

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

João Luis Almeida da Silva

**O IDOSO DO MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ - RS:
um contexto rural de envelhecimento**

Porto Alegre

2005

João Luis Almeida da Silva

**O IDOSO DO MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ - RS:
um contexto rural de envelhecimento**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2005

S586i Silva, João Luis Almeida da
O idoso do município de Arambaré - RS: um contexto rural de
envelhecimento / João Luis Almeida da ; orient. Marta Julia Marques
Lopes. – Porto Alegre, 2005.
177 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal
do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado
em Enfermagem, 2004.

1. Envelhecimento. 2. Condições de vida. 3. Saúde do idoso.
4. Qualidade de vida. 5. Saúde rural. 6. População rural: Rio Grande
do Sul. 7. Humano. I. Lopes, Marta Julia Marques. II. Título.

HLSN – 769
NLM – WT 30

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

João Luis Almeida da Silva

**O IDOSO DO MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ - RS:
um contexto rural de envelhecimento.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de abril de 2004.

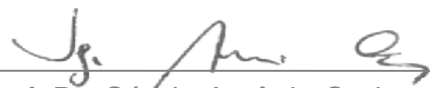
BANCA EXAMINADORA



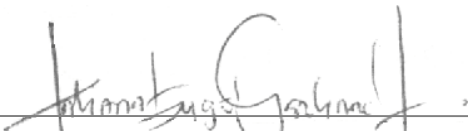
Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes (Presidente)
(Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)



Profa. Dra. Olga Rosária Eidt (Membro)
(Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)



Prof. Dr. Sérgio Antônio Carlos (Membro)
(Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt (Membro)
(Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Dedico esta dissertação a todos aqueles que se encontram no meio rural vivenciando o processo de envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

Dirijo meus agradecimentos àqueles que contribuíram, de alguma forma, para a construção desta obra.

Aos idosos do estudo que me receberam em suas residências e possibilitaram, com sua atenção, a efetiva realização desse trabalho.

À Solange, Agente Comunitária de Saúde; ao seu Remi, Taxista, e à senhora Dirce, Secretária Municipal de Saúde de Arambaré, que viabilizaram as saídas de campo, o contato e localização dos idosos, a receptividade dos mesmos para realizar as entrevistas e o deslocamento no meio rural.

À professora Marta Julia Marques Lopes pelo incentivo a continuar na trajetória da saúde coletiva, orientando-me nesse trabalho de forma determinada e competente, bem como, por apoiar-me em todos os momentos, trocar idéias e aprofundar conhecimentos, evidenciando, além de uma relação de trabalho, um elo consolidado de amizade e companheirismo.

À professora Tatiana Engel Gerhardt pela “co-orientação” e apoio na construção desse trabalho, como também, por auxiliar-me a ampliar meus horizontes no campo das desigualdades sociais e de saúde e, sobretudo, pela amizade.

À professora Olga Rosária Eidt e ao professor Sérgio Antônio Carlos pelas valiosas contribuições durante a qualificação do projeto de dissertação e construção final do estudo, como também, pelo carinho e atenção.

Às professoras do Mestrado pelo conhecimento adquirido e à Maria da Graça Domingues, secretária do Curso, pelo carinho, auxílio, atenção e amizade.

Aos colegas do PROINTER pela oportunidade em participar de um espaço interdisciplinar de produção de conhecimento que possibilitou, no intercâmbio com as diferentes áreas, perceber a realidade através de outros enfoques que se complementam.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro, como Bolsista, na realização do Curso.

Aos meus pais João e Hilda, que aos 72 anos de idade motivam-me, cada vez mais, a trabalhar com a temática do envelhecimento.

À minha amada Ângela (“polaca”) que participou da construção desse trabalho com a troca de idéias, sugestões, apoio nos momentos difíceis e muita compreensão quando não podia dar-lhe a devida atenção, bem como, ao Rubens, nosso filho.

“Eu fiz um acordo de coexistência pacífica com o tempo:
nem ele me persegue, nem eu fujo dele.
Um dia a gente se encontra.”

(Mário Lago, 1911-2002)

RESUMO

Este estudo insere-se em um Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER), em que a temática geral é fundamentada na “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”. O PROINTER é um acordo de cooperação entre Universidades brasileiras (UFRGS e UFPR) e francesas (Bordeaux 2, Paris 7 e Paris 10), agregando pesquisadores de várias áreas do conhecimento com o intuito de inter-relacionar os diferentes olhares na busca de soluções para o desenvolvimento dos municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. A área inicial de pesquisa é formada pelos municípios de Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul. A área da saúde, no contexto do PROINTER, fundamenta-se na perspectiva das Interfaces entre a Saúde Pública e a Antropologia em torno das Desigualdades Sociais no Meio Rural, priorizando segmentos mais fragilizados da população, como os idosos. O presente estudo, portanto, objetivou caracterizar através de um enfoque sociodemográfico e epidemiológico as condições de vida e saúde dos idosos do meio rural de Arambaré, bem como, as concepções que envolvem o envelhecimento e a qualidade de vida. A metodologia para alcançar os objetivos combina a análise quantitativa com a qualitativa, privilegiando o delineamento epidemiológico do tipo seccional. A coleta de dados foi através de roteiro de entrevista com questões quantitativas e qualitativas. Os dados quantitativos foram analisados através do software Epi-Info 6.4 e os qualitativos por análise de conteúdo. Os resultados mostraram um número maior de homens idosos do que mulheres no meio rural e, de forma geral, uma

inserção socioeconômica precária: baixa escolaridade, renda familiar reduzida, segregação em espaços rurais delimitados por latifúndios, condições sanitárias deficientes. O enfrentamento dessas condições é a continuidade no trabalho agrícola, mesmo para aqueles que são aposentados. Os problemas de saúde são basicamente doenças crônicas, comuns ao envelhecimento, mas há problemas que se ocultam na definição do que é patológico e do que é “inerente ao trabalho”, como as dorsopatias. As redes de apoio ao idoso limitam-se às relações familiares que são influenciadas pelo contexto rural e pelas suas trajetórias pessoais. Essa influência define também preconceitos, valores, tabus e as diferentes concepções de envelhecimento e qualidade de vida, como auto-imagem, sexualidade, limitações, entre outros. O estudo mostra uma heterogeneidade nas formas de envelhecer no meio rural construída pela inter-relação de fatores que permite, a partir de suas informações, influenciar em políticas públicas locais direcionadas aos idosos do meio rural do município, bem como, subsidiar a construção da problemática de pesquisa do PROINTER, considerando não somente as condições materiais de existência, mas também, os aspectos socioculturais que influenciam e são influenciados pelas dinâmicas de vida e saúde dessa população e definem as desigualdades sociais existentes.

Descritores: envelhecimento; condições de vida; saúde do idoso; qualidade de vida; saúde rural; população rural : Rio Grande do Sul; humano.

RESUMEN

Este estudio se implantó en un Programa Interdisciplinario de Pesquisa (PROINTER), en que la temática general es basada en la “Evolución y diferenciación de la agricultura, transformación del medio natural y desarrollo sostenible en espacios rurales del sur de Brasil”. El PROINTER es un acuerdo de cooperación entre Universidades brasileñas (UFRGS y UFPR) y francesas (Bordeaux 2, Paris 7 y Paris 10), añadiendo investigadores de varias áreas de conocimiento con el intuito de interrelacionar las diferentes miradas en una búsqueda de soluciones para el desarrollo de los municipios de la Mitad Sur del Río Grande del Sur. El área inicial de pesquisa es formada por los municipios de Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista y São Lourenço do Sul. El área de la salud, en el contexto de PROINTER, se basa en la perspectiva de las interconexiones entre la Salud Pública y la Antropología alrededor de las Desigualdades Sociales en el Medio Rural, priorizando segmentos más fragilizados de la población, como los ancianos. El presente estudio, por tanto, pretendió caracterizar a través de un enfoque sociodemográfico y epidemiológico las condiciones de vida y salud de los ancianos del medio rural de Arambaré, bien como, las concepciones que envuelven el envejecimiento y la calidad de vida. La metodología para alcanzar los objetivos combina el análisis cuantitativo con el cualitativo, privilegiando la delineación epidemiológica del tipo seccional. La captación de datos fue a través de encuestas con cuestiones cuantitativas y cualitativas. Los datos cuantitativos fueron analizados a través del software Epi-Info 6.4 y los cualitativos por análisis de contenido. Los resultados mostraron un número

más grande de hombres ancianos que mujeres en el medio rural y, de forma general, una inserción socioeconómica precaria: baja escolaridad, reducida renta familiar, segregación en espacios rurales delimitados por los latifundios, condiciones sanitarias deficientes. El enfrentamiento de esas condiciones es la continuidad en el trabajo agrícola, mismo para aquéllos que son jubilados. Los problemas de salud son básicamente enfermedades crónicas, comunes al envejecimiento, sin embargo hay problemas que se ocultan en la definición de lo que es patológico y de lo que es “inherente al trabajo”, como las enfermedades dorsales. Las redes de apoyo al anciano se limitan a las relaciones familiares que son influenciadas por el contexto rural y por las trayectorias personales. Esa influencia define también prejuicios, valores, tabúes y las diferentes concepciones de envejecimiento y calidad de vida, como auto imagen, sexualidad, limitaciones, y otros más. El estudio muestra una heterogeneidad en las formas de envejecer en medio rural construida por la interrelación de factores que permite, a partir de sus informaciones, influenciar en políticas públicas locales volcadas a los ancianos del medio rural del municipio, bien como, subsidiar la construcción de la problemática de pesquisa de PROINTER, considerando no solamente las condiciones materiales de existencia, pero también, los aspectos socioculturales que influyen y son influenciados por las dinámicas de vida y salud de esa población y definen las desigualdades sociales existentes.

Descriptor: *envejecimiento; condiciones de vida; salud del anciano; calidad de vida; salud rural; población rural : Rio Grande do Sul; humano.*

Título: *El anciano del municipio de Arambaré - RS: un contexto rural de envejecimiento.*

ABSTRACT

This study was inserted in an Interdisciplinary Program of Research (PROINTER), in which the research's general theme is based in the "Evolution and differentiation of agriculture, the transformation of natural environment and sustainable development in rural areas in the south of Brazil". PROINTER is an agreement of cooperation between Brazilian Universities (UFRGS and UFPR) and French Universities (Bordeaux 2, Paris 7 and Paris 10). It joins researchers from several different areas of knowledge with the aim of inter-relate different views in order to find solutions to the development of the cities which are located in the Southern Half of Rio Grande do Sul. The initial area of research is composed by the following cities: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista and São Lourenço do Sul. The health area, in PROINTER context, is based on the perspective of Interfaces between Public Health and Anthropology concerning Social Inequalities in the Rural Area, giving preference to more fragile segments of the population, like the elders. However, this study aimed to characterize the conditions of life and health of the elderly in the rural area of Arambaré through a social demographic and epidemiological aspect, as well as, the conceptions that involve the act of getting old and the quality of life. The methodology applied in order to achieve the objectives combines the quantitative analysis with the qualitative one, favoring the epidemiological outline of a sectional kind. The collection of data was done through an interview with quantitative and qualitative questions. Quantitative data were analyzed through the use of Epi-Info 6.4 software and the qualitative ones through content analysis. The results showed more old men than old

women in rural areas, in a general sense, a precarious social-economic insertion: low schooling, very low familiar income, segregation in rural spaces which delimitate latifundiums, bad sanitary conditions. And to be able to face these conditions, they continue in the agricultural labor, even those who are retired. Their most regular health problems are chronic diseases, common to aging, but there are some problems which are hidden in the definition of what is pathologic and what is “inherent to labor”, as backaches for instance. The networks of support provided to elders are only related to their familiar relationships that are influenced by rural context and by their personal trajectories. This influence also defines prejudices, values, taboos and different conceptions of aging and quality of life, such as self-esteem, sexuality, limitations, among others. The study shows an heterogeneity in the way people get old in the rural area that are constructed by inter-linked factors that allow, based on its information, the influence in public policies directed to elders in rural areas of the city, as well as, subsidize the construction of the problem raised in the PROINTER research, taking into consideration not only material conditions of existence, but also, sociocultural aspects which influence and are influenced by dynamics of life and health of this population and define the existing social inequalities.

Descriptors: aging; life conditions; health of elder; quality of life; rural health; rural population : Rio Grande do Sul; human.

Title: The elder of Arambaré City - RS: a rural context of elderliness.

RESUMÉE¹

Cet étude s'insere dans un Programme Interdisciplinaire de Recherche (PROINTER), dans lequel le thème général est basé sur "l'Evolution et le différentiel de l'agriculture, transformation de l'ambient naturel et développement soutenable dans des régions ruraux du Sud du Brésil". Le PROINTER c'est un accord de coopération entre Universités brésiliennes (UFRGS et UFPR) et françaises (Bordeaux 2, Paris 7 et Paris 10), en agrégeant enquêteurs de plusieurs segments de la connaissance, pour mieux faire le rapport entre les différents point de vue, afin de mieux trouver quelques solutions pour le développement de les municipalités plus au Sud du Rio Grande do Sul. La région initiale de la recherche est formée par les municipalités d'Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista et São Lourenço do Sul. Le secteur de la santé, dans le contexte du PROINTER, est basé sur la perspective des diverses côtés entre la Santé Publique et l'Antropologie autour des Inégalités Sociales à la campagne, en donnant la priorité aux segments les plus fragilisés de la population, par exemple, les âgés. Alors, cet étude a eu comme objectif caractériser, par un point de vue socio-démographique et épidémiologique, les conditions de vie et de santé dans des paysans vieillards d'Arambaré, aussi bien que les conceptions qui concernent au vieillissement et à la qualité de vie. La méthodologie pour atteindre les objectifs c'est une combinaison entre les analyses quantitative et qualitative, en privilégiant le linéament épidémiologique du type sectoriel. La collecte des données a été faite à travers un guide d'entrevues avec des questions quantitatives et qualitatives. Les

¹ Tradução de: Maria Iolanda Leite Souza

données quantitatives ont été analysées à travers le programme Epi-Info 6.4, et les qualitatives par l'analyse de contenu. Les résultats ont montré un nombre plus grand d'hommes âgés que de femmes à la campagne, et généralement, une l'insersion socio-économique précaire: leur scolarité est très basse, de même que leur rente familiale; ils sont rélégués dans des espaces ruraux délimités par des grandes propriétés, les conditions sanitaires sont précaires. La confrontation de ces conditions c'est la suite dans le travail agricole, même pour ceux qui sont retraités. Les problèmes de santé sont, d'abord les maladies chroniques, communs au vieillissement, mais il y a aussi des problèmes qui se cachent dans la définition de ce qui est pathologique et de ce qui est "lié directement au travail de paysan", comme des maladies de la colonne dorsale. Les raseaux d'appui aux paysans âgés se limitent aux relations familiales, qui sont influencées par le contexte rural et par les trajectoires personnelles. Cest influence aussi les préjugés, les valeurs, les tabous et les différentes conceptions liés au vieillissement et à la qualité de vie, comme auto-image, sexualité, limitations, entre autres. L'essai montre une hétérogénéité dans les formes de vieillir dans la campagne, construite par les facteurs qui se correspondent entre eux et qui permettent, à partir de leurs informations, influencer les politiques publiques locales, dirigées aux paysans âgés du village, aussi bien que soutenir la construction de la problématique de recherche du PROINTER, en considérant non seulement les conditions matérielles de l'existence, mais aussi les aspects socioculturels qu'influencent et sont influencés par les dynamiques de vie et de santé de cette population, et définissent les inégalités sociales qui existent.

Descripteurs: vieillissement; conditions de vie; santé de l'âgé; qualité de vie; santé rural; populaion rural : Rio Grande do Sul; humaine.

Titre: Le vieillard de la municipalité d'Arambaré - RS: un contexte rural de vieillissement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cartograma Político do Rio Grande do Sul identificando a região da Metade Sul (104 municípios), PGDR/UFRGS, 2000.....	27
Figura 2 - Mapa dos oito municípios a área empírica de estudo do PROINTER, EENF/UFRGS, 2003.....	28
Figura 3 - Organograma Metodológico do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2000.....	33
Figura 4 - Mapa Temático do Crescimento Populacional no período de 1996 a 2000 dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.....	35
Figura 5 - Mapa de Síntese da Situação Demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.....	36
Figura 6 - Tendência percentual (%) de indivíduos do sexo masculino e feminino, segundo as faixas etárias, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	66
Figura 7 - Características auto-referidas quanto à cor/raça pelos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	68
Figura 8 - Mapa de Pessoal Ocupado em Estabelecimentos Agropecuários (E.A.) dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 1995), PGDR/UFRGS, 2002.....	71
Figura 9 - Mapa de PIB <i>per capita</i> dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 1998), PGDR/UFRGS, 2002.....	72

Figura 10 - Mapa de Rendimento Médio Mensal das Pessoas Responsáveis pelos Domicílios dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 2000), PGDR/UFRGS, 2002.....	73
Figura 11 - Cartograma do município de Arambaré identificando as três áreas rurais predominantes, Arambaré, 2003.....	74
Figura 12 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso assentado.....	77
Figura 13 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso em pequena propriedade no leito de estrada.....	77
Figura 14 - Imagem fotográfica ilustrando moradias em alvenaria de empregados e de idoso de uma fazenda.....	78
Figura 15 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso proprietário de fazenda.....	78
Figura 16 - Imagem fotográfica ilustrando moradia mista de idoso em leito de estrada.....	79
Figura 17 - Imagem fotográfica ilustrando moradia mista de idoso em assentamento.....	80
Figura 18 - Renda familiar total e <i>per capita</i> entre idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	85
Figura 19 - Situação quanto à aposentadoria dos idosos do meio rural de Arambaré.....	91
Figura 20 - Maiores despesas familiares entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	98

Figura 21 - Acidentes em atividade agrícola de acordo com conseqüência pós-trauma (incapacitante, não incapacitante), dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	119
Figura 22 - Pirâmide alimentar com distribuição em grupos de alimentos, Arambaré, 2003.....	122
Figura 23 - Distribuição, por predominâncias de grupos alimentares, da alimentação dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003 (baseado na pirâmide alimentar).....	122
Figura 24 - Padrão geral de ingestão de bebidas alcoólicas entre idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	123
Figura 25 - Padrão geral de consumo de tabaco entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Projeção da população de idosos no Brasil, absoluta e relativa (%), no período de 2005 a 2030.....	39
Quadro 2 - Grupos temáticos de variáveis e suas tipologias para elaboração do instrumento de coleta de dados.....	55
Quadro 3 - Razão de sexos entre populações rurais no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000.....	63
Quadro 4 - Razão de sexos entre populações rurais de idosos no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000.....	64
Quadro 5 - Total de pessoas residentes nas moradias dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	80
Quadro 6 - Alternativas de resolução frente a situações de saúde-doença dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	103
Quadro 7 - Quantidade diária de cigarros consumidos pelos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	125
Quadro 8 - Atividades físicas regulares desenvolvidas pelos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	127
Quadro 9 - Atividades desenvolvidas no tempo disponível (lazer) dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	128
Quadro 10 - Participação em associações ou grupos dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por sexo e faixa etária dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	64
Tabela 2 - Características auto-referidas quanto à religião entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	68
Tabela 3 - Condições de moradia de acordo com a situação, tipo de construção e número de cômodos, segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	75
Tabela 4 - Condições de moradia de acordo com a instalação de rede elétrica e abastecimento de água, segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	80
Tabela 5 - Condições de moradia de acordo com a infra-estrutura sanitária (tipo de esgotamento e de instalação), segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	81
Tabela 6 - Condições de moradia de acordo com o destino do lixo, segundo as localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	82
Tabela 7 - Posse de bens de consumo entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	83
Tabela 8 - Distribuição da renda familiar total e <i>per capita</i> , segundo cor/raça referida, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	87
Tabela 9 - Procedência dos rendimentos familiares entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	88

Tabela 10 - Distribuição do tipo de aposentadoria nas faixas de renda familiar <i>per capita</i> dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	91
Tabela 11- Atividade produtiva desenvolvida anteriormente à aposentadoria, segundo o sexo, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	93
Tabela 12 - Atividade produtiva atual desenvolvida pelos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	94
Tabela 13 - Escolaridade do idoso do meio rural, segundo sexo, Arambaré, 2003.....	96
Tabela 14 - Relação da renda familiar <i>per capita</i> e produção agrícola na propriedade dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	98
Tabela 15 - Tipo de auxílio econômico, pessoas envolvidas e periodicidade, segundo o recebimento ou prestação do auxílio, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	100
Tabela 16 - Alternativas de resolução frente a situações de saúde segundo a renda familiar <i>per capita</i> , dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	104
Tabela 17 - Proporção geral de problemas de saúde auto-referidos na população de idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	107
Tabela 18 - Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias circulatórios e endócrinos, metabólicos e nutricionais, com base nos capítulos do CID-10 entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	108

Tabela 19 - Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias geniturinários e osteomusculares, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	109
Tabela 20 - Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias respiratórios e gástricos, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	111
Tabela 21 - Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias pele e subcutâneo, mentais e sensoriais, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	111
Tabela 22 - Proporção, segundo o sexo, dos problemas de saúde auto-referidos por grupo de tipologias, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	112
Tabela 23 - Hospitalizações nos últimos 6 meses dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	118
Tabela 24 - Consultas médicas realizadas nos últimos 2 meses, segundo o tipo de causa e sexo, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	119
Tabela 25 - Quantidade e freqüência, segundo teores alcoólicos médios de referência, da ingestão de bebidas alcoólicas, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	123
Tabela 26 - Estado conjugal dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.....	131
Tabela 27 - Rede de apoio familiar quanto a número de filhos vivos e pessoas com quem residem os idosos do meio rural, Arambaré, 2003.....	137

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
2 FUNDAMENTOS DO PROBLEMA DE ESTUDO.....	30
2.1 O Programa Interdisciplinar de Pesquisa.....	30
2.2 O Envelhecimento Populacional e o Impacto Social.....	37
2.3 As Políticas Públicas e os Idosos.....	42
3 OBJETIVOS.....	46
3.1 Objetivo Geral.....	46
3.2 Objetivos Específicos.....	46
4 METODOLOGIA.....	48
4.1 Pressupostos Metodológicos.....	48
4.2 População em Estudo.....	49
4.3 Coleta de Dados.....	50
4.3.1 História da pesquisa.....	50
4.3.2 Construção e aplicação do instrumento de coleta de dados.....	53
4.4 Processamento e Análise dos Dados.....	55
4.5 Considerações Éticas.....	56
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
5.1 Os Idosos e suas Condições de Vida e Saúde.....	61
5.1.1 Características demográficas.....	61
5.1.2 Características socioeconômicas.....	69
5.1.3 Hábitos de vida e saúde.....	103
5.1.4 Vida familiar e participação social.....	131

5.2 Os Idosos e suas Concepções de Vida e Saúde.....	144
5.2.1 "Me vejo assim...".....	147
5.2.2 "Não é como antes, mas...".....	150
5.2.3 "Pro futuro, espero...".....	151
5.2.4 "Me sinto feliz porque...".....	152
5.2.5 "Qualidade de vida, pra mim, é...".....	155
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	162
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados (Formulário semi-estruturado de entrevista).....	168
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Informado.....	175
ANEXO A - Carta de Encaminhamento à Administração Municipal de Arambaré.....	175
ANEXO B - Carta de Ciência da Administração Municipal de Arambaré.....	176
ANEXO C - Documento de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Economia/UFRGS.....	177

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo foi elaborado tendo em vista a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

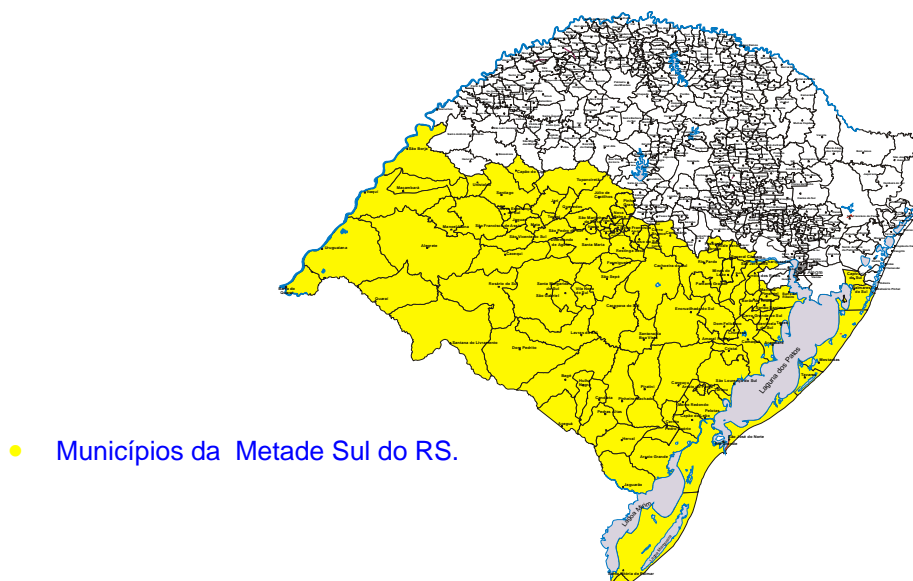
As motivações para sua elaboração estão associadas à trajetória acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem e a participação em atividades e pesquisas na saúde coletiva que envolveram a população idosa. Primeiramente, em 1999, como Bolsista de Iniciação Científica CNPq/UFRGS, participando do desenvolvimento de um projeto intitulado “Projeto de Pesquisa-Desenvolvimento: as doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida”. Esse projeto, ainda em andamento, visa à promoção da qualidade de vida em populações de adultos e idosos portadores de doenças crônico-degenerativas através de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos e grupos.

Posteriormente, estruturou-se e desenvolveu-se no Setor de Curativos do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, no Centro de Saúde Vila dos Comerciários em Porto Alegre, atividades de grupo de educação em saúde a portadores de úlcera varicosa que, em sua maior parte, eram idosos de baixa renda.

Em paralelo, desde o início do ano de 2001, ocorreu a inserção em um Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER), acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB nº 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR), Núcleo de Estudos Interdisciplinares do Gênero, Saúde e Trabalho (GENST) da Escola de Enfermagem (EENF) e Departamento de

Geografia) a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2 e a Universidade Federal do Paraná. A temática geral de pesquisa do Programa é a “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Esse Programa Interdisciplinar é constituído por pesquisadores de diversas áreas em busca da complementaridade dos enfoques disciplinares na elaboração e validação de propostas de desenvolvimento sustentável. Em virtude disso, pretende subsidiar políticas públicas em municípios pertencentes a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, tendo em vista que essa região vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica com reflexos sociais importantes quando comparada a outras regiões do estado (figura 1).

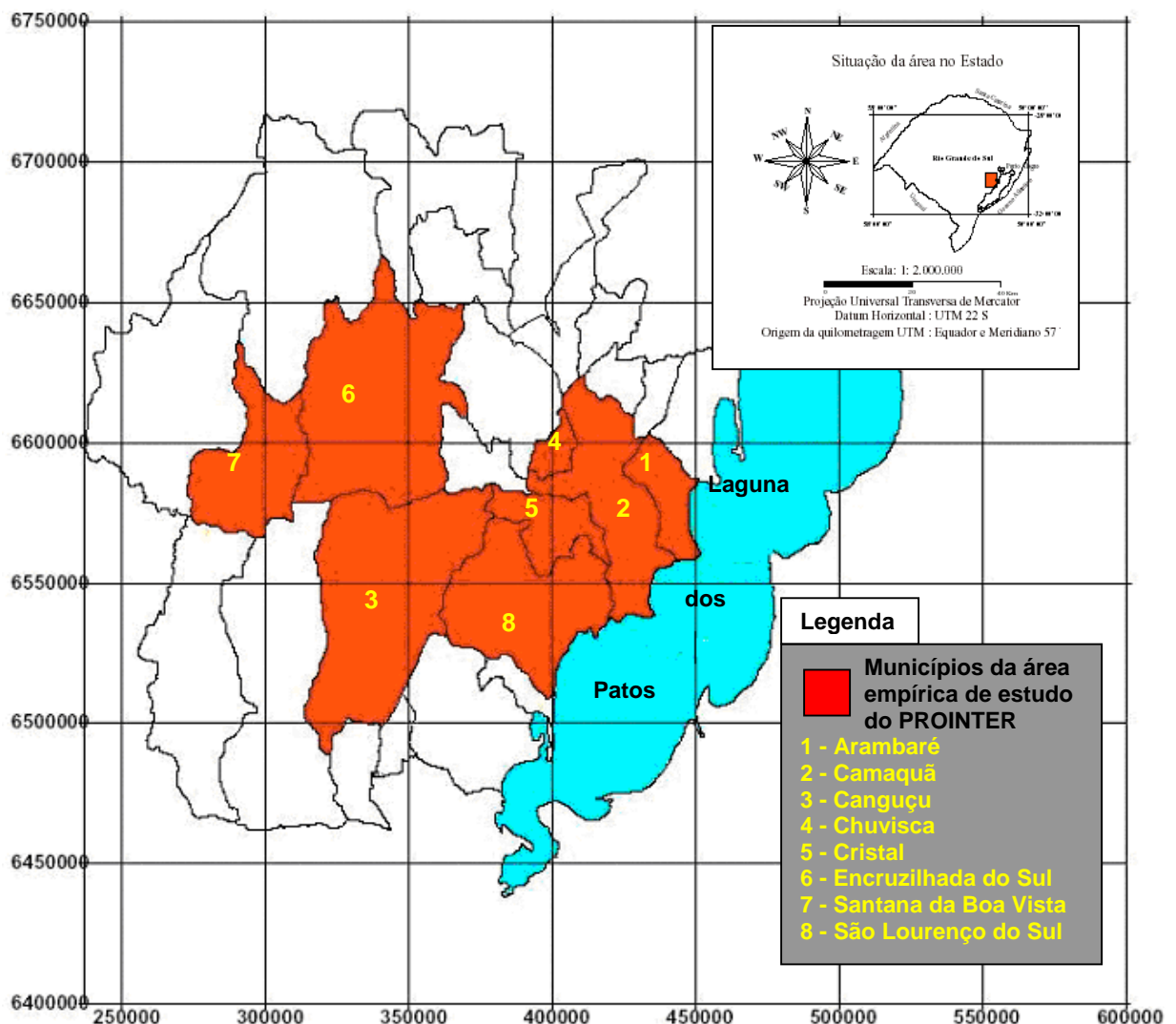


Fonte: PGDR/UFRGS (2000). Cartograma elaborado pela Secretaria de Estado da Coordenação e Planejamento – Gabinete da Metade Sul, 2000.

Figura 1 – Cartograma Político do Rio Grande do Sul identificando a região da Metade Sul (104 municípios), PGDR/UFRGS, 2000.

Porém, devido à extensão geográfica da área, surgiu a necessidade de focalizar, primeiramente, oito municípios, os quais enquadraram-se nos critérios de seleção de acordo com suas características sócio-ambientais e localização

geopolítica. Esses municípios apresentam, dentro dessa perspectiva, estagnação e declínio econômico; impactos ambientais devido às atividades de orizicultura, fumo e mineração; heterogeneidades nos grupos sociais e sistemas produtivos, bem como, remanescentes de quilombos e assentamentos. Os municípios escolhidos, identificados na figura 2, foram Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).



Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Base cartográfica elaborada pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Adaptação livre do autor, EENF/UFRGS, 2003.

Figura 2 - Mapa dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, EENF/UFRGS, 2003.

Em decorrência dessas características, pensa-se que é necessário construir conhecimento científico que relacione as várias dimensões das realidades locais: sociais, econômicas, ambientais entre outras. Nessa perspectiva, o instrumento de leitura dessas realidades, complexas e interdependentes, necessita de pesquisadores de várias áreas do conhecimento que harmonizem suas múltiplas visões adotando uma metodologia de pesquisa interdisciplinar, pois uma só abordagem empírica não seria o suficiente (JOLLIVET; PAVÉ, 1993; RAYNAUT, 1997).

A área da saúde contribui, nesse instrumento de leitura, no sentido de identificar determinantes do processo saúde-adoecimento dentro da dinâmica das realidades locais e na produção de análises, em intercâmbio com as demais áreas, sobre o desenvolvimento rural da região, suas características e impasses mais recentes.

Os projetos vinculados à área da saúde partem da abordagem das “Interfaces entre a saúde pública e a antropologia em torno das desigualdades sociais no meio rural”. Nessa perspectiva, Gerhardt (2000), pesquisadora do Programa, afirma que a saúde permite, a partir de sua ótica, uma análise das desigualdades sociais existentes, considerando, além dos determinantes materiais, os mecanismos de regulação ou de perturbação da saúde que são de ordem social e cultural como o papel das relações sociais, as conseqüências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais e a estruturação do sistema de assistência e de cuidados em saúde.

A área da saúde neste Programa prioriza, portanto, os segmentos mais fragilizados da população, já que esses sofrem maior impacto dos reflexos sociais

que interferem no processo saúde-doença, determinando, assim, a necessidade de um maior aporte em termos de investimentos em políticas públicas.

O presente estudo insere-se nos pressupostos da abordagem da saúde no contexto do PROINTER com um enfoque sociodemográfico e epidemiológico. Dessa forma, pretende explorar e descrever não só as condições de vida e saúde dos idosos do meio rural do município de Arambaré, mas também alguns aspectos socioculturais, portanto, de ordem imaterial, que interferem na saúde e nas formas de envelhecer de cada sujeito dessa população.

A partir dessas reflexões, acredita-se que a pesquisa em questão poderá contribuir com dados empíricos e reflexões para o desenvolvimento de políticas públicas locais de saúde, bem como, para a formulação de hipóteses de pesquisa para a área empírica de estudo do PROINTER.

Tentando responder as preocupações e motivações aqui apresentadas, o presente estudo estrutura-se a partir desta introdução, na seqüência aborda os fundamentos do problema de pesquisa que, entre outros aspectos, apresenta a justificativa de escolha do município de Arambaré para a pesquisa. A estruturação segue apresentando os objetivos do estudo, a proposta metodológica, a análise e discussão dos resultados e as considerações finais.

2 FUNDAMENTOS DO PROBLEMA DE ESTUDO

A construção do problema de pesquisa deste estudo parte, inicialmente, das bases de estruturação do PROINTER, das fases que o compõem e dos instrumentos de leitura interdisciplinar, pois possibilitaram identificar características peculiares do município de Arambaré, em particular, aquelas vinculadas aos idosos e à saúde, motivando, assim, a opção de estudo.

Em complementaridade a essas observações, as questões gerais que envolvem o envelhecimento populacional e suas conseqüências concluíram o delineamento do problema de pesquisa. Essas considerações são apresentadas nos próximos sub-tópicos.

2.1 O Programa Interdisciplinar de Pesquisa

O PROINTER busca estabelecer um conjunto de olhares disciplinares voltados ao estudo das interfaces entre um sistema natural, representado por dinâmicas ambientais/naturais, e um sistema social, representado pelas dinâmicas da sociedade.

Essas inter-relações podem definir os impasses, as perspectivas do desenvolvimento rural, com a noção de sustentabilidade, e as desigualdades sociais existentes nos municípios pertencentes a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul.

A área da Metade Sul é caracterizada por apresentar, segundo estudos, pesquisas e diagnósticos (ALONSO; BENETTI; BANDEIRA, 1994; KLERING, 1997) um evidente fenômeno de marginalização econômica e social.

Vários índices oficiais também demonstram tal exclusão, atestando dinâmicas complexas que deixam antever a multiplicidade das inter-relações natureza/sociedade, fundamentadas nos fatores econômicos, sociais e ambientais que interferem no meio rural e em suas condições de vida e desenvolvimento.

Acredita-se que o estudo dessas relações/combinções, só é possível partindo de uma estruturação metodológica que pretende harmonizar as diferentes competências científicas do PROINTER em busca de uma construção analítica pautada na noção de interdisciplinaridade.

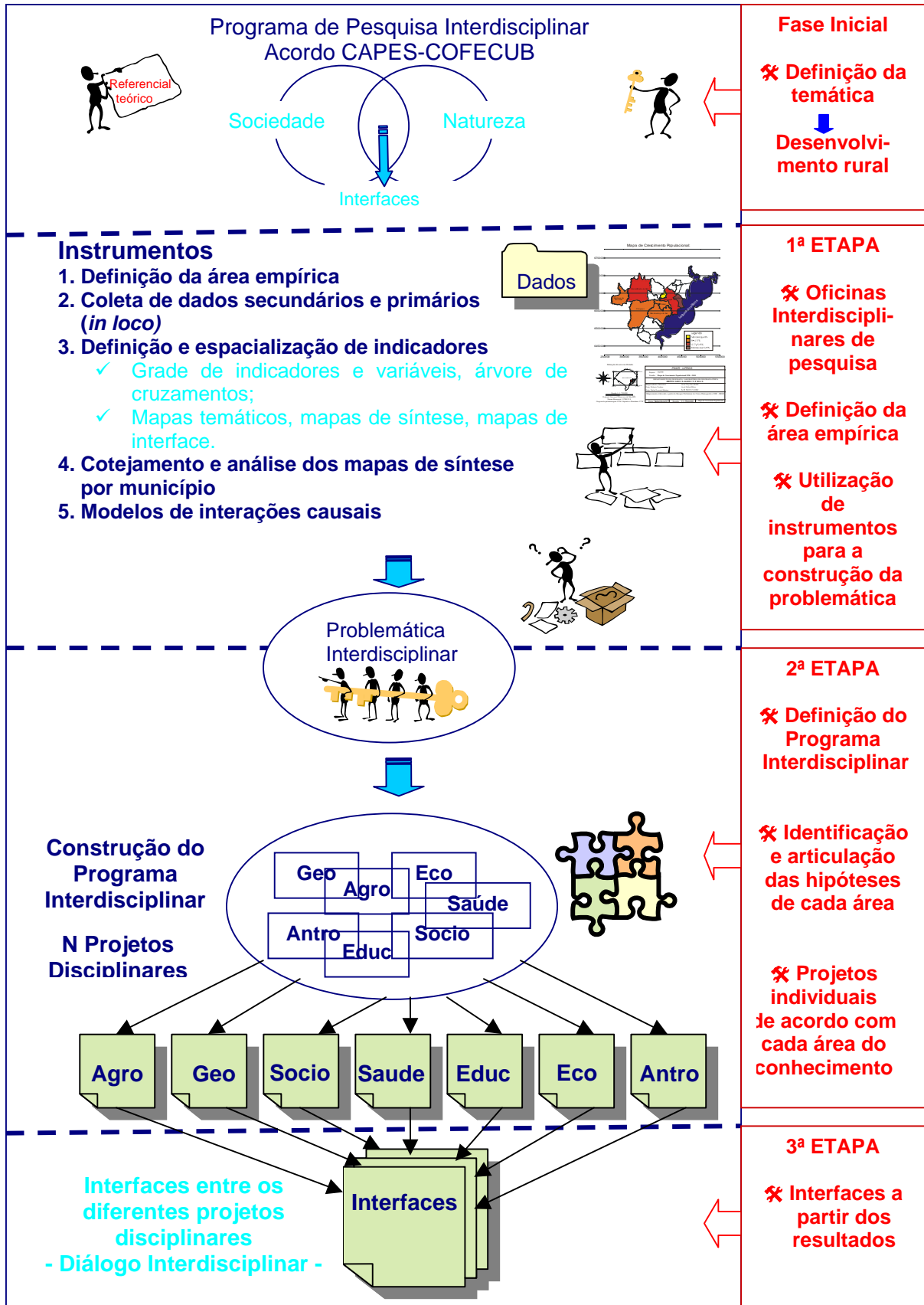
Dessa forma, o PROINTER é disposto em etapas metodológicas em que, diferentemente de estudos mais clássicos, a problemática de pesquisa vai sendo construída no decorrer do trabalho interdisciplinar.

Inicialmente, essas etapas partem de instrumentos que, de uma certa forma, apresentam diferentes modos de ver uma mesma realidade, em função das particularidades de cada disciplina envolvida no Programa.

Nas etapas seguintes, essas visões diferenciadas aproximam-se mais, concretizando-se, ao final, na construção da problemática interdisciplinar que é a base comum de todos os projetos que se agregam ao Programa.

O Organograma Metodológico da página seguinte (figura 3), ilustra a distribuição dessas etapas e as atividades desenvolvidas em cada uma.

Inicialmente, o Programa estruturou-se a partir de uma temática central de desenvolvimento rural: “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”.



Fonte: PGDR/UFRGS (2000).

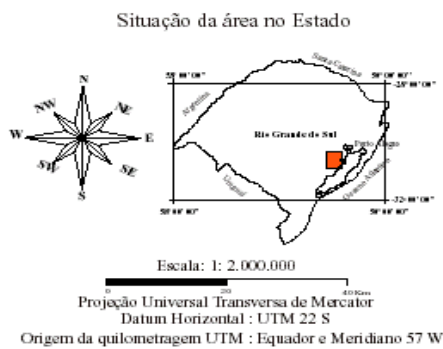
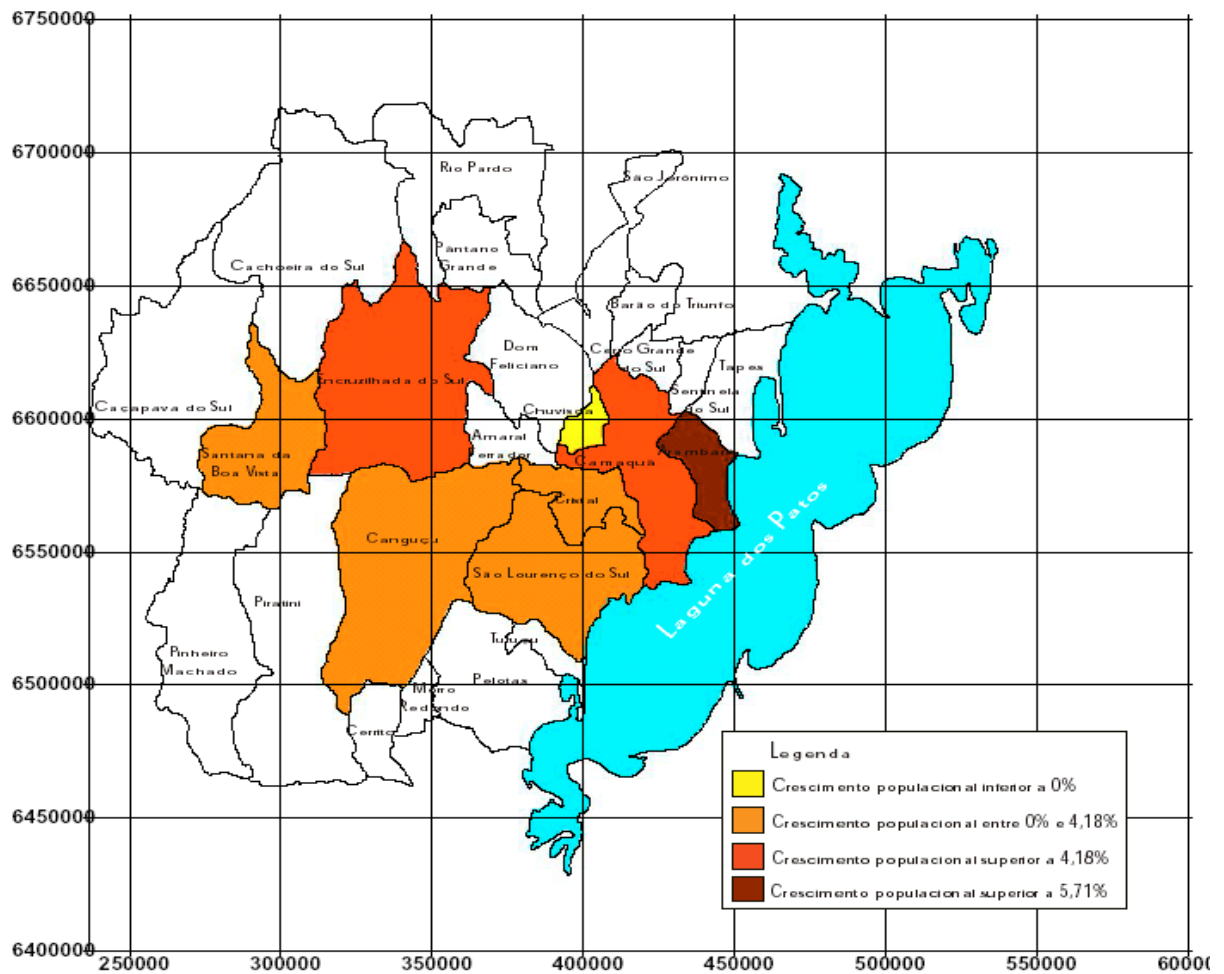
Figura 3 - Organograma Metodológico do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2000.

Logo após, na primeira etapa, foi constituída a metodologia de seguimento das atividades do PROINTER, optando-se por oficinas de trabalho, denominadas “Oficinas Interdisciplinares de Pesquisa”, procedendo-se à escolha da área empírica de estudo, a qual resultou nos oito municípios citados anteriormente. A opção por esses municípios se deve a características geopolíticas e dinâmicas sócio-ambientais referidas em vários estudos e constatações empíricas dos pesquisadores.

Na seqüência, um diagnóstico global da região foi definido a partir de dados secundários, com o intuito de analisar as heterogeneidades espaciais e sociais dos municípios em estudo. Contudo, as fontes e as diferentes metodologias empregadas para a coleta desses dados necessitavam de ajustes, complementações e, até mesmo, verificações mais fidedignas.

Em vista disso, foram coletados dados municipais primários *in loco* com entrevistas a autoridades públicas e informantes-chaves. Nessa oportunidade, houve um reconhecimento espacial da área de cada município, construindo-se um “zoneamento” com identificação das áreas rurais, sede municipal e de subáreas com características peculiares.

Esse conjunto de informações permitiu um primeiro esboço das heterogeneidades através de “Mapas Temáticos” que são instrumentos de leitura construídos a partir dos dados coletados. Os Mapas Temáticos são fundamentados em uma grade de indicadores e variáveis baseados em “domínios” constituídos pelas áreas, subáreas e/ou competências que cada disciplina do Programa desenvolve. A seguir, pode-se observar um exemplo de Mapa Temático na figura 4 definindo o Crescimento Populacional (indicador demográfico) no período de 1996 a 2000 para os oito municípios da área empírica de estudo.



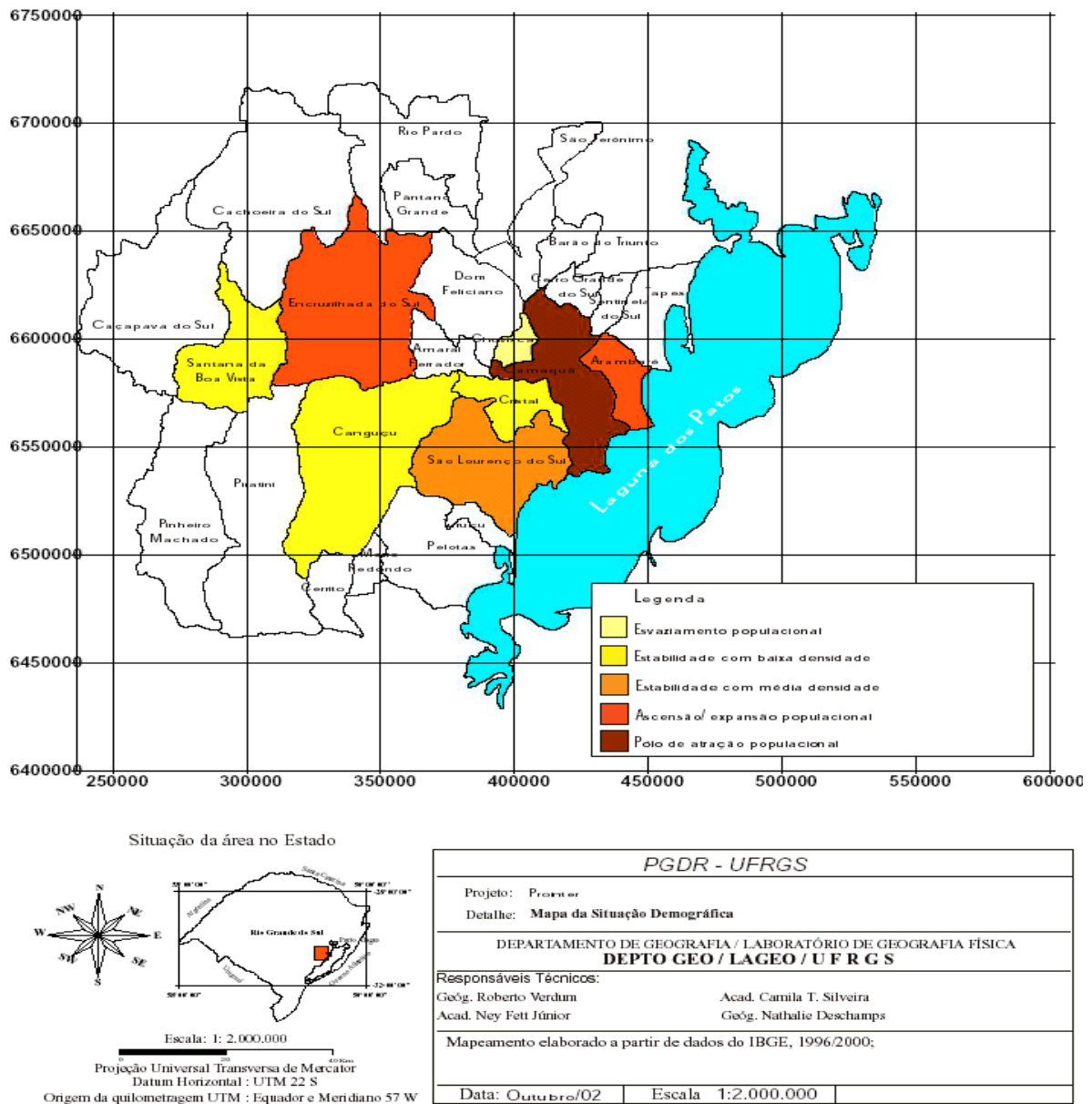
PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa do Crescimento Populacional - 1996 a 2000.		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila T. Silveira	
Acad. Ney Fett Júnior	Geóg. Nathalie Deschamps	
Mapeamento elaborado a partir de dados do Censo Demográfico, IBGE, 2000 e Contagem de População, IBGE, 1996.		
Data: Outubro/02	Escala: 1:2.000.000	

Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Figura 4 - Mapa Temático do Crescimento Populacional do ano de 1996 a 2000 dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.

Em um segundo momento, procedeu-se o cruzamento de indicadores e variáveis dentro de cada domínio. Assim, foi possível uma síntese das várias situações apresentadas pelos municípios, formando outro conjunto de instrumentos

denominados “Mapas de Síntese”. A figura 5, a seguir, mostra um exemplo de Mapa de Síntese em que o mesmo indicador demográfico, de crescimento populacional, foi cruzado com outro, de densidade populacional, definindo a situação demográfica² dos oito municípios (analisado posteriormente na página 61).



Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Figura 5 - Mapa de Síntese da Situação Demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.

² As definições da situação demográfica dos municípios, no ano de 2004, foram reelaboradas da seguinte forma: Pólo = Camaquã; Progressiva = Arambaré e Encruzilhada do Sul; Estacionária = Santana da Boa Vista e Canguçu; Regressiva = Chувиска e São Lourenço do Sul. O Mapa somente é ilustrativo de uma Síntese.

Após esse cotejamento e análise, procede-se ao intercâmbio das informações sintetizadas entre as áreas disciplinares, respeitando indicadores e aproximando as situações observadas. Dessa forma, resulta a construção dos “Mapas de Interface”, com modelos das interações causais sociedade/natureza, articulados a partir do intercâmbio das hipóteses de cada área.

A partir dessas interfaces e hipóteses, inicia-se a segunda etapa, delineando a problemática comum do PROINTER, ou seja, a Problemática Interdisciplinar de Pesquisa que é a base de todos os projetos vinculados ao Programa. A conclusão dos Mapas de Interface ainda não foi finalizada pelos pesquisadores.

Em uma terceira etapa, os resultados obtidos nos projetos de pesquisa das áreas envolvidas permitirão uma nova troca de informações e um novo modelo de interfaces que definirá as heterogeneidades da região de estudo, seus problemas e as estratégias que podem subsidiar políticas públicas de desenvolvimento rural.

Na perspectiva dessa construção coletiva, o projeto em questão, como pioneiro da área da saúde, inseriu-se no Programa com intuito de contribuir com suas análises para a fase de construção da problemática interdisciplinar de pesquisa.

A opção de estudo pelo município de Arambaré, nesse sentido, vincula-se ao fato de que o mesmo pertence à área empírica de estudo do PROINTER e, dessa forma, foi um dos municípios envolvidos na primeira fase interdisciplinar de pesquisa. As informações coletadas nessa fase e a construção dos Mapas Temáticos e de Síntese permitiram uma visão mais global do município, identificando os processos heterogêneos, a organização espacial, o funcionamento econômico e social - contextos dentro dos quais são criadas as diferentes situações de vida.

A partir desse panorama ampliado da realidade, identificaram-se fatores que influenciaram a investigação em Arambaré. Dentre eles, pode-se considerar as condições de vida da população e as informações de saúde na forma de dados secundários, particularmente relativas aos idosos, que são deficitárias e divergem daquelas coletadas localmente em algumas fontes primárias municipais.

Além disso, o município não possui programas públicos de saúde direcionados aos idosos que são um contingente em acelerado crescimento no município. Há também alta prevalência de problemas de saúde de longa duração, mas difícil acesso aos serviços de saúde pela população rural especialmente.

2.2 O Impacto Social do Envelhecimento Populacional

A população no Brasil e no mundo vem sofrendo, nos últimos anos, uma transição brusca e repentina. As estatísticas revelam que no século XXI existirão no mundo, segundo Camarano (2002), 600 milhões de pessoas maiores de 60 anos e perto de 15 milhões com mais de 85 anos. Em comparação com a América Latina, encontramos no Brasil um dos maiores aumentos da população de indivíduos idosos, resultando em um acelerado processo de envelhecimento populacional (COELHO; RAMOS, 1999).

Em decorrência dessas constatações, o Brasil, considerado um país de jovens há alguns anos atrás, dentro dos próximos 27 anos projeta-se para ocupar o 6º lugar no contingente populacional de idosos no mundo (CAMARANO, 2002).

As projeções para esse período (quadro 1) mostram incrementos populacionais de aproximadamente 1%, para cada período de cinco (5) anos, de 2005 a 2015. Após este período, o incremento passa a quase 2% entre quinquênios, alcançando no ano de 2030 uma população absoluta perto de 2,4 vezes a do ano de 2005 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). Essa realidade tende a intensificar-se nas regiões sul e sudeste que comportam 75% do total de idosos do país (COELHO; RAMOS, 1999).

Projeção da população de idosos	Período (anos)					
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Absoluta	15.227.053	18.224.243	21.996.552	26.333.394	31.365.079	35.831.121
Relativa (%)	8,4	9,5	10,9	12,6	14,5	16,0

Fonte: IBGE (2002). Baseado na Projeção da População do Brasil para o Período 1980-2050 - Revisão 2000 da Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE. Adaptação livre do autor, EENF/UFRGS, 2003.

Quadro 1 - Projeção da população de idosos no Brasil, absoluta e relativa (%), no período de 2005 a 2030.

A redução na taxa de fecundidade é o principal determinante para o envelhecimento populacional brasileiro. Isso se explica pelo fato de que, na década de 70, este índice era de 5,76 filhos por mulher em idade reprodutiva, seguindo um decréscimo contínuo até 2000 que se apresenta com uma taxa de fecundidade de 2,91 (CAMARANO, 2002). No Rio Grande do Sul, os índices são menores: na década de 70 apresentava uma taxa de 4,29 e em 2000 de 2,05. Este declínio pode estar associado ao acesso a formas de planejamento familiar que incidem na natalidade e na fecundidade e a participação mais ativa da mulher no mercado de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

De acordo com Camarano (2002), agrega-se ainda a queda da mortalidade que aumenta a probabilidade de sobrevivência e altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares e a sociedade. Os dois fatores associados da redução da

fecundidade e da mortalidade alteram a esperança de vida para índices maiores e, conseqüentemente, a proporção da população de idosos aumenta (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Esse contexto influencia na relação de dependência, ou seja, a relação entre pessoas em idade de dependência (menores de 15 e maiores de 59 anos) e pessoas em idade economicamente ativa (entre 15 e 59 anos). Essa relação traz como conseqüência uma maior alocação de recursos públicos e privados, deslocando os investimentos para gastos com saúde e aposentadoria principalmente. A justificativa é que a baixa fecundidade diminui, a médio e longo prazo, a população adulta economicamente ativa, que contribui para o Estado, e a queda da mortalidade faz com que aumente o número de idosos, considerados “dependentes” do Estado. Além das repercussões econômicas para a sociedade, vale acrescentar que tudo isso acarreta, ainda, um enfraquecimento da base familiar como suporte para a velhice (CAMARANO, 2002).

Outro fato que traz repercussões importantes nas demandas por políticas públicas é a predominância da população feminina entre os idosos brasileiros e, particularmente, do Rio Grande do Sul (CAMARANO, 2002; RIO GRANDE DO SUL, 1997). Essa “feminização da velhice” pode ser justificada, entre outros fatores, por aspectos biológicos, pela mortalidade infantil acentuada no grupo masculino e pela influência das culturas de gênero que implicam na elevada mortalidade masculina na fase jovem e adulta da vida. Esse argumento fundamenta-se no alto índice de mortalidade masculina por causas externas na faixa etária dos 20 aos 69 anos de idade. Soma-se a isso, a procura reduzida pelos serviços de saúde pelos homens e a baixa adesão a programas preventivos, bem como, a exposição a fatores de risco relacionados à atividade de trabalho (SOUZA, 1994; SANT’ANNA, 2000).

Já o contingente de mulheres, segundo Camarano (2002), na sua maioria são viúvas e “é possível que boa parte deste grupo não tenha experiência de trabalho no mercado formal e seja menos educada, o que requer uma maior assistência tanto do Estado quanto das famílias”.

No Rio Grande do Sul, esta constatação também é observada, pois quanto mais velha a população idosa, menor o nível de escolaridade, já que o acesso à educação nas décadas iniciais do século privilegiava as elites e, nelas, os homens em detrimento das mulheres. Acrescenta-se ainda, que grande parte da população vivia praticamente em zona rural com maior dificuldade de acesso às escolas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

A renda do idoso, influenciada pela baixa escolaridade, mais especificamente no Rio Grande do Sul, situa-se entre um (1) a menos de dois (2) salários mínimos comprometendo as despesas pessoais quanto à alimentação, à aquisição de remédios, entre outros. Essa situação é preocupante, considerando-se o baixo poder aquisitivo e a necessidade de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas, reforçada pela precariedade do sistema público de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Agrega-se a essa idéia, o fato de que os agravos de saúde de longa duração que acometem o indivíduo idoso têm, na própria idade, seu principal fator de risco. Nos municípios do sul e sudeste do país, esses agravos apresentam-se com maior prevalência e as suas conseqüências são as principais causas de morte nesse grupo populacional (BRASIL, 2003).

Camarano (2002), nesse sentido, enfatiza que um terço dos indivíduos que chegam aos 70 anos, apresentam doenças crônicas e pelo menos 20% desses idosos terão algum grau de incapacidade associada, implicando em diminuição da

capacidade física e restrições à autonomia e à independência. No entanto, esses problemas de saúde ainda são pouco considerados no planejamento das ações pelo sistema de saúde, tanto no âmbito de prevenção e promoção, como no de reabilitação da saúde desse grupo populacional.

Resumidamente, em comparação com os demais estados do Brasil, o Rio Grande do Sul apresenta, em seu meio urbano, as melhores condições sociais, sanitárias, econômicas, culturais e de redes de apoio ao idoso, tanto familiares como associativas. Porém, há necessidade de estudos que levem em conta os idosos do meio rural, suas diferenças em comparação aos idosos do meio urbano e que considere “não é suficiente saber que existem condições melhores de se viver, mas investigar as condições de existência do idoso” (RIO GRANDE DO SUL, 1997, p. 38), aprofundando conhecimentos não só biológicos, mas também abordando aspectos sobre suas necessidades reais, suas percepções, sua inserção social, política, econômica e cultural e as redes de apoio familiares ou associativas desse grupo etário, para assegurar à população que envelhece uma melhor qualidade de vida

Dessa forma, o envelhecimento rápido e intenso da população é um gerador de desafios às diversas áreas do conhecimento, sobretudo as áreas da saúde, ciências sociais e economia. No entanto, o incremento de pesquisa, principalmente na área de saúde pública, ainda é pequeno, pois estudos de base populacional necessitam de investigações prolongadas e financiamento (COELHO; RAMOS, 1999).

Vale destacar ainda, dentro das perspectivas levantadas, que o aumento da população de idosos traz consigo não somente alterações nas características da população de um país, região ou município, mas também é acompanhado de

mudanças no perfil de morbidade, na ordem econômica e social que requerem medidas de impacto e de soluções no que se refere aos problemas e dificuldades do cidadão que envelhece.

2.3 As Políticas Públicas e os Idosos

Situando a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), observa-se que um de seus princípios está assentado no fato de que as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre meio rural e urbano no Brasil devem ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral.

Em complementaridade, Miranda (2002) refere que na II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em abril de 2002, em Madrid, a Organização das Nações Unidas definiu o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, destacando como objetivos: que os idosos possam desfrutar plenamente de seus direitos humanos; envelheçam de forma segura e fora do alcance da pobreza; participem integralmente da vida econômica, política e social; e tenham a possibilidade de realização em sua idade mais avançada. O documento ainda enfatiza a necessidade de eliminação da violência e da discriminação, a igualdade de sexos, a importância vital da família, a assistência médica e a proteção social das pessoas idosas.

Contudo, a realidade dos países em desenvolvimento e, em particular do Brasil, difere do cenário das sociedades desenvolvidas quanto a políticas que atendam as necessidades dos idosos. O que se observa é a exclusão social do

idoso, com baixo poder aquisitivo em função das aposentadorias irrisórias, da dificuldade de acesso a bens culturais e de saúde, das perdas de papéis sociais, entre outras dificuldades (SILVA, 2002).

Face à diversidade socioeconômica, aos contrastes regionais e às características individuais, constatamos a existência de uma velhice heterogênea que resente-se de uma sociedade que ainda os exclui porque não entende como vive este segmento da população (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Ladislau (2002) refere, ao discutir a temática, que a marginalização do idoso ocorre tanto na esfera doméstica quanto em outros espaços sociais, já que, culturalmente “o novo se superpõe ao velho”. Nesse sentido, encontramos os velhos excluídos, anônimos e marginalizados no meio rural e na periferia urbana. Já nas classes médias, encontramos o isolamento, a perda de papéis familiares e de trabalho, associados a perdas de poder aquisitivo não compensado pela aposentadoria.

A mesma autora salienta que a grande maioria da população idosa apresenta baixo nível de remuneração, agravado pela aposentadoria; deficiência dos programas de saúde direcionados a essa faixa etária; inexistência de condições que favoreçam a permanência de idosos doentes/dependentes em seus domicílios, para que se evite o excesso de internações; falta de programas de preparação para aposentadoria e de lazer que proporcionem uma adequada utilização do tempo livre.

Aproximando esse cenário do nosso cotidiano, soma-se a necessidade que tem o aposentado de realizar tarefas remuneradas no tempo da aposentadoria - forma de minimizar o vazio causado na renda familiar que, muitas vezes, é constituída apenas pelos seus rendimentos - e a necessidade de maior atenção à

saúde, que já se encontra comprometida com danos trazidos pela idade e pelas histórias de vida de cada um.

Concorda-se com Silva (2002) ao referir que qualquer país interessado em formular políticas sociais para a velhice deverá atuar nas seguintes áreas: promoção e assistência social, educação, saúde, trabalho e previdência social com ações voltadas para a convivência entre gerações, lazer e atividades comunitárias.

Contudo, acrescenta-se que as heterogeneidades socioculturais devem ser levadas em conta na formulação de qualquer política pública voltado ao idoso. Essas heterogeneidades vão interferir também no modo como o idoso exerce sua autonomia e participa nas decisões referentes a seus problemas. Nesse sentido, as ações necessitam de integralidade e interdisciplinaridade para atenderem a complexidade individual e coletiva dessa população.

Em síntese, a problemática que envolve a Metade Sul do Rio Grande do Sul, especialmente os municípios da área empírica de estudo do PROINTER, demonstram heterogeneidades e dinâmicas complexas percebidas em um nível mais global de análise, como permite observar o trabalho Interdisciplinar. Porém, ao se analisar as particularidades de um único município como Arambaré, observa-se que essas heterogeneidades e dinâmicas se reproduzem em níveis mais intrínsecos e distintos ao compararmos meio urbano e meio rural.

Nesses níveis, um olhar específico, como o da epidemiologia, permite definir as condições de vida que influenciam na saúde de populações particularizadas, como os idosos do meio rural, levando em consideração todo o contexto em que estão inseridos e o impacto das políticas públicas - quando existentes - para esse segmento social.

Contudo, essas condições materiais tendem a “homogeneizar” uma visão “de fora” e, portanto, esbarram em outras diversidades que só podem ser decifradas no universo de cada sujeito e que são a tônica das formas como enfrentam e interpretam essas condições. Dessa forma, necessita-se de instrumentos complementares de análise de outras áreas disciplinares, como por exemplo, a socioantropologia, mesmo que ainda assim não se esgotem as possibilidades analíticas.

Em vista dessas considerações, os sujeitos deste estudo, no caso os idosos do meio rural de Arambaré, sofrem influência das suas condições de vida e saúde determinadas, por sua vez, por níveis mais globais – características da região de estudo, do município, do meio rural – mas também influenciam nessas condições através de aspectos imateriais da vida de relação.

A constatação dessa dinamicidade de processos acaba por demandar ferramentas diversas e complexas no sentido da discussão de aspectos da saúde e qualidade de vida, especialmente, por se tratar de população de idosos pertencentes a áreas rurais, já que nesse espaço as políticas públicas são escassas ou enfrentam dificuldades em sua otimização.

Em vista disso, traçaram-se os objetivos deste estudo buscando produzir conhecimento e reflexões capazes de auxiliar na compreensão das condições de vida e saúde e de aspectos que interferem nas formas de viver e envelhecer dos idosos do meio rural do município de Arambaré.

3 OBJETIVOS

Os objetivos propostos definem o escopo do estudo e dividem-se em objetivo geral e objetivos específicos, apresentados a seguir.

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é conhecer e caracterizar a população de idosos do meio rural do município de Arambaré - RS através de uma abordagem epidemiológica e sociodemográfica que considera o enfoque global das relações ser humano/saúde/meio ambiente.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo compreendem:

- a) descrever e analisar variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e socioculturais da população idosa do meio rural do município de Arambaré;
- b) fornecer ao Programa Interdisciplinar de Pesquisa, a partir das informações e análises, subsídios para a construção da

problemática interdisciplinar de pesquisa com hipóteses para outros estudos na região empírica e influenciar políticas públicas locais e regionais.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, na seqüência, são apresentados os detalhes e as considerações de cada etapa da trajetória metodológica.

4.1 Pressupostos Metodológicos

O estudo em questão é delineado na perspectiva epidemiológica do tipo seccional descritiva com formato híbrido, ou seja, utilizará conjuntamente a coleta e análise quantitativa e qualitativa dos dados.

Nessa perspectiva, adotaram-se as reflexões de Cortes (1998) e outros autores quando mencionam que o método híbrido de coleta e análise de dados pode possibilitar a utilização da análise qualitativa em pesquisas que usam principalmente técnicas quantitativas ou a combinação das duas formas. Já Minayo (1996) argumenta que a qualidade dos fatos e das relações sociais são propriedades inerentes a este tipo de estudo e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, exigindo a dissolução da dicotomia quantitativa/qualitativa.

Em virtude dessa complementaridade e da necessidade de fornecer dados explicativos e compreensivos do universo de estudo, acredita-se que é possível caracterizar os processos de saúde-adoecimento da população de idosos do meio rural de Arambaré, bem como, analisar os contextos de realidade em que se constituem e nos quais se inserem.

4.2 População em Estudo

A definição de “idoso”, neste estudo, segue as preconizações da Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso, a Resolução 39/125 da Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre O Envelhecimento da População e outras disposições que definem os 60 anos de idade como o início da terceira idade nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, entre os quais, enquadra-se o Brasil.

Os sujeitos deste estudo foram 86 pessoas que configuravam o universo de idosos pertencentes ao meio rural do município de Arambaré. Essa população foi definida através do Cadastro Local de Famílias elaborado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município e informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Quanto ao critério de domiciliado no meio rural, seguiram-se as considerações de “áreas rurais” oficialmente definidas pelo IBGE e utilizadas no Censo 2000 (setores censitários: 0006 e 0007 do 1º Distrito - Arambaré e 0002 do 2º. Distrito - Santa Rita do Sul).

Outro conceito necessário é o de família que para Guidi e Pinto (1999, p.10) é um “conjunto de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos, reconhecimento este que pode ser tanto costumeiro como legal”. Tal conceito, pensa-se, limita possíveis arranjos de pessoas em que não há esses elos específicos que a autora define, mas outros de cunho relacional.

Contudo, os resultados obtidos no estudo sobre a determinação das pessoas com quem os idosos residiam, mostrou apenas dois (2) casos em que esses “elos”

não existiam. Considerou-se, então, como “família”, todos os indivíduos domiciliados na residência dos idosos, envolvendo, assim, as duas situações referidas, sem prejuízo para a coleta de informações. Por outro lado, a análise da relação dos idosos com familiares não domiciliados considerou “família” o referencial da autora acima citada.

4.3 Coleta de Dados

A coleta das informações parte, primeiramente, de um histórico que comenta os aspectos vivenciados pelo pesquisador e depois define como foi a construção e aplicação do instrumento de questões, apresentados a seguir.

4.3.1 História da pesquisa

O projeto recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) através do Edital PROADE2 2002 para o desenvolvimento das atividades da área da saúde, contudo, a liberação dos recursos pela instituição sofreu alguns impasses de ordem administrativa e financeira que acabaram postergando os períodos de saída a campo.

Após a reorganização dessas datas, elaborou-se uma Carta de Apresentação da Coordenação do Programa Interdisciplinar destinada à administração municipal

do município, no intuito de solicitar do poder público, documento de ciência oficial dos objetivos do estudo, das atividades e da permanência do pesquisador no município.

Nesse contato prévio, além da apresentação oficial, realizaram-se audiências com o Prefeito e a Secretária Municipal de Saúde para esclarecer pontos mais específicos do projeto de pesquisa, bem como, averiguar possíveis auxílios técnicos da Prefeitura em relação a transporte, alojamento e recursos humanos.

Na prática, a disponibilidade desses auxílios limitou-se a cedência, por tempo integral, de uma Agente Comunitária de Saúde, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para acompanhamento, orientação no espaço rural do município e localização dos idosos nesse espaço através do Cadastro de Famílias.

O recurso para alojamento foi disponibilizado verbalmente em audiência com o Prefeito, no entanto, não se oficializou, necessitando-se de hospedagem em Hotel da cidade.

Quanto ao transporte, tanto a Prefeitura como a Secretaria de Saúde informaram que não poderiam dispor de veículo em função do reduzido número de unidades e das prioridades de transporte.

A locação de automóvel, nesse caso, seria a solução mais adequada, contudo, além do pesquisador não ser habilitado, era um recurso oneroso e seria pouco útil em função do limitado conhecimento de estradas e acessos do meio rural do município. A Agente Comunitária de Saúde também não possuía habilitação, tornando-se mais um problema na opção por locação de transporte.

Na busca por uma solução, surgiu a idéia de contratar o único taxista da cidade. A proposta de acordo foi o pagamento de diárias com custeio do combustível pelo pesquisador. As atividades do taxista dependiam de poucas pessoas que

utilizavam seus serviços e a proposta foi maior, em termos de aporte financeiro, que um dia todo de trabalho. Por outro lado, reduziu o tempo de coleta de dados, já que o taxista possuía conhecimento apurado dos acessos e estradas do meio rural e o custo para a pesquisa, mesmo incluindo combustível e diárias, foi bem menor que o da locação de veículo.

As saídas de campo foram programadas para início no mês de maio e término no mês de junho, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, com oito (8) horas em média de trabalho diário. Porém, ocorreram contratemplos em função de chuvas na região, inviabilizando as visitas e postergando de dois (2) a três (3) dias cada saída programada. Isso porque algumas estradas e acessos rurais tornavam-se inseguros ao tráfego.

Anteriormente às saídas de campo, foi realizada divulgação da pesquisa e seus objetivos à população. A atividade envolveu a disposição de cartazes em locais públicos, e meios de transporte, como também, uma pequena nota na Rádio do município de Camaquã que estende sua audiência aos moradores de Arambaré. Esse recurso objetivou, além de um esclarecimento prévio, evitar possíveis negativas da população quando das visitas.

O papel da Agente Comunitária de Saúde foi fundamental para os contatos com os idosos, tendo em vista que possuía uma interação bastante consolidada através de suas atividades profissionais. A Agente Comunitária tornou-se, assim, facilitadora no momento da visita domiciliar e da entrevista, evitando desconfianças e negativas, bem como, promovendo um acolhimento receptivo por parte dos idosos. No momento das entrevistas a Agente se retirava e aguardava próxima a residência para possibilitar a livre expressão dos idosos, bem como, se houvesse outras

pessoas na residência, a Agente se incumbia de levá-las consigo com o mesmo objetivo.

Mesmo com a receptividade dos idosos, ocorreram algumas negativas, fundamentadas, principalmente, em justificativas político-partidárias, já que acreditavam se tratar de algo vinculado a prefeitura, principalmente pela presença da Agente Comunitária, mas não contabilizaram prejuízo para o estudo por representarem pequeno número.

4.3.2 Construção e aplicação do instrumento de coleta de dados

A elaboração do instrumento de coleta de dados, inicialmente, partiu da seleção de grupos temáticos de variáveis com tipologias específicas (quadro 2), no intuito de reunir aspectos das diferentes abordagens que, acredita-se, interferem no processo saúde-adoecimento dos idosos do meio rural, permitindo a descrição, a avaliação e a análise dos fenômenos através da ótica particularizada da saúde.

Algumas tipologias de variáveis foram previamente elaboradas para o instrumento e outras foram estruturadas após a conclusão da coleta de dados. Nos grupos temáticos também foram organizadas as variáveis qualitativas do estudo.

A partir do quadro de temáticas, elaborou-se o formulário semi-estruturado de entrevista (APÊNDICE A) com a distribuição de questões por grupo temático, de acordo com as tipologias de variáveis definidas.

Grupos Temáticos De Variáveis	Tipologias
Demográficas	Quantitativas Pré-categorizadas
Socioeconômicas	Quantitativas Pré-categorizadas e Quantitativas Estruturadas a partir das entrevistas
Hábitos e saúde	Quantitativas Pré-categorizadas e Quantitativas Estruturadas a partir das entrevistas
Relações sociais	Quantitativas Pré-categorizadas, Quantitativas Estruturadas a partir das entrevistas e Qualitativas
Trajetória no meio rural	Quantitativas Pré-categorizadas e Qualitativas
Qualidade de vida	Quantitativas Pré-categorizadas e Qualitativas

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, CPG/EENF/UFRGS, 2003.

Quadro 2 - Grupos temáticos de variáveis e suas tipologias para elaboração do instrumento de coleta de dados.

As questões de análise quantitativa permitem resgatar aspectos mais gerais da população de idosos como a distribuição nas faixas etárias, a caracterização por sexo, suas condições de vida e saúde e as relações sociais que estabelecem. Por outro lado, as questões qualitativas visaram complementar essas informações, aprofundando aspectos da qualidade das relações sociais, a trajetória dessas pessoas no meio rural, as suas concepções de velhice, sexualidade, limitações e qualidade de vida, fatores que influenciam nas estratégias e práticas desenvolvidas por esses sujeitos frente às condições apresentadas e descritas pelo olhar “externo” e quantitativo.

Considerando o delineamento do estudo, o formulário semi-estruturado foi aplicado através de inquérito domiciliar. As entrevistas foram gravadas em fita cassete de acordo com o consentimento dos sujeitos envolvidos.

Primeiramente, realizaram-se cinco (5) entrevistas para testar o instrumento de coleta de dados, não ocorrendo alterações ou adaptações nas questões. As entrevistas realizadas totalizaram setenta e sete (77), com nove (9) perdas, seis (6)

foram recusadas e três (3) entraram em critério de exclusão, ou seja, pessoas incapazes de responder às questões formuladas.

As perdas e recusadas não foram relativizadas do ponto de vista estatístico já que o estudo ainda não permite estabelecer contextos comparativos contextualizando as associações observadas. Portanto, as análises estatísticas limitaram-se a seccionalidade e ao cenário do estudo e não são generalizáveis para outros grupos da região.

4.4 Processamento e Análise dos Dados

O tratamento dos dados coletados consistiu, primeiramente, na elaboração de categorias para as variáveis que necessitavam de estruturação a partir das informações obtidas nas entrevistas. Após esta fase, os demais dados foram organizados e algumas variáveis pré-categorizadas sofreram recategorização e adaptação às informações coletadas.

Em outro momento, foi elaborado um banco de dados no software Epi-Info 6.04 contendo todas as categorizações das variáveis quantitativas e, após digitação e conferência, foram analisadas por estatística descritiva através de frequências, tabelas de contingência, gráficos e alguns testes necessários para averiguar proporções e associações entre variáveis.

Utilizaram-se também, mapas do PROINTER e cartogramas da área geográfica do município que serviram para análises de algumas informações e associações, possibilitando uma visão espacializada de algumas heterogeneidades

identificadas as quais poderiam servir para definir áreas que exigem prioridade no planejamento das ações em saúde.

Posteriormente, os dados mais aprofundados e de caráter qualitativo foram organizados, transcritos das gravações em fita cassete e analisados através de categorização temática e análise de conteúdo. Adotou-se, nesse sentido, a fundamentação de Minayo (1996) quando refere que esse tipo de análise permite revelar os núcleos de sentido das mensagens que possuem algum significado para o objetivo que se pretende alcançar.

As expressões transcritas foram mantidas em seu estado natural quando das entrevistas e os nomes que ilustram os relatos são fictícios.

4.5 Considerações Éticas

Os princípios éticos foram obedecidos em relação ao acesso e análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde referidas pela Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Conforme esta Resolução, o presente estudo constituiu-se em uma pesquisa que envolve seres humanos e que, portanto, deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

As considerações éticas da pesquisa implicaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, assinado em duas vias (APÊNDICE B), uma para o pesquisador e outra para o participante; na proteção aos legalmente incapazes; no compromisso em oferecer o máximo de benefícios e o

mínimo de danos e riscos; na relevância social da pesquisa com vantagens significativas aos sujeitos do estudo.

Na impossibilidade de assinar o Termo de Consentimento (não saber escrever ou por problemas físicos), a assinatura aposta foi de um representante. Nesses casos, ocorreram duas situações: a) idoso residindo com familiar ou outra pessoa – a assinatura foi realizada no mesmo momento da entrevista pelo representante; b) idoso residindo sozinho – a assinatura de um representante escolhido pelo idoso foi recolhida em visita posterior.

Tendo em vista as implicações legais, o presente estudo também preservou a identidade dos participantes nas entrevistas, bem como, garantiu o anonimato das informações.

Os critérios de exclusão também foram respeitados, ou seja, as entrevistas foram realizadas somente com pessoas em condições psíquicas ou neurológicas adequadas para participarem das entrevistas. Os responsáveis por essas pessoas não foram entrevistados, devido ao comprometimento dos objetivos do estudo.

Em virtude de constrangimentos e respeito à privacidade de cada sujeito, as entrevistas foram realizadas na presença do pesquisador e do idoso exclusivamente, impossibilitando aos demais domiciliados o acesso a quaisquer informações, mesmo que ocorressem mais de uma entrevista no mesmo domicílio. A estratégia adotada foi a de explicar os objetivos do estudo e solicitar, aos demais domiciliados, afastamento temporário até conclusão da entrevista.

Uma cópia do projeto foi encaminhada a administração municipal de Arambaré acompanhada de Carta de Apresentação elaborada pela Coordenação do PROINTER (ANEXO A), obtendo-se, logo após, ciência das atividades de pesquisa através de documento oficial (ANEXO B). Os idosos foram informados da pesquisa

através de divulgação de seus objetivos em cartazes fixados em locais de circulação pública, bem como, por meio de nota na Rádio do município de Camaquã.

Por tratar-se de um Programa Interdisciplinar de Pesquisa, ou seja, “um grande projeto guarda-chuva” em que vários “sub-projetos” se agregam, a apresentação em Comitê de Ética em Pesquisa se faz necessária para o Programa como um todo, portanto, a aprovação na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul se deu conforme o Anexo C.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o Relatório Técnico Parcial: “Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável - contribuições para a elaboração de políticas públicas para a ‘Metade Sul’ do Rio Grande do Sul” de 2002 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002), as informações obtidas *in loco* e das bases de dados oficiais pelos pesquisadores do PROINTER possibilitaram contextualizar os municípios da área empírica de estudo. Portanto, abaixo, estão algumas dessas informações mais gerais do município de Arambaré em particular.

Contextualizando o município de Arambaré em sua matriz histórica e econômica, constata-se que sua emancipação ocorreu em 1992 por questões políticas, provindo de um antigo distrito do município de Camaquã e uma pequena área de Tapes. Hoje sua área é de 540 km² e seus limites são: ao norte, o município de Tapes e a BR 116; ao sul, o município de Camaquã e a Laguna dos Patos; a

leste a Laguna dos Patos e a oeste Camaquã. Grande parte dessa área é plana e baixa, não ultrapassando 4 metros de altitude máxima e os solos são arenosos e com drenagem deficiente, o que proporciona ao município uma vocação agrícola natural ao cultivo do arroz irrigado.

O cultivo do arroz em Arambaré tem suas origens históricas na metade do século XIX, em grandes propriedades que, na época, possuíam engenhos de beneficiamento de arroz e de pequenos portos para escoamento da produção. Esta situação permitiu um aumento da população e, conseqüentemente, da oferta de mão-de-obra em nível local.

Em meados dos anos 50 do século XX, o cultivo do arroz inicia um período de declínio e a região de Arambaré começa a decair economicamente. Os engenhos vão sendo desativados e a comercialização e beneficiamento do arroz passa a acontecer em municípios vizinhos. A partir desse período, o gado de corte começa a assumir progressivamente uma maior importância entre os produtores, aparecendo como uma alternativa de produção e também, atividade de entressafra.

O processo de urbanização, relativamente recente, desenvolveu-se em função do município estar às margens da Laguna dos Patos, tornando-se ponto turístico no verão pela praia de água doce e pelo belo cenário fito-natural. Em função disso, o município recebe muitos veranistas de todo Estado que, na maioria das vezes, constroem casas de veraneio e, até mesmo, habitações para moradia permanente, em que vão residir, predominantemente, idosos aposentados.

Porém o setor turístico, apesar de ser prioridade para as políticas municipais, emprega pouco e não agrega tanto valor em termos de comércio e serviços quanto à agropecuária, bem como, não há indústrias e o comércio, por não

ser intenso, não absorve a mão-de-obra excedente que migra para os grandes centros.

Em vista disso, distante de Camaquã 33 km em estrada não asfaltada, Arambaré possui certa dependência desse pólo regional, principalmente do comércio, do atendimento hospitalar, de assistência médico-veterinária, da rede de comunicações e acesso aos ensinos de magistério, superior e cursos profissionalizantes.

Segundo dados do Censo 2000 do IBGE, o município apresenta uma população de 3917 habitantes, sendo que aproximadamente 30% desse total (1160 hab) encontram-se no meio rural e, desses, 7,5 % (86 hab) são pessoas com idade acima de 60 anos. Contudo, nos meses de verão, a população da cidade aumenta aproximadamente seis (6) vezes o seu contingente, sobrecarregando a infraestrutura dos serviços de saúde, bem como, o saneamento e o abastecimento de água.

Na sede municipal, a população dispõe de um Centro de Saúde com serviços de odontologia, pronto-atendimento médico, diagnóstico por radiografia e farmácia. Em Santa Rita do Sul, 2º. Distrito de Arambaré, há um Programa de Saúde da Família (PSF) que proporciona serviço de atenção básica aos moradores. Já o meio rural conta com o Programa de Agentes Comunitários (PACS) que cobre toda a área. Já as consultas com especialidades médicas são marcadas e encaminhadas para o município de Camaquã através da Secretaria Municipal de Saúde, como também, os casos mais graves que dependem de serviços dos municípios de Pelotas e Porto Alegre.

5.1 Os Idosos e suas Condições de Vida e Saúde

As informações sobre as condições de vida e saúde dos idosos envolvem análises da situação demográfica, socioeconômica, hábitos de vida, patologias prevalentes e as redes de apoio ao idoso, permitindo definir, nesse primeiro momento, o contexto em que os idosos estão inseridos.

5.1.1 Características demográficas

O município de Arambaré apresenta um índice elevado de crescimento populacional, contribuindo para uma situação demográfica “progressiva” (vide mapa de síntese na figura 5, página 34), conceitualmente definida de acordo com as análises interdisciplinares do PROINTER, ou seja, possui taxa de crescimento maior que a média dos municípios da área empírica ($> 4,18\%$) e densidade populacional menor que a média desses municípios ($< 15,42 \text{ hab/km}^2$) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

O número de idosos na população geral do município representa uma proporção de 13%. Segundo o IBGE, considera-se “em processo de envelhecimento populacional” uma proporção de idosos acima de 12% na população geral, ou seja, Arambaré estaria nessa condição (BRASIL, 2003). A representatividade no meio rural é de aproximadamente 9%, mas não há evidências de uma dinâmica específica de crescimento da população nessa área.

Em estudos populacionais sobre idosos, evidencia-se diferença significativa entre o número de pessoas do sexo feminino e masculino com predominância do primeiro, é o fenômeno denominado “feminização da velhice”, associado a fatores que vão do biológico ao cultural.

No entanto, ao analisarmos a Razão de Sexos ou Coeficiente de Masculinidade (definido pelo número de homens para cada grupo de 100 mulheres) nas populações rurais do Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, conforme o quadro 3, observa-se, proporcionalmente, um predomínio masculino, principalmente no município de Arambaré.

Populações rurais	Feminino	Masculino	Total	Razão de sexos
Brasil	15.152.189	16.693.022	31.845.211	110,2
Rio Grande do Sul	893.479	976.335	1.869.814	109,3
Arambaré	534	626	1160	117,2

Fonte: IBGE (2002), elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 3 - Razão de sexos entre populações rurais no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000.

Nesse sentido, pode-se identificar que os homens tendem a permanecer mais nas áreas rurais do que as mulheres, característica que pode ser evidenciada pelos processos migratórios brasileiros que mostram, na década de 70, uma tendência feminina em direção aos centros urbanos (RIO GRANDE DO SUL, 1997), em função da mudança de paradigmas sociais nas relações de gênero, redefinindo o papel da mulher que se insere no mercado de trabalho e conquista a independência.

Contudo, na atual coorte de idosas (acima de 60 anos de idade), a década de 70 pode não ter representado avanços ou conquistas relevantes em função de que já estavam em idades entre 30 e 50 anos, possivelmente casadas e envolvidas com papéis familiares de esposa, mães e, até mesmo, de avós. É presumível que a migração rural-urbana tenha atingido as faixas etárias mais jovens. No Rio Grande

do Sul, a razão de sexos entre as populações rurais de idosos (quadro 4) pode ser um indício dessa hipótese, concentrando mais mulheres nas áreas rurais.

Populações rurais de idosos	Feminino	Masculino	Total	Razão de sexos
Brasil	1.279.126	1.431.074	2.710.200	112,0
Rio Grande do Sul	120.369	116.979	237.348	97,2
Arambaré*	39	47	86	120,5

Fonte: IBGE(2002), elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

* Inclusão de 9 indivíduos (6 homens e 3 mulheres correspondentes às perdas nas entrevistas)

Quadro 4 – Razão de sexos entre populações rurais de idosos no Brasil, Rio Grande do Sul e Arambaré, 2000.

No entanto, o quadro também mostra que a razão de sexos no Brasil e em Arambaré aponta para a predominância masculina. No caso do Brasil, em geral, é admissível que haja maior concentração de homens no meio rural, idosos ou não, porém a constatação de um “Brasil Rural Masculino” deve levar em conta as generalizações dos dados que ocultam grandes heterogeneidades entre as regiões e microrregiões rurais brasileiras.

Outro fato a considerar é que a distribuição dos setores censitários entre urbanos e rurais, altera-se de um censo para o outro no Brasil. Del Grossi e Graziano da Silva (2002), referem, nesse sentido, que os critérios utilizados pelo IBGE, anteriormente a 1991, guiavam-se pela arbitrariedade da legislação de cada município, a qual poderia ampliar as áreas urbanas em função de, por exemplo, aumentar a arrecadação de impostos.

A partir desse período, o IBGE iniciou a adotar critérios complementares de concentração demográfica e proximidade a núcleos habitacionais para definir a situação dos domicílios. Mesmo assim, o espaço urbano aumenta a cada censo, não necessariamente por êxodo rural, mas simplesmente porque os setores censitários e a população ali residente foram reclassificados (GRAZIANO DA SILVA, 2000).

De acordo com essas considerações, no Brasil, as populações predominantemente masculinas podem encontrar-se em áreas mais distantes de centros urbanos e/ou menos concentradas, portanto, consideradas rurais.

Já no caso de Arambaré, conforme a região ou município, a mobilidade ou permanência feminina nas áreas rurais também pode ser determinada pela divisão sexual do trabalho que, segundo Lopes (1993), é uma categorização baseada nas relações de gênero que definem trabalhos considerados “masculinos”, vinculados à ideologia da força física, entre outros elementos, e de trabalhos “femininos”, vinculados a idéia de “cuidado” (da casa, filhos, horta ou trabalhos “leves” na roça).

O contingente masculino elevado no município, idoso ou não, pode incluir-se nesse contexto, já que a área sempre se caracterizou pelo cultivo de arroz, atividade que privilegia a contratação de homens para o desenvolvimento das atividades.

E também, no caso dos idosos, a fixação de moradia ainda pode ter gerado arranjos familiares em que o cônjuge feminino, muitas vezes, é mais jovem. São apenas hipóteses que abrem um leque de possibilidades que devem ser exploradas em estudos mais aprofundados sobre a maior fixação de homens naquela área.

Além de reafirmar as constatações de predominância masculina, a tabela 1, também mostra as médias de idade dos indivíduos estudados que alcançam, para ambos os sexos, 69 anos de idade, ou seja, o maior número de idosos concentra-se nas duas primeiras faixas etárias.

Tabela 1 – Distribuição por sexo e faixa etária dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

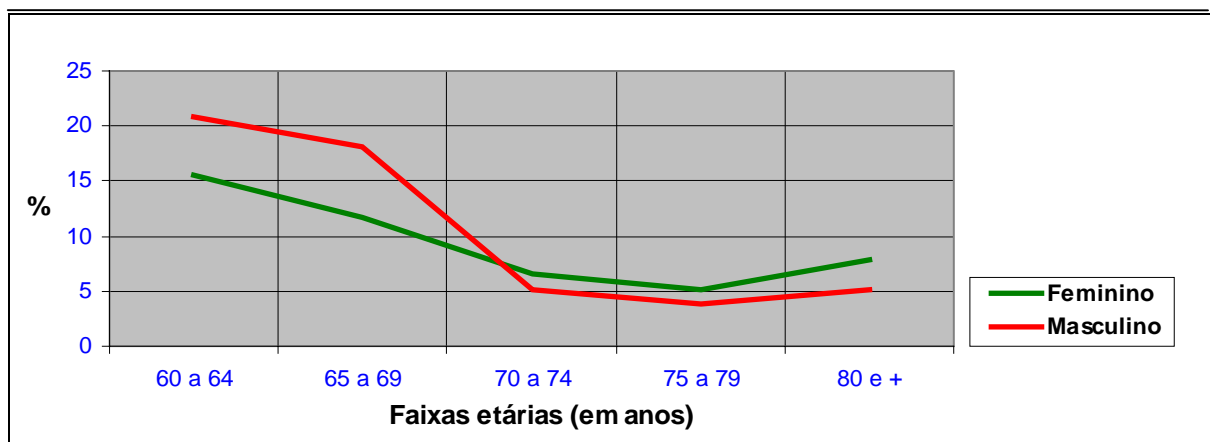
Faixas Etárias	Feminino			Masculino			Total		
	n	%	Média	n	%	Média	n	%	Média
60 a 64	12	15,6		16	20,8		28	36,4	
65 a 69	9	11,7		14	18,2	68 anos	23	29,9	69 anos
70 a 74	5	6,5	70 anos	4	5,2		9	11,7	
75 a 79	4	5,2		3	3,9		7	9,1	
80 e mais	6	7,8		4	5,2		10	13,0	
Total	36	46,8		41	53,3		77	100,00	

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003

A menor representatividade de pessoas com 70 anos e mais é evidenciada também entre os idosos urbanos do Rio Grande do Sul e se relaciona ao fato de que a longevidade da população brasileira só começou a aumentar a partir da década de 70 (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

A esperança de vida ao nascer, no Estado, é de 67,7 anos para homens, 76,1 anos para mulheres e 71,8 anos para ambos os sexos. Já aos 60 anos, a esperança de vida aumenta ainda mais. O número possível de anos de vida, em média, para homens é de 16,17 anos, para mulheres é de 20,85 e 18,63 para ambos (BRASIL, 2002). O que reafirma esse incremento na longevidade e nas médias de idade dos idosos, tanto do Rio Grande do Sul quanto especificamente do meio rural de Arambaré.

Na estratificação por sexo da tabela 1, verifica-se que, mesmo em maior número, a distribuição do sexo masculino está concentrada nas faixas etárias mais jovens de 60 a 69 anos de idade, o que representa uma média de idade de 68 anos. Já as mulheres, apresentam em média 70 anos de idade e sua representação na população começa a aumentar nas idades mais avançadas. A figura 6 abaixo ilustra graficamente essas tendências percentuais.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 6 – Tendência percentual (%) de indivíduos do sexo masculino e feminino, segundo as faixas etárias, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

A tendência percentual apresenta uma queda brusca no número de indivíduos masculinos quando chegam no limiar próximo à média de idade (68 anos). A mortalidade feminina segue uma linha de decréscimo quase proporcional no decorrer das idades, situação considerada “esperada”, mas tende a diminuir a partir dos 80 anos.

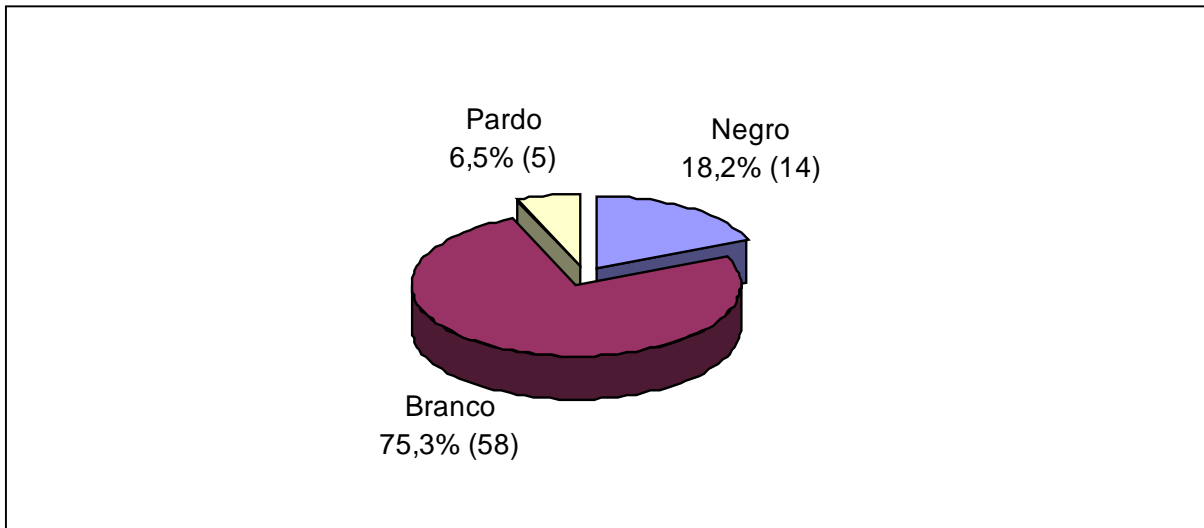
Os índices de mortalidade masculina mais elevados que os femininos, relacionam-se a maior expectativa de vida das mulheres devido a uma provável proteção hormonal; a mortalidade infantil maior em crianças do sexo masculino; as formas de viver diferenciadas que expõem mais os homens a situações de risco; a adoção de condutas protetoras à saúde pelas mulheres; ao desenvolvimento de atividades de lazer e habilidades manuais que as mantém ativas e em interação com grupos comunitários e assistenciais (LOPES, 1993; SOUZA, 1994; SANT’ANNA, 2000; CAMARANO, 2002).

Esses fatores, dessa forma, trazem como reflexo um elevado número de mulheres idosas, ou a “feminização da velhice”, fenômeno que ocorre não só no Brasil, mas em nível mundial. No caso dos idosos do meio rural de Arambaré, a influência desses fatores é visível, mas não chega a ocorrer uma “feminização” considerando o contexto geral.

Observa-se o fenômeno da “feminização” nas faixas etárias mais avançadas e, de uma certa forma, aumenta também os riscos de quadros de morbidades incapacitantes para as mulheres, além de outras conseqüências socioeconômicas, discutidas em outros tópicos desse estudo, que vão interferir no envelhecimento e qualidade de vida dessas pessoas.

Na figura 7, quanto às características de cor/raça, os entrevistados informaram pertencer em sua maioria (75,3%) à categoria de brancos. As

informações gerais sobre os idosos do Rio Grande do Sul (1997), mostram um índice de 84,82% de pessoas de cor/raça branca, índice um pouco maior que os dados encontrados no estudo. Já os que informaram pertencer à categoria de negros representou 18,2% dos entrevistados.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 7 – Características auto-referidas quanto à cor/raça pelos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Essa característica dos idosos do meio rural de Arambaré pode ser evidenciada em função da colonização alemã, portuguesa e espanhola da área do município, sem raízes históricas de quilombos ou atividade agrícola que empregasse mão-de-obra escrava, bem como, não há registros de fluxos migratórios de indivíduos da cor/raça negra para o município (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A cor/raça parda apresentou 6,5%, índice menor que o encontrado entre os idosos urbanos do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 1997). A baixa auto-referência de pertencer à categoria de cor/raça parda, que é a predominante no Brasil, pode ser definida pelos processos de colonização do Estado, mas também pode derivar de preconceitos ou até mesmo de dificuldades na definição de “pardo”.

As diferenças de cor/raça vão influenciar outras situações em que a proporção entre os indivíduos de uma categoria ou de outra deve ser levada em consideração na análise de possíveis desigualdades. Essas influências serão discutidas em sua transversalidade ao se considerar as condições socioeconômicas dos idosos.

Já em relação a culturas religiosas (tabela 2), os idosos referiram, em sua maior parte (84,4%), serem adeptos da religião católica. Houve uma pequena parcela que referiu não professar nenhuma religião (6,5%). A origem étnica das pessoas de Arambaré pode também ter influenciado este aspecto.

De acordo com o relatório de pesquisa sobre as condições de vida dos idosos urbanos do Rio Grande do Sul (1997), também se observa este predomínio da religião católica, mas deve-se levar em conta que, no Brasil, o sincretismo religioso está expresso na convivência do catolicismo, hegemônico oficialmente, com outras manifestações religiosas.

Tabela 2 - Características auto-referidas quanto à religião entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Religião	n	%
Nenhuma	5	6,5
Espírita	1	1,3
Católica	65	84,4
Evangélica	4	5,2
Umbandista	2	2,6
Total	77	100,00

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Outro aspecto é que, principalmente as religiões afro-brasileiras ainda são, muitas vezes, “negadas” por seus adeptos, em função de preconceitos e temores ainda enraizados e oriundos do período em que esses cultos eram proibidos no Brasil, como na Era Vargas (BRANDÃO,1996).

Sabe-se que esse contexto cultural religioso contribui para influenciar nas concepções que esses idosos têm de vida, saúde, envelhecimento e morte, de acordo com as práticas e valores de suas religiões.

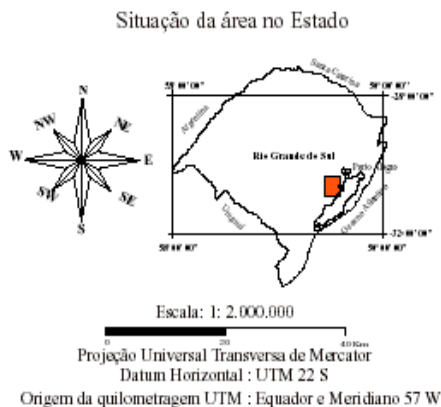
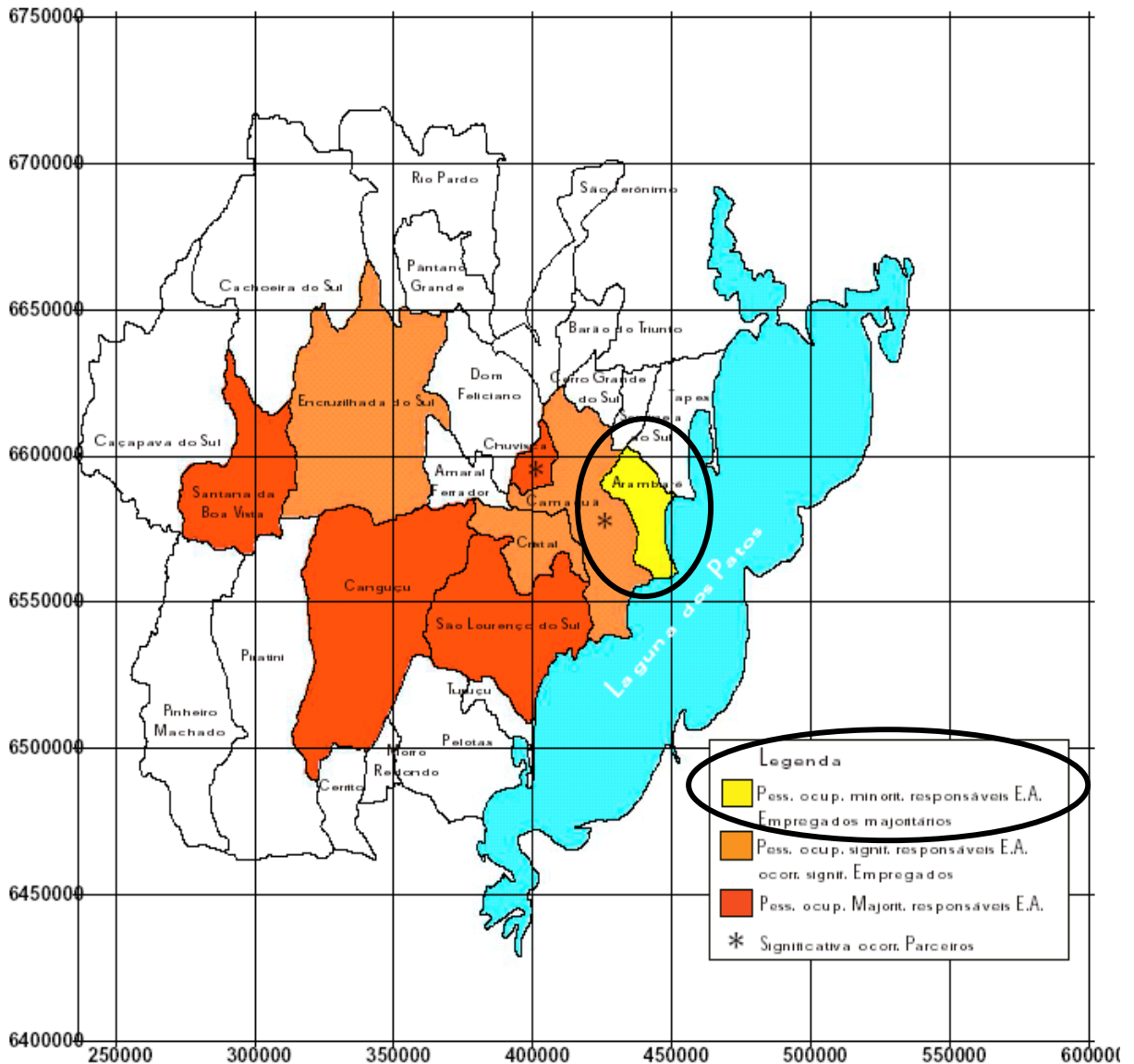
Por outro lado, a participação em grupos religiosos influencia também na constituição de redes de apoio que esses idosos dispõem.

5.1.2 Características socioeconômicas

O município de Arambaré, de uma forma geral, apresenta situações de desigualdade quanto à renda e espaços produtivos. Isso porque poucos proprietários concentram grandes áreas (latifúndios) e possuem alto rendimento com a produção de arroz (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Entre os vários reflexos dessa situação e conseqüências está o Produto Interno Bruto por pessoa (PIB *per capita*) que ultrapassa os índices do Estado; porém, a renda média dos responsáveis pelos domicílios está em torno de dois (2) salários mínimos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

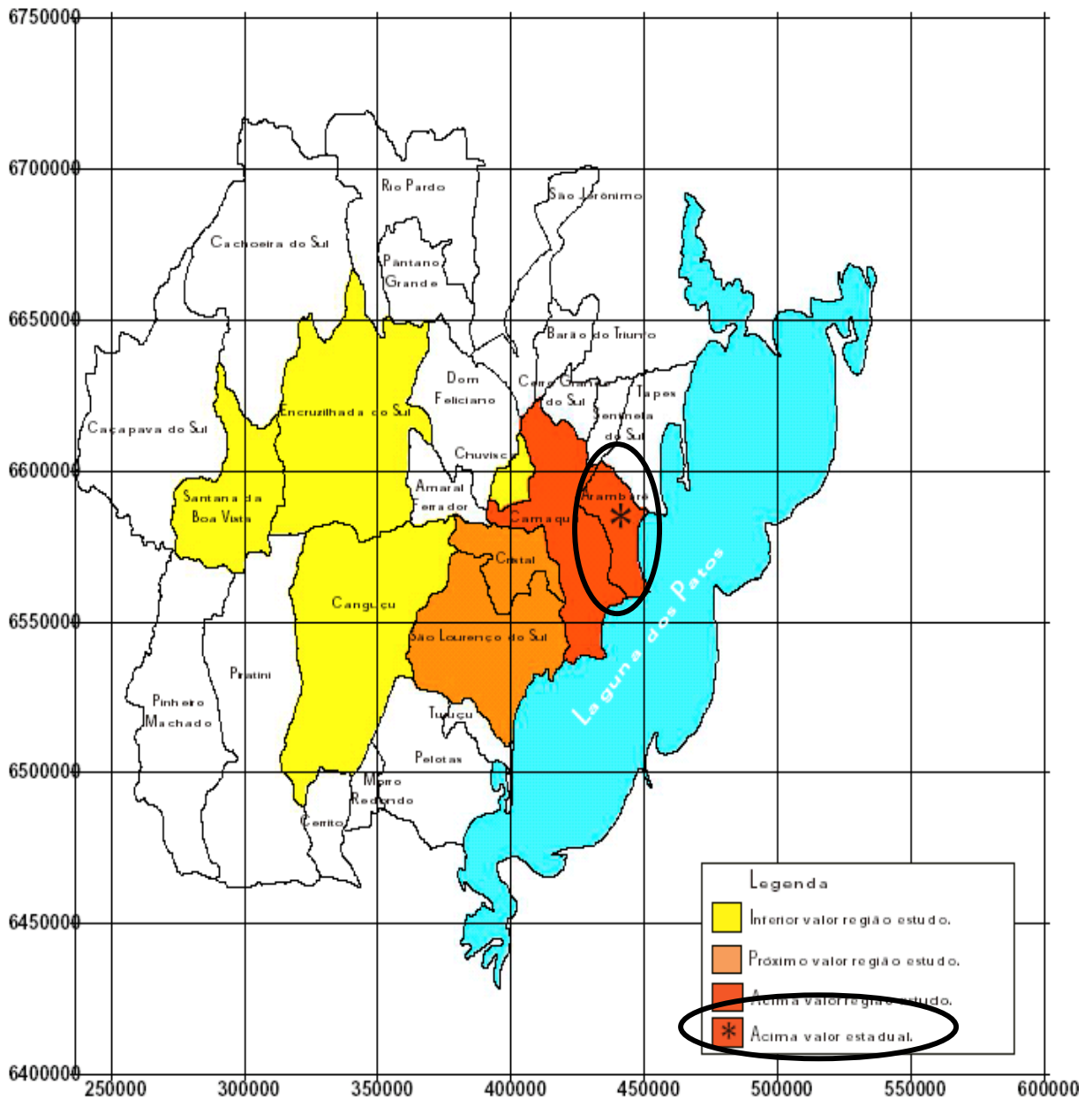
Constata-se, portanto, que a divisão real desse PIB entre a população é favorável aos poucos que também concentram as áreas produtivas. As figuras 8, 9 e 10 ilustram essas considerações (os anos-base são distintos, mas não prejudicam a análise).



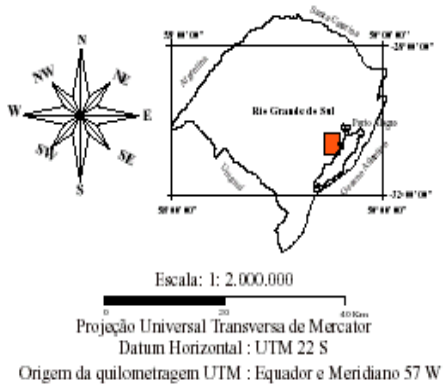
PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa de pessoal ocupado nos estabelecimentos agropecuários (E.A.) - 1995		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOMORFOLOGIA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Ney Fett Júnior	
Geóg. Nathalie Deschamps	Acad. Rafael Ribas	
Mapeamento elaborado a partir de dados BIM 2000, Censo Agropecuário 1995		
Data: Abn/02	Escala: 1:2.000.000	Pess. Ocup. Estabel. Agropecuários

Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Adaptação livre do autor, EENF/UFRGS, 2003.

Figura 8 – Mapa de Pessoal Ocupado nos Estabelecimentos Agropecuários (E.A.) dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 1995), PGDR/UFRGS, 2002.



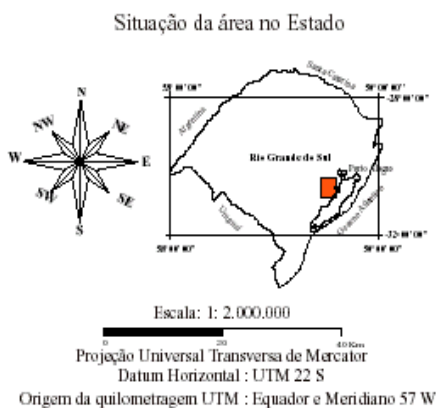
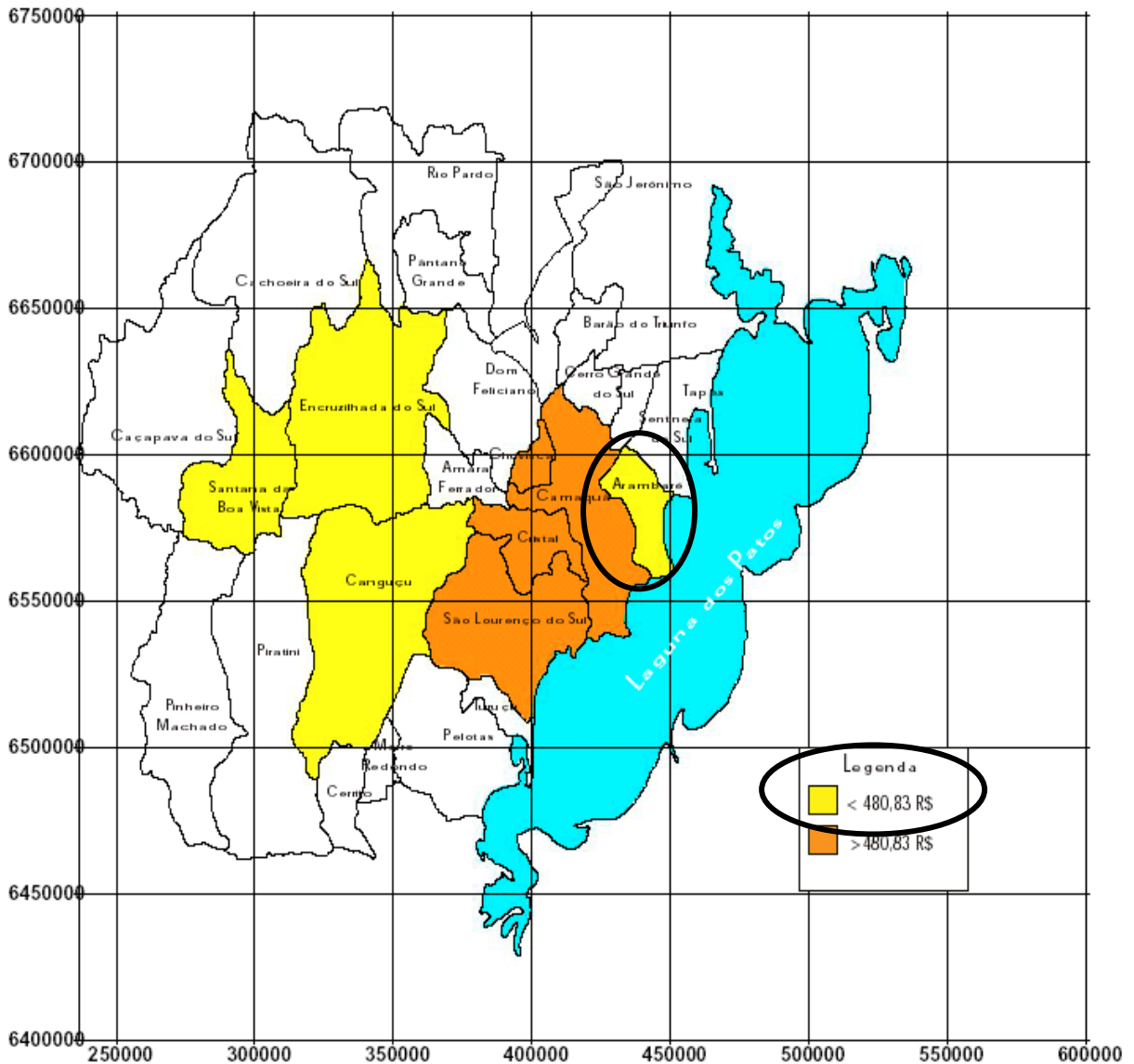
Situação da área no Estado



PGDR - UFRGS		
Projeto: PROINTER		
Detalhe: Mapa de PIB per capita		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOMORFOLOGIA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Ney Fett Júnior	
Geóg. Nathalie Deschamps	Acad. Rafael Ribas	
Mapeamento elaborado a partir de dados do Anuário Estatístico 1998 - FEE.		
Data: ABR/02	Escala: 1:2.000.000	Mapa PIB per capita

Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Adaptação livre pelo autor, EENF/UFRGS, 2003.

Figura 9 - Mapa de PIB *per capita* dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 1998), PGDR/UFRGS, 2002.



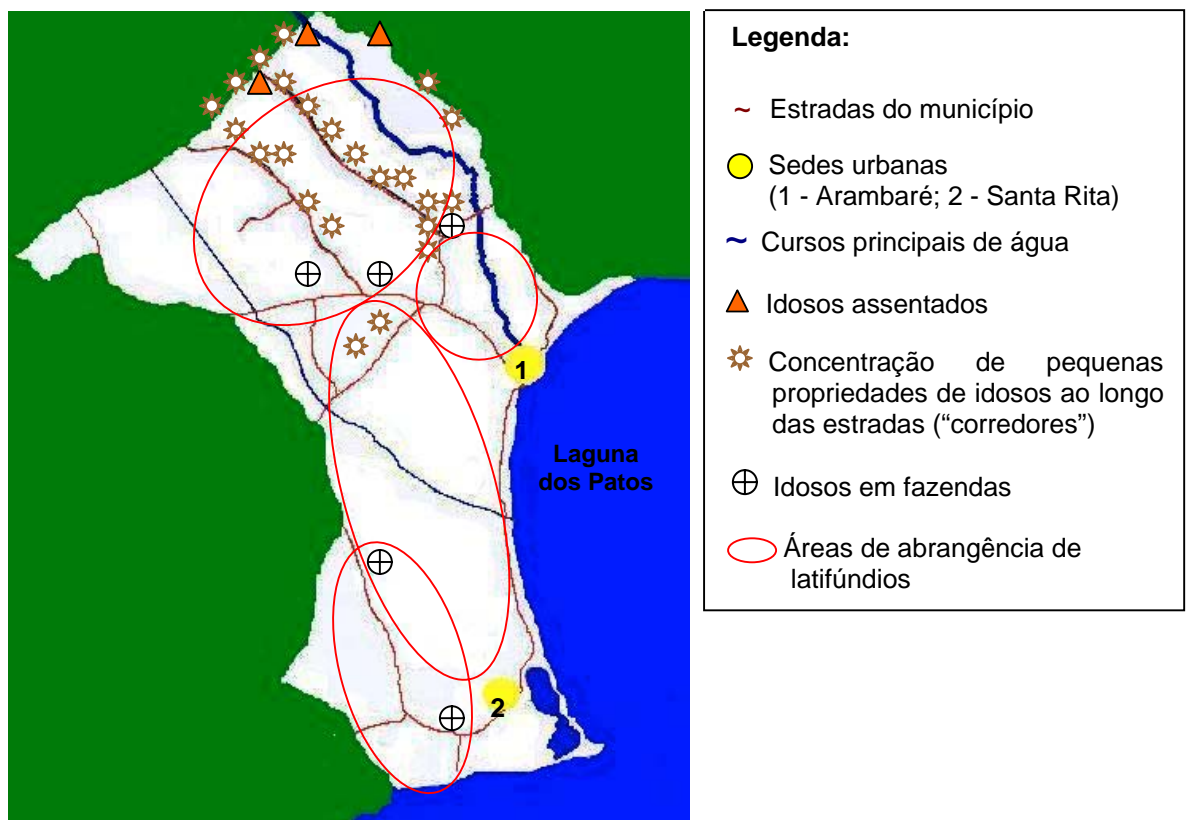
PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa de rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios - 2000		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila T. Silveira	
Acad. Ney Fett Júnior	Geóg. Nathalie Deschamps	
Mapeamento elaborado a partir de dados do IBGE, Censo demográfico 2000.		
Data: Outubro/02	Escala: 1:2.000.000	

Fonte: PGDR/UFRGS (2002). Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Adaptação livre pelo autor, EENF/UFRGS, 2003.

Figura 10 - Mapa de Rendimento Médio Mensal das Pessoas Responsáveis pelos Domicílios dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER (ano-base 2000), PGDR/UFRGS, 2002.

A influência da dinâmica econômica do município é relevante, fundamentalmente, para a população rural, pois o setor produtivo primário (agrícola) é o principal formador do PIB municipal, influenciando também nas rendas familiares dos idosos rurais.

Por outro lado, a concentração de terras define, visivelmente no espaço rural, três distintas áreas: assentamentos, fazendas de latifúndio ou pequenas propriedades ao longo das estradas. A distribuição das moradias dos idosos, portanto, segue a mesma categorização, como se pode observar na figura 11.



Fonte: Base cartográfica da Prefeitura Municipal de Arambaré, complementação com dados da EMATER/RS. Adaptação livre do autor, Arambaré, 2003.

Figura 11 - Cartograma do município de Arambaré identificando as três áreas rurais predominantes, Arambaré, 2003.

Em função dos espaços rurais definidos, entre os idosos estudados apenas oito (8) residem em assentamentos, o que pode ser justificado pelas características do Movimento dos Sem Terra (MST) que é constituído por famílias compostas por crianças, jovens e adultos, em sua maioria, e um número reduzido de idosos. Essa situação relaciona-se ao fato de que os idosos enfrentam condições de precariedade e privação material, bem como, falta assistência à saúde, inviabilizando ou dificultando sua presença nos acampamentos.

Já nas fazendas, encontramos residindo dezesseis (16) idosos, alguns deles ainda desenvolvendo atividades remuneradas, como veremos mais adiante, e outros, total de seis (6), como proprietários de terras.

Os cinquenta e três (53) idosos restantes, representando próximo a 70% do total, encontram-se em propriedades menores que se distribuem ao longo das estradas do município.

As condições de moradia dessas pessoas, de acordo com a tabela 3, mostram que mais da metade (59,7%) possuem residência própria, apenas um (1) idoso referiu que residia de aluguel. Os demais (40,3%) utilizam-se de residências cedidas por familiares ou por proprietários de fazendas (empregadores).

No Rio Grande do Sul, de uma forma geral, os idosos urbanos possuem moradia própria (RIO GRANDE DO SUL, 1997), porém deve-se considerar que possuir moradia própria tem reflexos diferentes nas condições de vida dependendo dos contextos urbanos e rurais em que estão inseridos.

Dessa forma, no caso dos indivíduos pesquisados, adquirir propriedades no decorrer de suas vidas, ou através do MST, influencia nas formas de sustento familiar dos idosos.

Por outro lado, aqueles que vivem em moradias cedidas não dispõem desses mesmos recursos em virtude de estarem trabalhando em terras que não são de sua propriedade ou posse, incluindo-se nessa situação aqueles idosos que são aposentados e continuam desempenhando atividades com vínculo empregatício.

Tabela 3 – Condições de moradia de acordo com a situação, tipo de construção e número de cômodos, segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Condições de moradia	Localidades						Total	
	Assentamentos		Fazendas		Estradas		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Situação								
Própria	5	6,5	6	7,8	35	45,5	46	59,7
Alugada/arrendada	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Cedida	3	3,9	10	13,0	18	23,4	31	40,3
Tipo de Construção								
Alvenaria	3	3,9	16	18,2	42	54,5	61	79,2
Madeira	3	3,9	0	0,0	7	9,1	10	13,0
Mista	2	2,6	0	0,0	4	5,2	6	7,8
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Número de Cômodos na Residência								
Um a três	2	2,6	1	1,3	5	6,5	8	10,4
Quatro a sete	6	7,8	6	7,8	39	50,6	51	66,2
Oito e mais	0	0,0	9	11,7	9	11,7	18	23,4
Total	8	10,4	16	20,8	53	68,8	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Na mesma tabela, compondo o total de moradias construídas em alvenaria (aproximadamente 80%), identificam-se todas as residências que estão em fazendas. Nos assentamentos, elas são em número de três (3) e nas outras localidades (leito das estradas) são quarenta e duas (42).

O revestimento das paredes e as aberturas dessas moradias encontram-se na maioria em bom estado de conservação, principalmente nas fazendas, tanto nas moradias de idosos empregados como nas de proprietários.

As figuras 12, 13, 14 e 15, a seguir, podem ilustrar melhor as condições das moradias dos idosos com construção em alvenaria.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 12 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso assentado.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 13 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso em pequena propriedade no leito de estrada.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 14 - Imagem fotográfica ilustrando moradias em alvenaria de empregados e de idoso de uma fazenda.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 15 - Imagem fotográfica ilustrando moradia em alvenaria de idoso proprietário de fazenda.

Por outro lado, as moradias em madeira ou mistas (madeira e alvenaria) apresentam precariedade estrutural. Nos assentamentos, essas moradias são em número de cinco (5), representando a maioria das residências dos idosos dessa localidade. Nas pequenas propriedades das estradas, encontram-se onze (11) moradias em situação semelhante.

Essas constatações podem ser observadas nas figuras 16 e 17 abaixo, que evidenciam o empobrecimento nas construções dos assentados e em algumas pequenas propriedades.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 16 – Imagem fotográfica ilustrando moradia mista de idoso em leito de estrada.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 17 - Imagem fotográfica ilustrando moradia mista de idoso em assentamento.

De forma geral, essas residências são compostas, na sua maioria (66,2%), de quatro a sete cômodos e 23,4% dos idosos possuem moradias com mais de oito cômodos. Em função disso, os índices de densidade, conforme o quadro 5, são adequados em termos de conforto e comodidade para o idoso, tendo em vista que em grande parte das moradias (39,0%) há apenas duas (2) pessoas residindo.

Total de pessoas residentes na moradia	n	%
Uma	12	15,6
Duas	30	39,0
Três	18	23,4
Quatro	12	15,6
Cinco ou mais	5	6,5
Total	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 5 - Total de pessoas residentes nas moradias dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Por outro lado, esses números influenciam, principalmente, na renda familiar (total e *per capita*) e na rede familiar de apoio a esses idosos.

Ainda no que se refere às condições de moradia dos idosos, a tabela 4 abaixo mostra a presença ou ausência de rede elétrica instalada e o abastecimento de água disponíveis nas residências.

Tabela 4 - Condições de moradia de acordo com a instalação de rede elétrica e abastecimento de água, segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Condições de moradia	Localidades						Total	
	Assentamentos		Fazendas		Estradas		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rede elétrica								
Instalada	8	10,4	16	20,8	43	55,8	67	87,0
Não instalada	0	0,0	0	0,0	10	13,0	10	13,0
Abastecimento de água								
Rede geral pública	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poço raso	8	10,4	10	13,0	33	42,9	51	66,2
Poço artesiano	0	0,0	6	7,8	14	18,2	20	26,0
Outras fontes não protegidas	0	0,0	0	0,0	6	7,8	6	7,8
Total	8	10,4	16	20,8	53	68,8	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Em vista das informações da tabela acima, a rede elétrica está instalada em 87,1% das residências, ou seja, sessenta e sete (67) domicílios. Há dez (10) domicílios sem instalações, que são pertencentes à área de leito das estradas. De acordo com informações da Prefeitura Municipal, a energia elétrica será fornecida a essas moradias dentro de alguns meses.

Já o abastecimento de água, é provido por poços ou outras fontes, tendo em vista que a rede geral pública só está estruturada para a área urbana da sede municipal.

A utilização de poços rasos representa 66,2% das moradias dos idosos do meio rural. Todos os oito (8) idosos dos assentamentos se utilizam desse recurso. Há dez (10) moradias nas fazendas que também são servidas por esses poços, sendo aquelas cedidas para residência.

As demais moradias nas fazendas, em número de seis (6), são de proprietários abastecidos por poços artesianos. Isso se justifica pelos custos elevados desses poços que são mais protegidos e profundos com água de melhor qualidade.

Há também seis (6) moradias de idosos que utilizam outras fontes de água não protegidas, como arroios que cruzam o município na área rural. A qualidade da água dessas fontes, segundo as informações coletadas pelo PROINTER é prejudicada em função da poluição por metais pesados (sulfato férrico) e/ou coliformes fecais e salinidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002). Entretanto, além dessas fontes não-protegidas, a água dos poços rasos também é comprometida, tendo em vista que a sua profundidade alcança camadas mais superficiais do lençol freático que são as mais sujeitas a contaminações.

Tabela 5 - Condições de moradia de acordo com a infra-estrutura sanitária (tipo de esgotamento e de instalação), segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Condições de moradia	Localidades						Total	
	Assentamentos		Fazendas		Estradas		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Esgotamento sanitário								
Rede pública	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fossa séptica	8	10,4	16	20,8	37	48,1	61	79,2
Fossa rudimentar	0	0,0	0	0,0	13	16,9	13	16,9
Outros escoadouros	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	3,9
Instalação sanitária								
Com descarga e dentro da residência	5	6,5	16	20,8	33	42,9	54	70,1
Sem descarga e dentro da residência	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Com descarga e fora da residência	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	3,9
Sem descarga e fora da residência	3	3,9	0	0,0	16	20,8	19	24,7
Total	8	10,4	16	20,8	53	68,8	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

O esgotamento sanitário por fossas sépticas representa um percentual em torno de 70% no município, incluindo domicílios tanto rurais como urbanos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003). Contudo, ao analisarmos as condições de saneamento nos locais onde moram os idosos rurais, na tabela 5, podemos verificar que há fossas sépticas em 79,2% das moradias, distribuídas nos três tipos de localidades.

Porém, persistem em 20,8% das moradias, pertencentes a pequenas propriedades nas estradas, as fossas rudimentares e outros escoadouros sanitários. Nessas localidades estão também dezesseis (16) das dezenove (19) residências que apresentam instalação sanitária precária (casinhas sem descarga).

Conforme a tabela 6, a coleta de lixo foi referida em menos de 10% das moradias. Mais da metade (67,5%) referiu que queima lixo na propriedade e, dependendo do material, ele é enterrado por 41,6% dos entrevistados e/ou jogado a céu aberto (9,1%) na própria propriedade.

Tabela 6 - Condições de moradia de acordo com o destino do lixo, segundo localidades, dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Condições de moradia	Localidades						Total	
	Assentamentos		Fazendas		Estradas		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Destino do lixo								
Coletado	0	0,0	4	5,2	3	3,9	7	9,1
Queimado na propriedade	4	5,2	10	13,0	38	49,4	52	67,5
Enterrado na propriedade	4	5,2	9	11,7	19	24,7	32	41,6
Jogado a céu aberto	1	1,3	0	0,0	6	7,8	7	9,1

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

A coleta de lixo nas áreas urbanas e rurais do município apresenta uma proporção geral em torno de 70%, ou seja, a área urbana é privilegiada por esse serviço municipal (BRASIL, 2003).

Todavia, mesmo havendo coleta de lixo em algumas propriedades, tanto dos idosos rurais como da população em geral, não há aterro sanitário no município, somente uma área a céu aberto que, segundo o poder público, é fiscalizada pela Fundação Estadual de Proteção Ambiental (BRASIL, 2003; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002)

Esse quadro sanitário pode refletir-se em problemas de saúde derivados de contaminação biológica dos reservatórios naturais diretamente ou do lençol freático, tanto pelo lixo como pelas condições de infra-estrutura sanitária vistas

anteriormente. As moradias mais suscetíveis a essa situação encontram-se nas pequenas propriedades rurais ao longo das estradas e os idosos que lá residem, nesse sentido, podem estar mais expostos a doenças parasitárias de veiculação hídrica.

Nenhum dos entrevistados referiu cuidado especial com embalagens vazias de agrotóxicos que são outros elementos de risco potencial à saúde e ao ambiente se mal manuseados. Esse cuidado deve ser priorizado, já que os agrotóxicos são muito utilizados na orizicultura e contaminam facilmente as fontes de água. O caso do Arroio Velhaco, principal curso de água do município, é um exemplo dessa situação, sofrendo ainda com os resíduos das plantações de fumo dos municípios que percorre, desaguando na Laguna dos Patos vários materiais de origem química.

Tabela 7 - Posse de bens de consumo entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

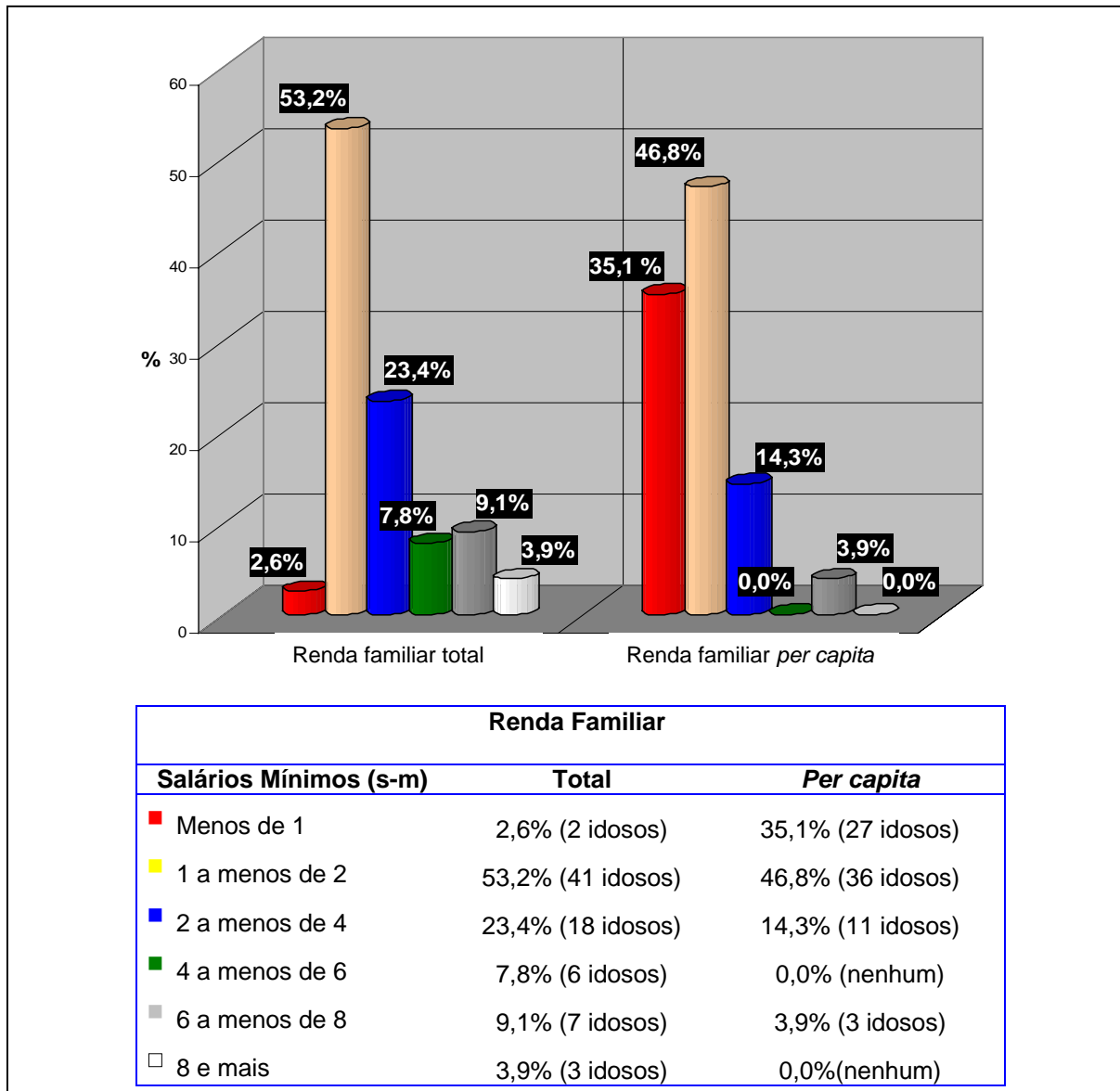
Bens de consumo	n	%
Televisor	63	81,8
Geladeira	63	81,8
Fogão a gás	71	92,2
Fogão a lenha	71	92,2
Rádio	71	92,2
Automóvel	28	36,4
Trator	13	16,9
Outras máquinas agrícolas	10	13,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quanto aos bens de consumo, referidos na tabela 7, mais de 80% das residências possuem televisor, geladeira, fogão a gás e a lenha e rádio. Todavia são bens relativamente comuns de encontrarmos na maior parte das moradias brasileiras e a avaliação das condições de uso deve ser levada em conta. O grande diferencial está na posse de outros bens de consumo como automóvel (36,4%), trator (16,9%) e outras máquinas agrícolas (13,0%) já que a aquisição dos mesmos está relacionada ao alto custo e ao comprometimento da renda familiar.

De acordo com a figura 18 seguinte, essa renda familiar total, em salários mínimos (s-m), entre os idosos estudados é, em média, de 2,9 s-m. Porém, essa

média pode estar superestimada, em virtude das rendas elevadas da faixa acima de 8 s-m. Isso se justifica pelo fato de que os três (3) domicílios dessa faixa apresentaram renda de 13 a 20 s-m, o que impulsiona a média para índices maiores.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 18 - Renda familiar total e *per capita* entre idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

O que se pode considerar, portanto, é que um pouco mais da metade das famílias dos idosos (53,2%) apresenta renda entre 1 a menos de 2 s-m, ou seja, essa é a condição predominante entre os entrevistados. O relatório de pesquisa sobre as condições de vida dos idosos urbanos do Rio Grande do Sul (1997) aponta

a baixa renda entre os idosos do Estado, coincidindo com as observações do estudo.

Essas considerações são complementadas por Camarano (2002) que argumenta ser de quase 50% a proporção de idosos, nas famílias brasileiras, com rendimento familiar menor que dois salários mínimos. Dessa forma, corrobora que a maior parte das famílias dos idosos percebe até 2 salários mínimos para sustento de todos os membros que as compõem.

Na faixa de renda intermediária, no caso de Arambaré, encontram-se 23,4% das famílias de idosos que percebem entre 2 a menos de 4 s-m. A faixa mais baixa de renda, ou seja, menos de 1 salário mínimo, compõe-se de duas (2) famílias, porém o valor dessas rendas é zero, o que vai definir, em discussão posterior, uma dependência econômica do idoso em relação aos seus familiares.

Por outro lado, ao distribuímos a renda familiar entre cada membro, ou seja, a renda *per capita*, a proporção maior também se apresenta na faixa entre 1 a menos de 2 s-m/pessoa em quase metade das famílias (46,8%), com média de 1,3 s-m/pessoa. Nos dados da PNAD de 1998, analisados por Romero (2002), essas constatações se reforçam, tendo em vista que 61,9% das famílias brasileiras com idosos, acima de 65 anos de idade, apresentam um rendimento *per capita* de até 2 salários mínimos.

Na distribuição de renda *per capita* entre os idosos rurais de Arambaré, também se observa que vinte e cinco (25) famílias sofrem decréscimo na renda, sendo incluídas na faixa de menos de 1 s-m, contribuindo, assim, para que essa faixa comporte, no total, 35,1% das famílias. A média nessa faixa de renda *per capita* chega a pouco mais de um décimo (1/10) de salário mínimo por pessoa, o que

reflete em uma condição econômica bastante desfavorável para essas famílias de idosos.

A proporção de idosos considerados pobres na população brasileira, para Barros, Mendonça e Santos (1999) que avaliaram a incidência e a natureza da pobreza entre idosos no país, oscila entre 20 a 25%.

Essa condição de pobreza é determinada pelas “linhas de pobreza” que são arbitrárias e pautadas somente em critérios econômicos de consumo e utilização de serviços. Ao levar-se em conta apenas esses critérios, a condição dos idosos poderia não estar tão adversa já que, comparativamente, os “índices de pobreza” são bem mais desfavoráveis para os demais segmentos populacionais.

Mesmo assim, os dados podem ser relativizados e complementados. Os mesmos autores ainda afirmam que há diferenciais de “pobreza” entre urbano e rural, apontando que a região sul apresenta disparidades de até 5 pontos percentuais favoráveis aos idosos urbanos.

A partir dessas constatações e conforme o estudo de Lima-Costa *et al.* (2003) as menores rendas (*per capita*) brasileiras são mais frequentes entre os idosos residentes em zona rural, portanto, existe uma situação econômica desfavorável na dicotomia rural/urbano.

A análise multivariável da renda *per capita* por estrato de sexo não apresentou diferenças significativas ($p\ value > 0,05$; $\alpha = 5\%$). Todavia, houve relações que apontaram disparidades entre aqueles que referiram pertencer às categorias de cor/raça “negra” e “branca”, apresentadas a seguir.

Na tabela 8, podemos observar que as rendas familiares menores que 1 salário mínimo, ou seja, os dois casos de renda igual a zero, pertencem a idosos negros.

Tabela 8 – Distribuição da renda familiar total e *per capita*, segundo cor/raça referida, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Renda em Salários Mínimos	Cor/raça auto-referida							
	Negra		Branca		Parda		Totais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Familiar total								
Menos de 1	2	2,6	0	0,0	0	0,0	2	2,6
1 a menos de 2	12	15,6	27	35,1	2	2,6	41	53,2
2 a menos de 4	0	0,0	15	19,5	3	3,9	18	23,4
4 a menos de 6	0	0,0	6	7,8	0	0,0	6	7,8
6 a menos de 8	0	0,0	7	9,1	0	0,0	7	9,1
8 e mais	0	0,0	3	3,9	0	0,0	3	3,9
Familiar <i>per capita</i>								
Menos de 1	14	18,2	12	15,6	1	1,3	27	35,1
1 a menos de 2	0	0,0	32	41,6	4	5,2	36	46,8
2 a menos de 4	0	0,0	11	14,3	0	0,0	11	14,3
4 a menos de 6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 a menos de 8	0	0,0	3	3,9	0	0,0	3	3,9
8 e mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total cor/raça	14	18,2	58	75,3	5	6,5	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Já a renda *per capita*, mostra que os idosos negros não conseguem alcançar uma distribuição familiar de renda acima de 1 s-m/pessoa. Constatou-se, também, que entre os bens de consumo de propriedade desses idosos não constam automóvel, trator e máquinas agrícolas, que refletem essa baixa renda.

As informações dos autores Barros, Mendonça e Santos (1999), demonstram uma “incidência de pobreza” duas vezes maior entre os idosos negros do que entre os brancos no Brasil. O hiato entre os dois segmentos é preenchido por aqueles que se auto-referem pardos. No caso dos idosos estudados, a cor/raça parda não apresentou significância estatística quando comparada às outras.

Nesse contexto, contudo, deve-se levar em conta as proporções dos indivíduos de cada cor/raça nas diferentes regiões, o que pode definir maiores heterogeneidades. Nesse caso, enquadra-se Arambaré, pertencente a região sul que é caracteristicamente composta por indivíduos de cor/raça branca quase 4 vezes maior que a negra (BRASIL, 2002).

Entre os idosos rurais do município, as relações de cor/raça com renda familiar *per capita* mostram, no teste de diferenças entre proporções (Z), desigualdades econômicas entre negros e brancos ($p = 0,00021$, $\alpha = 5\%$).

A justificativa se pauta em que, não bastasse a constatação de que todos os idosos negros encontram-se com sua renda *per capita* menor que 1 s-m/pessoa, soma-se ainda o fato de que essas rendas ficam abaixo da média dessa faixa, diferentemente dos brancos, os quais apresentam índices próximos ou superiores à mesma média, indicando diferenças entre “pobres” negros e “pobres” brancos.

Camarano (2001) refere que aproximadamente 66% da renda das famílias brasileiras com idosos compõe-se dos rendimentos desses idosos seja através de aposentadorias, benefícios e/ou outras atividades.

Na tabela 9, as rendas das famílias dos idosos estudados, apresentam uma dependência bem maior. Em quase 70% das famílias a dependência é total dos rendimentos dos idosos, incluindo aposentadorias, pensões, atividades remuneradas e outros.

Tabela 9 – Procedência dos rendimentos familiares entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Procedência dos rendimentos familiares	n	%
Rendimentos do(s) idoso(s)	52	67,5
Rendimentos do(s) idoso(s) e de outros familiares	19	24,7
Rendimentos de outros familiares (exclusivamente)	6	7,8
Total	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Observa-se, portanto, que somente em 24,7% das famílias, há uma complementaridade entre os rendimentos dos idosos e de outros familiares que é praticamente equitativa. Já para os idosos que não participam da renda, a proporção é de 7,8%, que dependem exclusivamente da remuneração dos outros familiares.

A mesma autora, comparativamente e de forma relativa, avalia que há um número menor de famílias brasileiras consideradas “pobres” quando os idosos participam da renda. Dessa forma, é uma situação que confere impacto significativo nos recursos econômicos que as famílias vão dispor e, conseqüentemente, pode influenciar nas condições de vida e saúde dos idosos.

Complementarmente, Delgado e Cardoso Junior (1999), referem que no meio rural da região sul, o benefício previdenciário representa, no mínimo, 90% da renda domiciliar para as famílias situadas na faixa de zero a dois s-m de renda total. Situação que centra o idoso na condição de sustentação da renda domiciliar rural.

Por outro lado, essa situação também pode ser um reflexo da alta taxa de desemprego brasileira em que os mais jovens acabam dependendo desses idosos, exigindo um apoio material, o que reduz a disponibilidade que o idoso tem de seus rendimentos. No meio rural, como é o caso de Arambaré, pode ser um determinante para a permanência desses jovens no campo, em função das poucas oportunidades reais de trabalho dos grandes centros urbanos.

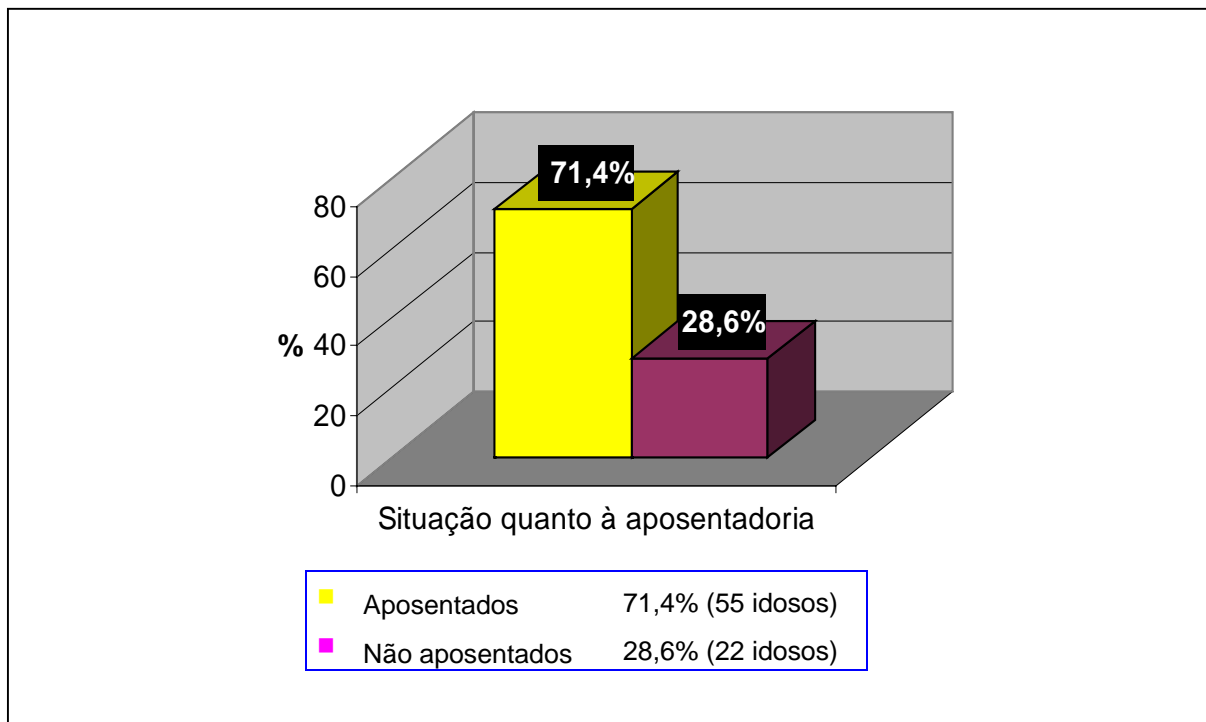
Essa inserção econômica dos idosos nas famílias define posições de poder. No caso em que há dependência familiar dos seus rendimentos, o idoso assume ou mantém o papel de chefe ou responsável pela família. Nos casos em que só complementa a renda ou depende economicamente da família, o papel assumido na família será mais secundário. Essas estruturas de poder dentro da família determinarão conseqüências como a mudança nas relações de apoio e cuidado ao idoso.

Nas situações de viuvez, principalmente as mulheres podem assumir papéis que anteriormente eram desempenhados por seus cônjuges e definidos pela estruturação do poder nas relações de gênero familiares. A mulher idosa, nesse

caso, pode ocupar a função de provedora ou chefe da família, reestruturando esse poder dentro das famílias.

Essas informações são fruto de observações na realização das entrevistas e análises da composição das famílias e papéis assumidos, ocultados pelos números em função de sua característica relacional e da mobilidade da estrutura de poder na família.

A aposentadoria é a forma mais comum dos idosos estudados contribuírem para a renda familiar. Em vista disso, na figura 19 podemos constatar que os aposentados representam 71,4% da população de estudo.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 19 - Situação quanto à aposentadoria dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Por outro lado, há 28,6% de idosos que não se beneficiaram da aposentadoria. Os motivos são vinculados à perda de comprovantes do tempo de serviço, trabalho informal sem registro - situação comum no meio rural - falta de encaminhamento de documentação e carência de informações. No Rio Grande do

Sul, entre idosos urbanos, a proporção de não aposentados é maior, quase 35% dos idosos (RIO GRANDE DO SUL, 1997; DELGADO; CARDOSO JUNIOR, 1999).

As taxas de exclusão da previdência rural (número de pessoas com direito ao benefício dividido pela soma do número de beneficiárias e de pessoas excluídas), conforme Delgado e Cardoso Junior (1999), são de cerca de 7,1% para a região sul e, entre os inválidos, chega a 42,5%. Entre os sexos, a taxa de exclusão feminina é quase três vezes maior que a masculina (9,8% mulheres; 3,4% homens).

Entretanto, os idosos rurais inválidos de Arambaré são todos aposentados, ou seja, uma taxa de exclusão igual a zero. Quanto aos aposentados e não aposentados, a composição de homens e mulheres foi praticamente equitativa, o que confere uma situação privilegiada nesse sentido.

O tipo de aposentadoria mais referido entre os idosos do estudo, segundo a tabela 10, mostra que o tipo mais comum de aposentadoria é por idade, representando praticamente a metade dos aposentados (49,4%).

Tabela 10 – Distribuição do tipo de aposentadoria nas faixas de renda familiar *per capita* dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Renda Familiar <i>per capita</i> em Salários Mínimos	Tipo de Aposentadoria									
	Tempo de Serviço		Idade		Invalidez		Nenhuma		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Menos de 1	1	1,3	12	15,6	4	5,2	10	13,0	27	35,1
1 a menos de 2	1	1,3	21	27,3	5	6,5	9	11,7	36	46,8
2 a menos de 4	3	3,9	4	5,2	2	2,6	2	2,6	11	14,3
4 a menos de 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 a menos de 8	1	1,3	1	1,3	0	0,0	1	1,3	3	3,9
8 e mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	7,8	38	49,4	11	14,3	22	28,6	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

O índice de aposentados por idade corrobora com os observados entre idosos urbanos do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 1997), mas o tipo de aposentadoria por invalidez, em Arambaré, é superior, representando 14,3% dos aposentados.

Já o tipo de aposentadoria por tempo de serviço foi observado em menor proporção que o Estado, apenas 7,8%.

Esse quadro pode se justificar pelos problemas que os idosos do meio rural, em especial, enfrentam para receber o benefício da previdência por tempo de serviço, ou seja, a comprovação dos anos de trabalho e os trâmites burocráticos envolvidos. Isso também justifica os motivos, já citados, da proporção de não-aposentados no meio rural de Arambaré.

Por outro lado, ao distribuir os tipos de aposentadoria por renda familiar *per capita*, nota-se que a aposentadoria por tempo de serviço encontra-se em todas as faixas de renda. A hipótese provável para isso é de que, aqueles com a documentação em dia, conseguiram a aposentadoria por tempo de serviço e contribuía, em alguns casos, para perceber mais de um salário mínimo de benefício ao aposentarem-se.

Já os demais tipos, idade e invalidez, concentram-se na faixa de renda menor que 1 salário mínimo/pessoa e na faixa entre 1 a menos de 2 salários mínimos/pessoa.

No caso daqueles que não são aposentados, a renda também fica distribuída na mesma faixa. Essa situação demonstra que os idosos aposentados por tempo de serviço são beneficiados economicamente.

Entre os idosos aposentados, segundo a tabela 11, a atividade produtiva desenvolvida antes da aposentadoria centrava-se, em sua maioria, no ramo agrícola (61,8%).

Tabela 11- Atividade produtiva desenvolvida anteriormente à aposentadoria, segundo o sexo, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Atividade produtiva desenvolvida anterior a aposentadoria	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agrícola	14	25,5	20	36,4	34	61,8
Prestação de serviços	1	1,8	6	11,0	7	9,1
Comércio (empregado)	1	1,8	1	1,8	2	3,6
Indústria (empregado)	1	1,8	1	1,8	2	3,6
Do lar	10	18,2	0	0,0	10	18,2
Total	27	49,1	28	51,0	55	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

No Rio Grande do Sul, tendo em vista a origem predominantemente rural dos idosos, as atividades de trabalho desempenhadas antes da aposentadoria vinculam-se principalmente a agropecuária, ramo de atividades que prevalecia, na época, no Brasil (RIO GRANDE DO SUL, 1997; DELGADO; CARDOSO JUNIOR, 1999).

As atividades referidas como “do lar” representaram 18,2% dos aposentados rurais de Arambaré, mas foram referidas apenas por mulheres e vinculadas exclusivamente a atividades remuneradas em outras residências que não a sua (empregadas domésticas). O conceito para essas mulheres de “trabalho produtivo”, na perspectiva de gênero, valoriza somente as atividades remuneradas e oculta o trabalho rural na propriedade e o doméstico (cuidados com filhos e casa), desconsiderando-se também a dupla jornada de trabalho a que se submetem.

Quanto à aposentadoria rural, segundo Delgado e Cardoso Junior (1999), a Constituição de 1988 sofreu alterações importantes quando os valores reduzidos dessas aposentadorias equipararam-se com as urbanas. Contudo, a implementação das novas normas para aposentadoria só foi efetivada a partir de 1992.

Dentre os avanços mais importantes dessas diretrizes foi o acesso das mulheres ao benefício, a redução da aposentadoria para 60 anos homens e 55 anos mulheres e o estabelecimento de piso de aposentadorias e pensões em um salário mínimo. Isso possibilitou que a renda familiar rural se elevasse e, nesse

sentido, de acordo os mesmos autores acima, “os benefícios foram mais favoráveis a pessoas de pequenos municípios, regiões ou estados economicamente mais pobres, idosos do sexo feminino e economias rurais mais débeis” (1999, p. 23).

Esses benefícios, deste modo, proporcionam também um aporte maior de investimentos por parte dos idosos na pequena agricultura familiar, ocasionando reflexos importantes para as suas condições econômicas.

Os dados da região sul mostram que 48% dos domicílios são responsáveis por estabelecimento rural ativo, sendo a agricultura a atividade predominante em 72% deles. As aposentadorias são parcelas particularmente significativas, representando quase 45%, na manutenção e custeio dessas atividades rurais (DELGADO; CARDOSO JUNIOR, 1999).

Contudo, a aposentadoria, mesmo representando o rendimento que mais contribui para a família do idoso rural, particularmente em Arambaré, é complementada, em alguns casos, por trabalho remunerado do idoso, mostrando continuidade em atividades, sobretudo relacionadas ao ramo agrícola que exige capacidade física para desenvolvê-las.

Essas atividades agrícolas dos idosos estudados envolvem 28,6% dos aposentados e 16,9% dos não aposentados, conforme a tabela 12. Somados mostram quase a metade dos idosos ainda em atividade agrícola.

Tabela 12 - Atividade produtiva atual desenvolvida pelos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Atividade produtiva atual	Aposentado		Não aposentado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	15	19,5	2	2,6	17	22,08
Agrícola	22	28,6	13	16,9	35	45,5
Prestação de serviços	4	5,2	2	2,6	6	7,8
Comércio (proprietário)	2	2,6	1	1,3	3	2,9
Do lar	12	15,5	4	5,2	16	20,7
Total	55	71,4	22	28,6	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

A propósito dessa situação, Giatti e Barreto (2003) referem que, na PNAD de 1998, a proporção brasileira de idosos que ainda trabalhavam era de 26,9% e, desses, 64% em trabalhos informais e já aposentados. Os dados para a região sul mostram uma proporção de quase 20%, concentrados em atividades agrícolas.

Delgado e Cardoso Junior (1999), nesse sentido, complementam referindo que entre os idosos rurais dessa região, 64,1% estavam sem ocupação; porém, dos idosos ocupados, 37% eram remunerados e 11,8% sem remuneração. Esse último percentual é composto, principalmente, pelos idosos que trabalham na produção para consumo próprio (subsistência).

Na tabela anterior também se pode observar que, mais uma vez, as atividades do ramo “do lar” foram citadas apenas por mulheres, tanto aposentadas como não aposentadas, representando 20,7% dos idosos que ainda trabalham. Entretanto, são consideradas somente as atividades remuneradas desenvolvidas como empregadas domésticas e se dão, exclusivamente, nos casos em que residem em fazendas. As tarefas domésticas em suas moradias e a serviço da família, novamente, não foram referidas.

Tanto as atividades anteriores como as atuais dos idosos rurais, não exigiam e não exigem um grau de escolaridade elevado, por se tratarem de atividades não-especializadas. Em virtude disso, na tabela 13, pode-se constatar que há um alto índice de analfabetos entre os idosos do meio rural de Arambaré, representando uma proporção de 39,0%. Mais da metade (55,8%), conseguiu concluir, no máximo, 4 anos do Ensino Fundamental e apenas 4 pessoas (6,2%) avançaram até o Ensino Médio.

Tabela 13 – Escolaridade dos idosos do meio rural, segundo sexo, Arambaré, 2003.

Escolaridade*	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	17	22,0	13	16,9	30	39,0
Fundamental Incompleto**	17	22,0	26	33,8	43	55,8
Fundamental Completo	0	0	0	0	0	0
Médio Incompleto	1	1,3	0	0	1	1,3
Médio Completo	1	1,3	2	2,6	3	4,9
Superior	0	0	0	0	0	0
Total	36	46,8	41	53,3	77	100,00

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

* Equivalência com Lei de Diretrizes e Bases da Educação atual

** no máximo 4 anos de estudo

Já a proporção de analfabetos, na população geral de idosos de Arambaré, apresenta-se com diferenciais entre as faixas etárias. Assim, a faixa etária de 60 a 69 anos possui um índice de 24,4%; a faixa de 70 a 79 anos, 36%; e 52% na faixa etária de 80 e mais anos (BRASIL, 2002). No Rio Grande do Sul (1997), o analfabetismo entre idosos chega a quase 20% para idosos urbanos e, da mesma forma que os idosos rurais de Arambaré, afeta mais mulheres do que homens, tendo em vista que quanto mais velha a população idosa, portanto, com um número maior de mulheres, menor é o nível de escolaridade (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

O fato é que o acesso à educação era restrito a classes econômicas mais favorecidas e apresentava, mesmo dentro dessas classes, uma diferenciação sexista em que os homens eram privilegiados em prejuízo das mulheres, criadas e educadas para o casamento e cuidado do lar.

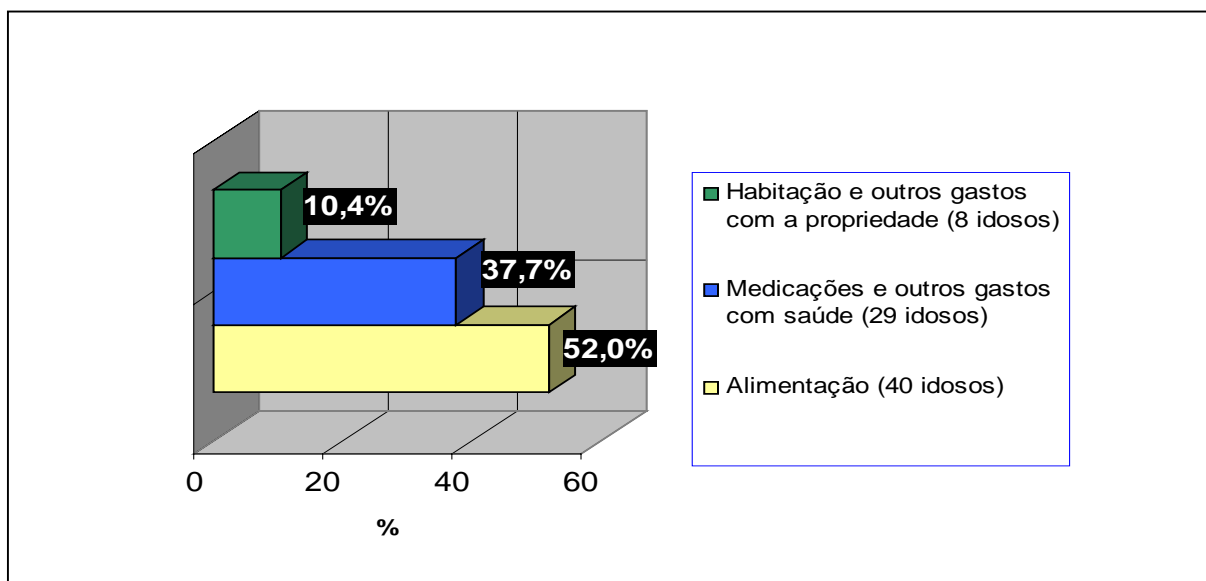
Nesse sentido, ao compararmos a relação entre os sexos da tabela 13, as mulheres sofrem desvantagem em relação aos homens, apresentando proporção de 22,0% nas faixas de analfabetismo e de ensino fundamental incompleto, enquanto que os homens apresentam 16,9% de analfabetismo e 33,8% têm o Ensino Fundamental Incompleto.

A escolaridade, em diferentes estudos, associada aos indicadores renda ou renda *per capita*, atesta desigualdades sociais. Acredita-se que a análise simples da

escolaridade já fornece subsídios a essa discussão, em virtude dessa população estar concentrada no analfabetismo e no Ensino Fundamental Incompleto.

Portanto, ao cruzar escolaridade com renda, não ocorreram diferenciais importantes ou significantes, bem como na comparação cor/raça e escolaridade, mas aponta a relação da atividade agrícola com a exigência de baixa escolaridade para o trabalho e que, mesmo nos casos de continuidade na atividade, os idosos assumem funções que não exigem um aprimoramento técnico.

Quanto às maiores despesas que comprometem a renda familiar dos idosos mensalmente, a figura 20 revela que as mais referidas estão vinculadas a alimentação (52,0%) e a medicações e/ou tratamentos de saúde (37,7%) e os demais gastos referidos foram relacionados à habitação, incluindo água, luz, manutenção da propriedade, plantio, entre outros.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 20 – Maiores despesas familiares entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Em função dessas proporções os idosos estudados apresentam situações desfavoráveis se comparadas às proporções encontradas entre idosos urbanos do Rio Grande do Sul que apresenta índices de quase 50% da renda familiar voltada

para gastos com alimentação e remédios e/ou tratamentos de saúde representam uma fatia de renda de até 30% (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Mais especificamente no meio rural, a contribuição média, conforme Delgado e Cardoso Junior (1999), representa um gasto com alimentos em torno de 36% e com saúde de 16,4%, mais uma vez evidenciando uma situação desfavorável para os idosos rurais de Arambaré.

Os mesmos autores referem ainda que 18% da renda é destinada a gastos com a produção agrícola o que não é possível para os idosos estudados já que sobram 10,4% para os demais gastos incluindo as atividades de plantio.

O enfrentamento das dificuldades financeiras pelos idosos estudados, em relação à baixa renda e às despesas mensais, reflete-se em estratégias como a produção agrícola pelos idosos e sua família em suas propriedades, principalmente para a subsistência (produção para consumo familiar exclusivamente). Entretanto, outros tipos de produção agrícola também surgem como atividade complementar à renda, como a comercialização (cultivo de arroz) e a produção para subsistência e comercialização.

Na tabela 14, podemos analisar esses tipos de produção nas propriedades dos idosos, bem como, a relação com a renda familiar *per capita*.

Tabela 14 – Relação da renda familiar *per capita* e produção agrícola na propriedade dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Renda Familiar <i>per capita</i> em Salários Mínimos	Produção agrícola na propriedade*							
	Subsistência		Subsistência e comercialização		Comercialização		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1	16	20,8	0	0,0	0	0,0	16	20,8
1 a menos de 2	8	10,4	9	11,7	2	2,6	19	24,7
2 a menos de 4	0	0,0	5	6,5	3	3,9	8	10,4
4 a menos de 6	-	-	-	-	-	-	-	-
6 a menos de 8	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	3,9
8 e mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	21	27,3	17	22,1	8	10,4	46	59,8

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

*Excluindo arrendamentos ou produção de familiares não domiciliados.

Observa-se, deste modo, que quase 60% das famílias dos idosos desenvolvem algum tipo de produção agrícola em suas propriedades. As atividades de subsistência são as predominantes, representadas por 21 (vinte e uma) famílias (27,3%). O tipo de produção de subsistência e comercialização é desenvolvido por 17 (dezesete) famílias (22,1%). Já a comercialização abrange apenas 8 (oito) famílias (10,4%).

Delgado e Cardoso Junior (1999) afirmam que a produção de subsistência pelos idosos rurais da região sul é a mais recorrente como estratégia de auto-sustentação, ou seja, não mercantil, caracterizada pela pequena propriedade e agricultura familiar. Os demais tipos de produção também seguem proporções semelhantes a dos idosos rurais de Arambaré.

Por outro lado, a distribuição dos tipos de produção, por faixa de renda familiar *per capita*, demonstra que a produção de subsistência encontra-se nas famílias de rendas mais baixas, em especial, as menores que 1 salário mínimo/pessoa.

As rendas nas faixas que englobam entre 1 a menos de 4 s-m/pessoa, compõem-se das famílias que produzem para consumo próprio e um excedente (ou não) para comercialização. Já a exclusiva produção e comercialização do arroz, são desenvolvidas por poucas famílias de rendas mais elevadas e proprietárias de latifúndios, bem como, por alguns pequenos proprietários de renda menor e intermediária que se dedicam a tal atividade.

Sintetizando as informações, observa-se que as famílias de renda *per capita* menor são as que se utilizam mais da estratégia de produção para auto-sustento (subsistência) na tentativa de interferir no quadro econômico desfavorável que apresentam.

Infelizmente, essas famílias, em sua maioria, não recebem qualquer tipo de auxílio econômico que possa ampará-las frente aos problemas de ordem econômica, justificando ainda mais a opção por produzir o auto-sustento, contudo, quando há implicações negativas na produção, como chuvas ou seca, esse apoio se faz mais necessário do que nunca.

As informações sobre os idosos urbanos do Estado também evidenciam que a maioria não recebe auxílios econômicos e os que recebem têm nos filhos o maior apoio. O tipo de ajuda mais comum recebido é em alimentos, mas dinheiro também aparece como apoio, possibilitando um gerenciamento pelo próprio idoso das suas necessidades, priorizando seus gastos no que julga melhor.

No caso de Arambaré, conforme a tabela 15, evidencia-se que os poucos que são ajudados recebem apoio de filhos e outros familiares de forma diária ou mensal. O tipo de auxílio recebido é dinheiro, referido por apenas 4 (quatro) idosos.

Tabela 15 – Tipo de auxílio econômico, pessoas envolvidas e periodicidade, segundo o recebimento ou prestação do auxílio, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Auxílio Econômico	Recebido		Prestado	
	n	%	n	%
Tipo				
Nenhum	73	94,8	59	76,6
Dinheiro	4	5,2	7	9,1
Produtos ou alimentos	0	0	6	7,8
Empréstimo de maquinário agrícola	0	0	1	1,3
Cedência de terra para plantio*	0	0	4	5,2
Pessoas envolvidas				
Ninguém	73	94,8	59	76,6
Filhos e/ou netos	2	2,6	14	18,2
Outros familiares	2	2,6	2	2,6
Não familiares	0	0	2	2,6
Periodicidade				
Nenhuma	73	94,8	59	76,6
Diária	2	2,6	8	10,4
Mensal	2	2,6	6	7,8
Ocasional	0	0	4	5,2
Total	77	100,0	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

* excluindo arrendamentos ou qualquer relação econômico-financeira.

Contudo, quando se analisa o auxílio econômico prestado pelo idoso, observa-se que predomina o apoio em dinheiro, produtos ou alimentos e cedência de terra para plantio. Os principais envolvidos no recebimento desse auxílio prestado pelo idoso são seus filhos e/ou netos que recebem, na maioria das vezes, auxílio diário (10,4%).

Esse auxílio prestado é desenvolvido por poucos idosos, mas independe de sua condição de renda (baixa ou alta); os possíveis diferenciais entre rendas não apresentaram significâncias estatísticas, ou seja, a solidariedade dos idosos para com os familiares não é vinculada ao fator econômico.

Em síntese, os idosos rurais de Arambaré estão inseridos em um contexto econômico definido por diferenças de ocupação do espaço rural, separando grandes latifúndios e áreas de pequenas propriedades em que estão distribuídos aqueles que conquistaram a terra por movimento social e aqueles que conquistaram por trabalho no decorrer da vida.

A situação de posse/propriedade de imóvel, nesses espaços rurais, é mais favorável àqueles que não possuem vínculo empregatício em fazendas ou são proprietários de algumas delas. Porém, a diversidade nas condições de moradia privilegia esses últimos e os que, efetivamente, são empregados nas fazendas.

O acesso aos serviços básicos na moradia segrega grande parte da população que se abastece de água em reservatórios com potencial para contaminação e possuem condições sanitárias deficientes que podem gerar conseqüências negativas a sua saúde.

A baixa renda familiar da maioria reafirma constatações nacionais e estaduais que impelem os idosos à condição de “pobreza”. Conceitualmente essa condição deve ser relativizada em função da metodologia adotada atualmente, mas mesmo

assim, mostra alguns parâmetros desfavoráveis para os idosos, sobretudo os residentes em áreas rurais. Essa renda possui ainda componentes diferenciais raciais entre brancos e negros, desfavorecendo esses últimos.

A composição desses rendimentos familiares depende, em grande parte, das aposentadorias dos idosos que ainda trabalham no mesmo ramo de atividade de antes da aposentaria. Tal ramo de atividade é “desqualificado tecnicamente”, exigindo escolaridade baixa ou nenhuma.

Contudo, essa mesma atividade proporciona aos de renda mais baixa uma oportunidade para o auto-sustento familiar. Essa continuidade nas atividades produtivas e essas adversidades (ou não) econômicas são pontos a se considerar nas condições de saúde tratadas a seguir.

5.1.3 Hábitos de vida e saúde

O acesso aos serviços de saúde pelos idosos do meio rural de Arambaré é influenciado pela distância até o posto de saúde da cidade ou do 2º. Distrito, em virtude das áreas rurais não disporem de meios de locomoção, como ônibus, em horários freqüentes. O veículo mais utilizado é o ônibus escolar que possui itinerário para cobertura de toda a área, com horários específicos e funcionamento somente em dias úteis. Mesmo com estas dificuldades, a maioria, procura os serviços de saúde do município, incluindo mesmo aqueles que residem nos assentamentos ou na BR116, portanto mais próximos do município de Camaquã e distantes em torno de 26 km da sede de Arambaré.

Essa constatação é evidenciada por 70,1 % dos entrevistados ao referirem o posto de saúde do município como alternativa frente às situações de saúde-doença que se apresentam (quadro 6).

Alternativas de resolução frente a situações de saúde-doença	n	%
Procura Posto de Saúde	54	70,1
Procura Hospital	3	3,9
Utiliza chás/ervas	25	32,5
Procura farmácia	4	5,2
Procura médico particular ou de convênio de saúde	20	26,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 6 - Alternativas de resolução frente a situações de saúde-doença dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

A procura pela farmácia, refere-se à localizada na sede municipal de Arambaré, foi citada por apenas 5,2% dos idosos. No entanto, pensa-se que não é indicativa de uma menor automedicação entre os idosos, pois a utilização de chás ou ervas é referida por 32,5% deles, podendo refletir uma prática cultural arraigada entre os idosos e que pode trazer conseqüências nem sempre benéficas à saúde.

As taxas de automedicação entre os idosos, segundo Rozenfeld (2003), parecem ser menores do que as da população em geral. Nesta, estima-se acima de 40% a proporção de remédios “autoprescritos”; porém, entre os idosos, apenas 18% usam produtos sem prescrição médica. Há outros fatores que desestimulam o uso de medicação, como os baixos valores de aposentadoria e pensão e, no caso rural, a distância e o deslocamento.

A procura hospitalar (hospital de Camaquã) também apresentou baixo índice entre os entrevistados, apenas 3,9%, ou seja, 3(três) pessoas referiram essa alternativa. Frente à procura pelo posto de saúde pode-se inferir uma “conscientização” da população na prevenção ou na atenção básica como primeira escolha, no entanto, mesmo com uma certa “proximidade” com o município de

Camaquã, o deslocamento é um fator importante que pode influenciar na não procura direta por hospitais.

Constata-se que a procura por assistência particular através de consultórios médicos particulares ou convênios de saúde apresenta-se com 26,0% de freqüência entre as demais alternativas. Porém, ao associarmos com a renda *per capita*, há indicações importantes discutidas a seguir.

Tabela 16 – Alternativas de resolução frente a situações de saúde, segundo a renda familiar *per capita*, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Renda familiar <i>per capita</i> em Salários Mínimos	Alternativas de resolução frente a situações de saúde									
	Posto de Saúde		Hospital		Chás/ Ervas		Farmácia		Particular ou convênio	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1	22	28,6	1	1,3	9	11,7	0	0,0	2	2,6
1 a menos de 2	26	33,8	1	1,3	10	13,0	2	2,6	12	15,6
2 a menos de 4	6	7,8	1	1,3	5	6,5	2	2,6	3	3,9
4 a menos de 6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 a menos de 8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,9
8 e mais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	54	70,1	3	3,9	25	32,5	4	5,2	20	26,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Na tabela 16, observa-se que a renda familiar *per capita* e as alternativas frente às situações de saúde-doença atestam que as famílias com renda *per capita* entre menos de 1 a menos de 4 s-m são as parcelas que mais utilizam o Posto de Saúde, com uma representação de 28,6% na faixa menor que 1 s-m; 33,8% na faixa de 1 a menos de 2 s-m e 7,8% na faixa de 2 a menos de 4 s-m. Já os de maior renda *per capita* (3,9%) utilizam-se exclusivamente dos planos ou consultas privadas.

De acordo com Lima-Costa *et al.* (2003), à medida que aumenta a renda familiar mensal, menor é a procura pelos postos e centros de saúde. A população idosa com maior nível de renda, em especial as mulheres, é a que procura com

maior intensidade os consultórios particulares quando necessita de algum tipo de atendimento à saúde.

Por outro lado, cerca de 55,0% da população na faixa de renda média familiar de até 2 salários mínimos declararam, na PNAD de 1998, procurar os serviços de postos e centros de saúde em caso de necessidade. Lima-Costa *et al.* (2003) complementam afirmando que “existem evidências de que os idosos mais ‘pobres’ têm maior dificuldade de acesso aos serviços, mesmo quando a cobertura é adequada”.

Entretanto, entre os idosos estudados, aqueles que compõem a maior parte dos que utilizam assistência privada estão nas faixas mais baixas de renda *per capita*, que compreendem zero a menos de 2 salários mínimos/pessoa. A explicação deste fato aparentemente “incomum” se deve ao desenvolvimento de relações sociais, ou até mesmo políticas, estabelecidas entre essas pessoas e profissionais médicos, comuns em municípios pequenos do Estado, o que os privilegia em parcelamento de consultas ou gratuidade das mesmas.

As associações rurais contribuem também para que haja a procura por assistência privada, pois, através dos vínculos trabalhistas, podem proporcionar atendimentos desvinculados do Sistema Único de Saúde com tabela de valores acessíveis aos idosos.

Deve-se levar em conta, portanto, que a relação renda e utilização de serviços de saúde pode apresentar vieses não esperados que acabam apresentando uma lógica desarticulada do fator econômico, como é o caso.

Mesmo assim, aqueles que não possuem nem condições financeiras, nem “apadrinhamentos”, contribuem para a utilização predominante do posto de saúde e de chás e ervas para situações de saúde-adoecimento.

As alternativas frente às questões de saúde-doença mostram concomitância na utilização de diferentes práticas assistenciais, demonstrando uma dinâmica que possui condições intrínsecas relacionadas às formas de enfrentamento das realidades que se apresentam.

Nesse sentido, a determinação dessas interações necessita de aprofundamentos através de uma investigação que envolva os aspectos culturais e trace itinerários terapêuticos, conseguindo alguns indicativos dessas relações complexas.

Quanto aos problemas de saúde investigados entre os idosos rurais de Arambaré utilizou-se a auto-referência. Essa auto-referência pode comprometer a proporção de problemas agudos, ocasionando uma sub-referência, pois, no discurso dos entrevistados, geralmente, surgem os problemas crônicos de saúde, mesmo dando-se a oportunidade de relatar situações agudas.

O que pode ocorrer também com a auto-referência são as prevalências subestimadas, principalmente entre idosos, por problemas de memória ou esquecimento e, principalmente, por ausência de diagnóstico (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Mesmo assim, a auto-referência é um bom indicativo das condições de saúde da população idosa e possibilita ao indivíduo a participação no que ele pensa ser um problema para a sua saúde.

Algumas informações auto-referidas puderam ser comparadas com estudos de base populacional como o relatório sobre as condições de vida dos idosos urbanos do Rio Grande do Sul e outras bibliografias.

No entanto, os estudos de base populacional são raros na saúde pública, sobretudo, direcionados a idosos e, muito menos, pertencentes ao meio rural. Por outro lado, as informações disponíveis em bases de dados secundários, muitas

vezes, sofrem distorções e sub-notificações, utilizando-se de metodologias diferenciadas conforme a fonte.

Nesse sentido, as informações de inquéritos populacionais enfrentam um grande problema: realizar comparações das informações primárias e mais fidedignas com índices considerados “oficiais”.

Um exemplo dessas distorções é as prevalências ou proporções de doenças (morbidade) na população geral e por estratos, já que são baseadas nas notificações de causas registradas no Sistema de Internações Hospitalares e, portanto, acabam ocultando situações sem diagnóstico ou que não internaram.

Já as informações sobre mortalidade, com o registro obrigatório das declarações de óbito (DOs) no Sistema de Mortalidade Nacional (SIM), aparentemente, mostram situações de mortalidade mais fidedignas, mas ocorrem também problemas no preenchimento das DOs que, novamente, podem distorcer os índices. Mesmo assim, as informações analisadas sobre os problemas de saúde foram comparadas a dados oficiais e estudos sobre idosos urbanos, mas com o cuidado de relativizar as situações em função das fontes utilizadas.

Dessa forma, quanto aos problemas de saúde auto-referidos pelos idosos estudados, constata-se na tabela 17 que quase 90% referiram apresentar pelo menos um problema de saúde.

Tabela 17 – Proporção geral de problemas de saúde auto-referidos na população de idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Referência de algum problema de saúde	Proporção	
	n	%
Nenhum	9	11,7
Pelo menos um	68	88,3
Total	77	100

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Em vários estudos, a “polimorbidade” é associada ao envelhecimento, caracterizando-se por mais de um problema crônico de saúde ou agravos de longa

duração que ocorrem, na maioria das vezes, em concomitância, perdurando anos e exigindo acompanhamento (CAMARANO, 2002; VERAS, 2003).

Os problemas de saúde referidos foram agrupados com base nos capítulos do Código Internacional de Doenças - 10^a. Revisão (CID-10), conforme as tabelas a seguir, apresentando valores proporcionais para a população estudada.

Na tabela 18, observa-se no grupo de problemas circulatórios, a hipertensão sendo referida em 40,3%, seguida das varizes em membros inferiores em 19,5% e de casos de angina em 15,6% dos idosos. Quanto à tipologia endócrina, metabólica e nutricional, destacam-se a obesidade (26,0%), as dislipidemias (14,3%) e o diabetes (9,1%).

Tabela 18 – Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias circulatórios e endócrinos, metabólicos e nutricionais, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Problemas de saúde	Proporção	
	n	%
Circulatórios		
Hipertensão	31	40,3
Angina	12	15,6
Insuficiência cardíaca	5	6,5
Acidente vascular cerebral	4	5,2
Varizes dos membros inferiores	15	19,5
Endócrinos, metabólicos e nutricionais		
Obesidade	20	26,0
Dislipidemias	11	14,3
Diabetes sp.	7	9,1

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Segundo Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), a principal doença auto-referida pelos idosos brasileiros é a hipertensão, alcançando uma proporção de 43,9%, mostrando semelhanças com os dados do Rio Grande do Sul (1997) e de Arambaré.

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), a hipertensão apresenta como risco as morbimortalidades associadas, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Mas, sobretudo a cardiopatia isquêmica e a insuficiência

cardíaca decorrentes, muitas vezes, da hipertensão, apresentam-se como as principais causas de hospitalizações recorrentes e morte entre idosos.

Já o diabetes, segundo o mesmo autor, é uma doença relativamente comum entre os idosos, o que confirma as informações observadas nesse estudo. As conseqüências dessa patologia estão associadas ao comprometimento do sistema nervoso periférico, cardiovascular, renal e visão.

As dislipidemias aumentam o risco de coronariopatias, principalmente entre idosos, e é um problema de saúde que aumenta seus índices de forma contínua e ascendente no Rio Grande do Sul. Esses índices relacionam-se, especialmente, aos hábitos alimentares irregulares e à obesidade (RIO GRANDE DO SUL, 2003; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Tabela 19 – Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias geniturinários e osteomusculares, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Problemas de saúde	Proporção	
	n	%
Geniturinários		
Incontinência urinária	6	7,8
Insuficiência renal crônica	2	2,6
Osteomusculares		
Artrite	9	11,7
Reumatismo	16	20,8
Dorsopatias (“coluna” e discos intervertebrais)	45	58,4
Osteoporose	10	13,0
Fratura	1	1,3

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Entre os problemas geniturinários, de acordo com a tabela 19 acima, há uma pequena proporção referida pelos idosos (7,8% e 2,6%), equiparando-se às prevalências gerais entre os idosos brasileiros (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Em particular, as dorsopatias (problemas relacionados à coluna vertebral), no grupo dos problemas relacionados a osteomusculatura, apresentou a maior proporção entre todos os problemas referidos pelos idosos estudados (58,4%), seguidas do problema de reumatismo com proporção de 20,8%.

No Rio Grande do Sul, em especial no segmento populacional urbano de idosos, constatou-se em 80% a referência a reumatismo e 73,4% a problemas de coluna (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Esses dois problemas, independentemente, podem levar a riscos de dependência e a prevalência geral entre idosos é de 30 a 50%, portanto, bastante elevado (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Entretanto, deve-se levar em conta, que os idosos do presente estudo são rurais e desempenhavam, e alguns ainda desempenham, atividades de produção agrícola que exigem consideravelmente da estrutura física, proporcionando o desenvolvimento de dorsopatias de uma forma geral.

Outro aspecto é que esses problemas só são referidos quando, de alguma forma, limitam o trabalho ou atividades da vida diária, portanto, o índice entre idosos é consideravelmente maior se compararmos às demais faixas etárias rurais.

Entre os problemas respiratórios, observados na tabela 20, a sinusite foi referida em 28,6% e chama a atenção 4 (quatro) referências de idosos em relação à tuberculose. Desses casos, apenas 2 (dois) estavam em tratamento e os demais interromperam várias vezes o seguimento sem concluir completamente o esquema de medicações prescritas.

Já a doença brônquio-pulmonar obstrutiva crônica (DBPOC) apresentou um índice de 9,1%. Essa patologia, em especial, caracteriza-se por insuficiência respiratória que leva a reinternações hospitalares. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), a prevalência geral de DBPOC é de 10-20% em idosos e é causa importante de mortalidade.

Tabela 20 – Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias respiratórios e gástricos, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Problemas de saúde	Proporção	
	n	%
Respiratórios		
Tuberculose	4	5,2
Enfisema	6	7,8
DBPOC	7	9,1
Bronquite sp.	10	13,0
Sinusite sp.	22	28,6
Gástricos		
Úlcera gástrica	4	5,2
Gastrite	6	7,8
Hérnias	15	19,5
Hepatite sp.	2	2,6

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, 2003.

Na tabela 20, ainda observa-se que as hérnias foram os problemas mais referidos na tipologia gástricos (19,5%); prevalência que na população é subestimada e considerada de pouca importância na vigilância epidemiológica. Entretanto, na área rural, são comuns pelos esforços físicos da atividade laboral, reconhecidos por “fazerem parte” do trabalho, assim como os problemas de coluna que são ocultados pelas dificuldades de estabelecer nexos causais na saúde.

Quanto aos problemas de pele e subcutâneo, conforme a tabela 21, as dermatites apresentaram uma proporção de 28,6% entre os idosos estudados, provavelmente pelo freqüente contato com produtos químicos agrícolas.

Tabela 21 - Proporção dos problemas de saúde auto-referidos nas tipologias pele e subcutâneo, mentais e sensoriais, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Problemas de saúde	Proporção	
	n	%
Pele e subcutâneo		
Abcesso/furúnculo	6	7,8
Dermatite sp.	22	28,6
Mentais		
Transtorno afetivo bipolar	3	3,9
Depressão	24	31,2
Ansiedade sp. (“nervoso”)	22	28,6
Sensoriais		
Acuidade auditiva diminuída	10	13,0
Acuidade visual diminuída	31	40,3

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Os problemas de saúde mental mais referidos foram a depressão, com proporção de 31,2%, e o dito “nervoso”, com 28,6%, ambos relacionados a situações de estresse. Silvestre e Costa Neto (2003) referem que a prevalência de depressão em idosos é da ordem de 6 a 10% e representa a 2ª. causa de incapacidade para esse grupo.

Já quanto aos problemas do sensório, as duas categorias que surgiram foram relacionadas à acuidade visual e auditiva diminuídas com valores respectivos de 40,3% e 13,0%.

Todos os idosos que referiram problemas de visão usam óculos, mas aparelhos de audição são incomuns, mesmo que necessários, para uma população de escassas condições econômicas.

Na tabela 22, são apresentadas as proporções (em %) dos problemas de saúde, por tipologias baseadas no CID-10, segundo o sexo, dos idosos rurais de Arambaré. As considerações sobre as internações hospitalares não são desagregadas por sexo, mas podem ilustrar algumas situações.

Tabela 22 – Proporção, segundo o sexo, dos problemas de saúde auto-referidos, por grupo de tipologias, com base nos capítulos do CID-10, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Problemas de saúde	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Circulatórios	19	24,7	25	32,5	44	57,1
Endócrinos, metabólicos e nutricionais	16	20,8	12	15,6	28	36,4
Geniturinários	5	6,5	2	2,6	7	9,1
Osteomusculares	25	32,5	27	35,1	52	67,5
Respiratórios	14	18,2	9	11,7	23	29,9
Gástricos	1	1,3	16	20,8	17	22,1
Pele e subcutâneo	6	7,8	16	20,8	22	28,6
Mentais	20	26,0	4	5,2	24	31,2
Sensoriais	16	20,8	16	20,8	32	41,6

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Ao analisarmos os problemas de saúde por sexo, identifica-se que a proporção da tipologia circulatória é maior nos homens, representando 32,5%, enquanto nas mulheres o índice é de 24,7%. No Rio grande do Sul, essas doenças acometem

uma proporção de 22,6% dos idosos do sexo masculino e 27,5% do sexo feminino (RIO GRANDE DO SUL, 2003). Nota-se, dessa forma, que os idosos do sexo masculino, predominantes no estudo, apresentam proporção de 10% acima se comparados aos índices do Estado. Essa situação reflete-se na maior proporção de internações hospitalares por esse tipo de morbidade em Arambaré (31,9%).

Já entre os problemas endócrinos, metabólicos e nutricionais a relação entre mulheres e homens do estudo se inverte, representando 20,8% de idosas e 15,6% de idosos. No Estado, a relação segue o mesmo padrão de aproximadamente 5% a mais para o seguimento feminino. As internações hospitalares são numericamente inferiores, mostrando 4,6% para o RS e 2,9% para Arambaré (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003) . As doenças vinculadas a esta tipologia, como o diabetes, a obesidade e as dislipidemias, dificilmente são consideradas como causa de internação, somente suas conseqüências (outros problemas).

Quanto aos problemas relacionados ao sistema geniturinário, com baixa proporção geral (9,1%), as mulheres apresentam um índice de 6,5% e os homens 2,6%. No Rio Grande do Sul, os idosos do sexo masculino apresentam uma proporção mais elevada desse problema de saúde do que os idosos rurais estudados, 7,37% para homens e 5,2% para mulheres. As internações de idosos de Arambaré por essas patologias são freqüentes, numa proporção de 15,9%, se comparadas ao dado estadual que é 5,2% (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003) .

Os problemas osteomusculares, de maior proporção na população de estudo, distribuem-se equitativamente entre os sexos (32,5% mulheres e 35,1% homens). A mesma constatação é observada nos problemas relacionados ao sensorio (20,8% em ambos os sexos). No Estado, este índice é baixo, não chegando a 3% nos dois

casos e para ambos os sexos também, talvez em razão da não notificação estatística (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003).

As internações por patologias osteomusculares seguem as mesmas condições, tanto para os idosos de Arambaré, quanto para os idosos do Estado em geral. Esta constatação reafirma a discussão anterior sobre as dorsopatias relacionadas ao trabalho rural. Outro caso são os relacionados ao sensorio em que as diminuições de acuidade visual e auditiva não necessariamente são casos para internações hospitalares.

As afecções respiratórias entre as idosas estudadas constituem 18,2% e entre os idosos 11,7%. Os índices do RS apontam 24,36% para idosos do sexo feminino e 32,5% para o sexo masculino. Internam nos hospitais, por esses problemas, cerca de 26,2% de idosos do Estado e 17,4% de Arambaré (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003). Constata-se, portanto, um diferencial positivo para os idosos rurais do município. Resta averiguar se os casos evidenciados relacionam-se aos idosos que se ocupam na lavoura de arroz e fazem uso de agrotóxicos.

Os maiores diferenciais entre os sexos, na distribuição dos problemas de saúde, estão nos grupos tipológicos gástricos, pele e subcutâneo e mentais. Nos dois primeiros, os índices são maiores para os homens (20,8%) do que para as mulheres (1,3%), já no Rio Grande do Sul, equivale a 10% para ambos os sexos e observa-se aproximadamente a mesma proporção para as internações hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003). Esse evidente predomínio de problemas gástricos e de pele e subcutâneo entre os idosos do sexo masculino em Arambaré pode estar relacionado à atividade laboral e exposição a fatores de risco.

Por outro lado, os problemas de ordem mental, são mais prevalentes entre as mulheres idosas, apresentando uma proporção de 26,0% contra 5,2% para os

homens idosos. Nesse grupo, se incluirmos as 3 (três) pessoas incapazes excluídas do estudo por problemas mentais (todas mulheres), observamos 1 caso de esquizofrenia e 2 casos de demência. No RS (RIO GRANDE DO SUL, 2003), a proporção não chega a 1% para ambos os sexos e o mesmo valor equivale para as internações tanto estaduais como municipais que podem estar relacionadas a desinstitucionalização dos manicômios.

Na análise pela perspectiva de gênero, os problemas mentais costumam ser referidos com mais freqüência pelas mulheres. Culturalmente, esses problemas estão associados a “fragilidade” feminina e são negados na ideologia viril. Portanto, é possível que os idosos não refiram esse tipo de sofrimento mental ocultando, assim, sua ocorrência nesse meio.

As neoplasias ou cânceres não foram referidos pelos idosos estudados, mas há uma alta taxa de internações de idosos por este tipo de causa para o município de Arambaré se as estatísticas oficiais forem consideradas. Esse índice está em torno de 14,5%, aproximadamente o dobro dos valores para o Estado que mostra indicador de 7% para ambos os sexos (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003) .

Os tipos de neoplasias prevalentes em arambaré e os diferenciais por sexo não aparecem em registros de fontes secundárias. Contudo, o coeficiente de mortalidade do município (cálculo proporcional para 100.000 habitantes) mostra que a causa de óbito por neoplasia mamária apresenta um índice de 52,5% e não apresenta qualquer indicador de formas de neoplasia para o grupo masculino.

Portanto, o câncer, além dos estigmas sociais para auto-referência, pode não estar sendo diagnosticado precocemente nos grupos populacionais de idosos de

Arambaré, já que se constatam altas taxas de internações hospitalares e mortalidade por essa causa.

A hipótese mais plausível é de que as neoplasias no município podem estar associadas à contaminação dos recursos hídricos da população por agrotóxicos ou pelas altas quantidades de sulfato férrico na composição da água. A exposição prolongada aos agrotóxicos durante anos de trabalho na agricultura ou ao sulfato férrico na utilização da água, podem ser indicativos dessa associação.

Cabe ressaltar as referências dos autores Soares, Almeida e Moro (2003) ao afirmarem que a aplicação indiscriminada de agrotóxicos é elemento fundamental que afeta tanto a saúde humana quanto ecossistemas naturais. Os impactos na saúde podem atingir os aplicadores dos produtos, os membros da comunidade e os consumidores dos alimentos contaminados com resíduos, mas sem dúvida, a primeira categoria é a mais afetada por estes.

Os mesmos autores ainda ressaltam que a exposição a agrotóxicos pode levar a problemas respiratórios, efeitos gastrintestinais e, para alguns compostos, distúrbios musculares, debilidades motoras e fraqueza. A respeito da intoxicação crônica, conhece-se pouco a respeito dos efeitos do longo tempo de exposição, mas apesar disso, alguns estudos apontam para problemas oculares, respiratórios, neurológicos, cutâneos, gastrintestinais e as neoplasias.

Estas associações poderão ser efetivamente determinadas em um estudo mais direcionado e no rastreamento das estatísticas estaduais, bem como, caso haja associação, pela definição da influência direta e/ou indireta em outros problemas de saúde identificados na população, sobretudo entre os idosos do meio rural pelo tempo de exposição dos mesmos a esses possíveis fatores de risco. Pensa-se, portanto, que esse aspecto merece aprofundamentos investigativos.

Dos idosos estudados, poucos referiram não possuir nenhum problema de saúde, desses, todos do sexo masculino. Isso pode apontar para os papéis nas culturas de gênero em que a ideologia da masculinidade pode ter influenciado na referência a problemas de saúde, pois alguns desses problemas podem “desvalorizar” os papéis de “provedor” e de “sexo forte” dos homens.

A referência a problemas de saúde pelas mulheres, em maior frequência, já relatada em vários estudos, se comparada aos homens, apresenta um aspecto cultural importante que as impulsiona também a procurarem mais os serviços de saúde.

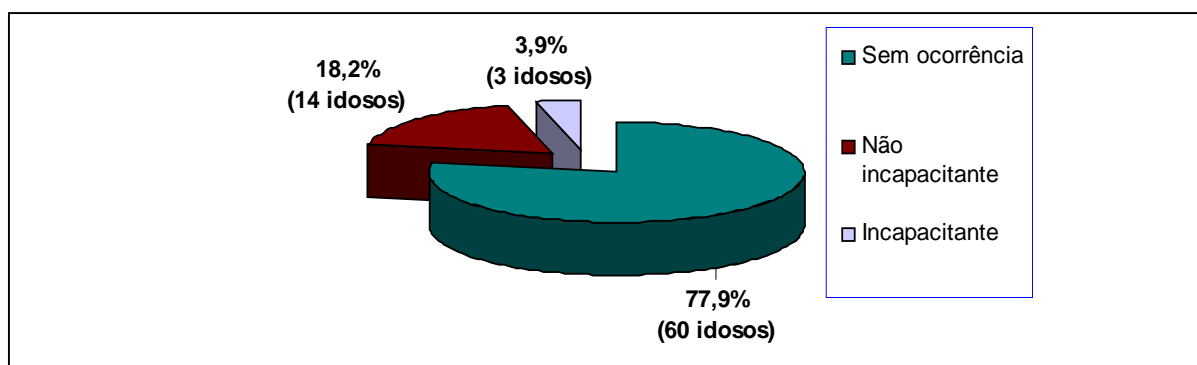
Esses papéis sociais vinculam as mulheres, essencialmente, aos aspectos mais biológicos da existência e ao cuidado direcionado à família ou a si mesmo. As manifestações orgânicas do envelhecimento na mulher também são mais marcantes e estereotipadas pela sociedade, fazendo com que as idosas procurem mais os serviços ou identifiquem mais facilmente agravos à saúde por um “maior conhecimento de causa”. O comparativo entre os homens vincula-se ao reconhecimento de alguns problemas de saúde, somente quando significam incapacidades físicas para suas atividades ou desconforto mais sério, o que pode estar associado a alta mortalidade nesse segmento.

Os problemas de saúde referidos possuem, em sua maioria, algum tipo de tratamento, medicamentoso ou não, atingindo índices de 100% tratados, metade dos casos tratados (50%) ou um pouco mais da metade em tratamento (60 a 70%).

Os casos de varizes, obesidade, dislipidemias, incontinência urinária, enfisema, bronquite, hérnias, hepatite, abscessos/furúnculos e acuidade auditiva diminuída não foram referidos como sendo tratados. As dorsopatias e dermatites mostraram proporções baixas de tratamento, em torno de 20% apenas. Esse quadro

reforça a influência que define o que é problema de saúde diagnosticável e o que é “pertinente ao trabalho” ou ao “envelhecimento”.

No que diz respeito aos acidentes em atividades agrícolas, observados na figura 21, a maior parte deles, representando 18,2%, trouxeram conseqüências somente agudas em função dos traumas, como braços e pernas fraturados ou cortes, ou seja, não incapacitaram, permanentemente, as pessoas para o trabalho.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 21 – Acidentes em atividade agrícola de acordo com conseqüência pós-trauma (incapacitante, não incapacitante), dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Entre os 3 (três) indivíduos que tiveram prejuízo para desenvolver suas atividades, encontram-se 2 (dois) casos com perda de membros (braços) e 1(um) caso com rompimento de ligamentos da coluna sem recuperação. Todos eram do sexo masculino, podendo-se inferir que ocorreram em função de “exposição a riscos” no trabalho agrícola.

Tabela 23 – Hospitalizações nos últimos 6 meses dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Hospitalização nos últimos 6 meses	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem ocorrência	35	45,5	36	46,8	71	92,2
Acidente vascular cerebral	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Infarto agudo do miocárdio	0	0,0	2	2,6	2	2,6
Complicações por insuficiência cardíaca	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Complicações por insuficiência respiratória	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Total	36	46,8	41	53,3	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

No que se refere às hospitalizações nos últimos 6 meses, conforme mostra a tabela 23, as ocorrências foram pouco freqüentes, somente 6 (seis) internações no Hospital de Camaquã.

Comparando as causas e o sexo dos idosos, observamos apenas 1 (uma) mulher hospitalizada por acidente vascular cerebral. As demais hospitalizações foram de indivíduos do sexo masculino, assim distribuídas: 1 (um) caso de acidente vascular cerebral, 2 (dois) casos de infarto agudo do miocárdio, 1 (um) caso de complicações por insuficiência cardíaca e 1 (um) caso por complicações de DBPOC. Essas informações reafirmam os índices predominantes de internações hospitalares por problemas circulatórios e respiratórios em Arambaré.

Os principais motivos de procura de serviços por idosos no Brasil, relatado na PNAD de 1998 e discutido por Lima-Costa *et al.* (2003), foram exames de rotina, prevenção ou vacinação, com 37,3% das referências. Em segundo lugar, vieram as procuras por motivo de doença, com 33,5% das referências.

Em Arambaré, a procura por consultas médicas nos últimos 2 meses (tabela 24), concentra-se no sexo feminino, com proporção de 13,0% em consultas de reavaliação (continuidade de tratamentos e avaliações periódicas) e 9,1% em realização de exames (preventivos ou de diagnóstico).

Tabela 24 – Consultas médicas realizadas nos últimos 2 meses, segundo o tipo de causa e o sexo, dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Consultas médicas realizadas nos últimos 2 meses	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem ocorrência	14	18,2	28	36,4	42	54,6
Reavaliações	10	13,0	5	6,5	15	19,5
Realização de exames	7	9,1	3	3,9	10	13,0
Problemas respiratórios	6	7,8	2	2,6	8	10,4
Problemas circulatórios	5	6,5	0	0,0	5	6,5
Problemas gástricos	0	0,0	4	5,2	4	5,2
Problemas osteomusculares	2	2,6	0	0,0	2	2,6

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

No grupo masculino, com número reduzido de consultas realizadas, observamos proporções quase equivalentes nas modalidades, mas os 4 (quatro) casos de problemas gástricos foram relatados apenas por homens e os relacionados à circulação ou osteomusculares não foram referidos.

Esses dois grupos de problemas de saúde apresentaram baixos índices de consultas realizadas, mesmo tendo sido citados em maior frequência pela população. Essa situação pode ser justificada pelos motivos já descritos anteriormente, ou seja, menor procura masculina por serviços e a compreensão do que é ou não problema de saúde ou pertinente a atividade laboral.

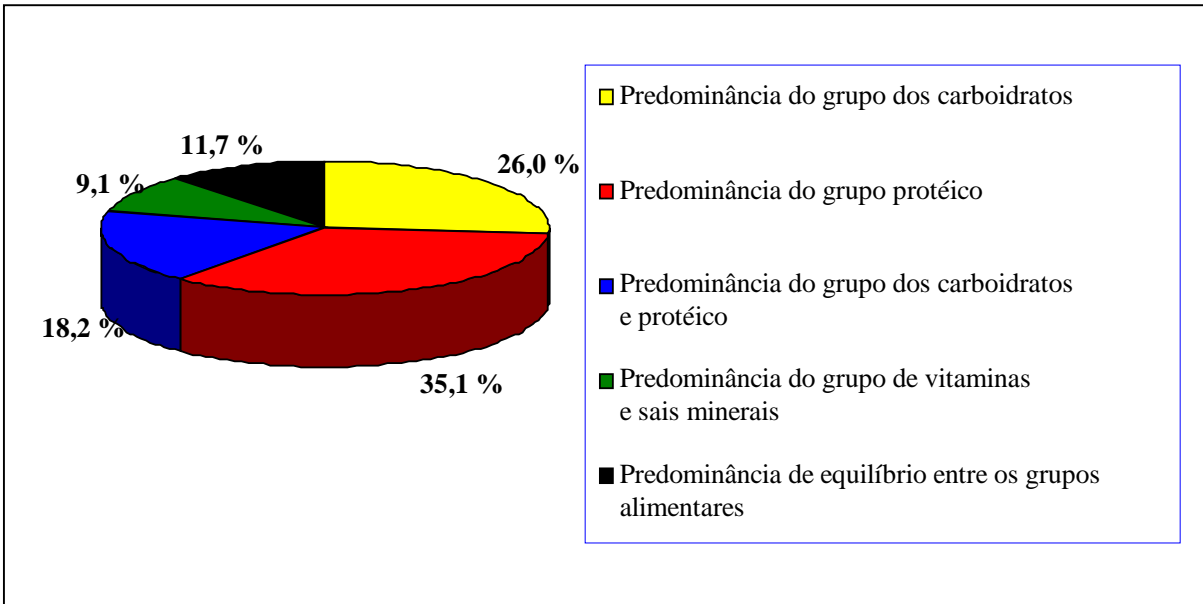
Vale destacar que as consultas médicas dos idosos rurais foram realizadas tanto em Arambaré como em Camaquã, sem significância proporcional entre os dois municípios. Esse aspecto configura a cidade de Camaquã como primeira referência em saúde para o município e região, conforme Roese (2003).

Quanto aos hábitos alimentares, identificou-se a predominância de alguns grupos alimentares na dieta diária dos idosos estudados. No entanto, não se pretendeu avaliar quantidades ideais de nutrientes, dietas baseadas em calorias, ou estado nutricional do idoso, mas sim, delinear alguns hábitos alimentares a partir dessas predominâncias.

Dessa forma, utilizou-se como base a pirâmide alimentar, ilustrada na figura 22 a seguir, que é um instrumento que foi elaborado pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos em 1992 e tornou-se, pela sua praticidade, de uso comum em vários países do mundo, com utilização freqüente por profissionais que trabalham com educação alimentar. Nesse sentido, na figura 23, observa-se a distribuição da dieta dos idosos nos grupos baseados na pirâmide alimentar.



Fonte: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. Adaptação livre pelo autor, Arambaré, 2003.
 Figura 22 – Pirâmide alimentar com distribuição em grupos de alimentos, Arambaré, 2003.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 23 - Distribuição, por predominâncias de grupos alimentares, da alimentação dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003 (baseado na pirâmide alimentar).

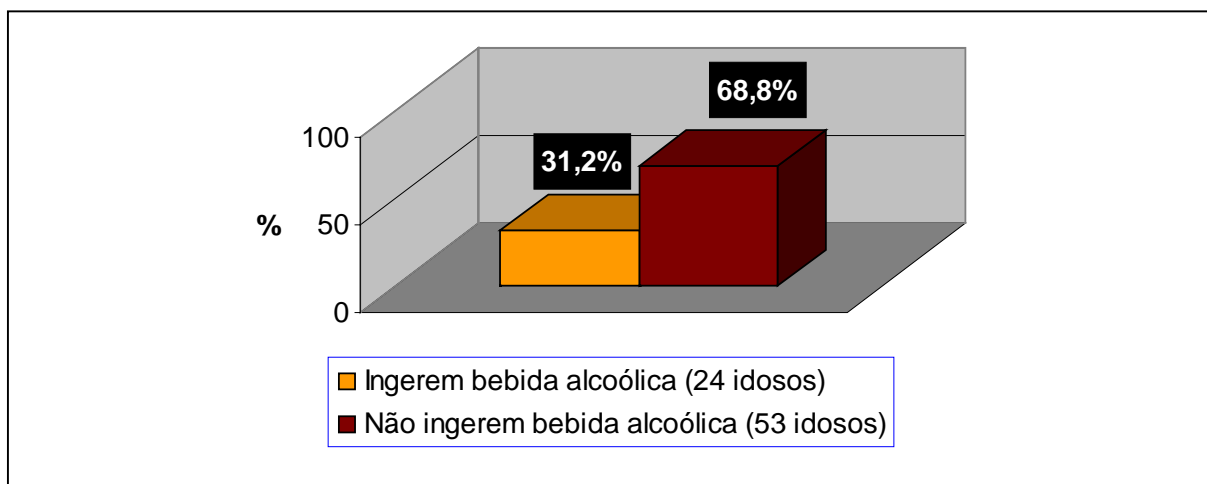
Os índices da figura 23 mostram que 35,1% dos idosos estudados referiram alimentos, em sua dieta diária, predominantes do grupo protéico (carnes vermelhas

principalmente). Houve 26,0% que referiram alimentos predominantes do grupo de carboidratos e 18,2% uma certa equivalência entre esses dois grupos.

Não houve predominância do grupo de “supérfluos” e alguns ainda referiram alimentos que se enquadraram, preponderantemente, no grupo de sais minerais e vitaminas, representado principalmente por verduras e frutas na dieta. Já 11,7% utilizam-se de alimentos que, de uma certa forma, se distribuem equilibradamente entre todos os grupos, equivalendo também às proporções aproximadas preconizadas na pirâmide alimentar.

O objetivo da utilização da pirâmide alimentar justifica-se na tentativa de averiguar, juntamente com outros fatores e hábitos de vida, possíveis associações com os problemas de saúde referidos, destacando os relacionados ao metabolismo, circulação e gástricos que são bastante prevalentes no Rio Grande do Sul.

Nesse caso, observa-se na figura 24, que mais de um quarto (31,2%) dos idosos possui o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Entre os idosos em geral, segundo Silvestre e Costa Neto (2003), a prevalência do consumo de álcool varia de 10 a 20%, portanto, os idosos rurais de Arambaré apresentam um elevado índice de ingestão.



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 24 – Padrão geral de ingestão de bebidas alcoólicas entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Os motivos para ingestão de bebidas à base de álcool pelos idosos, segundo Silvestre e Costa Neto (2003) são bastante variados, mas definem sempre uma forma de fuga da realidade e enfrentamento dos problemas.

As conseqüências para o idoso, de acordo com o mesmo autor, são problemas de memória, pré-disposição a quedas e acidentes no trabalho, interação medicamentosa, isolamento, agressões, problemas mentais, entre outros. Já para a família é um fator complicador importante para o cuidado ao idoso, para a vida de relação e para a economia familiar, principalmente se os familiares são dependentes desse idoso.

Quanto à freqüência e quantidade de ingestão dessas bebidas, na tabela 25, verificamos que 75% dessas pessoas bebem em torno de 250 a 500ml, com freqüência diária em mais da metade (54,0%) dos casos.

Tabela 25 – Quantidade e freqüência, segundo teores alcoólicos médios de referência, da ingestão de bebidas alcoólicas, entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Ingestão de bebida alcoólica	Teor alcoólico médio de referência						Total	
	5% vol. ⁽¹⁾		11% vol. ⁽²⁾		40% vol. ⁽³⁾		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Quantidade								
250 a 500 ml	3	12,5	8	33,3	7	29,2	18	75,0*
500 a 1000 ml	1	4,2	1	4,2	2	8,3	4	16,7*
Mais de 1000 ml	0	0,0	0	0,0	2	8,3	2	8,3*
Freqüência								
Diariamente	1	4,2	8	33,3	4	16,7	13	54,2*
Semanalmente	0	0,0	0	0,0	2	8,3	2	8,3*
Ocasionalmente	3	12,5	1	4,2	5	20,8	9	37,5*
Total	4	16,7	9	37,5	11	45,8	24	100,0*

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

* Cálculo sobre o número total de pessoas que ingerem bebida alcoólica

⁽¹⁾ Teor alcoólico de base: cerveja

⁽²⁾ Teor alcoólico de base: vinho

⁽³⁾ Teor alcoólico de base: aguardente

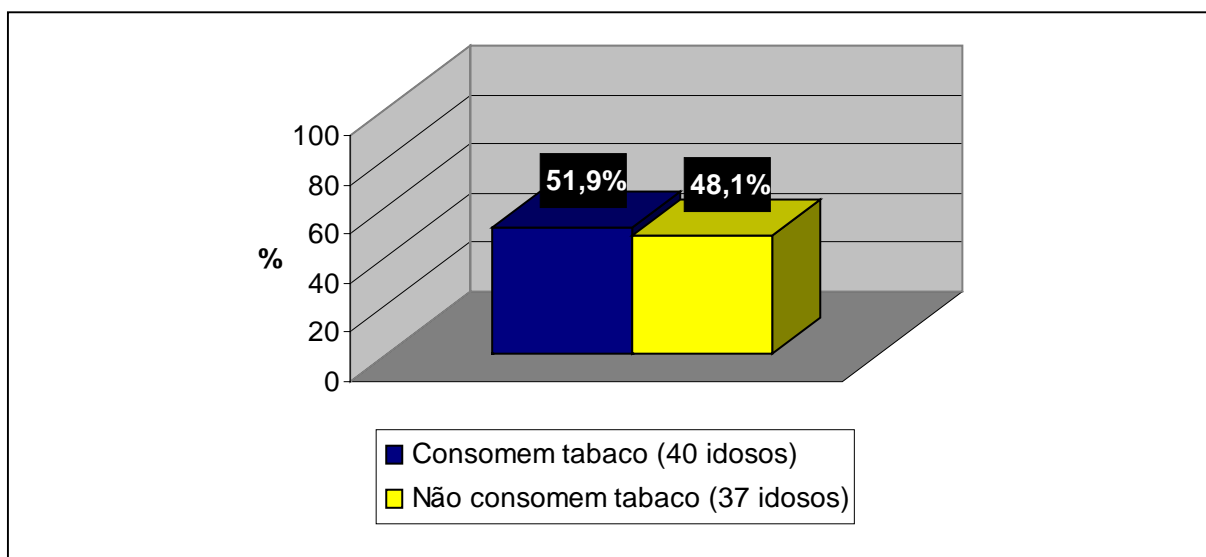
Esses valores indicam uma média de ingestão aproximada de 300ml/dia para a maioria, o que não chega a configurar abuso de álcool. No entanto, os tipos de

bebidas alcoólicas citadas na entrevista (cerveja, vinho e aguardente) possuem percentuais diferentes de álcool na sua composição.

Portanto, a análise dos teores alcoólicos dessas bebidas mostra que a ingestão, por exemplo, de aguardente em qualquer quantidade é 8 (oito) vezes superior em teor alcoólico que a mesma quantidade de cerveja. Em quase metade dos idosos (45,8%) que ingerem bebida alcoólica, a opção pela aguardente foi destacada, assim sendo, deve-se levar em conta o teor alcoólico dessa bebida, a quantidade e a frequência de utilização pelos idosos.

Dessa forma, é importante salientar que, mesmo em pequenas quantidades diárias de ingestão de bebidas, a avaliação do teor alcoólico pode elevar os riscos de danos à saúde. Outro ponto a ser considerado, são os casos de ingestão concomitante de várias bebidas com teores alcoólicos diferenciados, não avaliadas ou definidas no estudo.

Outro hábito que influencia na saúde é o consumo do tabaco. A análise da figura 25 revela que mais da metade (51,9%) dos idosos fazem uso do tabaco. O tipo de consumo é o palheiro ou cigarro de carteira (industrial).



Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Figura 25 - Padrão geral de consumo de tabaco entre os idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Silvestre e Costa Neto (2003) refere que a prevalência geral de tabagismo é de 18% entre os idosos. Nota-se que a proporção no estudo ultrapassa 2,8 vezes esse índice, contribuindo para a casuística da morbidade por doenças relacionadas a incapacidade respiratória, como enfisema e DBPOC, bem como, câncer de pulmão e coronarianas em geral.

O quadro 7, a seguir, se refere às quantidades diárias de cigarros consumidos pelos idosos tabagistas. Mais da metade (52,5%) consome quantidades diárias de até 10 unidades. Desses, 30,0% consomem de 11 unidades até uma carteira (20 unidades) e 17,5% consomem mais de 20 unidades diárias.

Quantidade diária de cigarros consumidos	n	%
Até 10 unidades	21	52,5*
11 a 20 unidades	12	30,0*
Mais de 20 unidades	7	17,5*

* Cálculo sobre o número total de fumantes

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 7 – Quantidade diária de cigarros consumidos pelos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Não ocorreram relatos de ex-tabagistas entre os idosos não fumantes e o início do hábito, para aqueles que fumam, remonta à adolescência e, em alguns casos, até mesmo à infância. Dessa forma, mesmo que as quantidades mais prevalentes sejam de até 10 cigarros diários, a exposição aos seus efeitos é por um longo período e não se pode definir se essas quantidades sofreram modificações nesse intervalo de tempo.

Um ponto a considerar é que, tanto o etilismo como o tabagismo, foram referidos em mais de 80% por idosos do sexo masculino. No Estado do Rio Grande do Sul, a prevalência de etilismo para homens idosos é de 25% e para mulheres é de 3%, ou seja, um diferencial quase 10 vezes maior para o sexo masculino. Já o

tabagismo, apresenta 29% de prevalência para idosos e 13% para idosas (RIO GRANDE DO SUL, 2003; BRASIL, 2003).

Ao considerar também os hábitos alimentares, observa-se que apontam um maior consumo masculino de produtos de origem animal e grande quantidade de carboidratos. As mulheres idosas, em seu discurso, preocupam-se mais com os cuidados alimentares em função do envelhecimento.

Dessa forma, a exposição masculina a fatores de risco como beber, fumar e uma alimentação desequilibrada tendem a aumentar os índices de mortalidade para esse segmento em comparação às mulheres.

De uma forma geral, esses fatores de risco também contribuem para a alta prevalência de problemas de saúde circulatórios, metabólicos, respiratórios, gástricos e mentais entre os idosos estudados. As associações de tais fatores e possíveis patologias já foram comprovadas e descritas em inúmeros estudos epidemiológicos, mostrando uma realidade bastante comum no Rio Grande do Sul, principalmente entre os idosos, que são os problemas de saúde de longa duração ou crônico-degenerativos.

Outro fator de risco, determinante de problemas crônicos de saúde, presente nos resultados de estudos epidemiológicos, é o sedentarismo. O conceito de sedentário envolve aqueles indivíduos que não realizam atividades físicas regularmente ((RIO GRANDE DO SUL, 2003).

No meio rural, é difícil definir atividades físicas regulares e sedentarismo baseados na sua concepção urbana, pois as pessoas se envolvem em atividades que exigem esforço muitas vezes superior a caminhadas ou outros exercícios preconizados). Contudo, no quadro 8 a seguir, podem-se observar algumas considerações sobre as atividades para o grupo estudado.

Atividades físicas regulares	n	%
Nenhuma	24	31,2
Caminhada	18	23,4
Cavalgar	4	5,2
Bicicleta	10	13
Trabalho na lavoura	22	28,6
Trabalho no lar	9	11,7
Total	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 8 – Atividades físicas regulares desenvolvidas pelos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

No caso daqueles que se considera “sedentários”, a proporção foi de 31,2%, mas pode ocultar atividades rotineiras diárias que, de alguma forma, tornam o indivíduo ativo, contrapondo o preconceito de definir o idoso como “estático” ou “enferrujado”, muito comum nos perfis de idosos urbanos.

A categoria “trabalho no lar”, representando 11,7% dos idosos do sexo feminino, foi considerada em função de revelar as atividades domésticas que, muitas vezes, é um esforço físico desconsiderado ou sem possibilidades de ser “medido”.

Outra categoria de fundamental importância foi o “trabalho na lavoura” como atividade física e correspondeu a 28,6% das informações dos idosos. Muitos deles, como já referido, ainda trabalham em atividades agrícolas diárias, portanto, mantêm-se muito ativos.

Giatti e Barreto (2003, p. 45) referem que “inúmeros estudos tem demonstrado que as pessoas que trabalham apresentam melhores condições de saúde que a população geral”. Os autores também apontam que trabalhar pode ser um potente fator preditivo de maior sobrevivência para os idosos.

Mesmo pela escassez de estudos sobre a associação idoso-trabalho, Giatti e Barreto (2003), relatam em seu estudo com dados da PNAD 1998, que menos doenças crônicas e número de consultas e internações foram relatadas por idosos

que trabalham, tanto do sexo masculino, como feminino. A referência de uma condição melhor de saúde também foi encontrada.

Nas atividades de lazer, ou de tempo disponível, as preferências de mais da metade dos idosos (55,8%) são para assistir televisão e ouvir rádio e música, como pode ser verificado no quadro 9.

Atividades desenvolvidas no tempo disponível	n	%
Leitura	2	2,6
Assistir televisão	43	55,8
Ouvir rádio	40	51,9
Ouvir música	40	51,9
Passeios	16	20,8
Trabalhos manuais	22	28,6
Pescar	5	6,5
Dormir	10	13,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 9 – Atividades desenvolvidas no tempo disponível (lazer) dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Em um contexto geral, Acosta-Orjuela (2001) aponta a televisão não só como um veículo de informação para os idosos, mas como uma opção de lazer de baixo custo e fácil acesso. Entre os idosos do meio rural de Arambaré, a televisão ocupa destaque também, restringindo a categoria “leituras” que a alta taxa de analfabetismo inviabiliza. A falta de opção de outros tipos de lazer na área rural, como grupos ou associações, destacados em outro tópico na seqüência, evidencia pouca alternativa para o tempo disponível desses idosos.

As opções de passeio foram referidas somente por moradores dos assentamentos e da BR-116. Já o cansaço físico após as atividades diárias faz com que 13,0% dos entrevistados refiram dormir no tempo disponível.

Os trabalhos manuais, referidos em vários estudos, podem servir de praxiterapia, evitando condições patológicas demenciais. Entre os idosos do estudo, 28,6% relataram o desenvolvimento de atividades manuais em tempo disponível. As

atividades femininas basicamente são: tricotar, costurar ou bordar e as dos homens são trabalhos artesanais em madeira e argila. Porém essas atividades manuais são desenvolvidas somente por 5 (cinco) homens das vinte e duas (22) pessoas que as referiram. Essa situação evidencia um certo preconceito em relação a esses trabalhos considerados “femininos” ou “de mulher”,

No planejamento de saúde, a utilização dos meios de comunicação acessíveis no meio rural é de fundamental importância. No caso dos idosos entrevistados, a utilização de rádio para se informar ocorreu em 75,3%, o que pode representar uma importante forma de promover, entre outras ações, informes e campanhas de saúde.

A locomoção através de transporte coletivo para 80% dos entrevistados também deve ser considerada, pois é necessária para o acesso aos serviços de saúde que se situam na sede municipal.

As condições de saúde dos idosos do meio rural de Arambaré demonstram um quadro clássico de problemas crônicos de saúde, principalmente se comparados ao Estado do Rio Grande do Sul. Esses problemas de saúde estão relacionados, dentro do contexto epidemiológico, com as situações de envelhecimento populacional.

A mudança das conjunturas geradoras de morbimortalidade deve priorizar ações de saúde de promoção e prevenção que diminuam as formas incapacitantes dos problemas crônicos, considerando o contexto rural em que os idosos estão inseridos. Contexto este, que determina o que pertence ao universo patológico e o que é inerente ao trabalho, que particulariza o processo saúde-adoecimento nas relações de gênero, que define os hábitos de vida e, sobretudo, que interfere em como os idosos procuram resolver suas situações de saúde.

5.1.4 Vida familiar e participação social

Conforme Robles *et al.* (2000), as redes sociais envolvem as situações de apoio social ao idoso de forma instrumental, emocional, econômica, de companhia, de cuidados pessoais, de defesa, entre outras. Apoio este, desenvolvido por instituições sociais ou por familiares e outras pessoas externas à família. No primeiro caso, além do lazer, a participação em associações ou grupos pode dar suporte ao idoso no enfrentamento das situações que se apresentarem em seu curso de vida.

No caso da população em estudo, essa participação restringiu-se a oito (8) pessoas, as quais eram vinculadas a entidades religiosas exclusivamente, conforme se pode observar no quadro 10. No Rio Grande do Sul, de forma geral, é expressivo o número de idosos que referem participar em instituições religiosas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Participação em associações ou grupos	n	%
Nenhuma	69	89,6
Religiosas	8	10,4
Outras	0	0,0
Total	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Quadro 10 - Participação em associações ou grupos dos idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

A participação nas entidades religiosas é majoritariamente de pessoas do segmento evangélico pentecostal, talvez em razão de não disporem de Igreja Católica nas proximidades e, até mesmo, mais atuante. Dessa forma, a referência ao catolicismo, mesmo que presente na maioria dos entrevistados, pode ser entendida como uma identificação de fé religiosa e não necessariamente como uma prática.

Portanto, dizer-se católico não sugere que seja praticante ou participante de atividades sociais promovidas por este segmento religioso e, principalmente, estar vinculado a uma rede de apoio social fora da família.

Os demais idosos, inquiridos sobre os motivos de não participarem de qualquer associação ou grupo (em torno de 90%), referiram que inexistem, próximo a suas moradias, tais opções e o deslocamento até a cidade torna-se difícil.

Quanto à rede de apoio familiar que, teoricamente, é composta pelas pessoas que podem dar suporte de cuidado ao idoso, de acordo com Robles *et al.* (2000), de uma forma geral, os homens, os solteiros e quem vive só têm redes menores e recebem menos apoio social. Para as mulheres, essa rede é maior e recebem quase o dobro de atividades de apoio que os homens. Os casados e viúvos possuem redes duas vezes maiores que os solteiros e essas redes são constituídas, em maior número, por mulheres.

No caso dos idosos rurais de Arambaré, 62,3% são casados ou com companheiro(a), sendo que os indivíduos do sexo masculino são os que mais contribuem para este número (39,0 %), conforme a tabela 27 a seguir.

Tabela 26 – Estado conjugal dos idosos do meio rural de Arambaré, 2003.

Estado conjugal	Fem		Masc		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro(a)	5	6,5	1	1,30	6	7,8
Casado(a) ou com companheiro(a)	18	23,4	30	39,0	48	62,3
Separado(a)	0	0,0	6	7,8	6	7,8
Viúvo(a)	13	16,9	4	5,2	17	22,1
Total	36	46,8	41	53,3	77	100,00

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

O estado conjugal de viuvez na parcela feminina da população ultrapassa em mais de 3 vezes (16,9%) a de homens viúvos (5,2%). Esses diferenciais por sexo, quanto ao estado conjugal, são devidos, de um lado à maior longevidade das

mulheres e, de outro, estão associados a fatores culturais de gênero que prevalecem em nossa sociedade.

Em virtude disso, a rede de apoio masculina na família, nos casos de separação e viuvez do idoso, é mais rapidamente restabelecida em função de novas uniões. Nessa perspectiva, as mulheres viúvas sofrem desvantagem, limitadas ao convívio com filhos e/ou netos, portanto, de gerações distintas, desprovendo-as do afeto conjugal e de trocas geracionais com um possível esposo/companheiro da mesma faixa etária. A justificativa é que os homens viúvos retomam o casamento com mulheres mais jovens e as mulheres viúvas, sem opção muitas vezes, permanecem sem um novo companheiro.

No caso das solteiras, encontra-se, muitas vezes, a filha mais jovem que se dedica ao cuidado dos pais na velhice, ou a filha mais velha que auxilia na criação dos irmãos mais jovens, postergando, em ambos os casos, a união com um companheiro. Dessa forma, tornam-se estereotipadas de “títias” ou “solteironas” e como “já passaram da época”, não apresentam mais atrativos de beleza, condenadas ao mesmo destino das viúvas.

Complementando essas afirmações, Debert (1999) refere que as mulheres na velhice experimentariam uma situação de dupla vulnerabilidade, com o peso somado de dois tipos de discriminação – como mulher e como idosa.

Nesse sentido, o discurso dos idosos estudados, sobre “a opinião que têm a respeito de sua sexualidade nos dias de hoje”, é carregado de valores que representam algumas situações marcadas pelas relações de gênero, consideradas neste texto como “a construção social dos sexos”, estabelecidas entre homens e mulheres e que hierarquizam práticas sob essa base. O relato de Adão, a seguir, ilustra esse aspecto:

[...] *eu vim pra cá separado da mulhé, aí tinha essa moça solta por aí, fui me chegando e se juntemo...* [risos] (Adão, 65 anos).

Os valores sociais prestigiam os casamentos de homens com mulheres mais jovens e “bonitas” e ocorrem com frequência entre os idosos viúvos e separados, como referiu Adão. Esse padrão se contrapõe à figura de “velha e feia” das idosas que ficam sem opção na viuvez. Viuvez, esta, muitas vezes derivada também de um casamento com homem mais velho, gerando um ciclo que parece perpetuar-se.

Outro motivo das viúvas estarem sem companheiro, principalmente nas idades mais avançadas, pode ser o retraimento em memória do falecido marido ou opção para evitar, em alguns casos, novas situações repressoras ou de violência, já vivenciadas, em outros casamentos. Na fala de Alda, a opção de estar hoje desacompanhada é clara, pautada em uma liberdade conquistada em função da viuvez. Ela refere:

Não quero mais homem nenhum pra me incomodá na minha vida, sou viúva de dois [risos] (Alda, 70 anos).

A questão que mais suscitou recusa para respostas foi a relacionada a sexualidade. Todas as recusas, em número de vinte e oito (28), foram de mulheres, esbarrando, possivelmente, em tabus e preconceitos, estabelecidos no curso de vida de cada uma delas, mas compartilhados e replicados através do silêncio coletivo.

O universo da sexualidade feminina é velado, configurando-se repleto de repressões sexuais e morais para essa faixa etária, diferente do masculino em que as expressões são mais livres.

A jocosidade é outro elemento que surge em alguns discursos sobre a sexualidade, com risos de constrangimento e que revelam peculiaridade.

Na cama [risos] então, não sou mais guri, mas continuo funcionando, quase uma vez por semana. O home tem que dizer a verdade, não acha?! [risos] (Pedro, 60 anos).

Faz tempo....meu velho já morreu faz tempo. Até sinto falta [risos] mas já tô meio passada pra isso [risos] (Joana, 62 anos).

Ah, nem sei falar direito disso, mas a gente já tá véia [risos] e nem pode pensar nessas coisa. Isso foi um tempo que já passou pra nós dois (Maria, 76 anos).

Observa-se nas falas de Pedro, Joana e Maria, que os risos são uma constante na conversa, como se a idade fosse um limite para a expressão da sexualidade ou ter, efetivamente, relações sexuais.

Para os homens, a referência à sexualidade tem, em grande parte, uma conotação de vaidade e diretamente relacionada com o ato sexual que é sempre comparado a épocas anteriores da vida.

Já as mulheres, “estão passadas para isso”, “o marido já morreu” e “estão velhas”, ou seja, mesmo se permanece a vontade, a idade, ser viúva e ser, sobretudo, uma mulher “velha” são empecilhos para a expressão da sexualidade.

Nessa perspectiva, Butler e Lewis (1996) e Ruschel (1998) referem que a sexualidade entre os idosos é recoberta de preconceitos e tabus e é assunto ridicularizado até mesmo por quem se encontra no processo de envelhecimento.

Os homens de idade transformam-se em “velhos tarados”, “velhos tontos” ou “bodes velhos” quando se trata de sexo. As mulheres de idade são descritas como “rabugentas”, “megeras” ou “cacos velhos”. A maior parte dessas tiradas de humor subentende a impotência dos homens mais velhos e a suposta falta de beleza das mulheres de idade.

Os autores ainda complementam que os homens são as principais vítimas de uma vida inteira de ênfase excessiva no desempenho físico. A masculinidade é equiparada à proeza física. Os homens mais velhos se julgam e são julgados pela

comparação da frequência e potência de seu desempenho sexual com as de um homem mais jovem. Já as mulheres sofrem da “mesquinhez estética” que generaliza a idéia de que apenas os jovens são bonitos. Quando os cabelos ficam grisalhos, a pele apresenta rugas e o corpo perde a antiga firmeza e elasticidade, consideram-nas pouco atraentes.

Por outro lado, a atividade sexual permanece entre alguns casais de idosos, reforçando os laços afetivos e amorosos mantidos ao longo do convívio conjugal.

Eu e o velho sempre nos demo bem, até nessas hora, entende né?! Não é porque tamo os dois velho que não sentimo nada. Eu sou apaixonada e amo muito ele (Ilse, 70 anos).

No discurso de Ilse, aparecem expressões de que a idade cronológica não é um marco de impedimento para a sexualidade do idoso (“não é porque tamo os dois velho que não sentimo nada”). Aspectos estes, compartilhados pela maior parte dos idosos que referiram realizar atividades sexuais (15 indivíduos).

Butler e Lewis (1996) corroboram com essas considerações complementando que a oportunidade de expressar a sexualidade através de atividades sexuais acontece, na maior parte das vezes, em relações conjugais antigas que cresceram e se desenvolveram através dos anos, em relacionamentos que melhoraram na idade madura, e em novas relações como um segundo casamento.

A importância da sexualidade aparece tanto nas falas desses casais como daqueles em que a sexualidade transcende ao ato sexual e é direcionada ao afeto e carinho, como referem João e Palmira em seus relatos:

É importante pro casal continuar vivendo essa parte íntima também da vida da gente. Tudo com nós está bem, até na sexualidade, com carinho, amor e paixão (João, 71 anos).

[...] é importante continuar com a sexualidade, faz parte da vida e as pessoas confundem sexo com sexualidade que é carinho, afeto, amizade, amor (Palmira, 78 anos).

A sexualidade, nesse sentido, está além do impulso e do ato sexual. Ela oferece aos idosos a oportunidade não apenas de expressar paixão, mas afeto, estima e lealdade (BUTLER; LEWIS, 1996; RUSCHEL, 1998).

Contudo, os aspectos negativos relacionados ao envelhecimento, particularmente aqueles relacionados à incapacidade e à doença, evidenciam um processo de perda da sexualidade que é “naturalizado” nos discursos. Nessa perspectiva, nota-se que há uma associação entre a imagem de “velho” como sinônimo de assexuado e a perda de capacidade que, particularmente para o sexo masculino, resume-se ao ato sexual. As falas de Hermínia, Paulo e Glauber ilustram essas associações:

Se o idoso não pode trabalhar, é melhor parar com tudo. Se há viagra para sexo, tinha que ter para trabalhar [risos] (Hermínia, 60 anos).

Os anos vão passando e a gente nota uma diferença, vai se terminando aos poucos, devagarzinho, e o sexo também (Paulo, 77 anos).

Isso [sexo] pior ainda, já não sai mais nada, depois de véio é sossegá o facho, como diz o outro. Agora com problema na próstata, pior ainda (Glauber, 68 anos).

Na verdade, deve-se considerar também que certas pessoas idosas nunca estiveram significativamente interessadas por sexo, mesmo quando jovens, sendo um foco constante de conflito emocional resultante ou causador de relações difíceis com seus parceiros. Para eles e seus parceiros a possibilidade de interromper o sexo sob a alegação socialmente aceita de “uma idade sem sexo”, pode ser um grande alívio. Outros regidos pela religião principalmente, entendem o sexo como procriação e após a menopausa não há sentido nessa continuidade.

Dessa forma, as situações de casamento ou viuvez definem, como se podem observar no discurso dos idosos, várias concepções e percepções sobre a

sexualidade. Essas representações são influenciadas pelas relações de gênero, pelas trajetórias de vida de cada casal ou sujeito, pelas associações entre envelhecimento e perda de capacidade e, até mesmo, porque:

Sexo é coisa pra os novos, o quê que um velho quer com isso?!
(Rubem, 69 anos).

Por outro lado, além das relações entre homens e mulheres, vinculadas a sexualidade, portanto mais íntimas e particularizadas dentro do espaço familiar, o convívio com os outros membros também influencia nas redes de apoio aos idosos. Dessa forma, pode ser verificado, na tabela 26, o número de filhos e as pessoas que fazem parte dessa rede potencial.

Tabela 27 – Rede de apoio familiar quanto a número de filhos vivos e pessoas com quem residem os idosos do meio rural, Arambaré, 2003.

Rede de apoio familiar	n	%
Nº. de filhos vivos		
Nenhum	8	10,4
Um	5	6,5
Dois a quatro	44	57,1
Cinco ou mais	20	26,0
Pessoas com quem reside		
Sozinho	12	15,6
Com esposo(a) ou companheiro(a)	22	28,6
Com esposo(a) ou companheiro(a), filhos e/ou netos	34	44,2
Com outros familiares	7	9,1
Com outros não familiares	2	2,6
Total	77	100,0

Fonte: Direta, elaboração pelo autor, Arambaré, 2003.

Os dados atestam que um pouco mais da metade (57,1%) possui de dois a quatro filhos vivos. A maioria mora com esposo(a) ou companheiro(a) juntamente com filhos e/ou netos (44,2%). Os estudos com idosos urbanos como o de Robles *et al.* (2000), Ramos, L. *et al.* (1993) e do Rio Grande do Sul (1997), também confirmam uma participação na rede social familiar, preponderantemente, composta por cônjuges e filhos, ou seja, domicílios de 2 gerações.

Esse quadro revela uma rede potencial de cuidado para a maioria dos idosos, mas as relações com as pessoas com quem residem e com familiares fora do

contexto domiciliar, bem como, os papéis sociais na família é que vão definir a qualidade e o desenvolvimento desse potencial.

No discurso de grande parte dos idosos do estudo, sobre “como é sua relação com as pessoas com as quais o senhor(a) vive”, aparecem algumas diferenciações entre as qualificações “ótima”, “boa”, “razoável”. A qualificação de “ruim” não foi associada a nenhuma situação nas relações intrafamiliares. As demais qualificações apresentaram, de forma homogênea, justificativas condicionadas às “brigas familiares”.

Nesse contexto, Debert (1999) diz que a persistência de unidades domésticas plurigeracionais não pode ser necessariamente vista como garantia de uma velhice bem-sucedida, nem o fato de morarem juntos um sinal de relações amistosas entre idosos e filhos.

No caso de considerarem “ótimas” as relações, a maioria dos idosos (50 indivíduos) justifica essa qualificação máxima em função de não ocorrerem brigas entre os familiares, como se observa nas falas de Maria, Pedro e Antonieta que dizem:

[A relação é] *ótima. A gente se dá bem, não tem briga* (Maria, 76 anos).

[A relação é] *ótima. Ah, a gente vive bem, não brigamos, é bem tranquilo* (Pedro, 60 anos).

[A relação é] *ótima. Olha, vivo com meus filhos, se damo bem e não tem atrito entre nós* (Antonieta, 63 anos).

Em menor intensidade (10 entrevistas), mas também significativo, as relações consideradas “ótimas”, também são justificadas pelos cuidados gerais prestados pela família, que segundo Robles *et al.* (2000) é uma forma de apoio instrumental.

Os idosos, nesse sentido, esperam um cuidado em retribuição aos anos dedicados à família, em que os filhos, principais apoios, são os mais requisitados.

Nessa situação, constata-se nas falas a predominância dessas relações entre idosos mais velhos e sua família, como evidencia Robson, Ângela e Lourenço que dizem:

A gente já tá veio, se demo muito bem [eu e os filhos], sem briga, e se cuidemo um do outro (Robson, 76 anos).

Aqui em casa [a relação] é muito boa [ótima]. Todo mundo me cuida e se preocupa comigo (Ângela, 80 anos).

Ah, é muito boa [ótima] porque [os filhos] me tratam bem, me dão tudo que preciso, me ajudam, me cuidam e não brigam, aí não me incomodo nunca (Lourenço, 75 anos).

Em menor proporção (apenas em 6 relatos), aparecem as relações consideradas “boas” pelos idosos, que as justificam por apresentarem brigas, mas todas envolvendo os cônjuges. Essas brigas são consideradas “normais” por se tratarem de desavenças de casal, ilustrando situações nas relações de gênero que, às vezes, ocultam formas de violência intrafamiliar, respaldadas na lógica comum de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”. As falas de Norma e Manoel demonstram exemplos desse tipo de relação ao afirmarem:

[A relação é] boa. De vez em quando tem uma briguinha. Briga de casal, mas tudo bem (Norma, 60 anos).

[A relação é] boa. A gente tem aquelas discussão de home e muié, mas no mais tudo bem, vai se levando (Manoel, 69 anos).

As brigas ocasionais entre os membros da família enquadram-se nas concepções dos idosos como relações de fundo “razoável”. Francisco e Judith evidenciam essas considerações, relatando:

[A relação é] razoável. Brigamos de vez em quando, ela [esposa] bebe às vezes e fica impossível (Francisco, 68 anos).

[A relação é] razoável. Uma briguinha de vez em quando, se leva o assunto longe, não é bom (Judith, 66 anos).

Em referência a “como é a relação com os familiares que não vivem com o senhor(a)?”, os idosos consideraram como familiares externos unicamente os seus

filhos e netos. Mas alguns idosos (6 indivíduos) referiram que “não possuem parentes” e, portanto, não há condição qualquer de apoio e, muito menos, de relação. Essa situação não necessariamente mostra a realidade, pois pode ocultar relações familiares adversas que não se tem vontade de revelar.

Segundo Ramos, M. (2002), as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos, moderando o estresse em pessoas que possuem problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras. Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de apoio fornecidos pela família influenciando para que os idosos sintam-se seguros para lidar com as situações de saúde e mantenham a auto-estima.

A mesma autora refere ainda que as redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente “abalam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência”. Normalmente a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade precoce entre pessoas idosas.

As relações com os familiares externos, portanto, foram concebidas como “boas” ou “ruins”, demais qualificações não surgiram nas entrevistas. Para quase todos os idosos (63 indivíduos), a relação é considerada “boa” quando pautada em apoio emocional, representada pelas visitas constantes dos filhos e/ou netos. Os relatos de Francisco e Ana ilustram uma situação de convívio, em que o “estar com os seus” torna-se importante para consolidar um apoio emocional aos idosos.

Ah, [a relação] é boa. Os filhos vêm sempre. Tem um que sempre tá aqui com a gente.. Faz bem tê eles por perto (Francisco, 68 anos).

Ah, principalmente os filhos é que nos dão alegria e os netos também, nos visitamos sempre (Ana, 72 anos).

Moragas (1997) afirma que as relações intergeracionais podem ser solidárias, sendo que proporcionam ajuda em certos momentos vitais. Segundo o autor, quando se reconhece a necessidade da compreensão entre gerações e os jovens são educados para praticá-la, fomenta-se a integração entre as diferentes idades e conseqüentemente reduz-se o conflito social.

Contudo, as relações “ruins” relacionam-se a conflitos ou abandono por parte dos filhos. Essas situações prejudicam o apoio familiar e, de uma certa forma, isolam os idosos. Mas deve-se considerar que o contexto rural pode inviabilizar esse apoio em função dos filhos residirem distantes de seus pais, como é o caso de Anastácia e Júlio que relatam:

[Nossa relação é] *ruim*. *Quase nem sei deles e não nos procuram* (Anastácia, 67 anos).

[A relação com a família] *é ruim mesmo*. *Os filhos não dão valor pros pai, a gente faz tudo por eles e nos deixam só* (Júlio, 65 anos).

Ruschel e Castro (1998) fazem referência, nessa perspectiva, às relações intergeracionais desiguais que ocorrem devido aos diferentes papéis sociais. A característica assimétrica das relações, efetiva na complexidade social, desestabiliza, em muitos momentos e aspectos, as relações de poder, desenvolvendo conflitos de gerações.

Esses conflitos entre pais e filhos são situações que interferem nas relações entre idosos e familiares que não residem com eles. O discurso de Nestor mostra essa tensão:

É bem ruim nossa relação. *Os filho querem me tirar daqui e me levá pra cidade aí, às vezes, brigamos quando eles vêm aqui* (Nestor, 79 anos).

As justificativas desses idosos em não sair de seus domicílios para a cidade, são vinculadas à trajetória dos mesmos no meio rural. Em vista disso, em referência

aos questionamentos: “por que o senhor (a) atualmente vive no meio rural?” e “o senhor(a) sente vontade de ir para a cidade? por quê?”, surgiram a influência, em especial, das histórias de vida vinculadas ao meio rural, como Pedro e França relatam:

Olha, desde que parei de usar a chupeta, eu vivi aqui [risos]. É, desde que me conheço por gente moro na campanha (Pedro, 60 anos).

Toda minha infância, meus pais já tinham essa propriedade, estamos na sexta geração. São 1200 hectares e a gente sempre viveu aqui. Fui estudar, fiz dois anos de agronomia, mas não era isso que queria porque administrar a fazenda não precisa de curso superior. Sempre vivi dentro dessa fazenda (França, 64 anos).

Observa-se que grande parte dos idosos nasceu no meio rural e construíram suas histórias de vida trabalhando em atividades agrícolas, constituindo família e fixando raízes. Em virtude desse contexto, a vontade de ir para a cidade não é mencionada nas falas da maioria, representada por setenta e um (71) idosos, pois interfere nos modos de vida dessas pessoas e em seus projetos pessoais. Complementando essa idéia, Alda diz:

Nasci e me criei na campanha. Cidade não. Como é que eu vo largá tudo o que eu fiz com meu marido, não dá (Alda, 70 anos).

Essa mesma trajetória de vínculo rural demonstra também a preocupação dos idosos com sua subsistência na cidade, tendo em vista que sempre residiram no meio rural e utilizam-se da terra para o trabalho e o sustento, propiciando uma certa segurança econômica. José, Marlene e Ivo referem a esse respeito:

Na cidade, o sustento depende muito do dinheiro, no rural cria-se, planta-se... (José, 68 anos).

Vivo aqui e não saio daqui por nada, cidade é brabo até pra se manter, aqui o sustento do velho é melhor (Marlene, 72 anos).

Vou fazer o quê na cidade, ainda mais agora?! Eu tenho tudo aqui, tenho vaca, leite, porco, o que vou fazer na cidade?! Na cidade é ruim até pra se mantê (Ivo, 60 anos).

Outros idosos atribuíram a vida no meio rural, além das suas raízes e trajetórias de vida, uma forma de liberdade, tranquilidade e segurança.

A gente pra fora vive muito melhor. Na cidade tem barulho e não gosto, sem falá dos perigo de assalto e essas coisa, aqui é mais tranqüilo, e a gente fica à vontade (Catarina, 65 anos).

Aqueles que sentem vontade de ir para a cidade (6 entrevistados) relacionam a proximidade aos recursos de saúde e as dificuldades enfrentadas no envelhecimento. As afirmações de Lélío e Cândida respaldam essas considerações:

Iria [para a cidade] pela necessidade. A gente tem mais recurso, e na idade que se tem é melhor (Lélío, 79 anos).

[Iria para cidade porque é] mais perto de recurso quando se fica doente, por isso (Cândida, 74 anos).

Dos idosos estudados, 15,6% residem sozinhos, mesma proporção encontrada entre idosos urbanos do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 1997), o que pode significar prejuízo para os mesmos quanto às redes de apoio, independentemente se são do meio urbano ou rural.

As ações planejadas, principalmente de saúde, não consideram essa especificidade do “viver só” no meio urbano, muito menos no espaço rural. Esse fato pode agravar as situações de vulnerabilidade a que estão submetidos, principalmente ao se considerar os problemas de saúde que levam a incapacidades físicas, dificultando o transporte, os cuidados pessoais e a manutenção da casa, por exemplo.

Entretanto, de acordo com Debert (1999), a tendência a viver só não tem de ser, necessariamente, percebida como reflexo de abandono por parte de seus familiares. Sousa (2002), complementa afirmando que as relações e convívio com

outras pessoas na mesma residência nem sempre são garantia de felicidade e boas relações.

Nesse sentido, o viver só deve considerar outras situações que os idosos justificaram quando inquiridos pela questão: “como o senhor(a) se sente vivendo só?”. Esse “viver só”, pode representar uma opção de liberdade ou de dificuldades de convívio, como Laurindo e Vera relatam na entrevista:

Ah, gosto de viver solito, me sinto bem, ninguém me incomoda, já separei por causa disso (Laurindo, 74 anos).

Me acho bem sozinha, não gosto de barulho e de gente me incomodando, sou muito geniosa pro convívio com os outro (Vera, 67 anos).

Porém, viver só pode representar solidão (falta de interação), tristeza ou falta de vínculos gerados por situações de morte de cônjuge, abandono ou porque os filhos foram trabalhar em cidades distantes dali. Contudo, há um certo conformismo ou aceitação do “destino”. O relato de Íria demonstra claramente essa situação que representa sete (7) entrevistados, diz ela:

[Me sinto] bem, estou acostumada. À noite choro muito, o marido morreu e os filho tão longe trabalhando. Solidão é a coisa mais triste, mas Deus quer assim...(Íria, 73 anos).

5.2 Os Idosos e suas Concepções de Vida e Saúde

No que se refere à relação entre condições de saúde e influências socioeconômicas, Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) entre outros autores, apontam essa relação em seus estudos, afirmando que a disponibilidade de recursos pelos idosos condiciona seu estado de saúde.

O conhecimento das condições de saúde e as influências socioeconômicas sobre essas condições são importantes para subsidiar políticas públicas, buscando corrigir distorções, entre outras, por estrato social (LIMA-COSTA, 2003). Condições estas, que mostram uma relação direta com os determinantes de saúde-doença, sobretudo, as socioeconômicas.

Várias justificativas podem ser pautadas nessas afirmações, como por exemplo, a de que o sustento da família, muitas vezes dependente do idoso, é gerador de estresse e depressão levando a diversos quadros de morbidade. As condições de vida também podem alterar seu autocuidado, suas redes de apoio, influenciar na aquisição de medicamentos, nos padrões alimentares, no acesso aos serviços básicos e de saúde, determinando as condições de saúde que esse idoso vai apresentar.

Torna-se necessário, então, realizar esforço para tentar resgatar alguns aspectos que podem nortear as estratégias dos idosos frente a essas condições, determinando situações de vida e saúde diversas e condicionadas a fatores não só materiais de existência, mas também imateriais como os aspectos socioculturais que tornam o envelhecimento heterogêneo.

As características das representações sobre a sexualidade dos idosos, da qualidade das relações entre os idosos e seus familiares, a sua trajetória no meio rural e as justificativas do “viver só”, descritos anteriormente, são exemplos da articulação dos aspectos mais gerais definidos pelas condições de vida e saúde e das peculiaridades intrínsecas a essas condições, definidas em um plano analítico mais imaterial e relacional.

Debert (1998, p. 23) refere que “há acontecimentos e experiências bastante comuns entre as pessoas idosas” (aposentadoria, saída dos filhos de casa,

problemas com a saúde, viuvez, etc), mas as formas como elas lidam com estas situações são diferentes, bem como, as formas e estilos de envelhecer, definindo, assim, heterogeneidades no segmento idoso, contrariamente ao mito da velhice homogênea.

A autora ainda refere, nesse sentido, que a velhice e suas representações “são categorias culturalmente construídas”. Partindo-se desses pressupostos, optou-se por analisar, dentro da perspectiva metodológica de análise de conteúdo, outros aspectos que norteiam as formas de envelhecer no meio rural para os idosos de Arambaré.

Streck e Frison (1999) referem que em um ambiente rural, as atividades consideradas trabalho (plantar, produzir, colher) se inserem na vida das pessoas de forma independente do nível socioeconômico. Esse trabalho envolve toda a família em algum nível, devido à forma como a vida é estruturada nesse meio. As autoras ainda argumentam que o trabalho no campo é presença constante nos relatos dos sujeitos que experienciaram a vida nesse contexto, sendo visto como uma obrigação, já que é necessário para sobrevivência.

O trabalho rural, em especial, revela, por outro lado, que os idosos, particularmente os aposentados, tendem segundo Carlos *et al.* (1999) a dar continuidade a hábitos que sempre mantiveram, principalmente na vida profissional, se as condições físicas o permitirem. A aposentadoria, então, complementando Debert (1999, p. 32), “deixa de ser um marco a indicar a passagem para a velhice” e torna-se, muitas vezes, um implemento econômico que auxilia a produção agrícola.

No atual sistema de valores sociais, como indica Carlos *et al.* (1999), o trabalho “representa o principal atributo de valor e sua ausência deixa de ser uma situação de júbilo para se constituir em um fator de marginalização social”. No

entanto, quando o trabalho se faz presente, mesmo nas situações de aposentadoria, o atributo de valor que lhe é associado ganha representatividade e garante inserção social.

Na população idosa estudada, em concordância com as afirmações dos autores acima, o conceito de trabalho acaba assumindo outras re-significações como a contraposição de “ser ativo” a “ser não ativo”. Nessa perspectiva, as atividades laborais, remuneradas ou não, garantem reconhecimento social, já que a ausência é associada a doenças, limitações, morte, exclusão e discriminação em uma sociedade fundamentada pelo valor produtivo.

Dessa forma, nos núcleos de sentido a seguir, além de algumas peculiaridades, o trabalho e a situação rural estão inter-relacionados e influenciam, com preponderância, nas concepções dos idosos sobre sua auto-imagem, limitações com a idade, planejamento futuro, felicidade e qualidade de vida.

5.2.1 “Me vejo assim...”

Alguns dos idosos estudados (25 entrevistas) referem, ao perguntar-se “como o senhor(a) se vê hoje com a idade que possui?”, não sentirem-se velhos, associando esse sentimento também a continuidade das suas atividades normais como relata América, Bento e Patrício em suas falas:

Não me sinto velha, estou bem. Bem mesmo, olha pra mim e vê se tu acha que tô velha? Só umas ruguinha da idade e o resto tá bom, uma plástica resolve [risos] (América, 72 anos).

Me vejo bem, faço meus negócios, minhas coisas, não me acho velho (Bento, 63 anos).

Me vejo bem, nem parece que tenho a idade que já fiz (Patrício, 69 anos).

Essas afirmações confirmam a idéia de que o idoso não considera mais a idade como fator determinante de sua condição de pessoa (MORAGAS, 1997). Contudo, muitos idosos, segundo Ruschel e Castro (1998), não assimilaram ainda as mudanças que ocorreram pelo processo de envelhecimento gerando resistências e quando se trata de entrar para uma nova fase, em que as perdas se tornam mais visíveis, é natural que os mecanismos de defesa desses sujeitos tentem dar conta de evitar o sofrimento e negar o fato. Essas subjetividades não são fáceis de identificar, mas deve-se ter consciência de que nem sempre o “sentir-se jovem” revela um bem-estar do idoso consigo.

A situação predominante (32 entrevistas), no entanto, advém das representações que valorizam as marcas do tempo, como as rugas e as capacidades físicas que ainda permanecem ou diminuíram com a idade, portanto, o corpo é considerado um delimitador do processo de envelhecimento (MORAGAS, 1997; DEBERT, 1999). Para ilustrar estas representações Delia, Chica e Homero contribuem com seus relatos:

Ah, [sinto-me] uma velha bem enxuta, inteira, como dizem. Sou bem contente e nunca senti os anos, assim, envelhecendo a gente, só algumas dificuldades que vão aparecendo (Délia, 77 anos).

Sou bem disposta pra tudo, mas já tô velha, enferrujando as junta, esquecida das coisa. Isso são coisa de velha (Chica, 83 anos).

Me vejo um véio, só véio. Sou véio mesmo! Não dá pra escondê isso. Tô cansado e não consigo sê mais como era, bem forte, fazia toda a lida na roça (Homero, 68 anos).

Observa-se também um grupo de vinte (20) idosos que relatam uma imagem negativa de si, associada basicamente às perdas e limites do corpo com o envelhecimento. Essas imagens também são fundamentadas em um “senso comum”

sobre o envelhecimento que o torna, de acordo com Safons (1999), uma fase de decrepitude. Fernando, Joaquim e Cássia revelam em suas falas esse negativismo:

Me vejo caído, a velhice me pegou de vez (Fernando, 60 anos).

Vai indo. Tomo uns remédios. Vontade a gente tem, mas a saúde e a velhice não ajudam (Joaquim, 80 anos).

A idade é uma coisa que pesa muito...(Cássia, 79 anos).

Essa imagem negativa também está associada com a condição de estar ou não doente. Segundo Sousa (2002) o “‘achar-se feio’ é determinado por situações de doença”. Lourdes evidencia essa realidade em sua fala:

É só olhar pra mim. Eu era bem bonita antes e hoje to aqui na cama.
(Lourdes, 79 anos).

Segundo Uchôa (2003) e Debert (1999), essa situação deriva da concepção de envelhecimento, o qual é delimitado inicialmente a partir de sua dimensão biológica, associado à deterioração do corpo e, em consequência, tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio. Essa visão orgânica do envelhecimento, está arraigada na cultura ocidental, associada às “perdas” do que é valorizado socialmente, ou seja, envelhecer situa-se na contracorrente de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo.

Porém, estudos realizados em sociedades orientais mostram imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento. Essas constatações interrogam a homogeneidade que é considerada para o envelhecer na nossa cultura ocidental e ensinam que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal.

5.2.2 “Não é como antes, mas...”

As limitações que os idosos referem em seus discursos, ao definirem “o que senhor(a) fazia antes dos... (idade) que nos dias de hoje sente-se limitado a realizar?”, são vinculadas às perdas decorrentes do envelhecimento ou às doenças que incapacitam para o trabalho, reafirmando a importância para os idosos do corpo útil e necessário para realizar suas atividades. Debert contribui, com essa reflexão, afirmando que os idosos querem “manter a independência funcional, ameaçada ante as deficiências físicas próprias da idade” (1999, p. 23.).

Nas falas de alguns idosos (10 entrevistados) observa-se, portanto, uma incapacidade quase que total ou parcial para o trabalho, evidenciada, principalmente, pelas falas seguintes de Armando e Lourdes:

[Já não posso] *trabalhá fazendo o que fazia na lida da lavoura*, [não consigo] *forcejá* (Armando, 78 anos).

[Sinto-me limitada em] *tudo, não posso caminhar muito, respiro mal e tenho o coração que me ataca também, aí fico só aqui* (Lourdes, 79 anos).

[O que me limita é a] *força, falta perna pra caminhar, falta ouvido, visão* (Fernando, 60 anos).

Porém, alguns idosos (9 indivíduos) referem que essas limitações sofrem readaptações para manter as atividades comumente desenvolvidas, como se evidencia nas falas de Gonçalo, Mariana e Pedro:

Não há serviço que não fazia, hoje sinto dificuldade, só corto lenha (Gonçalo, 75 anos).

[Não tenho mais a mesma] *resistência, não consigo forcejar mais, para caminhar tô bem* (Mariana, 81 anos).

[Sinto-me limitado para] *o próprio trabalho. Se exagero dói as costas, coluna e tudo* (Pedro, 60 anos).

Outros idosos (18 no total) não se sentem velhos ou limitados, mantendo suas atividades de trabalho normalmente como nas outras fases de suas vidas como é o caso de Carlos e Fátima que referem:

Ah, faço tudo, ainda trabaio bastante, as força são as mesma...e vô levando (Carlos, 65 anos).

[Não sinto-me limitada para] nada. Faço tudo a mesma coisa o que fazia antes (Fátima, 64 anos).

As limitações com a idade, ou com as doenças que incapacitam os idosos, interferem nas suas perspectivas futuras de vida, principalmente ao considerarmos que esses idosos, em sua maior parte, realizam ainda hoje atividades de trabalho agrícola que exigem condições físicas redobradas. Deve-se, no entanto, considerar que essas possíveis limitações são oriundas das mudanças físicas que acompanham o processo de envelhecimento, como refere Safons (1999).

5.2.3 “Pro futuro, espero...”

Ao perguntar-se sobre “os planos para o futuro”, as respostas vinculam-se principalmente à manutenção da saúde, forma de enfrentar as limitações da idade.

Carlos e Jussara dizem a esse respeito:

[Espero] que Deus me dê saúde e continue vivendo e trabalhando na lida (Carlos, 65 anos).

Espero continuar com saúde e em paz, o resto está bem (Jussara, 65 anos).

A continuidade no trabalho, como perspectiva futura, é diretamente influenciada pelas limitações que irão possibilitar-lhes realizar ou não essa meta. Dessa forma, é possível prever se suas condições de vida podem melhorar ou se poderão ainda auxiliar os filhos a melhorarem também. Situações que aparecem nas falas de Afonso, Fabrício e Efigênia ilustram as concepções de trinta e dois (32) idosos entrevistados:

[Planejo] *continuar trabalhando, só isso. Não penso em querê mais, pra mim tá bom assim* (Afonso, 64 anos).

[Meus planos são de] *melhorar a vida, melhorar a propriedade e adquirir mais um pouco* (Fabrício, 60 anos).

A gente sempre quer o bem dos filhos, [espero] que melhorem [economicamente] e que eu possa ajudar (Efigênia, 70 anos).

5.2.4 Me sinto feliz porque...

Os idosos inquiridos sobre “os motivos de sentirem-se ou não felizes”, referiram, em sua maioria, afirmativamente. Quanto ao que os idosos concebem e representam a respeito desse conceito, a boa saúde, as relações com a família, a manutenção da autonomia e simplesmente continuar vivendo foram os eixos principais que surgiram nas entrevistas.

O relatório sobre os idosos do Rio grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1997), reafirma que os valores mais importantes para os idosos estão centrados na saúde, na família e na autonomia, bem como, o estudo de Sousa (2002) em que os idosos, em sua maioria, associaram os mesmos referenciais para felicidade.

Inicialmente, a boa saúde para 26 idosos é precursora do sentimento de felicidade. Nesse sentido, saúde vem associada a valores como “estar forte” ou “não estar/ser doente”, como Palmira declara:

Tenho saúde e meu marido também é forte, aí sou feliz por isso (Palmira, 78 anos).

As relações com a família vinculam-se a harmonia, proximidade familiar e a “satisfação pelo trabalho construído na educação dos filhos”, como ilustram João e Mariana, representando 37 entrevistados:

Vivo bem com a muié véia, a gente se dá bem e sou feliz (João, 71 anos).

Até que me sinto feliz, graças a Deus os meus filho tão na minha volta e são bom pra mim e não tem vício nenhum, só trabalham, progrediram bastante e sempre dei educação pra eles como pudemo... (Mariana, 81 anos).

A manutenção da autonomia, para alguns idosos (10 entrevistados) surge também como uma forma de definir o “sentir-se feliz”. Nessas condições, subentende-se nas falas “um não possuir limitações”, mais uma vez ligadas a possibilidade de continuidade no trabalho e, de certa forma, influenciadas por uma concepção de saúde. Ilustram com suas falas essas considerações, Fabrício e Carlos:

[Sinto-me feliz] porque aqui eu me sinto à vontade, tenho meu pedacinho de chão pra me sustentar, trabalhar, é isso (Fabrício, 60 anos).

[Sinto-me feliz porque] Cheguei nessa idade e não preciso pedir nada pra ninguém (Carlos, 65 anos).

Nas falas de quase todos que referiram sentirem-se felizes, identificou-se concomitantemente aos outros valores, a simplicidade e a satisfação de apenas “estar vivendo” como motivo de felicidade.

Eu tô vivendo até hoje meu filho, isso pra mim é felicidade, me basta chegar até aqui (Marcos, 81 anos).

Os poucos idosos que referiram a condição de infelicidade (apenas 8 entrevistados), vincularam-na às doenças e limitações, às condições econômicas difíceis e ao distanciamento da família.

Além do sentimento de limitação como causa da infelicidade, o “ser velho” impossibilita e contrapõe a idéia de felicidade, como se fossem antagônicos e excludentes, associado a concepções ligadas às perdas que o envelhecimento pode trazer, reafirmando valores negativos ainda comuns nas representações sobre a velhice. Anamélia apresenta em sua fala esses aspectos:

É, a gente depois de velha nem pode dizer que é feliz, hoje já não é como antigamente e me sinto limitada pra fazer o que fazia antes (Anamélia, 82 anos).

Uma pessoa condicionada pela idéia de vivenciar compulsoriamente o envelhecimento de forma degenerativa, irá criar uma expectativa angustiante com relação ao seu futuro e, não havendo a oportunidade de revisão desse posicionamento, será conduzida a um clima de ansiedade, receios e inseguranças que podem produzir sentimentos de infelicidade (VARGAS, 1998).

Por outro lado, “sentir-se feliz ou não” pode estar relacionado diretamente às condições econômicas e de saúde. Mas estas condições possuem significados desvinculados de subjetividade, ou seja, são elementos materiais que alterados ou manipulados poderiam levar a condição de felicidade. Teodoro refere essas considerações quando diz:

A saúde é fraca e vivemo mal, não é fácil, falta tudo, só tem, as vezes, pra comer, quem é feliz assim? (Teodoro, 61 anos).

As relações familiares, como já foi discutido anteriormente, é um importante mecanismo de apoio para o idoso e quando há uma falha nesse mecanismo ou inexistência do mesmo, o estresse gerado por condições adversas que o idoso tem de enfrentar pelo distanciamento da família, principalmente, pode levar a situações de solidão e causar sentimentos de infelicidade, como se evidencia na fala de Batista:

[Não me sinto feliz] *porque me sinto só, não tem ninguém da família para ficar comigo e fico triste, ninguém me ajuda também* (Batista, 70 anos).

5.2.5 “Qualidade de vida, pra mim, é...”

As diferentes representações que os idosos expressam sobre todas essas situações e características que fazem parte do seu universo cotidiano, algumas comuns a maioria, outras particularizadas, interferem nas diferentes concepções que têm de qualidade de vida. Mesmo a saúde sendo a principal referência nas falas sobre qualidade de vida, ela é acompanhada por vários outros fatores ilustrando essa complexidade.

Nesse sentido, as relações sociais dos idosos com a família ou com outras pessoas com quem convivem, assumem importância na definição de qualidade de vida, evidenciadas em falas como de Palmira que diz:

Ah, o principal é a gente se dá bem com todo mundo e tê saúde (Palmira, 78 anos).

A tranquilidade e a segurança associadas às boas condições do ambiente natural e, mais uma vez, das relações sociais positivas, definem para Hermínia e Jussara uma vida com qualidade:

A vida que a gente leva na campanha: tranqüila, de bem com todo mundo, assim que é a qualidade aqui (Hermínia, 60 anos).

[Qualidade de vida é] viver aqui, aqui não tem poluição, é tranquilo, não tem barulho, nem ladrão querendo roubar tua casa (Jussara, 65 anos).

A saúde como meio de manter-se “livre” das limitações, acompanhada de acesso aos sistemas de cuidado formais e associada à continuidade no trabalho rural que viabiliza, além do sentimento de “sentir-se útil”, condições econômicas de sustento mesmo para aqueles mais desfavorecidos. Situações estas que João, Mariana e Carlos enfatizam em seus diálogos como propriedades inerentes a qualidade de vida:

Saúde, se dar com todos, plantação e criação, a gente podê cuidá de tudo, isso é qualidade pra mim (João, 71 anos).

Ter saúde, ter um bom meio de transporte, acesso a serviços de saúde (Mariana, 81 anos).

A vida que eu tenho é de qualidade perto de quem vive na miséria. A gente é pobre, mas sobrevive da terra e os outro?! (Carlos, 65 anos).

A concepção de qualidade de vida também abrange a disponibilidade dos recursos materiais básicos para viver, conforme Hélio ilustra em sua fala:

Ter mais um recurso, ter água dentro de casa, luz, melhorar a casa (Hélio, 80 anos).

No entanto, a qualidade de vida também é construída através da percepção de uma dignidade não alcançada em uma trajetória de vida carregada, muitas vezes, de sofrimentos e privações. Dignidade esta, relacionada a qualquer ser humano, desvinculada do estereótipo de “merecimento por envelhecer” e da determinação cronológica que define o “ser velho”. Fabrício e Fernando contribuem em suas falas ilustrando essas associações com qualidade de vida:

Ter trabalho, saúde, dinheiro, a alimentação todo o dia, viver bem numa casa boa, ter dignidade depois de velho (Fabrício, 60 anos).

A pessoa...não se achar velho mesmo já tendo a idade que tem [risos] (Fernando, 60 anos).

As concepções e percepções expressas pelos idosos que envolvem qualidade de vida, inter-relacionam-se e acabam emprestando uma identidade para um conceito amplo e subjetivo. Nessa perspectiva, Fátima sintetiza em seu relato:

Olha, pra mim, [qualidade de vida] significa a gente ter um bem-estar, aí vai ser de cada um, eu, sendo a saúde tá bom, outros tendo o que comer é o principal (Fátima, 64 anos).

Assim, a declaração de Fátima engloba, de uma certa forma as demais falas particularizadas, tendo em vista que qualidade de vida “...vai ser de cada um...” o que corrobora com Patrick e Erickson ao afirmarem que “qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas...” (1998, p. 12).

Na mesma perspectiva, Minayo e Coimbra Junior (2002), contribuem afirmando que todos os idosos desejam viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição das capacidades; continuar a participar das decisões que envolvem a comunidade; prolongar, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como propriedade, autoridade e respeito.

Nesse sentido, apropriando-se da conceituação de Buss (2000, p.167) sobre saúde, o qual a define como “além de evitar doenças e prolongar a vida, [a saúde] deve assegurar os meios e situações que ampliem a qualidade de vida ‘vívda’”. Dejours (1986, p. 11) também compartilha dessa perspectiva quando diz que “a saúde para cada um é ter meios de traçar um caminho pessoal e original em busca de uma qualidade de vida”.

Esses conceitos, portanto, envolvem a noção de saúde vinculada a qualidade de vida. Partindo, portanto, dessas definições, a construção de um conceito de

saúde para os idosos estudados, também amplo e subjetivo, deve ir além de associar envelhecimento com doenças e limitações da idade, necessita englobar outros aspectos de ordem material, definidos pelas suas condições de vida, e de ordem imaterial que envolvem suas concepções e percepções.

A saúde dos idosos rurais de Arambaré, portanto, pode ser definida como: as condições que interferem na sua qualidade de vida, levando em consideração os seus recursos materiais de existência, pautados nas suas condições de vida; seus recursos imateriais, que são as formas de interpretar a realidade em que estão inseridos [meio rural] de forma subjetiva; e a dinâmica que os torna atores sociais que interferem, através de diferentes estratégias, sobre esses recursos, influenciando diretamente na capacidade de gerir a vida e alcançar os objetivos de bem-estar que necessitam.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção geopolítica de Arambaré na Metade Sul do Estado e, conseqüentemente, na área de estudo do PROINTER deixa antever uma complexidade de inter-relações sistema natural/sistema social em que os idosos são protagonistas, influenciando e sendo influenciados direta ou indiretamente, particularmente ao se considerar o contexto rural.

O estudo do envelhecimento rural, nesse complexo de heterogeneidades, contribui para a construção da problemática de pesquisa do PROINTER, tendo em vista que, de uma certa forma, ilustra a articulação de relações que influenciam nas desigualdades sociais existentes. Essas desigualdades causam um maior impacto em grupos considerados mais vulneráveis, como os idosos, pois este grupo apresenta características singulares. Em vista dessas características, identifica-se, de uma forma geral, um espaço rural em que o trabalho agrícola torna-se a base das dinâmicas, interações e representações.

A trajetória dos idosos, portanto, é influenciada por esse contexto rural, determinando de forma geral, entre outros aspectos, uma precária inserção socioeconômica evidenciada por baixa renda *per capita*, devido a aposentadorias irrisórias e falta de qualificação profissional. Nos espaços rurais, há uma segregação entre grandes latifúndios e pequenas propriedades em “corredores” ao longo das estradas e assentamentos. O enfrentamento dessa situação de “pobreza socioeconômica”, mesmo para aqueles que se aposentaram, é a continuidade no trabalho agrícola que auxilia no sustento da família.

Já em relação ao processo saúde-adoecimento, há diferenças entre homens e mulheres na forma de adoecer e se expor a fatores de risco como os hábitos e costumes que desfavorecem o sexo masculino, podendo determinar uma maior longevidade às mulheres nas faixas mais avançadas de idade. As condições de acesso aos serviços de saúde favorecem, de certa forma, àqueles que possuem recursos econômicos mais satisfatórios, mas não inviabiliza a utilização do serviço privado pelos mais “pobres” em função de ocorrer “apadrinhamentos”. No entanto, há outras formas de enfrentar as situações de saúde, como a utilização de chás e ervas que podem causar tanto benefícios como danos à saúde.

Contudo, há desigualdades não determinadas somente por fatores econômicos e sociais desfavoráveis, mas também por aspectos que estão intrinsecamente relacionados às concepções de vida e envelhecimento definidas por mitos, tabus, preconceitos e valores.

Nesse panorama geral de interações, o envelhecimento deixa, então, de ser encarado como um estado ao qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenômeno biológico, ao qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais.

Considerando as particularidades e exceções observadas nesse estudo, de uma forma geral, para os idosos de Arambaré, a passagem do tempo não é marcada pela aposentadoria, mas sim, pela continuidade ou não no trabalho.

Essa continuidade nas atividades laborais, além do sustento econômico, possui no mundo rural uma significação que determina o “ser útil” e o “ser velho e inútil”. Nessa perspectiva, portanto, ter ou não saúde e trabalhar interferem na auto-imagem positiva ou negativa de envelhecimento, pois é determinada por limitações ou não com a idade.

O planejamento futuro com expectativas positivas vincula-se à manutenção da saúde para continuar nas atividades laborais, quando isso é possível, interferindo nas condições de vida pessoais ou familiares. A felicidade e qualidade de vida, portanto, são condicionadas, entre outros fatores, pelo bom relacionamento familiar, pela manutenção da saúde, pela autonomia porque "...no rural, cria-se, planta-se..." e porque a vida é mais tranqüila e "...pro velho aqui no rural é melhor...".

Ao considerarmos o município de Arambaré, suas peculiaridades e a sua inserção na Metade Sul do Estado, o presente estudo pôde contribuir para definir alguns indicativos de como é a vida e a saúde do grupo de idosos em um contexto rural de envelhecimento. Contudo, necessita de replicações que comparem essas informações entre os demais municípios da área empírica de estudo do PROINTER, na tentativa de identificar homogeneidades e heterogeneidades que podem definir alguns impasses de desenvolvimento dessa área.

No âmbito da região de estudo, verificam-se escassas políticas públicas direcionadas ao meio rural, principalmente a grupos mais vulneráveis como os idosos. A formulação dessas políticas deve considerar não apenas as condições de existência, mas também as representações e interpretações dos sujeitos, bem como, suas dinâmicas de enfrentamento da realidade, assim, pode-se interferir efetivamente nas desigualdades sociais existentes dos municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

ACOSTA-ORJUELA, G. M. **Como e porque idosos brasileiros usam a televisão:** um estudo dos usos e gratificações associadas ao meio. 2001. 299 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

ALONSO, J. A. F.; BENETTI, M.; BANDEIRA, P. **Crescimento econômico da Região Sul do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1994.

BRANDÃO, C. R. **Os Deuses do povo:** um estudo sobre a religião popular. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. (Texto para Discussão, n. 686).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Legislação:** deliberações. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.htm>. Acesso em: 15 maio 2003.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Legislação.** Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/lei8842.htm>. Acesso em: 12 set 2003.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS:** informações de saúde. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 18 dez 2003.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. **Sexo e amor na terceira idade.** Tradução de Ibanez de Carvalho Filho. 4. ed. São Paulo: Summus, 1996.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

_____. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. (Texto de Discussão, n. 830).

CARLOS, S. A. *et al.* Identidade, aposentadoria e terceira idade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, p.77-88, 1999.

COELHO, J. M. F.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out. 1999.

CORTES, S. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa dos dados. *In: NEVES, C.B.; CORRÊA, M. B. (Org.). Pesquisa social empírica: métodos e técnicas.* Porto Alegre, 1998. p. 34-45 (Cadernos de Sociologia, n. 9).

DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. **Textos Didáticos: antropologia e velhice**, São Paulo, n. 13, p. 7-27, jan. 1998.

_____. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Tradução de Leda Leal Ferreira. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 14, p. 7-11, maio/jun. 1986.

DEL GROSSI, M. E.; GRAZIANO DA SILVA, J. **O uso das PNADS para as áreas rurais.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Texto de Discussão, n. 874).

DELGADO, G. C.; CARDOSO JUNIOR, J. C. **O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. (Texto de Discussão, n. 688).

GERHARDT, T. E. **Anthropologie et santé publique**: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362 f. Tese (Anthropologie Sociale) – Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, maio/jun. 2003.

GRAZIANO DA SILVA, J. **O novo rural brasileiro**. 2. ed. Campinas: Editora do Instituto de Economia/UNICAMP, 2000.

GUIDI, M. L. M.; PINTO, S. L. S. M. O imaginário afetivo do idoso e o contexto familiar. **Humanidades: Terceira Idade**, Brasília, DF, v.1, n. 46, p. 9-13, out. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: agregado por setores censitários dos resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. v. 4.

_____. **Informações conceituais e metodológicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2003.

JOLLIVET, M.; PAVÉ, A. L'environnement, un champ de recherche en formation. **Natures, Sciences, Sociétés**, Paris, v. 1, p.15-29.1993.

KLERING, L. R. **Análise do desempenho dos municípios do Rio Grande do Sul em 1997**. Porto Alegre: Escola de Administração/UFRGS, 1998. 56 p. Não publicado.

LADISLAU, L. Lazer e participação social. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, p.7-25, ago. 2002.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, maio/jun. 2003.

_____; 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LOPES, M. J. M. **Les soins: images et réalités: le quotidien soignant au Brésil.** 1993. 2 v. Tese (Sociologie), Université de Paris VII, Paris, 1993.

MEDEIROS; M.; OSÓRIO, R.G.; VARELLA, S. **O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADS de 1992 a 1999.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Texto para Discussão, n. 860).

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

_____; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In:* _____ (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

MIRANDA, D.S. Apresentação. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 5-6, ago 2002.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida.** Tradução de Nara C. Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 1997.

PATRICK, D. L.; ERICKSON, M. S. P. **O que significa qualidade de vida?** Conceitos e dimensões. São Paulo: Squibbline, 1999.

RAYNAUT, C. **Diversité et dynamiques des relations société-nature.** Paris: Karthala, 1997.

RAMOS, L. R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jan./jun. 2002.

ROBLES, L. *et al.* Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos em Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 557-560, abr./jun. 2000.

ROMERO, D.E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, P.777-794, 2002.

ROESE, A. **Utilização de serviços de saúde de oito municípios da “Metade Sul” do RS**: caracterizando fluxos e acesso dos usuários. 2003. 50 f. Projeto de Qualificação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, maio/jun. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde. **Estatísticas de saúde**: mortalidade. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.ses-rs.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2003.

RUSCHEL, A. E. Envelhecimento e gênero: a construção de um novo tempo. *In*: CASTRO, O. P. (Org.). **Velhice, que idade é esta?** Uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 92-99.

_____; CASTRO, O. P. A intergeracionalidade na dinâmica das relações de poder familiar. *In*: CASTRO, O. P. (Org.). **Velhice, que idade é esta?** Uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 125-130.

SAFONS, M. P. Algumas considerações sobre envelhecimento e atividade física. **Humanidades**: Terceira Idade, Brasília, DF, v.1, n. 46, p.25-33, out. 1999.

SANT'ANNA, A. R. **Vulnerabilidade ao homicídio**: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997. 2000. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SILVA, T.M. N. A construção de uma pedagogia para o idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, p.62-75, ago. 2002.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SOARES, W.; ALMEIDA, R. M. V. R.; MORO, S. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1117-1127, jul./ago. 2003.

SOUSA, A. I. **Envelhecimento, estratégias de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre**. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 45-60, 1994.

STRECK, C. F.; FRISON, T. B. Lembranças de velhos: o mundo do trabalho na infância. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, p.103-118, 1999.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 850-858, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável**: contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul: relatório técnico parcial. Porto Alegre: 2002. 198 p.

VARGAS, L.V. A comunicação e o processo de aprendizagem. *In*: CASTRO, O. P. (Org.). **Velhice, que Idade é Esta?** Uma Construção Psicossocial do Envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 162-174.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados
(formulário semi-estruturado de entrevista)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

“O IDOSO DO MUNICÍPIO DE ARAMBARÉ - RS:
UM CONTEXTO RURAL DE ENVELHECIMENTO”

Instrumento de Coleta de Dados – Formulário para Entrevista

Nº. Entrevista _____

GRUPOS TEMÁTICOS DE VARIÁVEIS	
I – Demográficas	
1) Iniciais do nome:	2) Data de Nascimento: / /
3) Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
4) Cor: (1) Negro (2) Branco (3) Pardo (4) Amarelo	
5) Religião: (1) Espírita (2) Católica (3) Evangélica (4) Outros _____	
6) Estado Conjugal: (1) Solteiro (a) (2) Casado(a) ou c/ companheiro(a) (3) Divorciado(a) ou Desquitado(a) (4) Viúvo(a)	
7) O senhor (a) estudou até que série? _____	
II – Socioeconômicas	
8) Localidade da Propriedade (assentamento, fazenda, estrada): _____ _____	

9) Moradia: (1) própria (2) alugada ou arrendada (3) cedida (4) outros _____
10) Tipo de construção: (1) alvenaria (2) madeira (3) mista (4) outros _____
11) Cômodos na casa: (1) um cômodo (2) dois cômodos (3) três cômodos (4) mais de três cômodos. Quantos? _____
12) Água encanada: (1) sim. De onde provém? _____ (2) não. De onde provém? _____
13) Esgoto: (1) rede pública (2) fossa séptica (3) canal de escoamento (4) outros _____
14) Sanitário: (1) dentro de casa c/ descarga (2) dentro de casa s/ descarga (3) fora de casa c/ descarga (4) fora de casa s/descarga (casinha)
15) Lixo: (1) coletado (2) queimado (3) jogado (4) enterrado (5) outros
16) Luz elétrica: (1) sim (2) não
17) O senhor(a) possui em sua residência: (1) televisão (2) geladeira (3) fogão a gás (4) fogão a lenha (5) rádio (6) automóvel (7) trator (8) máquinas agrícolas
18) O senhor (a) é aposentado? (1) sim Se sim: (1) por tempo de serviço (2) por invalidez/doença (3) por idade Qual atividade desempenhava anteriormente? _____ (2) não. Por quê? _____
19) O que o(a) senhor (a) produz em sua propriedade? (1) nada (2) produtos de subsistência (consumo próprio). O que? _____ _____ (3) produtos para comercializar. O que? _____ _____
20) Qual a renda aproximada da família (em reais)? _____ a) De onde provém os rendimentos familiares? _____ _____

<p>21) O senhor (a) recebe ajuda econômica de alguém? (1) sim. Tipo (alimentos, dinheiro, etc) _____ Quem ajuda? _____ Periodicidade: (1) diariamente (4) outro _____ (2) semanalmente (3) mensalmente</p> <p>(2) não.</p>
<p>22) O senhor (a) ajuda alguém economicamente? (1) sim. Tipo (alimentos, dinheiro, etc) _____ Quem é ajudado? _____ Periodicidade: (1) diariamente (4) outro _____ (2) semanalmente (3) mensalmente</p> <p>(2) não.</p>
<p>23) Quais os maiores gastos familiares? (1) alimentação (2) medicamentos/tratamentos de saúde (3) habitação (4) outros _____</p>
<p>24) Qual o meio de comunicação que o senhor (a) mais utiliza para se informar? (1) rádio (2) jornal (3) revista (4) televisão (5) amigos (6) outros _____</p>
<p>25) Qual o meio de transporte que o senhor (a) mais utiliza? (1) automóvel (2) ônibus (3) carroça (4) bicicleta (5) a pé (6) outros _____</p>
<p>III – Hábitos de vida e saúde</p>
<p>26) O que o senhor (a) faz quando fica doente? (1) Procura o posto de saúde (2) Procura hospital (3) Utiliza chás/ervas (4) Procura orientação com vizinho ou amigo (5) Procura farmacêutico/compra remédios por conta própria (6) Procura médico particular ou de convênio (7) Outros _____</p>

<p>27) Quais os problemas de saúde que o senhor (a) possui?</p> <p>(1) Nenhum</p> <p>(2) Hipertensão</p> <p>(3) Dislipidemias (colesterol/triglicerídeos)</p> <p>(4) Diabetes</p> <p>(5) Incontinência urinária/fecal</p> <p>(6) Reumatismo</p> <p>(7) Osteoporose</p> <p>(8) Outros _____</p>
<p>28) Utiliza alguma medicação? (1) sim. Para quê? _____</p> <p>(2) não.</p>
<p>29) Nos últimos 6 meses, o senhor (a) esteve hospitalizado (a)?</p> <p>(1) sim. Qual motivo? _____</p> <p>Local da hospitalização _____</p> <p>(2) não</p>
<p>30) O senhor(a) já sofreu algum acidente trabalhando no campo?</p> <p>(1) Sim. Como ocorreu? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(2) Não.</p>
<p>31) Quais alimentos o senhor consome freqüentemente no seu dia-a-dia: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>33) O senhor(a) ingere algum bebida alcoólica?</p> <p>(1) sim. Qual? _____</p> <p>Quanto? _____</p> <p>Freqüência _____</p> <p>(2) não.</p>
<p>34) O senhor (a) fuma? (1) sim. O que? _____</p> <p>Quanto por dia? _____</p> <p>(2) não.</p>
<p>35) Qual atividade física o senhor (a) realiza?</p> <p>(1) Nenhuma</p> <p>(2) Caminhada</p> <p>(3) Anda a cavalo</p> <p>(4) Outros _____</p>

<p>36) O que faz no tempo disponível?</p> <p>(1) leitura</p> <p>(2) assiste televisão</p> <p>(3) ouve rádio/música</p> <p>(4) passeia</p> <p>(5) outros _____</p>
<p>IV – Relações sociais</p>
<p>37) O senhor (a) possui filhos?</p> <p>(1) sim. Quantos vivos? _____</p> <p>(2) não</p>
<p>38) Com quem o senhor (a) vive em casa?</p> <p>(1) Sozinho. Como o senhor (a) sente-se vivendo só? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(2) com companheiro (a)</p> <p>(3) com filhos</p> <p>(4) com netos</p> <p>(5) genro/nora</p> <p>(6) outros _____</p> <p>Total de pessoas: _____</p>
<p>39) Como é a relação com as pessoas que vivem com o senhor?</p> <p>(1) Ótima</p> <p>(2) Boa</p> <p>(3) Razoável</p> <p>(4) Ruim</p> <p>(5) Outra _____</p> <p>Por quê? _____</p> <p>_____</p>
<p>40) Como é a relação com os familiares que não vivem com o senhor (a)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>41) O senhor (a) participa de alguma associação ou grupo?</p> <p>(1) sim. Qual? _____</p> <p>(2) não. Por quê? _____</p>
<p>V – Trajetória no meio rural</p>
<p>42) Por que, atualmente, o senhor (a) vive no meio rural? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>43) Sente vontade de ir para cidade (área urbana)?</p> <p>(1) Sim. Por quê? _____</p> <p>_____</p> <p>(2) Não. Por quê? _____</p> <p>_____</p>
<p>VI – Qualidade de vida</p>
<p>44) Como o senhor se vê hoje com... (ver idade)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>45) O que senhor (a) fazia antes dos... (ver idade) que nos dias de hoje sente-se limitado a realizar? _____</p> <p>_____</p>
<p>46) Qual sua opinião sobre a sua sexualidade nos dias de hoje? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>47) Quais seus planos para o futuro? _____</p> <p>_____</p>
<p>48) O senhor(a) sente-se feliz? (1) sim. Por quê? _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(2) não. Por quê? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>49) O que é qualidade de vida para o senhor (a)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Informado

Termo de Consentimento Livre e Informado

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado(a) pelo pesquisador João Luis Almeida da Silva, Mestrando da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Professora Doutora Marta Julia Marques Lopes. A entrevista será gravada e conduzida a partir de um instrumento proposto pelo pesquisador. Estou ciente também, que o mestrando, a seu critério, poderá utilizar imagens fotográficas para fins de ilustração do seu trabalho.

Declaro ter sido informado(a) que se trata de uma pesquisa com idosos do meio rural para coletar informações para o trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado: **O Idoso do Município de Arambaré - RS: um contexto rural de envelhecimento**. Os objetivos do estudo são: a) descrever e analisar as variáveis históricas, demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e socioculturais da população idosa do meio rural do município de Arambaré; b) espacializar algumas informações analisadas na área geográfica do município de Arambaré e; c) fornecer ao Programa Interdisciplinar de Pesquisa, no qual está inserido o Projeto, informações e análises que possam subsidiar novas hipóteses de pesquisa para estudos na região e influenciar políticas públicas locais.

Fui informado(a) também que, mesmo após o início da entrevista, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também posso recusar-me a ceder quaisquer imagens fotográficas solicitadas pelo pesquisador, de forma não excludente à participação na entrevista.

Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações e/ou imagens fotográficas por mim fornecidas, bem como, a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Considerando-me esclarecido em relação a proposta da pesquisa e concordo em participar da mesma.

Assinatura do participante (ou representante na impossibilidade de assinar)

Data:

Pesquisador:
João Luis Almeida da Silva
Contato: Rua Attílio Marin, 33
Bairro Aberta dos Morros
Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3311-3087

Orientadora:
Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes
Contato: Rua São Manoel, 963
Bairro: Santa Cecília
Porto Alegre –RS
Fone: (51) 3316-5481

ANEXO A - Carta de Encaminhamento à Administração Municipal de Arambaré

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO RURAL

Porto Alegre, 05 de maio de 2003.

Senhores:

Venho por meio desta, apresentar o senhor João Luis Almeida da Silva, Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, em virtude da realização do seu Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado: "O Idoso do município de Arambaré - RS: um contexto rural de envelhecimento"

O referido projeto está inserido no Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER), acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB n° 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2 e a Universidade Federal do Paraná. A temática geral de pesquisa do Programa é a "Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil"

Esse Programa Interdisciplinar é constituído de pesquisadores de diversas áreas em busca da complementaridade dos enfoques disciplinares na elaboração e validação de propostas de desenvolvimento sustentável. Em virtude disso, pretende subsidiar políticas públicas em municípios pertencentes a "Metade Sul" do Rio Grande do Sul, tendo em vista que essa região vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica com reflexos sociais importantes quando comparada a outras regiões do estado.

Nos projetos vinculados a área da saúde, inclui-se o do referido mestrando que pretende coletar dados dos idosos do meio rural desse município conforme objetivos e metodologia do projeto em anexo. A apresentação do mestrando visa, dessa forma, informar ao poder público municipal de Arambaré a respeito de sua permanência e atividades no município. Portanto, solicito a ciência dos senhores através de documento oficial.

Desde já agradecendo a atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Lovois Andrade Miguel,
Coordenador do PROINTER.

À Prefeitura Municipal de Arambaré
EM.

ANEXO B - Carta de ciência da administração municipal de Arambaré

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAMBARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO
AMBIENTE

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que o senhor João Luis Almeida da Silva esteve no município de Arambaré – RS, pelo período de maio a junho do corrente ano, realizando estudo sociodemográfico e epidemiológico dos idosos do meio rural; estando ciente do trabalho que o mesmo está desenvolvendo em nosso município.

Atenciosamente,

Arambaré, 24 de junho de 2003.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dirce', with a long horizontal flourish extending to the right.

Dirce Silva Scherer
Secretária Municipal

**ANEXO C - Documento de aprovação da Comissão de Pesquisa da
Faculdade de Economia/UFRGS**



**FACULDADE DE ECONOMIA
COMISSÃO DE PESQUISA**

CERTIFICADO

Pelo presente certifico que o "Projeto CAPES-COPECUB – 330/00-II: Evolução e Diferenciação da Agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil" foi apresentado a esta Comissão de Pesquisa e aprovado tendo em vista sua relevância acadêmica e de pesquisa para esta Universidade.

Porto Alegre, 24 de setembro de 2003.

**P. Prof. Dr. Carlos G. A. Mielitz Netto,
Coordenador da Comissão de Pesquisa.**