado de indisponibilidade de recursos para uma adequada qualidade de vida neste segmento etário.

Segundo Geib (2012), há um modelo proposto por Dahlgren e Whitehead acerca da influência dos determinantes sociodemográficos na saúde da população, que considera os mecanismos pelos quais ocorrem as interações entre os diferentes níveis de condições sociais, produzem as desigualdades na saúde, desde a autopercepção do indivíduo até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo.

É importante considerar que os eventos que emergem no processo de inter-relações sociais no contexto em que se vive, repercute diretamente na autoimagem e na autoestima, com conseqüente mudança na identidade pessoal positiva ou negativamente. Na busca de sentido sobre si mesmo, o homem estabelece relações com os demais, como forma de se perceber física, social, psicológica e espiritualmente (PORTO *et al.*, 2010).

Autoimagem e autoestima são componentes ligados estreitamente ao processo de desenvolvimento e estruturação da personalidade, sendo, portanto, construídas na interação social. Autoimagem, segundo Mosquera (1977, p. 42),

É o quadro que a pessoa faz de si. É a chave que tem para compreender seu comportamento e a sua consistência; (...) a autoimagem sofre a influência intensa das experiências do seu ambiente.

A autoestima está diretamente relacionada ao conceito de autoimagem, pois quanto melhor a imagem que uma pessoa tem de si, mais elevada será sua

autoestima. Desta maneira, a autoestima está intimamente relacionada ao significado e a avaliação que cada pessoa sente e faz de si (ROSENBERG, 1965; MOSQUERA 1977, p. 44). Percepções satisfatórias em relação ao “eu” possibilitam um bom comportamento social, pois a valorização que a pessoa faz de si mesma é decorrente em grande parte da aceitação percebida nas relações interpessoais. Pessoas que se sentem queridas, capazes e dotadas de valor tendem a desenvolver uma personalidade sadia e uma autoestima elevada (HAMACHEK, 1979; GAZZANIGA; HEATHERTON, 2008).

Esses conceitos nos permitem considerar que não apenas os idosos, mas o ser humano em geral, reflete através da autoestima o nível de aceitação e valorização social e familiar em que está inserido.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

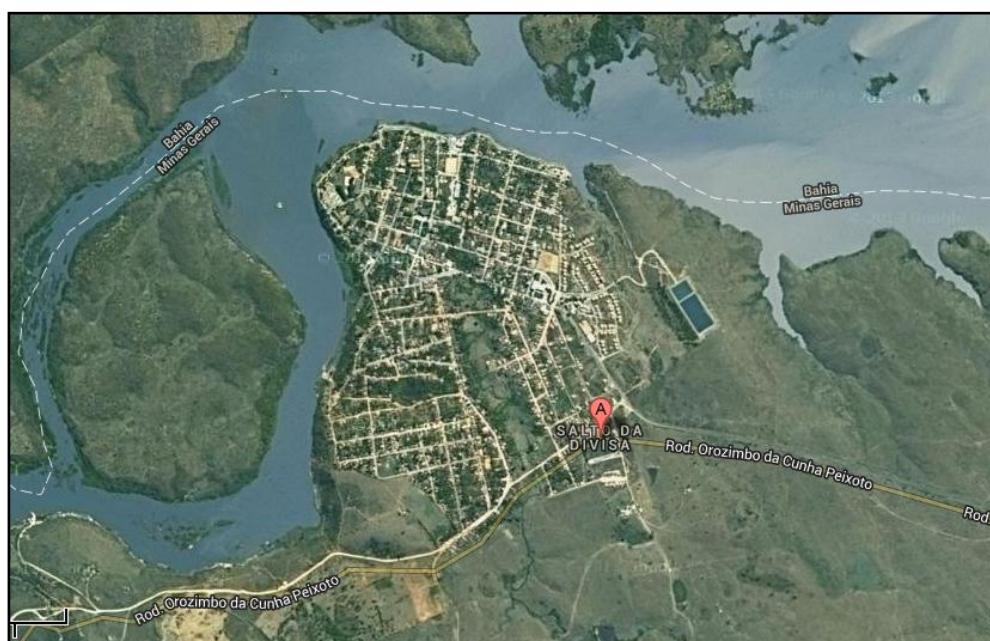
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo epidemiológico, com delineamento transversal, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado com indivíduos de idade maior ou igual a 60 anos, residentes na zona urbana e na zona rural do município de Salto da Divisa – Minas Gerais.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Foram pesquisados idosos em domicílios adstritos às (3) três Estratégias de Saúde da Família (ESF) existentes em Salto da Divisa. O município possui 6.858 habitantes e está localizado no estado brasileiro de Minas Gerais (MG), dista 877 km da capital Belo Horizonte, e tem sua economia baseada na agropecuária e na extração de grafite.

MAPA 1: Mapa do limite geográfico do município de Salto da Divisa – MG.



Fonte: WWW.digitalglobe.com, 2013

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), correspondente aos indicadores sociodemográficos, o município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.642, classificado como *regular*, possui taxa de analfabetismo de 35,4%, valor este superior aos 11,9% e 13,6% do estado de Minas Gerais e do Brasil, respectivamente. Constata-se ainda, que 38% dos moradores estão abaixo da linha da pobreza e indigência. Cabe ressaltar, que a cidade não possui espaços de lazer específico para sua população idosa e nem ações rotineiras de atividade física e social voltadas para promoção de saúde a exemplo das Academias da Terceira Idade (ATI), oficinas de artes, dança, dentre outras ações, que acabam por confinar esses idosos a uma rotina ociosa e sedentária.

No que concerne ao percentual de idosos na população geral em Salto da Divisa - MG eles representam 11% (aproximadamente 754 idosos), valores esses acima da média do estado 9% e da federação 8,5% IBGE (2010) em termos proporcionais.

Esses indicadores são importantes para demonstrar a necessidade e a relevância do presente estudo, vez que, para subsidiar o planejamento de ações de promoção de saúde, devem-se conhecer as reais condições sociais da população que se deseja intervir.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nesse estudo adotou-se como idoso corresidente aquele que compartilhava o domicílio com mais de uma pessoa.

Teve-se como população alvo pessoas acima de 60 anos, que compartilhavam o ambiente em que vive com mais de uma pessoa, residentes na área urbana ou na área rural do município de Salto da Divisa-MG. Após estimar o total de pessoas idosas que residiam em corresidência (n=699), realizou-se o cálculo do tamanho amostral adotando-se os seguintes parâmetros: proporção de 50% para o cálculo de populações finitas segundo Martins (2005), nível de confiança de 95% e erro de 5%.

A amostra mínima representativa desta população, estabelecida para este estudo, foi de 249 idosos à qual se acresceu 20% prevendo-se as perdas, chegando-se a um número mínimo representativo de 299 indivíduos. Em seguida

calculou-se o intervalo amostral estabelecendo-o em aproximadamente dois ($n= 2$). Concomitantemente, realizou-se o sorteio, para determinação dos participantes da pesquisa, obtendo-se aleatoriamente, uma amostra a ser composta por 349 idosos. Ao final da obtenção dos dados da pesquisa, constatou-se que 70 idosos foram excluídos da amostra, 58 por não alcançarem a pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental (**MEEM**) (ANEXO A) e 12 por recusas em participar da pesquisa. A amostra final foi composta por 279 participantes.

3.4 PROCEDIMENTOS DA OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Salto da Divisa - MG que realizasse uma busca dos indivíduos acima de 60 anos de idade através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em cada uma das três (3) áreas adstritas, existentes no município (APÊNDICE B e C). Em seguida, visitou-se as ESF do município e junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificou-se e listou-se, através da ficha de cadastramento familiar ("Fichas A"), os idosos do município que viviam em estado de corresponsabilidade.

Previamente à obtenção dos dados realizou-se um curso de capacitação de 20 horas, para padronizar o trabalho dos entrevistadores. O conteúdo do treinamento consistia de informações acerca da pesquisa, a importância do entrevistador, conceitos utilizados, como localizar os sujeitos da pesquisa, como abordar o idoso no seu domicílio e treinamento específico na aplicação da entrevista: como iniciá-la, como conduzi-la e como encerrá-la.

O procedimento de obtenção dos dados foi composto de dois momentos, no primeiro o estudo piloto para calibrar entrevistadores e melhor avaliar os instrumentos utilizados e posteriormente a produção dos dados, propriamente dita.

O estudo piloto foi realizado na área de abrangência das ESF do município de Salto da Divisa – MG através da técnica de amostra probabilística simples sem reposição. Foi determinado um quantitativo de 30 idosos sendo os mesmos sorteados sistematicamente com probabilidade proporcional em cada uma das três Unidades de Saúde da Família – USF, (10 idosos por ESF), afim de melhor retratar, de maneira equitativa as características a serem analisadas. É válido ressaltar que os entrevistados assim como os dados obtidos no estudo piloto não foram computados nos resultados finais.

O estudo piloto foi importante por permitir a identificação de algumas limitações na abordagem dos idosos que participariam da pesquisa quando se fizesse a entrevista, possibilitando a redefinição das estratégias de abordagem do entrevistado. Quanto aos instrumentos, algumas questões do *Brazil Old Age Schedule (BOAS)* (ANEXO B) que envolviam itens e recursos com valores contemplados em outras sessões, foram suprimidas a fim de reduzir o tempo de entrevista (estratégia importante em pesquisa com idosos), com a preocupação de não afetar a significância do questionário. Após a redefinição das estratégias, retornou-se ao campo de pesquisa para a obtenção dos dados da pesquisa.

No período de janeiro a março de 2013, durante visita aos domicílios os entrevistadores aplicaram junto à população sorteada o **MEEM**, a **Escala de Autoestima de Rosenberg** (ANEXO C) e o questionário semiestruturado **BOAS**.

Como critério de inclusão, estabelecido para a constituição da amostra desse estudo, os idosos deveriam estar cadastrados nas ESF, coabitar com uma ou mais pessoas e apresentarem condições cognitivas que lhes permitissem responder aos questionamentos conforme o que estava proposto no **MEEM**.

Adotou-se como critérios para a supressão da participação do idoso nesse estudo: não responder na íntegra os questionários; recusar participar da pesquisa; apresentar resultado inferior aos pontos de corte no **MEEM**, considerando o respectivo nível de escolaridade do idoso entrevistado e; não se encontrar no domicílio após (3) três visitas efetuadas em dias e horários distintos.

3.4.1 Instrumentos de obtenção dos dados

Foram utilizados três instrumentos de avaliação para obtenção dos dados da pesquisa, o primeiro, para avaliar o cognitivo do idoso, foi um questionário composto por um bloco geral de perguntas através do **MEEM**, contendo questões correlacionadas entre cinco dimensões, quais sejam: *concentração, linguagem/práxis, orientação, memória e atenção*, com um escore máximo de 30 pontos (JONES; GALLO, 2000).

Utilizou-se a tradução do **MEEM** proposta por Bertolucci *et al.*, (1994) e modificada por Almeida (1998). Para alguns itens, foram propostas adaptações que preservavam as intenções da versão original proposta por Folstein; Folstein; Mchugh (1975), e melhor se ajustavam às especificidades da cultura brasileira.

As modificações propostas foram: 1) na seção “Orientação Espacial” os itens que no original eram “*State, Country, Town, Hospital, Floor*” foram traduzidos/adaptados para “estado, cidade e bairro da entrevista”; quando o bairro era desconhecido, o entrevistado poderia se referir a uma rua próxima ou à parte da cidade onde a unidade de saúde está localizada; 2) os objetos para “registro e nomeação” que no original eram “*apple, penny, table*” foram adaptados para “carro, vaso, bola”; 3) em “atenção e cálculo” foram solicitados os testes de “subtração serial de sete” e “soletração da palavra mundo”, considerando-se para totalização o teste de maior valor.

O nível de corte estabelecido de acordo com a escolaridade (anos de estudo) declarada pelo idoso diferencia-se entre: analfabetos (19 pontos); 1 a 3 anos de escolaridade (23 pontos); 4 a 7 anos (24 pontos) e maior que 7 anos (> 7) de escolaridade (28 pontos).

Para avaliar a autoestima utilizou-se a **Escala de Autoestima De Rosenberg**, desenvolvida por Rosenberg em 1965 e traduzido para a língua portuguesa por Dini; Quaresma; Ferreira (2004). Este instrumento é constituído por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo.

Metade dos itens é enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo *Likert* (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos 10 itens fornece um escore da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40 sendo que quanto maior o escore, maior o “nível” da autoestima da pessoa. (ANEXO C)

O outro instrumento utilizado foi o questionário semiestruturado **BOAS**, um construto multidimensional traduzido e validado para o Brasil, constituído por nove sessões, sendo elas: *Informações Gerais; Saúde Física; Utilização de Serviços Médicos e Dentários; Atividades da Vida Diária; Recursos Sociais; Recursos Econômicos; Saúde Mental; Necessidades e; Problemas que afetam o entrevistado e condições que contextualizam a vida do idoso* (VERAS; DUTRA, 2008).

Por se tratar de um instrumento multidimensional, o **BOAS** vêm sendo cada vez mais empregado no Brasil, por pesquisadores empenhados na temática do envelhecimento humano. Suas diversas sessões permitem não somente descrever os determinantes sociais do sujeito em questão, ao passo que transpõe para

discussões mais amplas como o quanto esses fatores interferem nas relações individuais, familiares e coletivas dos idosos.

Desse ponto de vista, torna-se relevante os estudos com o instrumento, vez que permite analisar com a mesma proporção de complexidade que o sujeito do estudo exige, além de contribuir para as discussões dos resultados encontrados a fim de confirmar a significância do constructo na avaliação da saúde da população idosa.

3.4.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Os ACS foram escolhidos como entrevistadores por possuírem dentre outras funções o acompanhamento mais próximo e continuado com as famílias. Esse comportamento estabelecido com a comunidade, promoveu na maioria das entrevistas um sentimento de confiança, permitindo tanto a otimização do tempo, quanto da veracidade das informações.

3.4.3 Análise dos dados

Os dados produzidos através do questionário **BOAS** e da **Escala de Autoestima de Rosenberg** foram tabulados no EpilInfo[®] (versão 7.7.0.6) e analisados no SPSS[®] 15.0, assim foram geradas estatísticas com a frequência absoluta, percentuais e intervalos de confiança de 95% a cada uma das variáveis. Para verificação de associação entre as variáveis foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson, χ^2 . Para significância estatística adotou-se um nível de 5% ($p= 0,05$).

A **variável dependente** deste estudo foi a *autoestima* obtida através da **Escala de Autoestima de Rosenberg** e como **variáveis independentes** as características sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade e situação conjugal), renda, satisfação com serviço de saúde, condições de coabitação e percepção de saúde, obtidas a partir do questionário **BOAS**.

3.4.4 Aspectos éticos

Este estudo está respaldado por questões éticas quanto à sua realização, que

envolvendo seres humanos, atende a Resolução 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, revogada pela resolução 466/2012. Foi aprovado sob o protocolo nº 047/2009 do Conselho de Ética em Pesquisa da UESB – CEP/UESB, como *subprojeto* de uma pesquisa maior intitulada: “Envelhecimento e Corresidência: uma questão de gênero” (ANEXO D).

4 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos científicos que foram elaborados de acordo as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas visa contemplar os objetivos propostos no estudo, possibilitando a aproximação sobre as discussões do envelhecimento humano com o intuito de reconhecer e sugerir estratégias que possam contribuir para a saúde pública e para a melhor condição de vida da população pesquisada.

Com vistas a responder o primeiro objetivo específico será contemplado no **manuscrito 1** através de uma caracterização das variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos corresidentes no município de Salto da Divisa-MG.

O alcance do objetivo geral e do segundo objetivo específico será contemplado no **manuscrito 2** que se propõe a analisar a associação da autoestima com os fatores sociais proposto pela pesquisa.

4.1 MANUSCRITO 1: **CONDIÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NO VALE DO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS, BRASIL**

O Manuscrito será submetido ao periódico: **Revista Saúde em Debate (RSD)** – **ISSN: 0103-1104**, elaborado conforme as instruções do link: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/Instrucoes_aos_autores_nova.pdf.

**CONDIÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NO VALE DO JEQUITINHONHA, MINAS
GERAIS, BRASIL**

*SOCIAL CONDITIONS OF THE ELDERLY IN JEQUITINHONHA VALLEY, MINAS
GERAIS, BRAZIL*

Saulo Sacramento Meira¹, Alba Benemérita Alves Vilela².

¹Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista CAPES. *Contribuiu na construção do manuscrito.*

Autor para correspondência - saulo_meira@hotmail.com

²Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Doutora em Enfermagem.

Contribuiu na revisão do manuscrito. alba_vilela@hotmail.com

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde.
Av. José Moreira Sobrinho s/n, Jequiezinho, Jequié-BA. CEP: 45206-190

Agência financiadora: CAPES

Endereço eletrônico: saulo_meira@hotmail.com / Tel. (73) 3528-9738

Informamos que não há conflito de interesses na concepção da pesquisa.

RESUMO

OBJETIVO: descrever as variáveis sociodemográficas, econômicas e das condições de saúde de idosos corresidentes no município de Salto da Divisa – Minas Gerais. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado com 279 idosos através de uma amostragem sistemática sem reposição com intervalo de amostragem de 2, entre os indivíduos residentes na zona urbana e rural com idade maior ou igual a 60 anos, cadastrados nas (3) três Estratégias de Saúde da Família (ESF) que compõe o município de Salto da Divisa e que não apresentavam déficit cognitivo mensurado pelo *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM). Os dados foram obtidos por meio do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), tabulados no EpiInfo[®] 7.7.0.6 e analisados no SPSS[®] 15.0. **RESULTADOS:** como principais achados houve predominância do sexo feminino (58,8%), sem escolaridade (64,2%), com renda de até 1 SM (81,7%), tenderam a coabitar mais com os netos (71,0%), estavam satisfeitos com os coabitantes (89,6%), possuíam autopercepção de saúde boa (60,6%), consideraram-se felizes com a vida (92,8%) e com boas expectativas para o futuro (52,0%). **CONCLUSÃO:** o estudo revelou que apesar dos baixos determinantes sociais, os idosos em estado de corresidência no município possuíam bons aspectos psicossociais e sentimentos positivos diante a vida, sugerindo que a configuração do ambiente familiar tem sido satisfatório para os participantes.

DESCRITORES: Habitação para idosos; Idoso; Características da população; Habitação; Autoimagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the sociodemographic, economic and health conditions of the elderly cohabitants in the municipality of Salto da Divisa - Minas Gerais. **METHODS:** This is an epidemiological, cross-sectional, household survey-based study carried out with 279 seniors through a systematic sampling without replacement with sampling interval of 2, among those living in urban and rural aged greater than or equal to 60 years, enrolled in three (3) Strategies for Family Health (ESF) that make up the municipality of Salto Currency and who had no cognitive impairment measured by the Mini Mental State Examination (MMSE). The data were obtained through the questionnaire Brazil Old Age Schedule (BOAS), EpiInfo[®] 7.7.0.6 tabulated and analyzed using SPSS[®] 15.0. **RESULTS:** main findings were predominantly female (58.8%) , with no education (64.2%) , with an income of up to 1 MW (81.7) , tended to cohabit with the most grandchildren (71.0%) were satisfied with the cohabiting (89.6%) , possessed good self-rated health (60.6 %) considered themselves happy with life (92.8%) and with good expectations for the future (52,0%). **CONCLUSION:** The study revealed that despite low social determinants, the elderly in the city state corresidência possessed good psychosocial and positive feelings on life, suggesting that the configuration of the family environment has been satisfactory for participants.

KEYWORDS: Housing for seniors; Elderly; Characteristics of the Population Housing; Self Concept.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional atualmente é uma característica observada tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. No Brasil esse processo está acontecendo de forma bastante acelerada. O número de idosos no País passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, atingindo 20 milhões em 2008. De acordo com projeções conservadoras, em 2020 o Brasil possuirá um contingente superior a 30 milhões de pessoas idosas (CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009).

A atenção às pessoas idosas deve estar voltada para várias dimensões de sua vida, levando em consideração os aspectos familiares, econômicos e sociais desses indivíduos (DOMINGUES *et al.*, 2013). Nesse contexto, a velocidade da expectativa de vida proporcionou também um aumento nas preocupações, bem como nas iniciativas governamentais em atender às demandas do idoso, principalmente em relação às ações direcionadas ao suporte social (GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2002).

Assegurar prioritariamente o suporte a esses indivíduos é obrigação da família, da comunidade e do Estado, promovendo a efetivação do direito à vida, das condições de saúde, alimentação, educação de qualidade, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Com o crescimento da população idosa, emerge a necessidade de modificações estruturais nas políticas de serviços sociais, de saúde e a adequação dos valores culturais (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Entretanto, os gastos elevados com assistência à saúde, a desigual distribuição de renda, as condições precárias de alimentação, escolaridade e habitação, determinantes sociais comuns em nosso país, geram expressivas repercussões sociais que afetam as condições de vida da população, em especial das pessoas acima de 60 anos.

Para Camarano, El Ghaouri (2002), o que se observa diante essa transição demográfica para vários países com contextos sociais bastante distintos, são as mudanças importantes na dinâmica das famílias trazidas pelo envelhecimento populacional. Como constatado em seus estudos, o aumento crescente de domicílios com três gerações corresidentes tem chamado atenção para estudiosos, no sentido de analisar como o envelhecimento tem proporcionado modificações importantes no contexto familiar.

Com o propósito de oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde, o presente estudo teve como objetivo descrever as variáveis sociodemográficas, econômicas e

das condições de saúde de idosos corresidentes em Salto da Divisa, situados no vale do Jequitinhonha no estado de Minas Gerais (MG), Brasil.

MÉTODOS

As informações contidas neste artigo são oriundas de dissertação de mestrado, cuja fonte de informações foi um banco realizado em 2013 - no qual foram entrevistados 279 idosos que viviam em coresidência.

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado com indivíduos de idade maior ou igual a 60 anos, residentes na zona urbana e na zona rural do município de Salto da Divisa - MG.

Nesse estudo adotou-se como idoso corresidente aquele que compartilhava o domicílio com mais de uma pessoa. Foram pesquisados idosos em domicílios adstritos às (3) três Estratégias de Saúde da Família (ESF) existentes em Salto da Divisa, município de pequeno porte com população em torno de 6.858 habitantes (IBGE, 2010a).

Inicialmente foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Salto da Divisa - MG que realizasse uma busca dos indivíduos acima de 60 anos de idade através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em cada uma das (3) três áreas adstritas, existentes no município. Em seguida, visitaram-se as ESF do município e junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram identificados e listados através das “Fichas A”, os idosos do município que viviam em estado de coresidência.

Após estimar o total de pessoas idosas que residiam em coresidência ($n= 699$), realizou-se o cálculo do tamanho amostral adotando-se os seguintes parâmetros: proporção de 50% para o cálculo de populações finitas segundo Martins (2005), nível de confiança de 95% e erro de 5%.

A amostra mínima representativa desta população estabelecida para este estudo foi de 249 idosos à qual se acrescentaram 20% prevendo-se as perdas, chegando-se ao valor representativo de 299 indivíduos. Em seguida, calculou-se o intervalo amostral estabelecendo-o em aproximadamente dois ($n= 2$). Concomitantemente, realizou-se o sorteio, para determinação dos participantes da pesquisa, obtendo-se aleatoriamente uma amostra a ser composta por 349 idosos. Ao final da obtenção dos dados da pesquisa, constatou-se que 70 idosos foram excluídos da amostra, 58 por não alcançarem a pontuação mínima do Mini-Exame do Estado Mental (**MEEM**) e 12 por recusas em participar da pesquisa, totalizando 279 participantes.

Como critério de inclusão, estabelecido para a constituição da amostra desse estudo, os idosos deveriam estar cadastrados nas ESF, coabitar com uma ou mais pessoas e apresentarem condições cognitivas que lhes permitissem responder aos questionamentos conforme o que estava proposto no **MEEM**.

Foram adotados como critérios para a supressão da participação do idoso nesse estudo: não responder na íntegra os questionários; recusar participar da pesquisa; apresentar resultado inferior aos pontos de corte no **MEEM**, considerando o respectivo nível de escolaridade do idoso entrevistado e não se encontrar no domicílio após três (3) visitas efetuadas em dias e horários distintos.

O nível de corte estabelecido de acordo com a escolaridade (anos de estudo) declarada pelo idoso diferencia-se entre: analfabetos (19 pontos); 1 a 3 anos de escolaridade (23 pontos); 4 a 7 anos (24 pontos) e maior que 7 anos (> 7) de escolaridade (28 pontos).

O outro instrumento utilizado foi o questionário semiestruturado *Brazil Old Age Schedule* (**BOAS**), um construto multidimensional traduzido e validado para o Brasil, constituído por nove sessões, sendo elas: Informações Gerais; Saúde Física; Utilização de Serviços Médicos e Dentários; Atividades da Vida Diária; Recursos Sociais; Recursos Econômicos; Saúde Mental; Necessidades e Problemas que afetam o entrevistado e condições que contextualizam a vida do idoso (VERAS; DUTRA, 2008). Algumas questões do **BOAS** que envolviam itens e recursos com valores contemplados em outras sessões, foram suprimidas a fim de reduzir o tempo de entrevista (estratégia importante em pesquisa com idosos), com a preocupação de não afetar a significância do questionário. Após a redefinição das estratégias, retornou-se ao campo de pesquisa para a obtenção dos dados da pesquisa.

Por se tratar de um instrumento multidimensional, o **BOAS** vêm sendo cada vez mais empregado no Brasil por pesquisadores empenhados na temática do envelhecimento humano. As poucas opções de instrumentos de pesquisa voltados à investigação dos fatores multidimensionais que interagem junto à população idosa é um dos motivos que levaram à escolha desse instrumento. Além disso, é um inventário amplo e completo, analisando praticamente todas as interfaces com as quais o idoso se relaciona em termos sócio-comunitários. Os estudos multidimensionais estão preenchendo cada vez mais uma lacuna que se estende há décadas, sustentada pelas pesquisas reducionistas

Os dados produzidos através do questionário **BOAS** foram tabulados no EpiInfo[®] (versão 7.7.0.6) e analisados no SPSS[®] 15.0.

Essa pesquisa foi aprovada sob o protocolo nº 047/2009 do Conselho de Ética em Pesquisa da UESB – CEP/UESB, como subprojeto de uma pesquisa maior intitulada: “*Envelhecimento e Corresidência: uma questão de gênero*”.

RESULTADOS

De acordo com os dados pesquisados no município, houve maior proporção de idosos do sexo feminino (58,8%), entre a faixa etária de 60 a 69 anos (52,0%), média de idade de 70 anos ($dp\pm 7,3$), variando entre 60 e 98 anos. Foi identificado percentual expressivo de analfabetos (64,2%); entre os que possuíam escolaridade a média foi de 1,8 anos ($dp\pm 5,13$).

No que se diz ao estado civil, 62% dos idosos eram casados ou viviam com o companheiro, possuindo em média 6,0 ($dp\pm 4,05$) filhos por domicílio. Referente aos aspectos da coresidência, observou-se que a média de indivíduos que coabitam com os idosos mineiros estudados foi de aproximadamente 2 ($dp\pm 1,35$) pessoas, sendo o neto (a) a geração mais frequente nos lares pesquisados, representando 71,0% (**tabela 1**). Quanto à variável “satisfação com os coabitantes”, 89,6% dos idosos declararam estar satisfeitos.

INSERIR TABELA 1

Com relação à renda mensal, 81,7% declararam receber até 01 Salário Mínimo (SM), sendo a média da renda calculada em R\$ 790,00 (valor mínimo de R\$ 678,00 e máx. de R\$ 8.000). Para 23,7% dos idosos a situação econômica atual foi classificada como “*melhor que aos 50 anos de idade*”, e 34,8% declararam que a renda “*dá na conta*” para todas as despesas.

Quanto à autopercepção da saúde, (60,6%) consideram o seu estado de saúde “Bom”, e quando comparada com a saúde de outros idosos nas mesmas condições de vida, 47,3% acreditam que o seu estado de saúde é melhor (**tabela 2**). Ainda quanto às questões de saúde, 84,2% referiram possuir alguma patologia, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais prevalente (46,2%), seguida dos problemas osteomusculares (24,0%). A presença de doenças foi considerada por 41,2% dos idosos como o principal motivo limitante para realização das atividades diárias.

Quanto à percepção dos aspectos psicossociais, 71,3% dos idosos não relatam arrependimento diante a vida, 92,8% se declaram felizes e 52,0% revelam possuir boas expectativas de vida para o futuro.

INSERIR TABELA 2

DISCUSSÃO

No que tange ao sexo, observou-se a prevalência de pessoas do sexo feminino (58,8%), o que condiz com os resultados do IBGE (2012b), e outros estudos de base populacional que revelam a maior composição da população idosa como sendo composta por mulheres, devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo, evidenciando a feminização do envelhecimento (MEIRELES *et al.*, 2007; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; FREITAS *et al.*, 2010).

Essa característica do sexo tem sido atribuída à menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco do que os homens, diferenças quanto à atitude em relação a doenças, incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica; ao mesmo tempo, as mulheres procuram mais os serviços de saúde, fazem mais uso de medicamentos e apresentam maiores taxas de adesão aos programas de prevenção (VERAS, 1988; KALACHE, 2007; TORRES; REIS; FERNANDES, 2009; IBGE, 2012b; LIPOSCKI, 2007; GIACOMIN *et al.*, 2008; LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011)

A maioria dos idosos entrevistados se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos, representado por 52% do total da amostra. Esse resultado relaciona-se ao padrão demográfico brasileiro atual. Dados semelhantes são descritos pelo IBGE (2012b) que aponta para a mesma faixa etária um percentual de 42,4% demonstrando maior representatividade de “idosos jovens” nesse grupo populacional em decorrência de uma transição demográfica relativamente recente, considerando o período de reforma sanitária a partir da década de 70.

Com relação à variável escolaridade, verificou-se um alto percentual de entrevistados que não possuem escolaridade (64,2%). A perpetuação do analfabetismo entre a população de maior idade, expõe o problema como uma grave e urgente questão política e social a ser enfrentada pelo Estado e a sociedade brasileira. Atualmente o analfabetismo é considerado um dos indicadores mais precisos para identificar o nível socioeconômico de uma população. Durante as décadas de 1930 à 1950, o ensino fundamental era restrito a segmentos sociais específicos. Até a década de 1980, os baixos níveis de escolaridade não eram considerados como fator limitante do desenvolvimento, sendo aceitáveis pelo modelo econômico, industrial e tecnológico do Brasil. Sendo assim, os idosos que vivem na atual conjuntura social advindo de um contexto expressivamente rural, não conviveram com a necessidade de um maior grau

de instrução para se desenvolver social e economicamente (LIPOSCKI, 2007; ROSSET, 2009).

É importante destacarmos que a baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais, impedindo uma boa carreira profissional, reduz os salários e limita também a defesa dos próprios direitos constituindo um importante fator de exclusão social.

Ainda nesse contexto, a ocupação de lavrador foi a atividade remunerada mais desenvolvida pelos idosos entrevistados, correspondendo a 34,4% da amostra o que remete ao contexto social e econômico discutido anteriormente.

Em relação ao estado conjugal, observou-se que 62,0% dos idosos eram casados ou viviam em companhia do cônjuge/companheiro (a). É importante considerar que apesar da maior parcela da população estudada ser constituída por mulheres, não houve diferença expressiva entre os sexos, apontando que o casal de idosos tem envelhecido juntos. Outro indicador que sustenta essa informação se refere à média de sobrevivência em torno de 70 anos de idade, valor abaixo da média nacional (73 anos), equiparando, assim, a diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres (IBGE, 2012).

Diante desse contexto domiciliar, estudos indicam que os indivíduos casados apresentam melhores condições de saúde e maior sobrevivência quando comparados aos solteiros, viúvos e divorciados. O casamento parece funcionar como um conjunto de mecanismos causais, constituído por fatores ambientais, sociais e psicológicos, o que faz do estado de casado mais saudável do que os demais (GRUNDY, 2001; GOLDMAN; KORENMAN; WEINSTEIN, 1995).

Quanto ao arranjo familiar, verificou-se que os idosos que corresidem no município convivem em média com 2 pessoas, índice expressivamente baixo se comparado aos dados do IBGE (2010a) que classifica a média de habitantes por domicílio de 3 pessoas. Essa informação sugere uma característica local do município pesquisado, uma vez que as baixas condições de emprego e renda forçam os indivíduos mais jovens ao êxodo para outros centros urbanos, diminuindo a rede de apoio desses idosos que tendem a permanecer no domicílio.

Dos que coabitam, a geração mais prevalente são os netos (71,0%) seguido dos filhos (64,5%). Esse arranjo familiar na corresponsabilidade se deve, em grande parte, ao fato dos idosos funcionarem como único apoio para os netos e filhos, seja para que esses trabalhem, por deficiência ou mesmo pelo insucesso na tentativa da vida fora do contexto familiar. Conviver conjuntamente tem ainda se mostrado uma solução para a solidão e para a falta de recursos econômicos entre os membros (SILVA; GALERA; MORENO, 2007; ROSSET, 2009).

Ainda nos aspectos que envolvem o arranjo familiar, 89,6% dos idosos corresidentes declararam satisfação positiva com as demais pessoas que compartilham do domicílio. É oportuno fundamentar que essas relações podem ser baseadas na “*teoria das trocas*” em que Sir James Frazer, em 1919, ofereceu a explicação econômica para quando as pessoas não possuem propriedade de valor suficiente para trocar por algo, então elas dão algo de valor relativo (TURNER, 1986).

Os pressupostos do processo de troca é o resultado de esforços dos indivíduos para preencher em necessidades básicas em que há produção de retornos para os integrantes, levando à padronização das interações sociais. Os padrões de interação não somente servem às necessidades individuais, mas também restringem os tipos de estruturas sociais que podem emergir e levam à diferenciação de poder e privilégio em grupos sociais. Outra explicação, de cunho social, é a de que a troca está fundamentada na reciprocidade do cuidado entre os membros, que tende a gerar sentimentos de confiança e gratidão. Em ambas as situações a interação é mantida por ser considerada compensadora (TURNER, 1986).

No que tange à renda, verificou-se que 81,7 % dos idosos possuem até um salário mínimo, advindo em quase todos os casos de pensões ou aposentadorias. Verificou-se também que esta fonte de renda constitui importante recurso, ou mesmo a principal fonte de renda da família, e, conforme apontam Camarano *et al.*, (2004), os benefícios da Seguridade Social nos domicílios onde há a presença dos idosos são de suma importância para a composição da renda desta família. Entre os anos de 1997 e 2007, houve incremento de 6% de idosos que contribuem financeiramente com os lares, somando 53% dos domicílios brasileiros onde os idosos contribuía com mais da metade da renda familiar. Nas regiões Sudeste e Sul as proporções dos domicílios com tal contribuição foram de 46,9% e 52,2%, respectivamente, sendo ainda maior, nas regiões mais carentes do país (IBGE, 2008c).

A renda mensal média dos idosos apresentou valores acima do esperado (R\$790,00), diferentemente de outros estudos em que populações com características semelhantes apresentaram menos de um salário mínimo (38,3%), apontando para alta concentração de renda na população estudada em decorrência da configuração do setor agropecuário local (TAVARES *et al.*, 2011; ROSSET *et al.*, 2011).

Quando questionados acerca da suficiência da renda para a provisão das necessidades básicas 34,8 % dos idosos relataram que “*da na conta*” e embora com uma baixa renda familiar, 55,9 % dos idosos avaliaram a sua atual situação econômica como “*melhor que aos 50 anos de idade*”. Apesar do recurso financeiro, questionável quanto à cobertura das necessidades básicas, os benefícios previdenciários garantem ao idoso uma condição mínima

de autonomia financeira. Neste contexto, é importante destacar o papel do Benefício de Amparo ao Idoso pago aos maiores de 65 anos que não têm condições de se manter financeiramente, mesmo não havendo contribuído para a Previdência Social durante a vida.

Quanto as questões dos imóveis 77.4% declararam ser os proprietários dos domicílios, sejam herdados dos cônjuges ou adquiridos através do maior acesso ao crédito, reforçando a importância do papel do idoso para estrutura dos membros que coabitam.

Quanto às condições de saúde, 84,2% dos idosos referiram possuir alguma patologia. Para Gottlieb *et al.*, (2011) o envelhecimento de modo geral, está associado a um novo perfil de morbi-mortalidade, caracterizado por uma maior probabilidade de acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Além das alterações morfofisiológicas e funcionais que estão relacionadas com o avanço da idade, o estilo de vida, principalmente, o sedentarismo e a dieta desbalanceada, contribuem para o aumento da prevalência de DCNT e mortalidade (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

Quanto às morbidades autorreferidas, a HAS correspondeu a (46,2%), acompanhando a tendência crescente descrita em outros estudos da mesma natureza como Porciúncula (2012) e Pilger, Menon, Mathias (2011), que encontraram percentuais de 59,0% e 34,9% respectivamente nas populações estudadas. Esse dado preocupante alerta para a necessidade em intensificar as práticas desenvolvidas para o controle da HAS no município ao considerarmos a forte interferência que essa doença referida pode impactar na qualidade de vida desses indivíduos.

Essa mesma preocupação serve para as doenças osteomusculares, a segunda causa mais referida pela população (24,0%), na qual inclui a artrite e artrose. Segundo estudo norte-americano esse tipo de manifestação representa a principal causa de incapacidades na população idosa de seu País, e espera-se que sua prevalência aumente com o envelhecimento populacional o que altera a rotina desses idosos, repercutindo indiretamente nas limitações físicas, aumentando as demandas de cuidados e dependência por parte desses gerontes (HOOTMAN *et al.*, 2006). Essas manifestações tendem a modificar a rotina familiar o que pode impactar no bem-estar do idoso e de todos os coabitantes.

Quanto à percepção de saúde, 60,6% dos entrevistados consideraram seu estado “Bom”, ao mesmo tempo em que classificam sua saúde como “Melhor” se comparada com outras pessoas da mesma idade. Dados semelhantes foram encontrados por Feliciano; Moraes; Freitas (2004) com idosos em comunidade no oeste de Belo Horizonte, no qual 40% classificaram seu estado de saúde como “Bom”. A concepção desse aspecto é um forte

indicador do estado real ou objetivo de saúde das pessoas, podendo ser considerada uma representação das avaliações objetivas ligada ao bem-estar.

É importante considerar que o envelhecimento conduz a atitudes diferentes frente às limitações e incapacidades, podendo levar em alguns casos a adaptações diante das mudanças à medida que elas vão ocorrendo. Outra hipótese se refere a maior aceitação destas alterações do estado de saúde, partindo do entendimento que as mesmas fazem parte de um envelhecer natural, de acordo com uma visão socialmente construída. Para Porciúncula (2012); Borges *et al.*, (2008), os idosos associam a perda da capacidade funcional ao envelhecimento e não à perda da saúde, sendo comum afirmarem que possuem boa saúde para a idade quando perguntados.

Foi possível identificar ainda que a maioria dos idosos que vivem em estado de coresidência não relata arrependimento com fatos da vida (71,3%), se consideram felizes (92,8%) e possuem boas expectativas para o futuro (52,0%). Esses dados indicam que os idosos que compartilham o domicílio com outras pessoas, possuem condições de vida mais prazerosa e positiva, resultados semelhantes são encontrados em outros trabalhos descritos na literatura (MONTEIRO; CORRENTE; NETTO, 2007; BROCK; WEYER, 1972; MROCZEK; SPIRO, 2005). Essa repercussão positiva sugere que a coresidência no município tem sido interessante para o idoso no momento que aponta para boas relações no ambiente familiar entre os membros, o que sugere apoio e estímulo que são fundamentais ao suporte emocional, financeiro e de segurança ante os desafios sociais em que estão contextualizados.

CONCLUSÃO

Em relação às características sociodemográficas e econômica dos idosos coresidentes no município de Salto da Divisa – MG foi possível identificar que são em sua maioria “idosos jovens”, do sexo feminino, sem escolaridade, lavradores, de baixa renda e apresentam como principais problemas de saúde a HAS e as doenças osteomusculares, que as mesmas interferem em sua rotina de atividades de vida. Quanto às questões de moradia, dividem o domicílio com poucos habitantes, em sua maioria com a presença de netos.

Embora relatem boa percepção de saúde e satisfação com a vida, o município possui desafios na atenção à saúde das pessoas com mais de 60 anos de idade. Esses desafios dizem respeito à alta prevalência de agravos crônicos e das condições de moradia, transporte e dos aspectos sanitários.

A coleta de informações junto à população idosa na comunidade, investigando aspectos socioeconômicos e percepção de saúde individual, torna-se indispensável para gestores públicos, pois auxilia na implementação de estratégias e ações políticas que irão favorecer o bem-estar físico, mental e social dos idosos, baseadas não somente em seus direitos, mas em suas verdadeiras necessidades.

REFERÊNCIAS

BORGES, P. L. de C. *et al.* Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003. Disponível em URL: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf. Acesso em: 15 jul. 2013.

BROCK, R. R.; WEYER, G. A. Concise life-satisfaction-index questionnaire for the use with single, elderly, female welfare recipients. **Zentralbl Bakteriol** [Orig B], v. 156, n. 2, p. 290-298. 1972. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4659511>. Acesso em: 08 mai. 2013.

CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A.M. **Os novos idosos Brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, cap. 5, p.137-65. 2004.

CAMARANO, A. A.; El GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 950. 2002. Disponível em URL: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23f. Acesso em: 12 jan. 2012.

CARVALHO, J. A. M, GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saude Publica**. v. 19, n. 3, p. 725-33. 2003. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2013.

CIOLAC, E. G, GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-24. 2004. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4/22048.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

DOMINGUES, M. A. *et al.* Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 49-59. 2013. Disponível em URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232013000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2013.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. de.; FREITAS, I. C. M. de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1575-1585, Nov/dez. 2004. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000600015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 08 mai. 2013

FREITAS, D. H. M. *et al* . Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 37, n. 1. 2010. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 Abr. 2013.

GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. S. O envelhecimento e a saúde. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v. 11, n. 3, p. 221-231, set/dez. 2002.

GIACOMIN, K. C. *et al* . Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun. 2008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000600007&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 20 de ago. 2013.

GOLDMAN, N.; KORENMAN, S.; WEINSTEIN, R. Marital Status and health among the elderly. **Social Science and Medicine**, v. 40, n. 12, p. 1717-1730. 1995. Disponível em URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369400281W> Acesso em: 12 Jan. 2013.

GOTTLIEB, M. G. V. *et. al*. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.365-380. 2011. Disponível em URL:http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000200016&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 15 jul. 2013.

GRUNDY, E. Living arrangements and the health of older persons in developed countries. In: **Living arrangements of older persons**. Population Bulletin of the United Nations Special issue n.42/43. p. 311-329. 2001.

HOOTMAN, J. *et al*. Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis- attributable activity limitation – United States, 2003-2005. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v.55, p. 1089-92. 2006. Disponível em URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5939.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico**. 2010a. Disponível em URL: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Aceso em: 12 jan. 2012.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2012b. Disponível em URL:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf
. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro. 2008c.

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10. 2007. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/24.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2013.

LIMA-COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201. 2003. Disponível em URL: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 735-43. 2003. Disponível em URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

LIPOSCKI, D. B. **A influência de um programa de intervenção psicomotora na aptidão psicomotora de idosos longevos**. Santa Catarina, Santa Catarina, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007. Disponível em URL: http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1384. Acesso em: 20 ago. 2013.

LOYOLA FILHO, A. I. de.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200600120015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 ago. 2013.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Estatística geral e aplicada. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 421 p.

MEIRELES, V. C. *et al.* Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saude soc**, v. 16, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2007. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2013.

MONTEIRO, T. R. A.; CORRENTE, J. E.; NETTO, M. C. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do Estado de São Paulo. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 4-13, jan./jun. 2007. Disponível em URL: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200800300004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 15 jul. 2013.

MROCZEK, D. K.; SPIRO, R. D. Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v.88, n.1, p.189-202, Jan. 2005. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15631584>. Acesso em: 08 mai. 2013.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, Out. 2011. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2013.

PORCIÚNCULA, R. de C. R. da. **Perfil socioepidemiológico dos idosos longevos em Recife, nordeste do Brasil**. Recife, 2012. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública). Fundação Oswaldo Cruz centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, 2012. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012porciuncula-rcr.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

ROSSET, I. **Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caixas do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo**. São Paulo, São Paulo, 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em URL: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-08012010-133459/pt-br.php Acesso em: 09 abr. 2013

ROSSET, I. *et al.* Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.391-400. 2011. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 17-25. 2007. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000400002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 ago. 2013.

TAVARES, V. O *et al.* Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar **Textos & Contextos**. v. 10, n. 1, p. 94 - 108, jan./jul. 2011. Disponível em URL: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/8725/6427>. Acesso em: 02 set. 2013.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Rev Espaço Saúde**. v. 10, n. 2, p.12-7. 2009. Disponível em URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf Acesso em: 20 ago. 2013.

TURNER, B. S. Talcott parsons on economic and social theory: The relevance of the amherst term papers. **The American Sociologist.**, v. 27, n. 4, p. 41-47. 1996.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n.3, p.548-54. 2009. Disponível em URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 15 jul. 2013.

VERAS, R. P. *et al.* Research on elderly populations--the importance of the methods and training of the team: a methodologic contribution. **Rev. Saúde Pública.** v. 22, n.6. 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910198800000008&lng=en . Acesso em: 12 abr. 2013.

VERAS, R.; DUTRA, S. **Perfil do idoso brasileiro: Questionário BOAS.** Rio de Janeiro: (Série Livros Eletrônico), 2008.100p. Disponível em URL: http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf Acesso em: 12 jan. 2013.

Arquivos a serem anexados na plataforma de submissão da Revista CEBES

TABELA 1: Características sociodemográficas e econômicas, de pessoas idosas corresidentes em Salto da Divisa - Minas Gerais, 2013.

Variável	(n=279)	%
Sexo		
Feminino	164	58,8
Masculino	115	41,2
Faixa etária		
60-69 anos	145	52,0
70-79 anos	106	38,0
80-89 anos	28	10,0
Escolaridade		
Sem Escolaridade	179	64,2
Com Escolaridade	100	35,8
Estado Conjugal		
Casado/mora junto	173	62,0
Viúvo	73	26,2
Divorciado/Separado	20	7,2
Solteiro	13	4,6
Ocupação		
Lavrador	96	34,4
Serviços gerais	31	11,1
Dona de Casa	30	10,8
Outras Ocupações ¹	122	43,7
Renda Familiar		
Até 1SM ²	227	81,7
Acima de 1SM	52	18,3
O que ganha para necessidades básicas		
Dá e sobra	68	24,4
Dá na conta	97	34,8
Sempre falta um pouco	66	23,7
Sempre falta muito	48	17,1
Imóvel		
Propriedade do idoso	216	77,4
Propriedade do cônjuge	14	5,0
Alugado	13	4,7
Cedida sem custo	36	12,9
Situação econômica aos 50 anos		
Melhor	156	55,9
A mesma	53	19,0
Pior	70	25,1
Satisfação com corresidentes		
Sim	250	89,6
Não	29	10,4

¹ Outras profissões: Vaqueiro, costureira, lavadeira dentre outras.

² SM = Salário Mínimo à época = R\$ 678,00.

TABELA 2 - Autopercepção de saúde de idosos corresidentes em Salto da Divisa – MG, 2013.

Variável	(n=279)	%
Autopercepção da saúde		
Ótima	24	8,6
Boa	169	60,6
Ruim	64	22,9
Péssima	22	7,9
Sua saúde comparada a de idosos da mesma idade		
Melhor	132	47,3
Igual	122	43,7
Pior	25	9,0
Possui problemas de saúde		
Sim	235	84,2
Não	44	15,8
Morbidades autorreferidas		
Problemas osteomusculares	67	24,0
Hipertensão arterial	129	46,2
Diabetes	19	6,8
Outras doenças	64	23,0

4.2 MANUSCRITO 2: AUTOESTIMA E FATORES ASSOCIADOS ÀS CONDIÇÕES SOCIAIS EM IDOSOS.

O Manuscrito será submetido ao periódico: ***Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*** – ISSN: 2316-2171, elaborado conforme as instruções do link: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer>

**AUTOESTIMA E FATORES ASSOCIADOS ÀS CONDIÇÕES SOCIAIS EM
IDOSOS**

*SELF ESTEEM AND FACTORS ASSOCIATED WITH SOCIAL CONDITIONS IN
THE ELDERLY*

Saulo Sacramento Meira¹, Alba Benemérita Alves Vilela²

¹Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde –
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista CAPES. *Contribuiu na
construção do manuscrito. Autor para correspondência -*

saulo_meira@hotmail.com

²Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
Doutora em Enfermagem. *Contribuiu na revisão do manuscrito.*

alba_vilela@hotmail.com

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e
Saúde. Av. José Moreira Sobrinho s/n, Jequiezinho, Jequié-BA. CEP: 45206-190

Agência financiadora: CAPES

Endereço eletrônico: saulo_meira@hotmail.com / Tel. (73) 3528-9738

Informamos que não há conflito de interesses na concepção da pesquisa.

RESUMO

OBJETIVO: avaliar a autoestima e sua associação com as condições sociais de idosos corresidentes em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado com 279 idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, residentes na zona urbana e rural do município de Salto da Divisa-MG, cadastrados nas três (3) Estratégias de Saúde da Família (ESF), que não apresentavam déficit cognitivo. Os dados foram obtidos por meio da *Escala de Autoestima de Rosenberg* e pelo questionário *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*, tabulados no EpilInfo[®] 7.7.0.6 e analisados no SPSS[®] 15.0. Para verificar a associação utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** a média de idade dos idosos corresidentes foi de 70 anos (dp \pm 7,3), 58,8% eram do sexo feminino, 62,0% casados, 64,2% sem escolaridade e com renda mensal média de R\$790,00. Quanto a autoestima 22,9% apresentaram alta, 69,5% normal e 7,5% baixa autoestima. Houve associação estatisticamente significativa entre a autoestima e as variáveis escolaridade (p=0,005) e satisfação com os coabitantes (p=0,048). **CONCLUSÃO:** a autoestima dos idosos cadastrados nas ESF do município pesquisado é normal e apresentou associação com a escolaridade e a satisfação com os coabitantes. Na população pesquisada, possuir escolaridade e as relações interpessoais nos ambiente domiciliar se configurou como fatores protetores para a autoestima.

Descritores: Idoso. Família. Habitação. Autoimagem

ABSTRACT

OBJECTIVE: to evaluate the self-esteem and its association with the social conditions of the elderly in a municipality corresidentes Jequitinhonha Valley, Minas Gerais. **METHODS:** this is an epidemiological, cross-sectional, household survey-based study carried out with 279 individuals aged greater than or equal to 60 years living in urban and rural municipality of Salto of Boundary-MG, registered in the three (3) Strategies for Family Health (ESF), who had no cognitive impairment. The data were obtained by means of the Rosenberg Self-Esteem Scale and the questionnaire Brazil Old Age Schedule (BOAS), tabulated and analyzed in EpilInfo[®] 7.7.0.6 in SPSS[®] 15.0. The association used the chi-square test (χ^2), with a significance level of 5%. **RESULTS:** the mean age of the elderly corresidentes was 70 years (SD \pm 7.3), 58.8% were female, 62% married, 64.2% with no education and with an average monthly income of R \$ 790.00 . As for 22.9% had high self-esteem, 69.5% normal and 7.5% lower. There was a statistically significant association between self-esteem and education variables (p = 0.005) and satisfaction with cohabiting (p = 0.048). **CONCLUSION:** the self-esteem of elderly enrolled in the FHS municipality studied is normal and it was associated with schooling and satisfaction with co-inhabitants. In the population studied, possess education and interpersonal relationships in the home environment are configured as protective factors for self-esteem.

Keywords: Elderly. Family. Housing. Self Concept.

INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais ocupam sempre um lugar de destaque entre as formulações doutrinárias que orientaram o movimento sanitário brasileiro desde suas origens na década de 1970. Almeida Filho (2009) considera que a saúde humana deve ser compreendida e analisada a partir das formas como a sociedade se organiza, ou seja, a partir de sua estrutura econômica e social, a medida que esta dimensão é intrinsecamente vinculada à dimensão física e mental dos indivíduos.

Para avaliar a maneira de viver das pessoas, é necessário mensurar os aspectos sociais como as condições de renda, de moradia, acesso a serviços, nível educacional e os fatores psicossociais, para que se alcance um ângulo multifocal para o planejamento e melhoria das condições de vida das pessoas idosas. Apesar das muitas intervenções na área das políticas públicas voltadas para estimular o aumento da expectativa dos anos de vida dos brasileiros, isso não significa necessariamente que estamos melhorando suas condições de vida.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma significativa a partir da década de 60, devendo-se considerar o momento de crise econômica em que as desigualdades e os problemas sociais recrudesceram repercutindo expressivamente na determinação da configuração dos padrões de vida populacional (LINCK; CROSSETTI, 2011; LITVOC; BRITO, 2004; AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Várias abordagens vêm sendo utilizadas para enfrentar esse desafio como as que privilegiam os aspectos materiais da existência dos indivíduos e da infraestrutura comunitária e as que enfatizam fatores psicossociais na geração de problemas de saúde como a autopercepção das pessoas sobre sua posição numa sociedade tão desigual como a brasileira.

A autoestima é a forma de expressar a subjetividade da existência, a união da confiança e do respeito a si mesmo. É um fator de proteção importante, já que está relacionada com a saúde mental e o bem-estar psicológico, e com ela estão implicados outros elementos como o apoio social, autoeficácia e a autonomia que influenciarão na forma como os idosos viverão sua velhice (AMPARO *et al.*, 2008; COLLINS; SMYER, 2005; FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Alguns fatores podem influenciar a autoestima, como a idade, o sexo, o estado civil e as doenças que se manifestam. Sendo assim, o abuso financeiro,

aspectos da moradia, o suicídio e a depressão estão associados a uma baixa autoestima (TERRA, 2010).

Para uma vida satisfatória é indispensável a presença de uma autoestima positiva, que permita ao indivíduo sentir-se confiante, adequado à vida e merecedor, pois essa valorização pessoal deve ser composta pelos sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de autorespeito e autoconfiança (BRANDEN, 1999).

Neste contexto, a autoestima pode ser considerada como um sentimento de juízo, de apreciação, valorização, satisfação que o sujeito tem de si mesmo e que são expressos pelas atitudes para consigo (QUIALA; RODRÍGUEZ, 1999; ROSENBERG, 1965). Dispor de uma rede social forte, estável, voltada para adoção de comportamentos positivos ante a vida nos espaços em que duas ou mais pessoas compartilham solidariamente situações sociais e econômicas, denominada como “corresidência”, contribui para manter e/ou restabelecer um bem-estar psicológico e, conseqüentemente, boas condições de vida entre o idoso e demais componentes familiares.

Estudos epidemiológicos de base populacional adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento, permitindo melhor entendimento dos diferentes contextos sociais e da assistência à saúde dessas populações buscando um prolongamento da vida humana por meio da prevenção das doenças e da promoção à saúde (LITVOC; BRITO, 2004).

O objetivo desse estudo é avaliar a autoestima e sua associação com as condições sociais de idosos corresidentes em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado com 279 idosos corresidentes, com idade igual ou superior a 60 anos, moradores da zona urbana e rural do município de Salto da Divisa – MG.

Neste estudo adotou-se como idoso corresidente aquele que compartilhava o domicílio com mais de uma pessoa.

Foram pesquisados idosos das (3) três Estratégias de Saúde da Família

(ESF) existentes em Salto da Divisa, município de pequeno porte com população em torno de 6.858 habitantes (IBGE, 2010).

Inicialmente foi solicitado à Secretaria de Saúde do município o quantitativo de idosos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em seguida, realizou-se busca ativa, através das “Fichas A”, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das três (3) ESF com intuito de identificar os idosos que viviam em estado de corresponsabilidade. Após estimar o total de pessoas idosas que residiam em corresponsabilidade (n=699), realizou-se o cálculo do tamanho amostral adotando-se os seguintes parâmetros: proporção de 50% para o cálculo de populações finitas segundo Martins (2005), nível de confiança de 95% e erro de 5%.

A amostra mínima representativa desta população foi de 249 idosos à qual se acresceu 20% prevendo-se as possíveis perdas, chegando-se a um número mínimo representativo de 299 indivíduos. Em seguida calculou-se o intervalo amostral estabelecendo-o em aproximadamente dois (n= 2). Concomitantemente, realizou-se o sorteio dos idosos participantes da pesquisa, obtendo-se uma amostra de 349 idosos.

Foi realizado um estudo piloto com 30 idosos, sendo os mesmos sorteados proporcionalmente em cada uma das três (3) USF (10 idosos por ESF), do município de Salto da Divisa – MG para testar a aplicabilidade e adequação dos instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa. É válido ressaltar que os entrevistados assim como os dados obtidos no estudo piloto não foram computados nos resultados finais.

O estudo piloto permitiu identificar a necessidade de realizar algumas modificações no questionário (*Brazil Old Age Schedule*) **BOAS**, que envolviam itens e recursos com valores contemplados em outras sessões, os quais foram suprimidos com o cuidado de não afetar a significância do questionário, com o intuito de reduzir o tempo de entrevista (estratégia importante em pesquisa com idosos).

Após a realização do estudo piloto deu-se início a coleta de dados da pesquisa que ocorreu no período de janeiro a março de 2013, durante visita aos domicílios dos entrevistados sorteados. Primeiramente aplicou-se Mini Exame do Estado Mental (**MEEM**), e caso detectado estado cognitivo preservado do participante, seria procedido da aplicação dos demais instrumentos: **Escala de Autoestima de Rosenberg** e o questionário semiestruturado **BOAS**.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão dos idosos ao estudo:

estar cadastrados nas ESF, coabitar com uma ou mais pessoas e apresentar estado cognitivo preservado que lhes permitissem responder aos questionários.

Adotou-se como critérios para a supressão da participação do idoso nesse estudo: não responder na íntegra os questionários; recusar participar da pesquisa; apresentar resultado inferior aos pontos de corte no **MEEM**, considerando o respectivo nível de escolaridade do idoso entrevistado e não se encontrar no domicílio por até três (3) visitas efetuadas em dias e horários distintos

No **MEEM** o nível de corte foi estabelecido de acordo com a escolaridade (anos de estudo) declarada pelo idoso, diferencia-se entre: Analfabetos (19 pontos); 1 a 3 anos de escolaridade (23 pontos); 4 a 7 anos (24 pontos) e; maior que 7 anos (> 7) de escolaridade (28 pontos) (BRASIL, 2007).

Para avaliar a autoestima utilizou-se a **Escala de Autoestima de Rosenberg** (1965), traduzido por Dini (2004). Este instrumento é constituído por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, sendo que, metade dos itens é enunciada positivamente e a outra metade negativamente.

Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo *Likert* (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos 10 itens fornece um escore da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40 sendo que quanto maior o escore, maior o “nível” de autoimagem da pessoa. Os participantes eram então classificados em baixa, normal ou elevada autoestima.

Para contextualizar a vida do idoso utilizou-se o questionário semiestruturado **BOAS**, que trata-se de um construto multidimensional traduzido e validado para o Brasil que possibilita obter informações Gerais; Saúde Física; Utilização de Serviços Médicos e Dentários; Atividades da Vida Diária; Recursos Sociais; Recursos Econômicos; Saúde Mental; Necessidades e Problemas que afetam o entrevistado (VERAS; DUTRA, 2008).

Por se tratar de um instrumento multidimensional, o **BOAS** vem sendo cada vez mais empregado no Brasil, por pesquisadores empenhados na temática do envelhecimento humano. Suas diversas sessões permitem não somente descrever os determinantes sociais do sujeito em questão, ao passo que transpõe para discussões mais amplas como o quanto esses fatores interferem nas relações individuais, familiares e coletivas dos idosos.

Desse ponto de vista, torna-se relevante os estudos com o instrumento, vez que permite analisar com a mesma proporção de complexidade que o sujeito do estudo exige além de contribuir para as discussões dos resultados encontrados a fim de confirmar a significância do constructo na avaliação da saúde da população idosa.

Os dados produzidos através da **Escala de Autoestima de Rosenberg** e o questionário semiestruturado **BOAS** foram tabulados no EpilInfo[®] (versão 7.7.0.6) e analisados no SPSS[®] 15.0, assim foram geradas estatísticas com a frequência absoluta, percentuais e intervalos de confiança de 95% a cada uma das variáveis. Para verificação de associação foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), adotando-se nível de significância estatística de 5% ($p= 0,05$).

A **variável dependente** deste estudo foi a *autoestima* obtida através da **Escala de Autoestima de Rosenberg** e como **variáveis independentes** as características sócio-demográficas e econômicas (idade, sexo, escolaridade e situação conjugal e renda), condições de coabitação e percepção de saúde, obtidas a partir do questionário semiestruturado **BOAS**.

Esse estudo foi aprovado sob o protocolo nº 047/2009 do Conselho de Ética em Pesquisa da UESB – CEP/UESB, como subprojeto de uma pesquisa maior intitulada: “Envelhecimento e Corresidência: uma questão de gênero”.

RESULTADOS

Dos 349 idosos sorteados para participarem do estudo 70 foram excluídos, sendo 58 por não alcançarem a pontuação mínima do **MEEM** e 12 por recusas em participar da pesquisa ou não terem sido encontrados no domicílio após as 3 visitas.

Entre os 279 idosos que responderam ao estudo, houve predomínio de pessoas do sexo feminino (58,8%), da faixa etária de 60 a 69 anos (52,0%), idade média de 70 anos ($dp\pm 7,3$), variando entre 70 e 98 anos, casados (62,0%), analfabetos (64,2%) e com renda mensal média de R\$ 790,00 reais (valor mínimo de R\$ 678,00 e máximo de R\$ 8.000), conforme apresentado na tabela 1.

TABELA 1: Características sócio-demográficas, econômicas e da percepção de saúde dos idosos corresidentes no município de Salto da Divisa-MG, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	164	58,8
	Masculino	115	41,2
Faixa etária	60 a 69	145	52
	70 a 79	106	38
	80 ou +	28	10
Escolaridade em anos de estudo	Sem escolaridade	179	64,2
	Com escolaridade	100	35,8
	Casado (a)/morando junto	173	62,0
Estado Civil	Viúvo (a)	73	26,2
	Divorciado (a)	20	7,2
	Solteiro (a)	13	4,6
Renda	Até 1SM	227	81,4
	>1SM	52	18,6
	Ótima	24	8,6
Estado da saúde	Boa	169	60,6
	Ruim	64	22,9
	Péssima	22	7,9
Satisfação com coabitantes	Sim	250	89,6
	Não	29	10,4

*SM= Salário Mínimo em 2013 - R\$ 678,00

Quanto à escala de autoestima de Rosenberg verificou-se que entre os idosos que corresidem 202 (69,5%) apresentaram autoestima normal, 64 (22,9%) autoestima alta e 13 (7,5%) baixa autoestima.

A figura 1 apresenta os dados da escala de autoestima entre os idosos corresidentes.

FIGURA 1: Autoestima de idosos em corresidência no município de Salto da Divisa - MG, 2013.

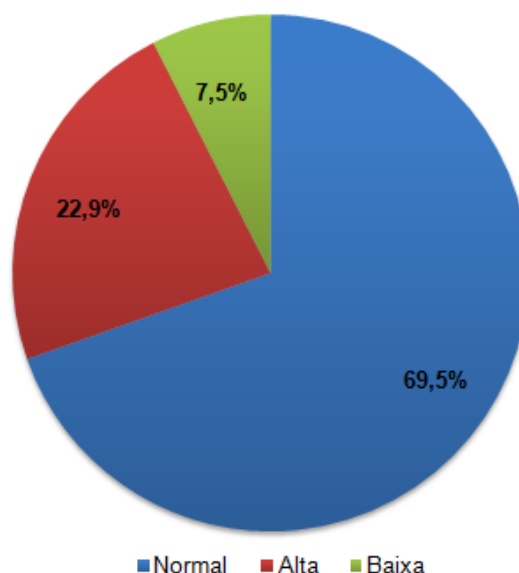


Tabela 2: Características sociodemográficas, econômicas e da autoestima de idosos corresidentes no município de Salto da Divisa-MG, 2013.

Variável	Autoestima						X ²	p
	Baixa		Normal		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Feminino	7	4,3	117	71,3	40	24,4	0,557	0,757
Masculino	6	5,2	85	73,9	24	20,9		
Faixa etária								
60 a 69	6	4,1	105	72,4	34	23,4	0,921	0,921
70 a 79	6	5,7	75	70,8	25	23,9		
80 ou +	1	3,6	22	78,6	5	17,9		
Escolaridade								
Sem	11	6,1	137	76,5	31	17,3	10.423	0,005
Com	2	2,0	65	65,0	33	33,0		
Estado Civil								
Com companheiro	6	3,5	123	71,1	44	25,4	2.720	0,252
Sem companheiro	7	6,6	79	74,5	20	18,9		
Renda								
Até 1SM**	11	4,8	161	70,9	55	24,5	0,755	0,685
>1SM	2	3,8	40	76,9	10	19,2		
Satisfação com coabitantes								
Sim	9	3,2	183	65,6	58	20,8	6,077	0,048
Não	4	1,4	19	6,8	6	2,2		

Nível de significância adotado $p < 0,05$.

**SM= Salário Mínimo em 2013 - R\$ 678,00.

De acordo a tabela 2, entre as variáveis sociodemográficas, econômicas analisadas, somente a escolaridade ($p=0,005$) e a satisfação com os coabitantes ($p=0,048$) apresentaram associação com a autoestima, nas demais não houve diferença estatisticamente significativa, sexo ($p=0,757$), faixa etária ($0,921$), estado civil, ($p=0,252$) e a renda ($p=0,685$).

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a maioria dos idosos entrevistados apresenta autoestima normal (69,5%). Essa autopercepção é considerada um aspecto fundamental na vida do idoso e representa uma das dimensões da personalidade que influencia para o bem-estar do indivíduo e a sua adaptação no mundo que o circunda, sendo importante para o sucesso e a satisfação com a vida (RUIBYTE, 2007; ROSENBERG, 1965). Expressa ainda um atributo profundamente individual,

embora modelado nas relações cotidianas e também decisivo na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando na percepção dos acontecimentos e das pessoas, no comportamento e nas vivências do indivíduo (ANDRADE; SOUZA; MINAYO, 2009).

Pessoas que se sentem queridas, capazes e dotadas de valor desenvolvem uma personalidade sadia e uma melhor autoestima (HAMACHEK, 1979). Em Salto da Divisa - MG, entre os idosos corresidentes, a autoestima normal parece refletir no bom nível de aceitação e valorização social e familiar através das relações estabelecidas, mantendo vivo nesses anciãos o interesse pela vida.

Para os idosos da amostra, embora se encontrem em um momento do desenvolvimento marcado por adversidades, parecem estar se adaptando bem as mudanças inerentes ao envelhecimento, ficando claro que um desenvolvimento satisfatório não está relacionado apenas à idade, mas aos aspectos multifatoriais, entre eles a aceitação positiva de sua condição de vida.

Neste estudo houve predomínio de “idosos jovens”, do sexo feminino, casados, sem escolaridade e com renda mensal média de R\$ 790,00 reais. Conforme Mastroeni *et al.*, (2007), o predomínio de mulheres idosas acima de 60 anos é uma resposta dos programas de saúde nas comunidades locais de assistência a terceira idade, indicando que mulheres e homens envelhecem de forma diferente e que as mulheres tendem a possuir maior capacidade de recuperação em todas idades que o sexo masculino. Outra hipótese é que as mulheres possuem uma vantagem biológica, posto que, na vida adulta, os hormônios femininos as protegem de muitas patologias.

Na população estudada, para a variável sexo não foi identificada associação com o nível de autoestima ($p=0,757$). A maior oferta de trabalho, maior renda e os aspectos socioculturais voltados para a valorização da figura masculina (MASTROENI *et al.*, 2007), que poderiam afetar a autoestima dos idosos não interferiram nos resultados encontrados.

É possível pressupor que estes idosos de Salto da Divisa que coabitam em domicílio possuem maior nível de autoestima, independente do sexo por apresentarem mais tempo disponível para si próprio, em função da redução das obrigações com a família, menor nível de stress por residirem em uma cidade de pequeno porte onde os idosos compartilham de condições sociais equânimes, além de possuírem seus sustentos financeiros garantidos por meio da previdência social.

Nota-se ainda uma sutil tendência das mulheres em possuir autoestima normal a elevada (ver Tabela 2), quando comparadas a dos homens, podendo sugerir que apesar da velhice ser considerada no geral, uma fase de declínio, a mulher idosa mostra-se mais adaptada a essas situações de limitações decorrentes do envelhecimento (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

A variável faixa etária também não apresentou associação estatística ($p=0,921$) com a autoestima. É importante observar que na população estudada a maioria da amostra é composta por idosos que possuem de 60 a 69 anos. Segundo Krawczynski; Olszewski (2000), a autoimagem dos indivíduos parece diminuir com o aumento da idade, podendo estar relacionado às perdas fisiológicas, de status social ou de entes queridos.

Segundo estudo realizado em Ontário no Canadá, os respondentes mais velhos relatam menor controle de saúde, autoeficácia e autoestima uma vez que quanto maior a sobrevida, maior a possibilidade de desenvolver doenças crônicas (SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001). Essas disfunções podem limitar ou restringir as possibilidades de apoio social em razão das alterações do estado emocional, como tristeza, desânimo, desmotivação, nervosismo, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a autoimagem restringindo as atividades que estimulem a autoestima nos idosos corresidentes (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; VITORELI; MEURER *et al.*, 2012).

Entre os participantes, a variável escolaridade, apresentou associação estatística com a autoestima ($p=0,005$). Esse dado indica que a maior escolaridade dos idosos é diretamente proporcional ao maior nível de autoestima, tendência essa também encontrada nos trabalhos de Eulálio, Santos, Nunes, 2013.

Na época em que a população estudada nasceu, não possuir nenhum grau de escolaridade era característica esperada para essa população uma vez que durante as décadas de 10 a 40 do século XX, períodos nos quais foi constituída a maioria da população pesquisada, havia menor frequência à escola, pois a valorização do trabalho sobrepunha aos da educação (MASTROENI, 2007).

A escolaridade está intimamente vinculada na maneira como as pessoas constroem valores, estabelece relações sociais e usufrutos culturais. Está positivamente relacionada às possibilidades de acesso à renda, à utilização dos serviços de saúde e à adesão aos programas educacionais e sanitários no campo da promoção e proteção da saúde, fatores esses importantes para a percepção de

saúde das pessoas idosas (TELAROLLI JUNIOR *et al.*,1996). Essas informações sugerem que a maior escolaridade permite aos idosos corresidentes uma sensação de maior segurança e dignidade diante as relações sociais, projetando essa melhor autoestima no domicílio.

Na população pesquisada, não houve associação estatisticamente significativa entre o estado civil dos idosos e a autoestima ($p=0,252$). Entretanto verificou-se uma maior tendência do idoso casado/mora junto apresentou maior autoestima, sugerindo que compartilhar a corresidência com um companheiro (a) tende a estabelecer a sensação de maior segurança entre ambos os membros.

Para tentar explicar essas diferenças, na literatura destaca-se a existência da hipótese da proteção do casamento, uma vez que um conjunto de mecanismos causais, constituído por fatores ambientais, sociais e psicológicos, faz do estado de casado mais saudável do que os demais. Além disso, acredita-se que o aumento das redes sociais, resultante do casamento, facilita o acesso a informações e serviços de saúde, encoraja a ter comportamentos mais saudáveis, age como um mecanismo em situações de estresse e fornece recursos econômicos que causam efeito sobre a frequência e a qualidade dos serviços de saúde utilizados pelos indivíduos (GOLDMAN; HU, 1993; JOHNSON *et al.*, 2000). Ser casado/morar junto parece configurar positivamente para os sentimentos de enfrentamento das situações do dia a dia e do sentimento de solidão que pode surgir na velhice.

A variável renda não apresentou associação estatística com a autoestima ($p=0,553$). É importante considerar que dos entrevistados 81,4% declararam renda de até 1SM. Estes dados sugerem que estes idosos possuem em algum grau autonomia financeira obtida por meio da universalização do benefício da aposentadoria. A melhor autopercepção destes idosos pode estar relacionada a inversão do padrão econômico, visto que anteriormente eles não tinham dinheiro para comprar objetos, bens e serviços de uso pessoal, tornando-se dependentes do poder econômico dos filhos (DELGADO; CARDOSO, 1999).

De acordo a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei no 8.742 de 07.12.1993), que concedeu o benefício de um salário mínimo para os maiores de 70 anos de idade pertencentes à famílias com renda mensal *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, foi modificada em 1998, reduzindo a idade mínima para 67 anos, e em 2004, em nova redução, para os 65 anos de idade (IBGE, 2008a). Neste sentido, deve-se considerar o provável impacto positivo dessa política nas condições de vida

da população idosa em geral. Apesar de possuímos um sistema previdenciário ainda longe de representar níveis de renda condignos, o Sudeste urbano esta entre as regiões com melhor distribuição e menor concentração de renda (IBGE, 2010b).

As condições de habitação, como a maior facilidade doméstica, e a existência de fontes de lazer dentro de casa são aspectos importantes para uma autoestima na terceira idade em especial para os indivíduos idosos que envelheciam sem a perspectiva de renda fixa mensal como a aposentadoria. Uma moradia adequada, provida de recursos como eletrodomésticos básicos e de infraestrutura sanitária decente, é o sonho de muitos idosos do Brasil.

Houve diferença estatisticamente significativa quanto a satisfação dos idosos diante a convivência com outras pessoas ($p=0,048$) e a autoestima. Os resultados indicam que compartilhar a residência com outras pessoas tem se constituído um importante mecanismo protetor para a manutenção de melhores índices de autoestima do idoso, o que repercute positivamente na visão que possui acerca de si mesmo.

De acordo com estudo realizado em São Paulo 71,0% dos idosos informaram receber, em suas casas, cuidados domiciliares dos filhos e do cônjuge (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004). Leite *et al.*, (2008) em sua pesquisa sobre suporte familiar aos idosos residentes na área urbana, concluiu que além do elevado percentual de idosos que possuíam amplas redes familiares e sociais, a qual podem recorrer ao suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, foi possível identificar uma interação social positiva entre esses membros. Sendo assim, esses idosos demonstraram ter bom convívio familiar e social, o que consequentemente influencia na melhoria da sua estima e confiança.

O apoio social é um fator importante para a pessoa com mais idade poder manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório, sem tantos efeitos negativos. Pinazo (2006) destaca que as pessoas idosas que participam de redes sociais de forma ativa e que recebem apoio social informal são as que possuem melhor saúde física e mental, considerando ainda que a família é a principal fonte de apoio informal.

Sabe-se que a autoestima depende de múltiplos fatores que interferem direta ou indiretamente nos cuidados com a saúde dos idosos, merecendo abordagem em estudos futuros (CHAIM; IZZO; SERA, 2009). Os resultados da nossa pesquisa vêm corroborar os da pesquisa de Andrade, Souza, Minayo (2009), que apontam para

escassez e a necessidade de novos estudos com o da escala de autoestima de Rosenberg que apesar de muito usada internacionalmente e possuir alto coeficiente de confiabilidade (92%) nos Estados Unidos, não é comumente utilizada no Brasil em estudos comunitários, em especial se tratando de pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Para um envelhecimento saudável é preciso que o idoso apresente não somente um bom estado de saúde físico e mental, mas, também, sinta-se seguro, reconhecido por sua experiência e participante de sua comunidade. A autoaceitação é fundamental para que o indivíduo goste de si mesmo e se recuse a negar ou rejeitar o próprio “eu”. Uma autoestima positiva na velhice conduz a que o indivíduo se sinta seguro, independente, respeitado, reconhecido, adequado à vida e merecedor da felicidade.

A autoestima dos idosos cadastrados nas ESF do município pesquisado foi normal e apresentou associação com a escolaridade e a satisfação com os coabitantes. Desta forma para população pesquisada, possuir escolaridade e a maneira como se configurava as relações interpessoais no ambiente domiciliar compartilhado, funcionou como fatores de proteção para maiores níveis de autoestima.

Os idosos encararam o processo de envelhecimento de uma forma prazerosa e sem grandes conflitos ao revelarem, em média, percepções positivas da vida e dos fatos. Assim, uma boa autoestima pode ser vista como uma forma adequada de entender e vivenciar o processo de envelhecimento

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. de. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1. 2010. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento) **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009.

AMPARO, D. M. do. *et al.* Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estud. psicol.** v. 13, n. 2. p. 165-174. 2008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2008000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 275-285. 2009. Disponível em URL: www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100034&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 02 set. 2013.

BRANDEN, N. **Auto-estima no trabalho: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho**. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

CHAIM, J.; IZZO, H.; SERA, C. T. N. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 175-181, 2009. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198330832011000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

COLLINS, A. L.; SMYER, M. A. The resilience of self-esteem in late adulthood. **J Aging Health**. v. 17, n. 4, p.471-89. 2005. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020575>. Acesso em: 02 set. 2013.

DELGADO, G. C.; CARDOSO Jr, J. C. “O Idoso e a previdência rural no Brasil: A experiência recente da universalização” **Texto para discussão nº 688**. Rio de Janeiro: IPEA, dez/1999. Disponível em URL: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0688.pdf. Acesso em: 02 set. 2013.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. **Adaptação Cultural e validação do questionário de auto-estima de Rosenberg**. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. v. 19, n.1, p. 41-52, jan/abr. 2004. Disponível em URL: <http://www.rbcpc.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

EULÁLIO, M. do C.; SANTOS, K. de L.; NUNES, R. P. Autoestima e auto avaliação de saúde de idosos. **III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Avanço da Ciência e das políticas públicas para o envelhecimento [Anais] 2013. Disponível em URL: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_1287_3e4ac212db68d064e6f4041affcc5c8a.pdf. Acesso em: 06 jul. 2013.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. de.; FREITAS, I. C. M. de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6. 2004. Disponível em URL: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000600015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

FIGUEIREDO, M. do L. F. *et al.* As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 4. 2007. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J. A. V. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. v. 44, n. 2, p. 403-8. 2010. Disponível em URL: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_24.pdf . Acesso em: 02 set. 2013.

GOLDMAN, N.; HU, Y. Excess mortality among the unmarried: a case study of japan. **Soc.Sci. Med.**, v. 36, n. 4, p. 533-546. 1993. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8434277>. Acesso em: 02 set. 2013.

HAMACHEK, D. E. **Encontros com o Self**. Rio de Janeiro: Interamericana. 1979.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**: revisão 2008a. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico**. 2010b. Disponível em URL: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Acesso em: 02 set. 2013.

JOHNSON, N.J. *et al.* Marital Status and Mortality: The National Longitudinal Mortality Study. **AEP**, v. 10, n. 4, may 2000. p. 224-238.

KRAWCZYNSKI, M.; OLSZEWSKI, H. Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. **Psychology of Sport and Exercise**, v.1, n. 1, p. 57-63, 2000.

LEITE, M. T. *et al.* Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 2, p.250-7. 2008. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

LINCK, C. de L.; CROSSETTI, M. da G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 32, n. 2, 2011.
Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983144720110002024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

LITVOC, J. BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2004.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 5-18, dez. 1996.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Estatística geral e aplicada. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 421 p.

MASTROENI, M. F. *et al* . Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 10, n. 2. 2007. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2013.

MEURER, S. T. *et al* . Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Motri.**, v. 8, n. 4. 2012. Disponível em URL: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/1548>. Acesso em: 02 set. 2013.

PINAZO, S. Relaciones sociales. In: TRIADÓ, Carme; VILLAR, Feliciano (Coord.). **Psicología de la vejez**. Madrid: Alianza. p. 253-282. 2006.

QUIALA, M. F.; RODRÍGUEZ, I. Z. Autoestima en el personal de enfermería. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 15, n. 3, p. 184-189. 1999. Disponível em URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf09399.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

RUIBYTE, L. Relationship between individual attributional style, self-esteem, locus of control and academic achievement of vytautas magnus university students. Ugdymas, **Kūno Kultūra Sportas**, v. 4, p. 71-78. 2007. Disponível em URL:

http://vddb.library.lt/obj/LT-eLABa0001:J.04~2007~ISSN_13925644.N_4_67.PG_71-78. Acesso em: 02 set. 2013.

SCHIEMAN, S.; CAMPBELL, J. E. Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. **J Aging Health.**, v. 13, n. 2, p. 155-185. 2001. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11787510>. Acesso em: 02 set. 2013.

TELAROLLI JUNIOR, R. *et al.* Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev Saude Publica.** v. 30, n. 5, p.485-98. 1996. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n5/5103.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada.** 2010. 258p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde16052011160607/en.php>. Acesso em: 02 set. 2013.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário BOAS. Rio de Janeiro. **Série Livros Eletrônico**, 100p, 2008. Disponível em URL: http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf. Acesso em: 06 jul. 2013.

VITORELI, E.; PESSIN, S.; SILVA, M. J. P. da. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.**, v. 2, n. 1, p.102-114. 2005. Disponível em URL: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/20>. Acesso em: 02 set. 2013

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais de cada indivíduo. Assim, certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade, afirmando a complexa heterogeneidade da velhice.

Os resultados desse estudo permitiram traçar um perfil dos idosos em estado de coresidência no município de Salto da Divisa - MG, que foram em sua maioria mulheres, sem escolaridade, baixa renda, casadas, que dividiam o domicílio com menor quantitativo de pessoas, quando comparado a média nacional, sendo os netos a categoria de participantes mais frequente nos lares desses idosos. Ainda foi possível identificar a alta satisfação com os demais membros com quem compartilhava o domicílio, a boa autopercepção da saúde, bem como a conduta positiva diante a vida. A coabitação representou para a população estudada uma importante fonte de suporte informal, contribuindo para sobrevivência de parcela significativa da população.

A autoestima dos idosos cadastrados nas três (3) ESF do município pesquisado foi normal e apresentou associação com a escolaridade e a satisfação com os coabitantes. Desta forma, para população pesquisada, possuir escolaridade e a maneira como se configurou e se repercutiu as relações interpessoais no ambiente domiciliar compartilhado, se configurou como fatores protetores para a autoestima.

Destarte que, a autoestima corresponde a um componente essencial para se ter conhecimento das características sociais, demográficas e de saúde específicas da população em estudo, essas informações não são obtidas em outras fontes de dados, e representam grande importância para a saúde pública, pois, assim, o planejamento das ações voltadas para a terceira idade pelos profissionais de saúde e gestores será por meio de dados multidimensionais visando à saúde integral do idoso.

A pesquisa realizada apresenta algumas limitações que merecem ser consideradas. Evidentemente, por se tratar de um estudo transversal, alude em uma dificuldade para determinar a causalidade dos fatores estudados. Outra consideração se refere aos instrumentos utilizados, que apesar de validados a nível

nacional e internacional, nota-se relativa carência de estudos na população em questão a fim de melhor constatar as dimensões estudadas.

As informações apresentadas constituem um perfil da população do estudo e generalizações devem ser feitas com muita cautela. No entanto, permitem contribuir com noções específicas e atuais sobre um grupo de idosos corresidentes, face ao crescimento progressivo da parcela mais velha da população. É necessário que a sociedade desenvolva o conhecimento detalhado desta etapa da vida, de suas necessidades e particularidades para a adoção de medidas adequadas de cuidado.

Diante dessas afirmações, entende-se que o tratamento do tema passa pela necessidade de o Estado e a sociedade brasileira revisarem suas atitudes frente à velhice e o envelhecimento, buscando formas mais justas e democráticas de tratar e se relacionar com os 20 milhões de pessoas idosas que vivem no país. Isso não significa minimizar a realidade dos efeitos deletérios da velhice e das perdas naturais desta fase ou, ao contrário, criar ou supervalorizar expectativas que não condizem com realidade do processo de envelhecimento, mas, significa dar condições para que cada idoso exerça plenamente sua cidadania.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. E. **A experiência da Corresidência para idosas em família intergeracional**. Curitiba, 2007. 106p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Paraná, 2007. Disponível em URL: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oJoanaErciliaAguiar.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.
- ALMEIDA, J. P. **Arranjos familiares de idosos residentes na área de atuação de uma estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre - RS**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2011.
- ALMEIDA OP. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 56, n.3B, p. 605-612, 1998. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000400014. Acesso em: 12 jul. 2013.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, mar. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2013.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde do idoso: **Portaria n1. 395**, de 10 de dezembro de 1999. Brasília-DF, 1999. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Caramano A. A, organizadora. **Os Novos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro (RJ): IPEA. p.137-67. 2004.
- CAMARANO, A. A.; EI GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 950, 2002. Disponível em URL: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23f. Acesso em: 13 jun. 2013.
- CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública**. v. 175, n.1, p. 597-605. 2008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2013.
- DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e validação do questionário de auto-estima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** v. 19, n.1, p. 41-52, jan/abr. 2004. Disponível em URL: <http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a

epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em URL: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974201200040001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.**;v. 12, p. 189-98.1975. Disponível em URL: http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf. Acesso em: 06 jul. 2013.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E.(Org.) **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, p.17-45. 2006.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. Mente, cérebro e comportamento. **Ciência Psicológica**. Porto Alegre: Artmed. 2008.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**; v. 17, n. 1, p. 123-133. 2012. Disponível em URL: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100015&lng=en. Acesso em: 13 jun. 2013.

GORDILHO, A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise e Dados**. Rio de Janeiro – RJ. 2000. Disponível em URL: http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2013.

GUEDEA, M. T. D. *et al.* Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 19, n. 2, p. 301-308. 2006. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722006000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013

HAMACHEK, D. E. **Encontros com o Self**. Rio de Janeiro: Interamericana. 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico**. 2010. Disponível em URL: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2006. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf Acesso em: 15 abr. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Sociedade e economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento.** (orgs) João Sicsú, Armando Castelar. – Brasília: IPEA, p. 252, 2009.

_____. **Coabitação familiar e formação de novos domicílios nas áreas urbanas Brasileiras.** n. 14. 2012. Disponível em URL: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120404_comunicadoipea142.pdf Acesso em: 13 jun. 2013.

JONES, R; GALLO, J. Dimensions of the Mini-Mental State Examination among community dwelling older adults. **Psychol Med.** v. 30, p. 605-18. 2000. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883716>. Acesso em: 13 jun. 2013.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. v. 23, n. 10. 2007. Disponível em URL :<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/24.pdf> Acesso em: 27 jan. 2013.

LIMA, T. S. *et al.* Análise do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos com doença de Alzheimer do município de Assis – SP. **J Health Sci Inst.** v. 29, n. 3, p. 202-4. 2011. Disponível em URL: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_julset/V29_n3_2011_p202-204.pdf. Acesso em: 06 jul. 2013.

LIPOSCKI, D. B. **A influência de um programa de intervenção psicomotora na aptidão psicomotora de idosos longevos.** 91p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007. Disponível em URL: http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1384. Acesso em: 05 jul. 2013.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estatística geral e aplicada.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Prevenção do câncer de boca: acesso a informações e comportamento entre idosos de Montes Claros – MG. **Unimontes Científica.** v. 14, n. 1, 2012. Disponível em URL: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewArticle/465>. Acesso em: 06 jul. 2013.

MASTROENI, M. F. *et al.* Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 10, n. 2. 2007. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000200007&lng=en. Acesso em: 06 jul. 2013.

MEIRA, S. S.; VILELA, A. B. A. **Idosos em estado de coresidência em um município do interior da Bahia.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié/BA, 2012.

MOSQUERA, J. J. M. M. **A Adolescência e Provação. A autoestima no Adolescente**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina. 1977. 182p.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia e Sociedade**. v.18, n.1. 2006. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822006000100007&lng=en&nrm=isso Acesso em: 06 jul. 2013.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. **Einstein**. v. 6 (Supl 1), S4-S6, 2008. Disponível em URL: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf> . Acesso em: 06 jul. 2013.

NORMAN, B. K.; JR, M. D. **The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community**. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. v.11, n.4, p.66211-2672. Jun/jul. 2013. Disponível em URL: http://www.annfammed.org/content/2/suppl_1/S3.full Acesso em: 22 ago. 2013.

PAPALÉO NETO, M.; PONTE, J. R. DA. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETO, M. (Org.) **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, p. 3-25. 1996.

PATRICIO, K. P. *et al.* O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

PESSOA, I. L. **O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. 2009, 238p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Política Social). Universidade de Brasília – UnB. 2011. http://btdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5202 Acesso em: 27 ago. 2013.

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1. 2009. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502009000100002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 06 jul. 2013

PINTO, J. L. G. *et al.* Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764. 2006. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013

PORTO, I. *et al.* Correlação entre níveis de autoestima, performance cognitiva e de memória em idosos: uma visão ecológica. **Ambiente & Educação**. v. 15, n. 1, p. 187-206, 2010. Disponível em URL: <http://seer.furg.br/ojs/index.php/ambeduc/article/download/993/923>. Acesso em: 06 jul. 2013.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. 1992. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1992000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. v. 4, n. 7, p.156-175. 2002; Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965. Disponível em URL: http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf Acesso em: 24 jul. 2013.

ROSSET, I. *et al.* Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.391-400. 2011. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

SIMONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. **Funções e Transformações da Família ao longo da história**. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov./2003. Disponível em URL: <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07simionato03.pdf>. Acesso em: Acesso em: 30 jul. 2013.

SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2. 2004. Disponível em URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15175928200400020005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

VERAS, R. *et al.* Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UNATI; 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3. 2009. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2013.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário BOAS. Rio de Janeiro. **Série Livros Eletrônico**, 100p, 2008. Disponível em URL: http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf. Acesso em: 06 jul. 2013.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L.; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem sucedido: representação de idosos. **Revista Saúde.com**, v. 2, p. 101-114. 2006. Disponível em URL: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

WHO. 2005. **International plan of action on ageing:report on implementation, 2004**. Disponível em:www.who.int. Acesso em: 06 jul. 2013.

_____. 2007. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? **Health Evidence Network**. v. 2, n. 17, 2007. Disponível em URL: www.euro.who.int. Acesso em: 06 jul. 2013.

_____. 2005. **WHOQOL: Measuring quality of life**. 2005. Disponível em URL: www.who.int/mental_health. Acesso em: 06 jul. 2013.

_____. 2009. **World Health Statistics 2009**. Disponível em URL: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/> Acesso em: 06 jul. 2013.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) senhor (a),

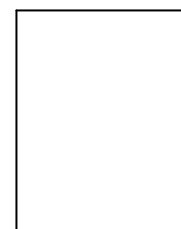
Eu, Saulo Sacramento Meira, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia em Jequié – BA, juntamente com a Doutora Alba Benemerita Alves Vilela, estamos realizando uma pesquisa chamada de “**FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA ENTRE IDOSOS MINEIROS CORRESIDENTES**” e estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa. Trata-se de um estudo importante, pois surge como uma forma de conhecer como vivem os idosos saltenses. A pesquisa tem como objetivo: **Analisar a autoestima entre pessoas idosas que moram com outras pessoas no Salto da Divisa-MG.** As informações dessa pesquisa serão analisadas e discutidas com a prefeitura da cidade, na tentativa de contribuir positivamente para sua qualidade de vida, planejando alternativas para uma velhice mais feliz. Ao concordar em participar, o (a) senhor (a) deverá estar à disposição para responder aos questionamentos, por meio de um questionário simples. Durante a aplicação desse instrumento existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando (a) senhor (a) à vontade para deixar de responder a pergunta que lhe causar tal incômodo. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de dinheiro, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Os registros da sua participação nesse estudo **será mantido em total sigilo.** Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável terá acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Se o (a) senhor (a) quiser ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato com o **Saulo Sacramento Meira**, no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 8844-1990 (Mestrado em Enfermagem e Saúde) ou através do e-mail: saulo_meira@hotmail.com . Ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo local indicado anteriormente ou pelo telefone (73) 3528 9727.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do Participante _____



Assinatura do Pesquisador _____

Salto da Divisa - MG, Data: ____/____/____



Polegar direito

APÊNDICE B: SOLICITAÇÃO PARA DECLARAÇÃO DE COLETA DE DADOS EM SALTO DA DIVISA-MINAS GERAIS – 2013.


 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
 

Of. PPGES nº. 36/2012 Jequié, 25 de Junho de 2012.

Ilmo. Sr. Oximane Peixoto Bomfim
 Secretário de Saúde do Município de Salto da Divisa -MG

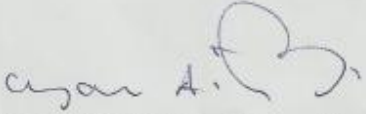
Prezado Senhor,

Apresentamos V.S.^a o mestrando **Saulo Sacramento Meira**, orientando da professora Dr.^a Alba Benemérita Alves Vilela do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (NÍVEL MESTRADO), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, com a finalidade de que mantenha um contato prévio com este órgão em busca de uma parceria para realização da pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS EM ESTADO DE CORRESIDÊNCIA**.

Para tanto se faz necessário que seja emitido um documento que aprove e autorize a coleta dos dados no município para a realização deste estudo. Este documento deverá ser anexado ao projeto de pesquisa proposto a ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- CEP/UESB para apreciação e parecer.


Desde já agradecemos à colaboração.

Atenciosamente,


Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti
 Coordenador do PPGES

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho – Jequié-BA
 Fone/Fax: (73) 3528-9738 – mestradosaude@gmail.com

**APÊNDICE C: AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM SALTO DA DIVISA
– MINAS GERAIS.**



1000

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SALTO DA DIVISA - MG
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ofício N°. 047/2012/SMS/PM

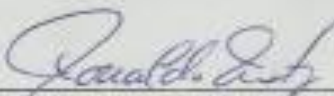
Salto da Divisa – MG, 26 de Junho de 2012.

Assunto: **Autorização**


Com os nossos cordiais cumprimentos venho autorizar o Mestrando em Pós – Graduação em Enfermagem e Saúde, **Saulo Sacramento Meira** a realizar a pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS EM ESTADO DE CORRESIDÊNCIA**, neste município de Salto da Divisa, e que o mesmo tenha acesso aos bancos de dados no que se refere à saúde pública dos idosos.

Na certeza de contarmos com a presteza de sempre receberemos protestos de elevada estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,



Ronaldo Athayde da Cunha Peixoto
Prefeito Municipal de Salto da Divisa - MG



Luciana Fimenta Peixoto
Secretaria Municipal de Saúde – Interina

Rua Fimilia Inga Pimenta, Nº 106 – Barra Preta – CEP: 30.925-000
Telefax: (33) 3725-1474 CNPJ: 11.919.757/0001-39 – Email: visasalto1@gmail.com

APÊNDICE D: OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UESB)

Jequié, 19 de agosto de 2013.

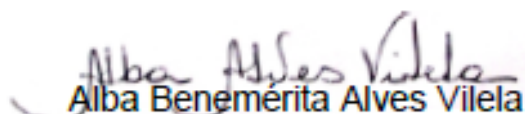
À
Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

Informamos que diante as considerações sugeridas no projeto de pesquisa durante o processo de qualificação do mestrando Saulo Sacramento Meira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB) primeiramente intitulado: *Representações sociais de idosos em estado de coresidência*, subprojeto do projeto “Envelhecimento e Coresidência: uma questão de gênero” coordenado pela Dra. Alba Benemérita Alves Vilela sob protocolo 047/2009, passa a ser renomeado como:

ESTUDO DE BASE POPULACIONAL ENTRE AS CONDIÇÕES SOCIAIS E AUTOESTIMA DE IDOSOS MINEIROS CORRESIDENTES

Diante de tal demanda vimos solicitar deste egrégio conselho um documento constando esta alteração desde que seja possível.

Atenciosamente,


Alba Benemérita Alves Vilela
Coordenadora do projeto


ANEXO A: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

(Normas sugeridas para o uso do MEEM segundo o Caderno de Atenção Básica nº 19: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, do Ministério da Saúde, 2007)

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.
Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19. 1 a 3 anos de escolaridade = 23. 4 a 7 anos de escolaridade = 24. > 7 anos de escolaridade = 28.

❖ MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo	1 1

		Tapete	1
6. Linguagem (0 - 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0 - 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

ANEXO B: QUESTIONÁRIO BOAS
(*BRAZIL OLD AGE SCHEDULE*)

INFORMAÇÕES GERAIS

1. **Sexo do Entrevistado:** Masculino Feminino

2. **Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?** anos
8. N.S./N.R.

3. **O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?**
1. Sim 2. Não (**Vá para Q. 4**)
8. N.S./N.R.

3a. **Quantos anos de escolaridade você tem?**

4. **Atualmente qual é o seu estado conjugal?**
1. Casado/morando junto
2. Viúvo (a) (**Vá para Q. 5 e marque N.A. na Q. 4a.**)
3. Divorciado(a) / separado (a) (**Vá para Q. 5 e marque N.A. na Q. 4a.**)
4. Solteiro (a) (**Vá para Q. 5 e marque N.A. na Q. 4a**)
8. N.S./N.R.

4a. **Há quanto tempo está casado(a) / morando junto?**

..... (número de anos) 7. N.A. 8. N.S./N.R

5. **O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)**

..... (número total de filhos/as)

0. Nenhum 8. N.S./N.R.

6. **Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?**

..... pessoas

0. Entrevistado(a) mora só. (**Vá para Q. 7 e marque N.A. na Q. 6a.**)

8. N.S./N.R.

6a. **Quem são essas pessoas?**

	SIM	NS/NR	
1. Esposo(a) / companheiro(a)	1	8	
2. Pais	1	8	
3. Filhos	1	8	
4. Filhas	1	8	
5. Irmãos/irmãs	1	8	
6. Netos(as)	1	8	
7. Outros parentes	1	8	
8. Amigos	1	8	
9. Empregado(a)	1	8	10- N.A

SAÚDE FÍSICA

7. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

1. Ótima 2. Boa 3. Ruim 4. Péssima 8. N.S./N.R

8. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

1. Melhor 2. Igual 3. Pior 8. N.S./N.R.

9. Atualmente, tem algum problema de saúde ?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 10**)
8. N.S./ N.R.

9a. Quais são seus principais problemas de saúde?

- | | NS/NR |
|----------|-------|
| 1) | 8 |
| 2) | 8 |

9b. Há quanto tempo?

Entrevistador: Anote em meses a duração dos problemas

NS/NR

- 1)
2)

9c. Este problema de saúde atrapalha de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

1. Sim 2 Não 7.NA 8. N.S./N.R.

10. Teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 11 e marque N.A. na Q. 10a.**)
8. N.S./N.R.

10a. O(a) Sr.(a) pode se levantar sozinho(a) do chão ?

1. Sim
2. Não 7. N.A. 8. N.S./ N.R.

11. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?

1. Ótimo 2. Bom 3. Ruim 4. Péssimo 8. N.S./N.R.

11a. Está faltando algum dos seus dentes?

1. Não está faltando dente
 2. Poucos dentes estão faltando
 3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
 8. N.S./N.R.

12. O(a) Sr.(a) tem algum dente prótese, dentadura, ponte...

1. Sim 2. Não 8. N.S./N.R.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DENTÁRIOS

13. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?

1. Sim
 2. Não
 3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo **(Vá para Q.14 e marque N.A. na Q.13a.)**
 8. N.S./N.R.

13a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando utiliza os serviços médicos?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

SIM NÃO

- | | | |
|--|---|---|
| 1. O custo dos serviços médicos | 1 | 2 |
| 2. O custo dos medicamentos que são prescritos | 1 | 2 |
| 3. Os exames clínicos que são prescritos | 1 | 2 |
| 4. A demora para a marcação das consultas /exames | 1 | 2 |
| 5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório | 1 | 2 |
| 6. O tratamento oferecido pelos médicos | 1 | 2 |
| 7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico | 1 | 2 |

7. N.A

14. Quando necessita de tratamento dentário, onde ou a quem procura?

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo.

(Vá para Q. 15 e marque N.A. na Q. 14a.)

1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
 2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
 3. Dentista particular
 4. Outros (especifique)
 8. N.S./N.R.

14a. Não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	8
5. Porque tem medo de ir ao dentista	1	2	8

15. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório	1	2	8
b. Fez exames clínicos	1	2	8
c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	8
f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	8
g. Foi ao dentista	1	2	8

16. O(a) Sr.(a) normalmente usa:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8

16a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar :

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
2. Óculos ou lentes de contato	1	2	8
3. Aparelho de surdez	1	2	8
4. Bengala	1	2	8
5. Muleta	1	2	8
6. Cadeira de rodas	1	2	8

17.O (a) Sr.(a) toma remédio?

1. SIM
2. NÃO (Vá p/ Q. 18 e marque N.A na Q. 17a)

17a. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Problema financeiro	1	2	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	8
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....			

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

18. Está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

1. Sim (Vá para Q. 19 e marque N.A. na Q. 18a.)
 2. Não
 8. N.S./N.R.

18a. Quais os motivos de sua insatisfação com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Problema com o custo	1	2	8
2. Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade	1	2	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	8

7. N.A

RECURSOS SOCIAIS

19. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?

1. Sim 2. Não 8. N.S./N.R.

20. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8

7. N.A

21. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Cuidar de criança	1	2	8

7. N.A

22. Está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus AMIGOS?

0. Entrevistado(a) não tem amigos 1. Sim 2. Não
 8. N.S./N.R.

23. Está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus VIZINHOS?

1. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos
 2. Sim 2. Não 8. N.S./N.R.

RECURSOS ECONÔMICOS

24. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?

Entrevistador: Anote o tipo de trabalho

1. Nunca trabalhou (**Vá para Q. 25**)
 2. Dona de casa (**Vá para Q. 25**)
 8. N.S./N.R.

25. Por quanto tempo? Número de anos:.....

7. N.A. 8. N.S./N.R.

26. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva REMUNERADA.

1. Sim (**Vá para Q. 27 e marque N.A. na Q. 26a.**)
 2. Não
 8. N.S./N.R.

26a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

.....anos 7. N.A. 8. N.S./N.R.

27. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. do seu trabalho	1	2	8
b. da sua aposentadoria	1	2	8
c. da pensão/ajuda do(a) seu(sua)esposo(a)	1	2	8
d. da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. de aluguéis, investimentos	1	2	8

28. Em média, qual é a sua renda mensal?

rendimento mensal ___ ___ ___ ___ 8. N.S./N.R.

28a. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento) pessoas

7. N.A. 8. N.S./N.R.

29. O(a) Sr.(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?

Apenas uma alternativa.

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
 2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
 3. Alugado pelo entrevistado
 4. Morando em residência cedida sem custo para o entrevistado
 8. N.S./N.R.

30. Em comparação a quanto tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

1. Melhor 2. A mesma 3. Pior 8. N.S./N.R.

31. Para suas necessidades básicas, o que ganha:

1. Dá e sobra 2. Dá na conta certa 3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito 8. N.S./N.R.

SAÚDE MENTAL

32. O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.33 e marque N.A. na Q.32a.)
8. N.S./N.R.

32a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?

1. Sempre
2. Algumas vezes
7. N.A.
8. N.S./N.R.

33. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?

1. Sim 2. Não 8. N.S./N.R.

34. Sai de casa sempre que quer sair?

1. Sim (Vá para Q.35 e marque N.A. na Q.34a.)
2. Não 8. N.S./N.R.

34a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?

1. Fica chateado(a)/ aborrecido(a)
2. Não fica chateado(a)/ aborrecido(a)
7. N.A. 8. N.S./N.R.

35. O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

36. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?

1. Sim 2. Não 8. N.S./N.R.

37. Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.38 e marque N.A. nas Qs.37a. e 37b.)
8. N.A.

37a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

1. Sim 2. Não (Vá para Q.39 e marque N.A. na Q.38b.)
8. N.S./N.R.

37b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?

1. Rejeita suicídio 2. Apenas pensamentos suicidas
 3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
 4. Tentou suicídio 7 N.A. 8. N.S./N.R.

38. O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?

0. Sem arrependimento
 1. Arrepende-se mas não se culpa
 2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
 3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
 8. N.S./N.R.

39. Quando olha para o futuro, quais são as suas expectativas?

1. Boas expectativas 2 Não se importa
 3. Pensa negativamente 8. N.S./N.R.

40. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?

1. Sim 2. Não 8. N.S./N.R

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O ENTREVISTADO

41. O Sr. (a) Fuma?

1. SIM 2. NÃO (pule para 42)

41a. Fuma durante quanto tempo? _____(em anos)

42. O Sr. (a) faz uso de bebida alcoólica?

1. SIM 2. NÃO (pule para 43)

42a. Faz uso durante quanto tempo? _____ (em anos)

43. Cor da pele: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Indígena 5. Parda

44. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.

Entrevistador: Anote apenas uma alternativa

00. Entrevistado(a) não relata problemas importantes
 01. Problema econômico
 02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
 03. O medo da violência
 04. Problema de moradia
 05. Problema de transporte
 06. Problemas familiares (conflitos)
 07. Problemas de isolamento (solidão)
 08. Preocupação com filhos/netos

O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

*****MUITO OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO*****

ANEXO C: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Nome do participante: _____

	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
1) De uma forma geral, estou satisfeito (a) comigo mesmo (a).	4	3	2	1
2) Às vezes, eu acho que não sirvo para nada.	1	2	3	4
3) Eu sinto que eu tenho um tanto de boas qualidades.	4	3	2	1
4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das pessoas (desde que ensinadas).	4	3	2	1
5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar.	1	2	3	4
6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	1	2	3	4
7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual às outras pessoas.	4	3	2	1
8) Não me dou o devido valor.	1	2	3	4
9) Quase sempre eu estou inclinado (a) achar que eu sou um fracassado (a).	1	2	3	4
10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	4	3	2	1

*Escore (min. 10pts – Max. 40 pts)

Baixa autoestima: 10-24**Valores normais:** 25-35**Autoestima elevada:** 36-40

ANEXO D: Autorização de renomeação de subprojeto.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 9.996, de 02.05.2006

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 21 de agosto de 2013

Of. CEP/UESB 006/2013

Para Professora Alba Benemérita Alves Vilela
CC: Saulo Sacramento Meira

Prezado (a) Senhor (a),

Informamos que aprovamos a notificação da renomeação do projeto do mestrando Saulo Sacramento Meira, subprojeto do projeto “Envelhecimento e Corresidência: uma questão de gênero” (protocolo 047/2009), que passou a ser intitulado “Estudo de base populacional entre as condições sociais e autoestima de idosos mineiros corresidentes”.

Jequié-BA, 21 de agosto de 2013

Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB