

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANE CRISTINA JOIA

SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS

BOTUCATU – SP

2012

Luciane Cristina Joia

SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Adjunta. Tania Ruiz

BOTUCATU – SP

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Joia, Luciane Cristina.

Satisfação com a vida entre idosos / Luciane Cristina Joia. – Botucatu : [s.n.],
2012

Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Tania Ruiz

Capes: 40602001

1. Idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Idoso; Pesquisa qualitativa; Satisfação pessoal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUCIANE CRISTINA JOIA
SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS

APROVADA POR:

Orientadora: Prof. Dra. Tania Ruiz

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

Profa. Dra. Maria Helena Borgato

Profa. Dra. Karina Pavão Patrício

Prof. Dra. Teresa Cristina Goia Schimidt

BOTUCATU - SP
2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às crianças que com poucas oportunidades, porém com muita dedicação dos pais, tiveram como eu, perseverança e conseguiram chegar além de onde seus olhos poderiam um dia imaginar. As crianças da escola Estadual Armando de Salles Oliveira, humilde e de periferia do município de Botucatu, onde estudei toda minha infância e início da adolescência, a que devo meus primeiros amores pelos livros e conhecimento.

Aos meus pais, Eduardo e Tereza que me deram a vida e formaram meu caráter e personalidade.

Às minhas irmãs Andréa, Samira e Ariane e às queridinhas sobrinhas Isabella e Nicole, todas elas, amores incondicionais.

Ao meu noivo Eder Batista que sem questionar, sempre me apoiou nas horas mais difíceis da minha vida e que sempre esteve ao meu lado.

Ao município de Barreiras/BA que me acolheu e que me oportunizou tantos progressos profissionais e emocionais.

Enfim, a todos os idosos, motivo do meu caminhar profissional, que muito me ensinam a respeito da vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Tania Ruiz, à sua experiência e amizade, que foi o ponto de apoio para culminação deste trabalho. Meus agradecimentos e admiração por sua extrema competência e capacidade;

À Faculdade São Francisco de Barreiras pela confiança depositada em mim, nesses oito anos de casa e aos amigos que lá confiei.

Aos amigos do município de Barreiras, que me acolheram como filha da terra.

À todos os idosos, que com boa vontade e atenção compartilharam suas experiências e contribuíram para a realização desta pesquisa.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Elegendo as relações de afeto e cumplicidade, com família e amigos e lazer. Barreiras/BA, 2011	66
Diagrama 2 – Realizando atividades prazerosas. Idosos de Barreiras/BA 2011	67
Diagrama 3 – Construindo relações de afeto familiar entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011	75
Diagrama 4 – Sentindo-se e participando de redes sociais dos idosos do município de Barreiras/BA, 2011	84
Diagrama 5 – Encontrando a felicidade na vida como a construiu entre os idosos de Barreiras/BA, 2011	90
Diagrama 6 – Compreendendo as condições de saúde e as necessidades de prevenção como determinantes para a satisfação com a vida entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011	93
Diagrama 7 – Favorecendo o alcance da longevidade entre os idosos moradores do município de Barreiras/BA, 2011	94
Diagrama 8 – Adotando estilo de vida saudável entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011	100
Diagrama 9 – Determinante final para a satisfação com a vida entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011	103
Diagrama 10 - Fenômenos para a satisfação com a vida e suas categorias entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011.	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da categoria - Sentindo-se feliz. Barreiras/BA, 2011	68
Quadro 2 – Descrição da categoria - Dividindo experiências de Lazer. Barreiras/BA, 2011	69
Quadro 3 – Descrição da categoria - Possuindo crenças religiosas. Barreiras/BA, 2011	72
Quadro 4 – Descrição da categoria - Mantendo vícios. Barreiras/BA, 2011.	74
Quadro 5 – Descrição da categoria - Expressando perdas e limitações. Barreiras/BA, 2011.	76
Quadro 6 – Descrição da categoria - Compartilhando histórias e lembranças. Barreiras/BA, 2011	78
Quadro 7 – Descrição da categoria - Descrevendo o comportamento e a composição familiar. Barreiras/BA, 2011	81
Quadro 8 – Descrição da categoria - Orgulhando-se da educação dos filhos e netos. Barreiras/BA, 2011	83
Quadro 9 – Descrição da categoria - Gostando do local\ambiente onde reside. Barreiras/BA, 2011	85
Quadro 10 – Descrição da categoria - Sentindo-se importante para os outros. Barreiras/BA, 2011	86
Quadro 11 – Descrição da categoria - Sentindo-se acolhido/amparado pelos vizinhos. Barreiras/BA, 2011	87
Quadro 12 – Descrição da categoria - Cultivando amizades. Barreiras/BA, 2011	88
Quadro 13 – Descrição da categoria - Participando da comunidade. Barreiras/BA, 2011	89

Quadro 14 – Descrição da categoria - Aceitando o ciclo da vida. Barreiras/BA, 2011	90
Quadro 15 – Descrição da categoria - Sentindo-se realizado com a escolaridade e profissão que escolheu. Barreiras/BA, 2011	91
Quadro 16 – Descrição da categoria - Sentindo-se satisfeito com que possui. Barreiras/BA, 2011	92
Quadro 17 – Descrição da categoria - Vivenciando a rotina. Barreiras/BA, 2011.....	93
Quadro 18 – Descrição da categoria - Preservando a autonomia. Barreiras/BA, 2011	95
Quadro 19 – Descrição da categoria - Sendo assistido pelo Médico. Barreiras/BA, 2011	96
Quadro 20 – Descrição da categoria - Sentindo-se saudável. Barreiras/BA, 2011.....	97
Quadro 21 – Descrição da categoria - Necessitando de atenção e cuidados com à saúde. Barreiras/BA, 2011	98
Quadro 22 – Descrição da categoria - Mantendo hábitos alimentares saudáveis. Barreiras/BA, 2011	100
Quadro 23 – Descrição da categoria - Conservando-se bem fisicamente. Barreiras/BA, 2011	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária.

AVDs – Atividades de Vida Diária.

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BA – Bahia.

BEC – Batalhão de Engenharia e Construção.

BR 020 – é uma rodovia federal radial do Brasil. Seu ponto inicial fica na cidade de Brasília (Distrito Federal), e o final, em Fortaleza (Ceará).

BR 135 – é uma rodovia que liga o meio norte do Brasil (Maranhão) e termina em Belo Horizonte (Minas Gerais).

BR242 – é uma rodovia transversal brasileira. Ela se estende do estado da Bahia(mais precisamente da localidade de São Roque do Paraguaçu, no município de Maragogipe).

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS.

DIRES – Diretoria Regional de Saúde.

ESCV – Satisfaction With life Scale.

ESV – Escala de satisfação com a Vida.

Ex – Exemplo.

I – Idoso identificado nas categorias

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MP3 – *Mídia Player 3*

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PGC – *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale.*

TCD – Número identificador do comitê de ética onde o trabalho foi apresentado.

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

VIEP – Vigilância Epidemiológica.

WHO – *World Health Organization.*

RESUMO

Os idosos constituem o grupo populacional de crescimento mais significativo em todo mundo. No Brasil esta realidade não é diferente, nos últimos anos houve uma significativa mudança na pirâmide populacional com estreitamento da base com a redução dos jovens e alargamento no topo com o aumento dos idosos. Esta inversão não pode ter necessariamente significado positivo, afinal viver mais não é sinônimo de viver com qualidade e satisfação. Embasados nesta temática foi realizado uma pesquisa qualitativa objetivando compreender os fatores associados à satisfação com a vida, em idosos, no município de Barreiras – BA. Como instrumento norteador foi solicitado ao entrevistado que relatasse, espontaneamente, sobre satisfação com a vida. Foram entrevistados, vinte e um idosos, escolhidos por conveniência, provenientes de classes socioeconômicas e culturais e idades diversificadas. Estas foram gravadas e registradas em mp3 e o conteúdo transcrito na íntegra. A análise dos dados foi realizada à luz da teoria fundamentada em dados (*Grounded Theory*) e representada através do Simbolismo Teórico. Os resultados estão representados na descrição de três fenômenos que consequentemente, dinâmico e mutuamente, se integraram e interrelacionaram ao longo da experiência vivida, no que tange à satisfação com a vida. Estes constituíram os vértices na base do tripé que convergiram para o que aparenta ser o sentido da satisfação com a vida, entre eles “*Elegendo as Relações de Afeto e Cumplicidade com a Família Amigos e Lazer*”; “*Encontrando a Felicidade na Vida, como a Construiu*”; “*Compreendendo as Condições de Saúde e as Necessidades da sua Prevenção como seus Determinantes*”. Deste modo, a satisfação com a vida entre os idosos barreirenses, não apareceu apenas como um recorte de um ponto específico, mas sim como uma trajetória ao longo da vida que lhes proporcionou momentos de felicidade, cumplicidade, atitudes e vontades, indo além dos desdobramentos e implicações que a idade avançada os reserva. Depois de descobertos esses fenômenos, buscamos padrões de conectividade entre seus componentes para conceitualizar a categoria central. Diante deste movimento, conseguimos entender os pontos chave que nos permitiram retratar a experiência dos idosos do município de Barreiras – BA, durante sua vida, associadas com o grau de satisfação.

Palavras chave: satisfação pessoal – idoso – pesquisa qualitativa

ABSTRACT

Worldwide the population group with the most significant recent growth is the elderly. This is no different in Brazil, where in recent years there has been noteworthy change in the population pyramid, narrowing at the base, with the reduction of the number of young people and a widening at the top with the increase of the elderly. This reversal does not always have a positive significance as a longer life does not always equal to a life with quality and satisfaction. As an effect of this were carried out a study aiming to understand factors associated with life satisfaction in the elderly, as a symbolic meaning of the aging experience in Barreiras – BA. As a marker for directions a respondent was asked to report spontaneously on life satisfaction, Points raised would then determine subsequent questions elaborating on the subject. 21 senior citizens were chosen for convenience, from a various socio – economic, cultural backgrounds and age in order to balance the interviews. These were recorded and registered in mp3 and transcribed in full. Data analysis was performed according to grounded theory) and represented symbolically by Theory of Symbolism. Representation of the results obtained suggest an interactive process of three phenomena. These dynamic and mutually, if integrated, inter-related, phenomena constitute the vertices at the base of the tripod that converged to what appears to be a sense of satisfaction with life. Among them electing affective and complicity relations within the family and friends and leisure; finding happiness in life as it is understanding health issues and need for prevention and determinants. Thus, life satisfaction among the elderly, did not refer just a cut at a specific point, but a lifelong journey that provides moments of happiness, understanding, attitudes and desires, beyond the ramifications and implications that age brings. Once this was elucidated, we looked for patterns of connectivity among its components to conceptualize a central category. Given this, we understand the key points that allowed us to portray the experience of older people in the city of Barreiras - BA during their life, associated with the degree of satisfaction.

Keywords: Aged- - Personal Satisfaction - Qualitative Research

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 O Contexto do Estudo: O Município de Barreiras/BA	25
1.2 O Idoso e a Satisfação com a Vida.....	27
a) Definição de satisfação com a vida.....	28
b) Avaliações determinantes para a satisfação com a vida.....	29
c) Fatores Associados à Satisfação com a vida	31
2 OBJETIVOS	46
2.1 Objetivo Geral.....	47
2.2 Objetivo Específicos	47
3 METODOLOGIA	48
3.1 Referencial Teórico / Metodológico	49
3.2 O Papel do Método Grounded (Grounded Theory) nas análises de situação em saúde	50
3.3 O Interacionismo Simbólico	54
3.4 Descrição da Casuística e Método do Estudo	59
4 RESULTADOS	64
4.1 Os Fenômenos identificados	65
FENÔMENO 1: ELEGENDO AS RELAÇÕES DE AFETO E CUMPLICIDADE, COM FAMÍLIA, AMIGOS E LAZER.	65
FENÔMENO 2: ENCONTRANDO A FELICIDADE NA VIDA COMO A CONSTRUIU.....	89
FENÔMENO 3: COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E AS NECESSIDADES DE PREVENÇÃO COMO DETERMINANTES PARA A SATISFAÇÃO COM A VIDA	93
5 DISCUSSÃO EM BUSCA DA CATEGORIA CENTRAL	105

6 ABORDANDO A REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DO MODELO TEÓRICO REPRESENTADO	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	136
Anexo 1 – Descrição sobre as Categorias.....	137
Anexo 2 – Manual do Entrevistador.....	160
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	166
Anexo 4 – Localização do Município de Barreiras/BA Segundo mapa do Brasil .	167

1 INTRODUÇÃO

"Eu não sinto a idade, são os outros que a sentem em mim".

Sartre

Nas últimas décadas o envelhecimento populacional se acelerou em ritmo nunca antes observado. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) as pessoas idosas constituem o grupo populacional de crescimento mais significativo em todo mundo. Atualmente, os indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos¹constituem, em números absolutos, cerca de 650 milhões de pessoas, estimativas indicam que até 2050 poderão chegar a 2.000 milhões (OMS, 2011).

No Brasil, segundo dados do último censo (IBGE, 2010) a população com 65 anos ou mais passou de 5,9%, em 2000, para 7,4% em 2010. O aumento da participação da população idosa - na pirâmide etária brasileira - é um dos destaques responsáveis pelo crescimento absoluto da população nos últimos dez anos, em virtude do crescimento da população adulta (IBGE, 2010). Segundo dados do IBGE, em 2009 a população idosa residente no estado da Bahia aproximou-se, em dados absolutos, a 1400 mil idosos, cerca de 9% do total da população.

Segundo a OMS, (2011) o envelhecimento da população pode ser considerado um sucesso da política de saúde pública. Ele é considerado um termômetro do progresso e desenvolvimento sócio-econômico de um país, pois somente a sociedade que produz bens materiais suficientes incorpora um contingente significativo de idosos.

O envelhecimento também pode ser analisado sob a perspectiva individual (maior longevidade dos indivíduos, aumento da esperança média de vida) e demográfica (aumento da proporção das pessoas idosas na população total). Contudo, segundo Oliveira (2011) se compararmos as pirâmides das idades em 1960 e 2011, o Brasil caminha para uma inversão da pirâmide populacional,

¹No Brasil, as diretrizes legais da Política Nacional do Idoso (1996) definiram como idoso os indivíduos com sessenta anos ou mais (Veras 2003).

estreitamento da base, com redução dos jovens e o alargamento no topo com o aumento dos idosos.

A inversão da pirâmide populacional nem sempre tem significado positivo, afinal viver mais não é sinônimo de viver melhor. Muitos estudiosos de diversas áreas, e as pessoas de um modo geral, têm-se dedicado na busca de chegar a um envelhecimento bem-sucedido e satisfatório (Freire, 2000).

O envelhecimento bem-sucedido está altamente relacionado à satisfação com a vida, pois são influenciados por diversas variáveis como: saúde, relações familiares e relações sociais, incluindo o bem-estar e as atitudes. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação social, de cuidado, de autossatisfação, e ainda deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida, na idade avançada, bem como a incentivos, prevenção, cuidado e à atenção integral à saúde (Veras, 2009). O idoso tem potencial para mudar a si mesmo e as situações de sua vida, pois tem muitas reservas inexploradas e podem sentir-se felizes, realizados e atuantes em seu meio social. Para Simões (1998) a importância da vida não está relacionada com os números de anos vividos, mas sim na qualidade, no prazer de vida.

Envelhecer é um processo natural que pode envolver aspectos negativos (perdas e doenças), mas também importantes aquisições (sabedoria, experiência e habilidade nos relacionamentos sociais).

Partindo desse pressuposto, o interesse em estudar a satisfação com a vida entre idosos surgiu de uma preocupação social e ao mesmo tempo científica, subsidiada na exposição da existência da diversidade nas diferentes regiões do país, no que tange ao conhecimento, perfil e percepção dos idosos relativos à satisfação com a vida durante o processo de envelhecimento.

Nosso objetivo é apresentar aqui a percepção da satisfação com a vida dos idosos moradores no município de Barreiras, oeste da Bahia.

Para responder a este objetivo, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa por meio da metodologia da teoria fundamentada em dados (Grounded Theory), de acordo com a recomendação de Strauss & Corbin (2008), utilizando a entrevista não estruturada como recurso para a coleta de dados. Esta foi obtida em uma amostra construída a partir da realidade do município de Barreiras/BA. Para representação da Teoria Fundamentada em Dados foi utilizado o Interacionismo Simbólico.

Pudemos constatar, pelo levantamento bibliográfico, que estudar a satisfação com a vida entre idosos é mergulhar em um mar de questionamentos, no qual poucas respostas se fazem presentes, visto que há pequena parcela de referências diretas sobre o assunto. Encontramos, durante a pesquisa, muitas bibliografias sobre qualidade de vida e estas, poucas vezes, associadas à satisfação com a vida.

Assim, acreditamos que o conhecimento construído nesta pesquisa, possa contribuir para a compreensão teórica e auxiliar a atuação prática junto a esta população.

1.1 O Contexto do Estudo: O Município de Barreiras/BA

A influência da globalização reflete em todos os setores da sociedade e os países em desenvolvimento absorvem estas influências, na grande maioria, sem um planejamento organizado resultando em problemas, sobretudo na área da saúde.

O extremo oeste baiano configura bem essa realidade, com a quebra de seu secular isolamento a partir da abertura das BR 242, BR 020 e BR 135 iniciadas na década de setenta e sob a influência da globalização mundial, que proporcionou um desenvolvimento acelerado, somado à concentração, também exagerada, de renda, agravada pela ausência de política social com redes de serviços prestados à comunidade.

Esta região encontra-se situada em uma macrorregião, composta por 36 municípios com aproximadamente 800.000 habitantes, sendo dividida em três microrregiões, onde o município de Barreiras participa, especificamente, ao extremo oeste, denominado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia de 25^o DIRES (Diretoria Regional de Saúde), a qual comporta, ao todo, treze municípios. Nesta microrregião os dados epidemiológicos demonstram uma elevada incidência de doenças infecto contagiosas como, por exemplo: doenças de Chagas, Dengue e Esquistossomose (Viep, 2010).

A grande questão diz respeito ao desenvolvimento econômico acelerado que a região apresenta em função da migração de pessoas oriundas das mais

diversas regiões do país, sobretudo sulistas e cearenses. O crescente aumento da população e a má distribuição de renda vêm trazendo consequências sociais e culturais com a exclusão em oposição à cidadania.

O fenômeno da exclusão é gerado pela ausência de uma política social para ampliar e manter a rede de serviços prestados à comunidade, onde se identificam demandas relacionadas à saúde, saneamento básico, educação, transporte e moradia.

Considerando-se o desenvolvimento econômico e social pelo qual passa a Região Oeste da Bahia, particularmente o avanço do setor agrícola, agroindustrial e cultural e a migração constante, surge a necessidade de iniciativas para mudanças nos padrões de morbimortalidade, visto que a demanda cresce a cada dia.

A cidade de Barreiras está localizada no extremo Oeste da Bahia. É o principal centro urbano, político, tecnológico e econômico da região oeste da Bahia, com uma área de 7.895,24 km². É um importante entroncamento rodoviário entre o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste do país. Distante 853 quilômetros de Salvador, capital da Bahia, e 622 quilômetros de Brasília, sua posição estratégica e sua organização administrativa levaram-na ao título de capital regional. O município conta com uma população, de acordo com o IBGE (2010), de 137 427 habitantes, 90,04 % residindo zona urbana (IBGE 2010). A renda média da população é de 872 reais (cerca de 1,6 salários mínimos vigentes) e ainda 18,7% é analfabeta (Datusus, 2011).

A sua origem está relacionada à atividade pecuária extensiva, agricultura mercantil e ao comércio, através da navegação do Rio Grande, maior afluente à margem esquerda do Rio São Francisco.

Até a metade do século XX, a pecuária extensiva, junto com a produção agrícola e o extrativismo da borracha, era base da economia e a fonte de divisas do município, o que favoreceu o crescimento do comércio local.

A partir da década de 70, com a chegada do 4º Batalhão de Engenharia e Construção - BEC, para construir o trecho da BR 020, de Barreiras a Brasília, e concluir o trecho da BR 242, que liga Barreiras a Ibotirama, iniciou um novo ciclo de desenvolvimento.

Na década de 80, agricultores vindos da região sul do país implantaram nas terras do município a cultura da soja, que juntamente com a pecuária, definiram

uma nova realidade produtiva e econômica. A partir daí iniciou-se a exploração agrícola economicamente viável em terras de sequeiro.

Esse processo foi se expandindo à medida que novos agricultores chegaram atraídos pela disponibilidade de terras baratas, com topografia plana favorável à agricultura mecanizada, além da temperatura e luminosidade adequadas e um potencial hídrico abundante.

Na década de 1990 Barreiras assume definitivamente a posição de principal centro urbano e econômico da Região Oeste da Bahia. Hoje, como reflexo do agronegócio, o comércio varejista cresceu e inúmeras empresas agroindústrias já se instalaram na cidade. O setor educacional se fortaleceu com a vinda de diversas faculdades, outros segmentos ligados à prestação de serviço também cresceram amplamente, fazendo com que a cidade agora assuma a sua nova vocação a de ser a Capital de Serviços da Região Oeste da Bahia.

Atualmente o município possui 8727 idosos (IBGE, 2010), o que corresponde aproximadamente a 6,35% da população total, distribuídos nas mais diversas faixas etárias. Os centenários, antes ausentes na população, já foram observados no último censo.

O município não conta com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido, conta apenas com alguns programas incipientes, como é o exemplo projeto “Idade Viva”. Como consequência, há um grande contingente de idosos que necessitam e não têm acesso aos bens e serviços.

1.2 O Idoso e a Satisfação com a Vida

O tema satisfação com a vida em idosos tem sido amplamente discutido e pesquisado no início deste século, principalmente para avaliar o bem estar do indivíduo. A construção é particularmente importante para os profissionais da saúde, cujo trabalho objetiva melhorar a qualidade de vida na velhice.

a) Definição de satisfação com a vida

Define-se a satisfação com a vida às experiências de sua existência segundo seus próprios critérios. É o julgamento que o indivíduo faz sobre sua vida (Keyes et al., 2002) e que reflete o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo às suas aspirações (Campbell et al, 1976). Satisfação com a vida determina em parte o bem individual, os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (Gonçalves & Maffasiolli, 2008).

A satisfação com a vida é determinada pela realização de nossas necessidades, desejos e vontades, é uma situação ou um resultado de uma comparação entre as nossas próprias expectativas (o que quer) e os pertences de um real (o que tem agora). A satisfação com a vida real indica o resultado de uma comparação entre expectativa dos objetivos e situações conquistadas e os objetivos e situações almejadas, de vida e a situação presente (Albuquerque & Trócolli, 2004).

A satisfação com a vida varia amplamente de indivíduo para indivíduo, dependendo das experiências íntimas e pessoais. Os indivíduos têm a tendência de reagir diferentemente diante de situações semelhantes, mas influenciadas pelos seus valores, experiências e expectativas de vida (Caspi & Elder, 1986).

Em geral ele inclui um período da vida e as diferentes dimensões da vida. A satisfação de vida não implica o cumprimento específico de uma única situação, mas todo um entendimento único que abrange toda a vida e expressa, também, ser ou sentir felicidade (Vara & Queirós, 2009).

A satisfação com a vida depende de avaliações cognitivas e subjetivas. Em outras palavras, a satisfação baseia-se em um critério próprio sobre a vida. Trata-se, segundo Neugarten et al. (1961) de um estado psicológico que guarda estreita relação com bem-estar, mais do que avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal. Os autores ainda afirmam que uma pessoa com alta qualidade de vida poderia relatar insatisfações, enquanto uma pessoa com baixa qualidade de vida poderia até revelar satisfações com a vida.

O conceito é ainda considerado como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado de felicidade e bem-estar. Na abordagem objetiva de qualidade de vida, entende-se que saúde, ambiente físico, recursos, moradia e outros indicadores observáveis e quantificáveis contemplam o espectro da qualidade de vida que uma pessoa detém. Por outro lado, a perspectiva subjetiva de

qualidade de vida, incluindo-se nela satisfação com a vida, é defendida como uma possibilidade de se levar em conta, em avaliações individuais, diferenças culturais na percepção do padrão de vida.

Nesse sentido, se aceita como relevante que mesmo quando, certos grupos compartilham a mesma cultura, observam-se variações entre os indivíduos quanto a suas crenças, valores, objetivos e necessidades (Siqueira & Padovan, 2008) e conseqüentemente sua satisfação com a vida.

b) Avaliações determinantes para a satisfação com a vida

A utilização de avaliações de qualidade de vida e seus componentes (como satisfação com a vida) representam um novo e promissor indicador de saúde e uma forma alternativa de mensuração de desfecho clínico (Pereira, 2001). Incluir tal avaliação em estudos epidemiológicos pode ser útil para medir os níveis de saúde de uma comunidade de forma subjetiva, não objetivamente, como a maioria dos outros indicadores. Apesar da importância deste tipo de avaliação, o Brasil apresenta carência de pesquisa empírica nessa área.

Segundo Diogo (2003) cada indivíduo possui sua própria avaliação com relação à satisfação com a vida, portanto ela é subjetiva, pode refletir demonstrações ou expressões de acordo com um critério individual em seus domínios particulares como: saúde, condições de moradia, relacionamento interpessoal, entre outros. Assim, refletem o modo e os desejos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida.

A avaliação de qualquer tema sobre a vida pessoal seria arbitrária, sem a compreensão dos valores e crenças de uma população e, como estes, são manifestados individualmente. Parece, portanto, que satisfação com a vida teve suas origens nas concepções de qualidade de vida, tendo sido um conceito apropriado e redefinido por estudiosos das ciências comportamentais para compor um dos elementos que integram a definição de bem estar subjetivo (Siqueira & Padovan, 2008).

Ainda, segundo Siqueira & Padovan (2008), a primeira referência sobre medida de satisfação com a vida foi desenvolvida por Neugarten e colaboradores em 1961. A medida continha duas versões, A e B, construídas para avaliar sentimentos gerais de bem-estar que permitissem identificar envelhecimento bem-

sucedido. A versão **A** continha um *checklist* de 20 frases, sendo 12 positivas e oito negativas (ex.: Eu tenho tido mais sorte na vida do que a maioria das pessoas) com as quais o respondente concordava ou discordava. A versão **B** incluía 12 questões abertas sobre as quais era atribuído um escore após análise do conteúdo das respostas (ex.: Qual é a coisa mais importante de sua vida no momento?). Após a realização desta pesquisa, os autores (Siqueira & Padovan 2008), definiram que a satisfação com a vida dependia diretamente de cinco fatores, abaixo determinados:

Ânimo versus apatia: referiam-se a um entusiasmo em viver, em geral, não relacionado a qualquer tipo específico de atividade, tais como compromissos sociais ou intelectuais.

Resolução e fortaleza: vida ativa, responsabilidade por suas vidas ao invés de passivamente em aceitar ou tolerar o que aconteceu com elas, semelhante na conceituação e relaciona-se ao sentido da vida e à falta de medo da morte.

Congruência entre objetivos desejados e alcançados mede a diferença relativa entre metas desejadas e alcançadas.

Autoconceito: baseado em uma das atuais dimensões emocionais, físicas e intelectuais. As pessoas que não se sentem velhas, porém se preocupam com sua aparência e julgam-se inteligentes e competentes, tendem à taxas mais elevadas neste fator. A vida bem sucedida no passado pode contribuir para esse componente, mas apenas indiretamente.

Grau de humor. Relacionava-se com otimismo e felicidade e outras respostas afetivas positivas. Depressão, tristeza, solidão, irritabilidade e pessimismo são sentimentos que resultariam em baixas pontuações. A avaliação da satisfação com a vida é mais complexa do que apenas medir a felicidade, mas ela, com o estado da vida presente, contribui de maneira significativa.

Uma medida de satisfação com a vida, denominada Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESCV – *Satisfaction With Life Scale*) foi desenvolvida e validada por pesquisadores no Brasil (Siqueira, et al, 1996), o objetivo visou estimar, a partir de uma avaliação global e não por domínios específicos, a satisfação do indivíduo com as suas condições de vida atual em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável. A ESGV é uma escala unidimensional que contém trinta e uma frases, cobrindo o mesmo número de aspectos, tais como: amigos, aparência física e nível de instrução, e permite avaliar o quanto cada indivíduo está satisfeito ou

insatisfeito com cada um delas, por uma escala de respostas de cinco pontos (1=muito insatisfeito, 2=insatisfeito, 3=nem satisfeito nem insatisfeito, 4=satisfeito, 5=muito satisfeito). A precisão da escala é de 0,70. O largo leque de aspectos integrantes da ESGV permite ao pesquisador ter um panorama geral do nível em que indivíduos e grupos se sentem satisfeitos mediante uma avaliação global de sua vida (Siqueira & Padovan 2008).

A ESGV tem sido amplamente utilizada em diversas populações e culturas em diversos países. Sua validade de construto, validade convergente, validade divergente, responsabilidade e confiabilidade teste-reteste, têm sido relatadas em diferentes contextos socioculturais (Gouveia et al., 2009; Pavot & Diener, 1993).

Outro instrumento conhecido para avaliar a satisfação com a vida é o *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGC), elaborado e melhorado por Lawton (Sd), porém ele basicamente define o conceito de *Moral* e é traduzido por “espírito de combate e disposição” sendo bastante utilizado no sentido de disposição pessoal.

Apenas a representação desses modelos de avaliações supracitadas serem muito utilizados, para esta pesquisa eles sobrepujariam o próprio fenômeno, pois suas mensurações são objetivas e não consideram a subjetividade e os valores intrínsecos a ela no momento em que o pesquisador coleta e processa os dados. Neste sentido, privilegamos nesta pesquisa o depoimento subjetivo, partindo na realização uma pesquisa qualitativa com luz na *Theory Grounded*.

c) Fatores Associados à Satisfação com a vida

Segundo Silva (2009) existem dois blocos de fatores que parecem exercer influência na satisfação com a vida. De um lado, os fatores demográficos como exemplo: a idade, os recursos financeiros, o gênero, a ocupação profissional (ou a falta desta) e a relação conjugal, e, por outro lado, as características pessoais, como a personalidade, o sentimento de controle ou a interação social.

Outros estudos indicaram diferentes fatores associados à satisfação com a vida entre eles: autoestima, referência de saúde física, e autonomia (Agree, 1999).

Ainda outras literaturas indicam que a segurança financeira e uma sensação de proximidade e ligação com outros preveem satisfação com a vida.

Situação financeira

Hagerty & Veenhoven (2003) sugerem que o rendimento e a estabilidade financeira são fatores essenciais para o bem-estar e satisfação. A estabilidade permite que o indivíduo realize suas necessidades e vontades, aumentando a felicidade em longo prazo (Hagerty & Veenhoven, 2003). Em outros estudos como os de Michalos (1985) descrevem que relação financeira e a satisfação não são lineares, outras variáveis poderiam estar diretamente relacionadas tais como: comparação do salário com o de outras pessoas (grupo de referência) bem como a comparação com os seus salários anteriores.

Kahana et al. (1995) constataram que os problemas de curto prazo tais como aqueles causados por dificuldades financeiras e mudanças nas relações, através da aposentadoria ou morte, podem ter um impacto significativo na satisfação de vida.

Myers & Diener (1995) relatam que poucas pessoas concordam que o dinheiro pode comprar felicidade, mas acreditam que um pouco mais de dinheiro traria, sim, um pouco mais de felicidade e maior satisfação com a vida.

Maslow (1954) afirma que renda pode efetivamente ter uma forte relação com a satisfação com a vida. Defende que as necessidades psicológicas, como, por exemplo, as de aquisição e autoatualização, só podem ser satisfeitas se as necessidades mais básicas, ou seja, de sobrevivência, tiverem sido atendidas.

Diener et al. (1993) encontraram somente uma pequena significância entre renda e satisfação com a vida nos Estados Unidos, país reconhecidamente rico. Por outro lado, Veenhoven (1991) observou em vários países que a correlação entre satisfação com a vida e renda foi mais forte nas nações pobres.

Projeto e controle individual

Outra situação que tem sido estudada é a relação entre a satisfação com a vida e os projetos pessoais dos indivíduos. Palys & Little (1983) observaram uma associação entre o elevado grau de satisfação com a vida e o envolvimento em projetos importantes em curto prazo, principalmente quando os qualificavam como gratificantes e com um nível de dificuldade moderada. Já os indivíduos com projetos

mais valorizados em longo prazo, mais difíceis e menos gratificantes no momento atual, manifestavam um menor grau de satisfação com a vida.

Alguns estudos sugerem que indivíduos com tendência de *locus de controle*² interno (tem controle sobre sua vida), especialmente no que diz respeito à saúde física, apresentam maiores níveis de satisfação com a vida, do que aqueles que mostram uma tendência ao *locus de controle externo*³ (Searle, et al., 1995; Park & Vandenberg, 1994) encontraram em uma amostra de 154 indivíduos, com idades igual ou superior a 58 anos, que os idosos que apresentavam baixos níveis de *locus de controle* e níveis elevados de dependência, tendiam a ser mais afetados negativamente pela má saúde e ainda, mostravam uma necessidade de apoio social muito maior que os indivíduos com maior nível de *locus de controle* da mesma faixa etária. Constataram, ainda, que os idosos que viviam em abrigos apresentavam uma menor satisfação com a vida do que outros que viviam de forma independente na comunidade.

Ainda, segundo Freire (2000), quando o indivíduo enfrenta os desafios ao longo da vida (projetos, família, conquistas) pode viver com qualidade e satisfação, principalmente quando conta com um apoio de uma rede familiar ou social.

Rede Familiar

A família, nas suas diversidades de estrutura e de sentido, tem-se revelado uma das instituições sociais mais presentes nas formas de socialização e no apoio nas adversidades. Neste sentido a família e amigos possuem os maiores níveis de apreciação positiva face à satisfação com a vida (Tese, 2009).

Glenn & Weaver (1981) afirmam que o casamento, a vida em família e satisfação conjugal constituem os mais fortes preditores do bem-estar humano.

Ainda Bengtson et al. (1990) salientaram que, comparadas às pessoas solteiras, as casadas apresentam os mais altos níveis de saúde física, mental e moral, satisfação com a vida, apoio e integração social, recursos econômicos e menores índices de institucionalização.

² *Locus de controle* (LC) é um fator da personalidade definido como a convicção de que as nossas ações influenciam os resultados que experienciamos na vida.

³ As personalidades com um *locus interno* acreditam que controlam as suas próprias vidas enquanto as que têm um *locus externo* acreditam no destino, na influência do poder ou até no controle que outros exercem sobre eles.

Além disso, Arrindell, et al. (1999) utilizando a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) encontraram uma forte correlação entre satisfação com a vida e estado civil, observaram que as pessoas com maior envolvimento com o parceiro obtinham maior pontuação no teste. Entretanto, em relação às variáveis: idade, nível educacional, ter plano de saúde e deseabilidade social, não foi encontrada qualquer associação neste estudo.

Todavia, alguns dos fatores que influenciam a satisfação conjugal também estão envolvidos, direta ou indiretamente, com a satisfação com a vida. Entre os fatores que afetam significativamente a satisfação conjugal, a influência negativa dos filhos (discussões com os filhos ou ainda descontentamento nas atitudes dos mesmos) (Rollins & Galligan, 1978 apud Brehm, 1985).

Relacionando o ciclo de vida familiar⁴ com a satisfação conjugal, estudos demonstram (Anderson, et al, 1983; Rollins & Cannon, 1974; Rollins & Feldman, 1970; Troll, 1975; Olson et al., 1989.) uma diminuição progressiva na satisfação com o casamento. Relatam que existe um decréscimo nos primeiros estágios do ciclo de vida familiar seguindo de uma fase de nivelamento, para depois haver um aumento da satisfação nas fases posteriores do ciclo familiar.

Rede Social

A satisfação com a vida parece estar relacionada com a qualidade do nosso relacionamento social (Zamarrón, 2006). As redes sociais alteram-se com os contextos sociofamiliares, com a reforma ou mudanças de residência.

Capitanini (2000) relata, também, que redes de suporte social são conjuntos de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações que envolvem o dar e receber, permitindo-lhes manter a identidade social, receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, bem como estabelecer novos contatos sociais. Elas podem ser categorizadas quanto às suas propriedades estruturais, como por exemplo: tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre seus membros. Podem ser vistas quanto à natureza das relações, por exemplo, formais versus informais, envolvendo amigos versus familiares versus vizinhos versus colegas.

⁴Ciclo de vida familiar segundo Harris, et al. (1986) refere-se a seis fases de comportamento da família ao longo da vida: fase sem crianças, fase pré-escolar, fase da escola, fase da adolescência, fase da saída de casa, fase pós-parental. Ainda, Olson e colaboradores (1989) adicionam uma fase neste ciclo da vida denominada de sétima fase, que é a aposentadoria.

Segundo Kahan & Antonucci (1980) as redes de suporte social desenvolvem-se ao longo da vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos dos vários tipos de relação em que a pessoa se envolve.

Contudo, segundo Everaldo et al. (2000) descrevem que o engajamento em atividades sociais tem sido associado ao aumento do senso de bem-estar em adultos, bem como melhora no funcionamento físico. Matsukura, et al. (2002) propõem, ainda, que as redes sociais parecem ser fontes protetoras e mantenedoras de saúde, já Papalia & Olds (2000) adicionam que o relacionamento fortalece a saúde, uma vez que, os laços sociais podem estimular o senso de significado ou coerência na vida, neste sentido, o suporte emocional pode ajudar a minimizar o estresse. As pessoas que estão em contato com os outros podem ser mais inclinadas a ter hábitos saudáveis, a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). O suporte social que as redes sociais oferecem, reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a vida das pessoas (Carvalho et al., 2004).

Resende et al. (2004) descreveram e analisaram a configuração da rede social e a satisfação relatada com a rede social de 25 mulheres participantes de um grupo de convivência, com mais de 50 anos, a maioria casadas (40%) ou viúvas (44%), com ensino fundamental (68%) e aposentadas (60%). A maioria das participantes se apresentava muito satisfeita com seu envolvimento social atual (72,0%), com seu envolvimento social comparado com outras pessoas de sua idade (64,0%) e com o número de pessoas de sua rede social (48,0%).

Especificamente nos idosos, Paúl (2005) relata que, com o passar dos anos, os amigos e parceiros que tiveram ao longo da vida, morrerão. Se isso ocorrer o idoso terá a necessidade de reorganizar sua rede social, isso facilitará ou dificultará a manutenção dos idosos na comunidade gerando pior satisfação com a vida.

Controle Emocional

Alguns autores (Martínez-Pons, 1997; Lenaghan, et al., 2007) afirmam que existe uma íntima relação entre o controle emocional e a satisfação com a vida. Um elevado controle emocional leva o indivíduo a manifestar-se através dos

sentimentos de bem estar emocional e psicológico e uma relativa satisfação com a vida.

Irigaray & Scheider (2007) verificaram que as características de personalidade podem contribuir para a manutenção da saúde e o bem-estar subjetivo, durante o envelhecimento, bem como influenciar o desencadeamento de sintomas depressivos. Afirmam que os idosos do sexo feminino com personalidade mais introvertida, menos interativa e pouco dominante apresentavam menos sintomas depressivos em relação às mais organizadas, persistentes, interativas e mais extrovertidas.

Contudo, Leite et al. (2006) encontraram um elevado percentual de insatisfação nos casos de depressão em idosos, afirmam que a maioria dos idosos deprimidos estudados manifestava perda de interesse ou satisfação pelas coisas.

Neto (1992) ainda afirma que uma pessoa que se sente sozinha experiencia a angústia, insatisfação e exclusão. Segundo Berger (1995) a solidão é uma experiência árdua que está associada a uma necessidade de intimidade não satisfeita, providas das relações sociais sentidas como insuficientes ou insatisfatórias.

Desta forma, para amenizar a solidão, segundo Viorst (2000) apud Rent & Oliveira, (2002), é fundamental que o idoso possa ter relações sociais, contribuindo de forma positiva para seu estado físico, social e psicológico e possibilitando um envelhecimento com qualidade de vida mantendo o indivíduo satisfeito e ativo no contexto social.

Bem estar

A satisfação com a vida há muitos anos, vem sendo citada como: bem estar, avaliação subjetiva da qualidade de vida, ou seja, com muitas nomeações que, embora com objetivos distintos, pode ser confundida entre as pessoas que vivenciam, principalmente quando se fala em bem estar subjetivo. Diener (1996) afirma que o bem estar subjetivo diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas de forma positiva.

Definir bem-estar é tarefa complexa, uma vez que pode ser influenciada por variáveis tais como idade, gênero, nível socioeconômico e cultura (Andrews & Withey, 1976). O bem-estar subjetivo é considerado uma atitude, e como tal, possui pelo menos dois componentes básicos: afeto (positivo e negativo) e cognição

(Ostrom, 1969). O componente cognitivo se refere aos aspectos racionais e intelectuais, enquanto o componente afetivo envolve os componentes emocionais.

De acordo com Fredrickson (2001), quando se utiliza os termos positivo ou negativo para falar sobre emoções e afetos, o objetivo é relacioná-los com a aproximação ou afastamento das outras pessoas, sendo este um dos pontos cruciais da felicidade.

Diener (1984) sugere que existem três aspectos do bem-estar subjetivo que são importantes de serem enfatizados: o primeiro é a subjetividade (o bem-estar reside dentro da experiência do individual); o segundo consiste no entendimento de que bem estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; o terceiro salienta que o bem estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

Segundo Giacomoni (2012) o bem estar subjetivo é composto de quatro subcomponentes: satisfação com a vida (aspecto cognitivo), afeto positivo e negativo (aspecto emocional) e felicidade (preponderância dos afetos positivos sobre os afetos negativos). A felicidade é estudada através de autorrelatos da avaliação subjetiva da qualidade de vida, constituindo-se no modo como as pessoas percebem-se emocionalmente.

Apesar da dificuldade em conceituar o bem-estar subjetivo, há um consenso quanto às suas dimensões: afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida (Diener *et al.*, 1985 apud Simões *et al.*, 2001; Simões, 1992; Albuquerque & Troccóli, 2004). Simões (1992) aponta dois principais componentes do bem estar subjetivo: emocional ou afetivo e avaliativo ou cognitivo, referindo-se à satisfação com a vida. A satisfação com a vida será um juízo subjetivo, acerca da qualidade da própria vida, baseado num padrão estabelecido pelo próprio indivíduo.

Por se tratar de um estado subjetivo, a satisfação com a vida é um fenômeno complexo e de difícil mensuração enquanto medida de bem-estar e adaptação, nomeadamente ao longo do envelhecimento. A avaliação da satisfação com a vida reflete as expressões de cada indivíduo quanto aos seus critérios de satisfação como um todo ou em domínios específicos (como saúde, trabalho, condições de habitação, relações sociais, autonomia), traduzindo o bem-estar individual (Jóia *et al.*, 2007). Estas autoras apresentam os fatores associados ao grau de satisfação com a vida em uma população de idosos no município de Botucatu SP. As conclusões indicam que a maioria dos idosos encontrava-se

satisfeito com a vida. Associados estavam fatores relacionados ao bem-estar: conforto habitacional, valorizar o lazer, acordar bem pela manhã, inexistência de solidão, fazer três ou mais refeições diárias e não possuir *diabetes Mellitus*.

Felicidade

Vários são os estudos desenvolvidos direta ou indiretamente acerca da satisfação com a vida. Simões *et al.* (2006) fazem referência a estudos feitos sobre a felicidade em que vários investigadores referem três fatores que influenciam o bem estar: I- metas pessoais (Simões *et al.*, 2003); II- controle do ambiente (Argyle, 2001); III- qualidade do tempo de lazer (Argyle, 2001).

Simões *et al.* (2006) relatam que a satisfação e a felicidade com a vida tendem a aumentar a partir do momento que o indivíduo se propõe a alcançar metas, principalmente quando forem metas equivalentes e que se conciliem com as motivações e às necessidades (Sheldon & Elliott, 1999).

Religiosidade

Volcan *et al.* (2003) relacionam a satisfação à questão da espiritualidade, afirmam que a espiritualidade é muito ampla e sua mensuração bastante complexa. Revelam que o bem estar espiritual já foi estudado em relação a diversos desfechos em saúde, principalmente em pacientes idosos e/ou portadores de patologias físicas.

Estudos, como o de Ellison & George (1994), demonstram que as pessoas que frequentavam regularmente a igreja tinham acesso a redes de apoio social mais amplo, constituídas pelos membros que não faziam parte da própria família; tinham mais contato com membros de suas redes sociais; recebiam tipos mais variados de apoio social, fossem eles tangíveis (assistência financeira, transmissão de recados, conselhos, transporte, ajuda com refeições ou nos casos de doença) ou emocionais; e tinham uma idéia mais favorável da qualidade dos seus relacionamentos sociais gerando satisfação com a vida.

Lazer

Os estudos de Mannell & Kleiber (1999) descrevem que para os idosos, a participação do lazer é o melhor indicador de satisfação com a vida, que a saúde ou o controle do ambiente. Para Simões *et al.* (2006) o controle do meio ambiente é descrito como influência positiva sobre a satisfação com a vida. Assim, quanto mais satisfeitas com a vida e felizes estiverem, mais tendem a confiar na influência que podem ter nos acontecimentos do dia-a-dia (Bandura, 1997), ver o lado positivo da vida (Deneve & Cooper, 1998) e a acreditar nas suas capacidades e competências (Lyubomirsky, 2001).

Já Argyle (2001) descreve o efeito significativo que as atividades de lazer têm sobre o bem estar e a satisfação e relatam que o lazer é o responsável em otimizar o tempo livre e ainda tende a favorecer as relações sociais. O que parece ainda pouco claro é qual a natureza das atividades de lazer que parecem exercer influência nas atividades sociais, principalmente as atividades esportivas e de voluntariado (Simões *et al.*, 2006).

Rucha (2011) em seu estudo relata que a atividade de lazer é escolhida, pois fornece um nível de satisfação que constitui a única recompensa que o idoso recebe ao envolver-se nesta experiência, afirma ainda que na atividade de lazer o indivíduo experimenta um sentimento de liberdade, motivação e imensa satisfação.

Kelly (2009) expressando-se de certa forma holística relata que o lazer é a expressão da atividade superior e espiritual da mente. Afirma ainda que sendo o lazer não remunerado, não é exigido expectativas sociais (embora as relações aconteçam), não é necessário para o status ou para a sobrevivência, mas também é livremente escolhido e independente do trabalho ou de outras exigências.

Neste contexto, é essencial considerar a qualidade e o significado que as atividades de lazer têm, principalmente quando o foco é o idoso, e não apenas a participação como garantia de promoção do bem estar.

Expectativa de vida saudável

Se por um lado a satisfação com a vida tem aspectos bem definidos com objetivos distintos, alguns fatores biológicos, próprios da velhice, poderiam ser possíveis determinantes para que o idoso tenha uma significativa satisfação com a vida, entre esses fatores destacamos: a expectativa de vida saudável; prevenção de incapacidades, estilo de vida e autonomia.

A noção de expectativa de vida saudável, proposta na década de 1960 (Sanders, 1964) e desenvolvida nos anos 1970 (Sullivan, 1971) se refere ao número médio de anos de vida que as pessoas de determinada idade podem esperar viver com saúde, desde que se mantenham as taxas de morbidade e mortalidade (Bone, 1992)

A expectativa de vida saudável pode ser definida de várias formas. Ela pode levar em conta, por exemplo, o bem estar físico, mental ou social; as consequências de doenças; a incapacidade funcional e o envelhecimento bem sucedido (Robine, 1999). Na prática, a expectativa de vida saudável é comumente

estimada por meio da mensuração da expectativa de vida livre de incapacidade funcional (Mathers & Robine, 1997), ou seja, livre de dificuldade em executar atividades da vida diária.

Bone et al. (1998) afirmam que a forma mais comum de mensurar a expectativa de vida saudável é por meio de medir a expectativa de vida livre de incapacidade funcional como expectativa de vida livre de demência, de doenças cardiovasculares entre outras. Robine (1999) afirma que existem inúmeras maneiras de se mensurar a expectativa de vida saudável como, por exemplo, noção de bem estar físico, mental ou social; desempenho nas Atividades de vida diária (AVD); envelhecimento com sucesso.

A expectativa de vida livre de incapacidade fornece informações, não apenas sobre a prevalência dessas incapacidades, mas também sobre a duração potencial da incapacidade e o tempo pelo qual a população vai necessitar de cuidados pessoais (Agree, 1999).

Camargo et al (2006) afirmam que estimativas de expectativa de vida saudável têm sido utilizadas para completar a demanda por informações sobre a quantidade de anos vividos com saúde e qualidade.

Contudo, Okuma et al. (2000) afirmam que o aumento da expectativa de vida proporciona aos idosos um maior período de tempo para sintetizar e culminar a realização de seus projetos de vida e para que isso ocorra, é necessário que a velhice seja vivida com qualidade.

Atividades de Vida Diária (AVD) e Capacidade Funcional

Um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou saudável é a independência para realização de Atividades de Vida Diária (AVDs).

Para a Associação Americana de Terapia Ocupacional as AVDs constituem todas as atividades que os indivíduos exercem no seu dia-a-dia. E segundo Holm et al. (2003), as AVDs se dividem em 11 categorias, as quais são: tomar banho, controle urinário e vesical, utilização do vaso sanitário, vestir-se, alimentar-se, possuir habilidade funcional, autocuidado, higiene, arrumar-se, realizar atividade sexual e dormir.

As AVDs avaliam o grau mais severo de limitação funcional que os idosos podem ter, grande parte de declínio funcional sem apresentar limitações em relação

a essas atividades. Isso faz com que esse indicador tenha limitada utilização na identificação de mudanças através do tempo e no impacto das intervenções.

Já as atividades instrumentais de vida diária (IVD) são consideradas mais complexas do que as tarefas no domínio do cuidado pessoal (Parahyba et al., 2005). Segundo Veras (1994), as atividades instrumentais são classificadas de acordo com seu nível de complexidade em serem realizadas. Elas incluem em primeiro nível a capacidade de alimentar-se, pentear-se, vestir-se, levantar-se, deitar-se, entre outros. Já no segundo nível está incluído o ato de tomar banho, possuir controle esfinteriano e urinário, cuidados com a casa e preparação de alimentos, o terceiro nível inclui o ato de fazer compras, utilizar o transporte coletivo e subir uma escada (Pirez & Silva, 2001).

Em adição às AVD e AIVD, tem sido desenvolvida uma ampla variedade de outras medidas da capacidade funcional autorreferidas. A avaliação de mobilidade pode ser avaliada por meio de tarefas simples de mobilidade, tais como: sair da cama sem auxílio, caminhadas curtas e subir escadas (Parahyba et al., 2005).

Contudo, o próprio envelhecimento traz como uma de suas consequências, a diminuição do desempenho motor na realização das atividades de vida diária (AVD), afetando diretamente a qualidade e satisfação com a vida do idoso. Segundo Hayflick (1996), dados de sua pesquisa mostram que, com o avanço da idade, há um aumento progressivo da necessidade de assistência na realização de AVD, levando a uma incapacidade funcional.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo abrangendo outros, como os de deficiência, incapacidade, desvantagem (Jelte & Branch, 1985), bem como os de autonomia e independência (Grimley, 1984), na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional se define pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

A incapacidade funcional é frequentemente avaliada por autodeclaração ou de necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais (atividades básicas da vida diária - AVD), e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade (atividades instrumentais da vida diária - AIVD).

Guralnik & Lacroix (1992) destacam para o fato de que intervenções diretas nas incapacidades são menos vantajosas do que a ação de prevenção, nelas focaliza-se, especificamente, a atenção ao cuidado, à observação das necessidades de abrangência, evitando assim, fatores que levam à situação de incapacidade.

Os fatores mais determinantes associados com as capacidades funcionais geralmente estão relacionados com algumas doenças (física ou mental /social) ou a deficiências. No entanto estudos desenvolvidos por Mor et al. (1989) descrevem que a capacidade funcional é influenciada por fatores externos, como por exemplo, fatores: sociodemográficos, econômicos, culturais e psicossociais.

Observa-se que comportamentos preventivos, desde a idade adulta, como a adoção de um estilo de vida saudável (bem-estar físico, mental ou social), estaria diretamente ligado potencialmente a fatores determinantes da capacidade funcional no idoso, ou seja, livre de dificuldade em executar as AVDs.

Estilo de Vida

Nahas (2001) define estilo de vida como um conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores dos indivíduos. Afirma que estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), o estilo de vida está ligado ao valor, à motivação, à oportunidade e às questões específicas ligadas aos aspectos culturais, educativos, sociais, econômicos, concepções de saúde, expectativas em nível de saúde, avaliação das expectativas, grau de satisfação com a vida, entre outros. Portanto, percebe-se que a satisfação com a vida no idoso está diretamente associada a fatores do estilo de vida, pois estes refletem as atitudes e valores das pessoas.

Independência

Com a proximidade da velhice os idosos sofrem mudanças nas suas atitudes, valores e comportamentos que acabam por afetar sua autonomia física e social.

Ao aceitar e perceber que o envelhecimento é um processo natural do ciclo vital do homem e de qualquer outro ser vivo, o idoso adquire melhor consciência do que está vivenciando. Os idosos adaptam-se melhor ao processo do envelhecer quando seu espírito encontra-se saudável e otimista; ficam, então, mais

propensos a ver a velhice como uma fase de experiências acumuladas, de maturidade e liberdade para se assumirem, bem como para se libertarem de certas responsabilidades (Zimerman, 2000).

Ter independência é poder executar independente e satisfatoriamente suas atividades do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais, e exercitando seus direitos e deveres de cidadão (Abreu et al., 2002)

Pode haver independência em relação às atividades não instrumentais da vida diária, tais como: o autocuidado de higiene, alimentação e mobilidade básica; e dependência em relação a atividades instrumentais, tais como: ir às compras, gerir o dinheiro e pagar as contas, a arrumação e limpeza da casa, a preparação dos alimentos, a utilização de transportes, entre outras (Dias, 2012).

A importância da independência, para um envelhecimento saudável é descrita por inúmeros autores que estudam o processo de envelhecimento. Maria (1999) em estudo realizado na da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sobre longevidade, concluiu que envelhece mal quem não é capaz de sozinho fazer compras, pegar transporte, pagar contas no banco, tomar medicamentos, ter controle urinário e esfinteriano, andar, vestir-se, tomar banho, comer, cuidar da aparência, ir ao banheiro e sair de casa. Relata ainda que esta sequência obedece a uma hierarquia, na qual o risco de morrer aumenta, na proporção de preenchimento de sete das restrições elencadas quanto à realização das tarefas acima.

Contudo Ramos et al. (1993) ressaltam que as limitações do idoso, durante o processo de envelhecimento, irão depender da forma em que este idoso conduz sua vida, pois a grande maioria dos idosos possui pelo menos, uma doença crônica.

Saúde

A saúde guarda estreita relação com a satisfação de vida e isto foi relatado inúmeras vezes na literatura científica, especialmente para as pessoas idosas. Embora envelhecer não signifique necessariamente adoecer, o risco de ocorrência de doenças aumenta com a idade: 9% da faixa etária de 65-69 anos têm sete ou mais doenças ou problemas de saúde, enquanto esta porcentagem aumenta para mais de 30% na faixa das pessoas com mais que 80 anos (Doll, 1999)

Doenças de vários tipos aumentam o risco de incapacidade, fragilidade e dependência, condições estas prejudiciais à manutenção de uma boa qualidade de

vida objetiva. Mesmo assim, essas condições nem sempre determinam a insatisfação com a vida na velhice. Reestruturando cognitivamente suas metas e condições de vida, as pessoas idosas podem avaliar subjetivamente sua situação pessoal relativamente independente das condições objetivas de vida (Doll, 1999).

Um idoso, com uma ou mais doenças crônicas, pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas (Ramos, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender os fatores associados à satisfação com sua vida em idosos, representando o significado simbólico desta experiência vivida no município de Barreiras/BA.

2.2 Objetivo Específicos

- Analisar a percepção dos idosos com relação à satisfação com a vida.
- Relatar os fatores associados à satisfação com a vida apresentados pelos idosos de Barreiras/BA.

3 METODOLOGIA

3.1 Referencial Teórico / Metodológico

A opção pela metodologia qualitativa decorreu do anseio de *compreender* a experiência dos idosos no contexto da satisfação com a vida, objetivando reflexões acerca do envelhecimento saudável.

Segundo Minayo (1995) a pesquisa qualitativa em saúde seria responsável pela natureza de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que se atribuiria em um local profundo das relações, dos procedimentos e dos elementos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

Nesta metodologia, tem-se a orientação filosófica dialética que *"insiste na relação dinâmica entre sujeito e objeto, no processo de conhecimento. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais"* (Chizzotti, 1991).

Ela introduz, relativamente à aproximação do objeto em estudo, duas ordens articuladas de questões: o social e o coletivo por referência ao individual singular que o apreende; e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva que o evidencia. Essas são questões que a grande maioria dos textos de referência para esta modalidade de investigação termina por trabalhar.

Entre os principais referenciais adotados nos estudos qualitativos optou-se em trabalhar com o *Grounded Theory* por possuir uma característica recomendada quando se tem pouco conhecimento sobre o fenômeno ou pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista subjetivo (Field & Morse, 1985). O Interacionismo Simbólico se utilizará da interação simbólica como forma de construção da realidade. O símbolo foi construído nas interações que ocorreram a partir das determinações dos fenômenos encontrados neste estudo.

3.2 O Papel do Método Grounded (Grounded Theory) nas análises de situação em saúde

A *Grounded Theory* é uma metodologia fundamentada em dados qualitativos que são sistematicamente coletados e analisados (Goulding, 2002).

Glaser & Strauss (1967) afirmavam a existência de dois tipos básicos de teorias: as formais e as substantivas. O primeiro tipo é composto do que os autores chamam as “grandes” teorias, conceituais e abrangentes, enquanto que o segundo tipo se refere às explicações para situações cotidianas sendo, portanto, mais simples e acessíveis. Para Glaser & Strauss (1967), o tipo de teoria a ser desenvolvido pela *grounded theory* se enquadra no segundo tipo, das teorias substantivas, ou a que foi desenvolvida por uma área de investigação empírica. Segundo Hutchinson (1988), Glaser e Strauss acreditavam que a *Grounded Theory* poderia ser usada para gerar teorias substantivas que, ao contrário das grandes teorias formais, explicariam melhor as áreas específicas da pesquisa empírica, já que essas teorias nasceriam diretamente de dados do mundo real.

O termo *Grounded Theory* foi traduzido para o português como: teoria fundamentada, teoria fundamentada em dados ou teoria embasada. Segundo Goulding (2002,) a *Grounded Theory* é um método qualitativo tendo, portanto, muitas semelhanças com os demais métodos qualitativos, tais como a etnografia (estudo descritivo e interpretativo da realidade do grupo) e a fenomenologia, ou seja, quando há uma forte ênfase na subjetividade da realidade construída pelos respondentes (Hannabuss, 1996).

Embora sua finalidade seja a construção de teorias, sua utilização não necessariamente precisa ficar restrita apenas aos pesquisadores que têm esse objetivo de pesquisa. O método sofre forte influência do Interacionismo simbólico, uma perspectiva metodológica frequentemente discutida na literatura de Sociologia e de Psicologia Social que compreende observar e entender o comportamento a partir do ponto de vista dos participantes; aprender sobre o mundo dos participantes, suas interpretações de si mesmos no contexto de determinadas interações e sobre as propriedades dinâmicas das interações (Locke, 2001).

Alguns pressupostos são assumidos por Strauss & Corbin no desenvolvimento e proposição da *Grounded Theory*. O primeiro deles é que a

relação pesquisador, realidade e teoria são contínuas e intrínsecas, isto é, o pesquisador interage com a realidade e formata a teoria de forma contínua ao longo do tempo e processo (Fernandes & Maia, 2001). O segundo é que a teoria evolui durante o processo de pesquisa e é o resultado de contínua interpolação de dados e análise (Goulding, 1998). Com o exposto, pode-se completar a definição da teoria mencionada anteriormente acrescentando-se que é uma metodologia indutiva, utilizada para gerar teoria através do processo sistemático e simultâneo de coletar e analisar dados. Talvez até por ser o método qualitativo um método em contínuo questionamento, os autores foram bastante específicos sobre os critérios que a teoria final desenvolvida deveria obedecer: viabilizar a predição e a explicação do comportamento, ser útil para o avanço teórico na área da Sociologia, ser aplicável na prática, manter uma perspectiva em comportamento, guiar e suportar um estilo de pesquisa para algumas áreas do comportamento e, a teoria deveria conter categorias e hipóteses bem claramente desenvolvidas que poderiam ser verificadas em estudos futuros (Goulding, 2002). No exercício da *Grounded Theory*, como em outros métodos de pesquisa qualitativa (a etnologia e a fenomenologia, por exemplo), pode-se utilizar qualquer tipo de informação, vinda de qualquer fonte (entrevistas, observação, materiais escritos e relações envolvendo todas essas fontes).

O método de *Grounded* é geralmente apresentado como uma abordagem de pesquisa qualitativa. No entanto há duas linhas divergentes com relação ao método: uma defendida por Glaser (1992) que enfatiza a característica emergente e os processos indutivos foi desenvolvida no Departamento de Sociologia da Universidade de Columbia nos anos 50 e 60, e outra vertente desenvolvida por Strauss (1987) e consolidada em Strauss & Corbin (1998) com o objetivo de sistematizar o método de coleta e análise de dados.

Em função de ser esta pesquisa direcionada para a área de saúde, foi necessário fazer uma opção sobre qual vertente de desenvolvimento dos autores deveria ser utilizada. No nosso caso, optamos pela vertente proposta por Strauss, baseada na idéia de codificação (*coding*), que é o processo de analisar os dados. Durante a codificação são identificados conceitos (ou códigos) e categorias. Um conceito (ou código) dá nome a um fenômeno de interesse para o pesquisador; abstrai um evento, objeto, ação, ou interação que tem um significado para o pesquisador (Strauss & Corbin 1998).

Segundo Morgan & Smircich (1980) o método da *Grounded Theory* adota as considerações ontológicas e epistemológicas do subjetivismo, nas quais consideram que a realidade pode ser construída a partir de interações entre indivíduos que as autenticam por meio de símbolos. Este método de pesquisa busca explicar a realidade a partir de significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos (Mello & Cunha, 2003).

A essência do método da *Grounded* é que a teoria substantiva emerge dos dados, ou seja, é uma teoria fundamentada em uma análise sistemática dos dados.

Para Strauss & Corbin (1998) a teoria formulada pelo método deve apresentar as seguintes características:

- a) Coerência entre os dados e resultados;
- b) Compreensão pelos envolvidos;
- c) Generalização suficiente para que as variações da ocorrência do fenômeno sejam consideradas;
- d) Controle na previsão das ações dos envolvidos.

Segundo Mello & Cunha (2003), o método (como proposto por Strauss & Corbin 1998) deve utilizar as técnicas e procedimentos, para atenuar os preconceitos do pesquisador no processo interpretativo. O pesquisador deve dar sentido aos dados, através de comparações entre os dados e um elenco de possibilidades de significados, fruto de sua sensibilidade teórica. As comparações evitam distorções e atenuam a imposição de preconceitos do pesquisador na interpretação dos dados. Resumidamente, as técnicas de comparações utilizam o conhecimento do pesquisador para descobrir o que não está revelado nos dados.

A teoria gerada se fundamenta na categoria conceitual que emerge dos dados e nos conceitos relacionados.

Na primeira etapa é realizada a **codificação aberta**. Todo o material coletado é transcrito, as frases analisadas e as palavras-chave são selecionadas. Nessa fase, centenas de palavras-chave são selecionadas. As palavras-chave gerarão conceitos (progressão de uma descrição para explicar o relacionamento

entre os incidentes, segundo Goulding, 2002). Os conceitos são abstraídos pelo observador através da análise das palavras-chave.

A **codificação axial** é a fase seguinte do processo. Ela se faz necessária em função do grande volume de conceitos originados na fase anterior. Trata-se de analisar os conceitos selecionados, fazer uma reorganização e, destes extrair uma idéia central e suas subordinações. Nessa fase, pode-se voltar ao campo, aumentar os elementos de análise e acessá-los, ou mesmo voltar ao conjunto de elementos inicial e fazer uma nova busca por dados. Esta fase é um processo dedutivo e indutivo, isto é, deduz-se codificação e abre-se, novamente, à busca para validá-lo ou não.

A **Codificação Seletiva** é a fase mais abstrata. Nesta fase, o processo chega ao seu final, quando ocorre a saturação teórica, isto é, nenhum novo dado é acrescentado no processo de análise e categorização. É validada e assume-se um compromisso com a categoria central definida. A **categoria central** é a que recorre mais desde a primeira fase de codificação e, é a que mais tempo leva para ser saturada (Glaser, 1978 *Apud* Goulding, 2002). A categoria central estabelece o paradigma da teoria.

3.3 O Interacionismo Simbólico

O termo Interacionismo Simbólico foi utilizado pela primeira vez, em 1937, por Herbert Blumer. (Gomes, 2005) Entretanto, o autor esclarece, ainda, que este possui suas raízes no pragmatismo de John Dewey (1859-1952), tendo como inspirador George Herbert Mead (1863-1931) (Dantas, 2005).

No que se refere aos demais pensadores e idealizadores do interacionismo, além de John Dewey (1859-1952), George Herbert Mead (1863-1931) e Herbert Blumer (1900-1987), também são associadas à escola da interação simbólica os seguintes estudiosos: Charles Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), Georg Simmel (1858-1918), William Thomas (1863-1947), Charles Horton Cooley (1864-1929), Florian Znaniecki (1882-1958) e Erving Goffman (1922-1982) (University of Colorado, Department of Sociology, 2007). Todos estes pensadores, acima referidos, contribuíram para construção do Interacionismo Simbólico, sendo Mead e Blumer os mais significativos e fundamentais (Dantas, 2005)

O surgimento do interacionismo inicia-se com os estudos de Mead. Coulon (1995) relata que Mead corroborava com o pragmatismo defendido em algumas idéias de Dewey. Desta forma, Mead apropriou-se de parte das premissas do pragmatismo, transformando-o num instrumento ativo de reforma social, uma vez que considerava que a consciência do indivíduo elaborava-se por meio das interações e dos processos sociais (Dantas, 2005).

Contudo Mead não publicou obras completas e sistemáticas sobre a teoria interacionista (Gomes, 2005), porém, destacaram-se a partir de palestras, aulas, notas e manuscritos que foram organizados em quatro obras póstumas, assim denominadas: *Philosophy of the Present*(1932), *Mind, Self and Society*(1934), *Movements of Thought in the 19th Century*(1936) e *Phylosofy of the Act*(1938). Destas, a de maior relevância consiste na *Mind, Self and Society*, na qual o autor aborda questões relacionadas à sociedade e ao indivíduo, expondo a gênese do *self*, bem como o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente (Gomes, 2005).

Durante sua vida teve diversos discípulos, dentre eles Herbert Blumer, que aprofundou os escritos de Mead, aperfeiçoando e ampliando as idéias, contudo, mantendo-se na mesma linha de pensamento de seu mestre. Após a morte de Mead, Blumer deu continuidade ao interacionismo, desenvolvendo criticamente os seus aspectos, descreveu a natureza da sociedade humana não só como uma posição de vital importância a uma pessoa, como defendia Mead, mas também como uma sociedade que se constrói pelas interpretações que os indivíduos têm do processo de conviver com pessoas e com as coisas para dar-lhes significados. Embora tenha publicado diversos trabalhos sobre esta perspectiva, apenas em 1969, com a publicação de *Symbolic Interactionism: perspective and method*, que suas idéias se concretizaram (Dantas, 2008).

O Interacionismo Simbólico possui algumas teorias que podem ser definidas em cinco hipóteses básicas (Coulon, 1995). Uma delas refere-se ao fato de que vivemos num mundo simbólico e físico, que construímos rotineiramente através de significados pautados em nossas ações e com a ajuda dos símbolos. A outra hipótese retrata tais símbolos, que por existência dos mesmos, podemos assumir o lugar do outro. A terceira, diz respeito à cultura em comum de dada sociedade, que, desta forma, permite prever o comportamento dos outros indivíduos. A quarta considera que os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel. E, por fim, a última trata do pensamento, que consiste num processo pelo qual soluções potenciais são examinadas pelo ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo, tendo em vista seus valores.

Tais concepções ratificam, complementam e corroboram as três principais premissas expostas por Blummer (1969, p.02), quais sejam:

O ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele; o significado destas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas; estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele se encontra.

Existe uma preocupação dos autores do interacionismo no sentido de integra-se dos aspectos comportamentais e interacionais. Do exposto ressalta-se que para o Interacionismo Simbólico cabe interpretar as ações e não julgá-las. Essa

interpretação é feita a partir dos significados que as pessoas atribuem às suas próprias ações. Conhecendo os significados atribuídos, podendo compreender e prever possíveis comportamentos e ações de outras pessoas, desde que as pessoas se encontrem nas mesmas situações (Dantas, 2008).

O interacionismo simbólico é retratado pelos símbolos, interação, pessoa, mente, self, sociedade, linguagem e ação, que serão descritos a seguir.

De acordo com Bettinelli (2002), o ser humano aprende e utiliza OS SÍMBOLOS nas interações para dar significado à interação para si e para o outro. Estes, por sua vez, emergem do meio social, onde se encontram inseridos, estando imbricados nestes símbolos, aspectos referentes ao âmbito individual e coletivo dos indivíduos que integram uma sociedade. Desta forma, os símbolos fazem parte do pensamento e da conduta humana. A comunicação simbólica acontece quando o ser humano usa os símbolos para se comunicar consigo mesmo (pensar) e com os outros. Sua forma de ação dependerá da compreensão, da interpretação do símbolo. A LINGUAGEM é um tipo especial de símbolo, mas que qualquer outro símbolo as palavras podem ser produzidas intencionalmente e podem representar a realidade. Por isso, é o mais importante tipo de símbolo e tornam possível todos os outros (Girardon-Perlini, 2009). A linguagem é determinada pelo indivíduo utilizando instrumentos para ordenar a experiência. É empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem (Charon, 1989).

A INTERAÇÃO pode ser definida como a relação entre um indivíduo e outro e/ou ambiente, no sentido de buscar compreensão um a outro. De acordo com Jorge (1997, p.25), a interação envolve “a interpretação ou a determinação dos significados das ações ou observações das outras pessoas, depois pela definição ou indicação a outra pessoa de como ela deve agir”. Constitui-se, portanto, num processo contínuo de adaptação, desenvolvendo linhas de conduta a partir do relacionamento entre indivíduos e destes indivíduos com o meio onde se encontram (Dantas, 2008).

A PESSOA (ser humano) é o fator fundamental para que ocorra a interação. O ser humano, dentro de todas as espécies vivas, é o único racional dotado de senso crítico. Uma pessoa sem interagir com o outro pode ser comparada a uma página em branco, no sentido de interação social. Caso exista algum indivíduo que nunca tenha interagido, logo este não compartilhará símbolos, logo

não se processa a interação, logo ele não terá como agir quando da ocorrência de quaisquer circunstâncias. Mediante a interação com o ambiente e demais indivíduos é que são formados a MENTE E O SELF, uma vez que símbolos são criados servindo de base para o agir e reagir do indivíduo perante os demais e o meio onde vive (Dantas, 2008).

A MENTE corresponde a um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo próprio usando os símbolos os quais emergem do processo social de comunicações. Faz parte da construção da mente o cérebro, estrutura anatômica imprescindível para otimizar nossa comunicação com o meio, seja através da audição, tato, gustação, visão e olfato. Entretanto, o cérebro sozinho não faz a mente. Para tal, há a necessidade da interação dos membros de uma sociedade, onde o produto desta interação origina a mente que se desenvolve a partir de um self estabelecido. Ou seja, para que haja o self e a mente, torna-se imprescindível a existência de indivíduos, que se organizando em sociedade, interagindo entre si, originarão consecutivamente, através dos símbolos, seu cotidiano social (atividades/ações) (Dantas, 2008).

Toda pessoa possui um SELF, o qual possibilita ao indivíduo agir socialmente em relação com as outras pessoas e consigo mesmo. Este self é formado por definições feitas por outros que servirão de referencial para que cada indivíduo possa ver a si mesmo. O self somente se manifesta por completo, quando em uma sociedade, impreterivelmente, houver comunicação. Sem comunicação, não há desenvolvimento pleno do self. Surge na infância, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança interage e vivencia novas experiências. "*Como eu me vejo, como eu me defino: o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida*" (Charon, 1989). O **Self** é a representação de um processo social interiorizado no indivíduo, é um objeto social que surge de uma interação que pode permanecer estável ou ser continuamente redefinido. Pelo self o indivíduo consegue ver a si mesmo como um outro objeto na interação, assim como julgar os outros e os objetos da interação (Girardon-Perlini, 2009).

Este pode dividir-se analiticamente em duas fases: Eu e Mim. Enquanto o Eu refere-se à tendência impulsiva do ser, definindo-se como a percepção daquilo que ele possui dele mesmo e dos outros, numa perspectiva sem influências, de modo espontâneo e desorganizado, o Mim consiste no outro incorporado no

indivíduo, ou seja, conjunto de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo. Desta forma, cada ser possui um self que regula o cotidiano das ações humanas, corroborando para que este viva em harmonia, em sua sociedade, de comum acordo com as normas, regras e leis estabelecidas, uma vez que estas condutas são construídas, cotidianamente, através do inter-relacionamento dos demais indivíduos através de símbolos.

A SOCIEDADE é constituída de indivíduos que interagem uns com os outros; quando as atividades dos membros ocorrem como resposta de um ao outro, ou em relação ao outro (Littlejohn, 1992), sem distinção, cada díade, cada grupo, cada organização, cada situação interacional, cada mundo social, até os mais temporários constituem uma sociedade, ou, pelo menos, uma sociedade em estágio inicial de desenvolvimento. A sociedade é formada, reafirmada e alterada pela interação social. A ausência de uma contínua interação social faz com que a sociedade deixe de existir. A sociedade depende, então, de indivíduos continuamente interagindo uns com os outros e consigo mesmos, em uma ação infinita. A interação social significa que os atores consideram os atos uns dos outros enquanto agem e intencionalmente decidem sobre a ação, dependendo dos fatos, em uma relação interdependente. (Littlejohn, 1992). Entretanto, a sociedade é mais que apenas interação, pois envolve comunicação e interpretação simbólica das ações por parte dos atores. A sociedade é caracterizada por uma interação simbólica, que é marcada pela cooperação para a solução dos problemas, embora não necessariamente isso seja uma regra. No entanto, se não houver ação cooperativa para lidar com as situações, não haverá sociedade, pois esta é constituída pelo esforço cooperativo nos quais os atores buscam trabalhar juntos, apesar de metas e interesses individuais (Charon, 1989).

Assim, quando os indivíduos interagem cooperativamente, a sociedade é formada. Outra característica da sociedade é o desenvolvimento da cultura, uma vez que a interação simbólica cooperativa a produz. Assim, toda a sociedade possui uma cultura, que é a perspectiva compartilhada ou de referência para a realidade. A cultura significa o consenso do grupo, a concordância, o entendimento, a linguagem e o conhecimento compartilhados e as regras que orientam a ação. As regras sociais que o indivíduo usa para guiar a ação são definidas por Mead como outro generalizado que são leis que devem ser obedecidas, o sistema, a consciência do

grupo que o indivíduo utiliza para guiar a interação social, ou seja, é o aspecto da cultura que usamos para controlar nossas ações (Dantas, 2008).

A AÇÃO pode ser concebida como manifestação do interagir com o outro de forma consciente. Para Jorge (1997) a ação é construída ao enfrentar o mundo, mediante um processo, onde os atores sociais observam, interpretam e avaliam as situações que enfrentam. Isto subsidia a construção de símbolos, auxiliando na tomada de decisão (o agir), oriundo da interação consigo mesmo, com ambiente e demais indivíduos. A interação simbólica, que envolve o processo de interpretação da ação, procura compreender o significado da ação de cada outro (Blumer, 1969). A ênfase na concepção interacionista de significado é sobre a interpretação consciente; as coisas passam a ter significado para a pessoa quando estas as consideram conscientemente, reflete e pensa sobre o objeto, ou o interpreta, e isso se processa numa interação interna da pessoa, pois o ator seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação em que está colocado e da direção que imprimiu à sua ação. Assim sendo, a interpretação é um processo formativo e não uma aplicação sistemática de significado já estabelecido (Haguette, 1992; Littlejohn, 1992).

Ainda, o Interacionismo Simbólico sob a perspectiva interpretativa, indo além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas a partir das relações interpessoais, configura-se por referencial teórico-metodológico que possibilita a avaliação de resultados em saúde.

3.4 Descrição dos Sujeitos e Aspectos Metodológicos do Estudo

Foi realizado um estudo baseado em entrevistas individuais com base na metodologia qualitativa *Grounded Theory* (ou teoria fundamentada em dados).

Em busca de uma amostra de conveniência que abrangesse idosos com características variadas em relação a sexo, idade e classe social, fomos ao encontro dos vários locais que tínhamos o conhecimento de alta concentração de idosos. Foi escolhida inicialmente a “Universidade Aberta da Melhor Idade”, como potencialmente um local onde os idosos eram bastante heterogêneos. Foi realizado, então, o estudo piloto neste local. Após a realização do piloto verificou-se que as

respostas eram muito semelhantes e tendiam à autonomia e satisfação plena. Não refletindo assim, provavelmente, o perfil dos idosos de Barreiras no contexto do município. Optou-se, então, por ir à busca dos idosos pela área geográfica.

Para tanto, durante seis meses, foram percorridos rotineiramente os principais bairros do município para que pudéssemos determinar a melhor localidade onde se pudesse observar visualmente o maior número de moradores idosos acima de sessenta anos, como determinada a OMS. Durante as observações, verificamos que existia uma rua do município que, além de ser acesso a vários bairros, ela também apresentava um número significativo de idosos, visto que a grande maioria tinha a rotina de ficar sentada na calçada ou em cadeiras, na frente de sua residência. Durante vários dias de observação e percorrendo toda sua extensão, observou-se que ainda existia em seu trajeto, mudança na qualidade das residências, elas tendiam a ser mais humildes à medida que se afastavam do centro, sugerindo assim, mudança na classe social. Mediante este fato, a rua foi a escolhida dos sujeitos. Seus moradores foram selecionados por conveniência, entrevistados em 2010 e 2011.

A escolha por conveniência partiu do seguinte princípio: entrevistar pelo menos um idoso em cada quarteirão, através da indicação de indivíduos que eram abordados em frente ao seu domicílio (na mesma rua) fazendo-lhe a pergunta sobre o conhecimento de moradores idosos. Quando a indicação era feita, a residência era visitada e o morador idoso era convidado a participar e, conseqüentemente, este indicava outro idoso. Os indivíduos participantes constituíram de:

- a) Homens e mulheres com idade igual ou superior a sessenta anos de forma a equilibrar as entrevistas;
- b) Aceitassem participar, assinando o termo de consentimento de acordo com a resolução 196/96 (Brasil, 1996). As recusas foram entendidas como não colaboração.

O processo de composição dos sujeitos escolhidos seguiu o preconizado na Teoria Fundamentada em Dados, denominada amostragem teórica (segundo a descrição de Glaser & Strauss, 1967), cujos participantes vão sendo progressivamente selecionados para integrarem o grupo conforme desenvolvimento e densificação das categorias, até que a saturação teórica fosse alcançada. A saturação teórica é obtida quando os dados se tornam repetitivos e permitem a

compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza do conteúdo.

O número dos sujeitos participantes foi inicialmente determinado em trinta (30), para satisfazer os critérios de entrevistar diferentes faixas etárias, sexo e estratos de renda. O número de participantes foi se configurando de acordo com a análise dos dados e a teoria emergente, totalizando ao final vinte e um (21) idosos.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (número de aprovação CAAE 0048.0.066.066-10 TCD 046/10), iniciou-se a coleta de dados e o processo simultâneo de análise desses dados. O instrumento de avaliação foi aplicado seguindo um procedimento padronizado:

- Antes de ser exposta a cada uma das narrativas, foi solicitado para os indivíduos entrevistados que relatassem espontaneamente sobre o tema norteador “Satisfação com a vida”;
- As entrevistas consistiram na proposição do tema norteador, ou central e na elaboração de perguntas subsequentes, de acordo com o discurso do entrevistado.
- Progressivamente, foram elaboradas questões reflexivas com o fim de certificar de que se compreendiam o ponto de vista do entrevistado e para aprofundar, em todos os tópicos mais relevantes, por ele apontados, tendo como “fio condutor” da entrevista os objetivos que se pretendiam alcançar.

As entrevistas ocorreram em local e horário combinado e foram gravadas, registradas em formato mp3, e o conteúdo transcrito na íntegra pela própria pesquisadora, incluindo falsos começos, repetições, expressões, espaços temporais, tais como silêncio e sobreposição de falas (Charmaz, 2006), com duração prevista de 60 minutos.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada à luz da Teoria Fundamentada nos dados (Strauss & Corbin, 1998). Esta análise consiste em uma série de procedimentos sistematizados de comparação, entre os dados primeiramente, entre as categorias e entre os fenômenos descobertos, o que possibilita a proposição do processo relativo à experiência estudada (Strauss & Corbin, 1998) Neste sentido, o procedimento de análise seguiu o preconizado no método comparativo constante, que será descrito a seguir.

A análise dos dados foi acontecendo simultaneamente à coleta, ou seja, após a realização de cada entrevista, o conteúdo era analisado. Esta etapa chamada de codificação aberta (Strauss & Corbin, 1998) consiste em quebrar cada entrevista em pequenos trechos (incidentes), linha por linha, os quais vão sendo examinados e questionados quanto ao que representam o que querem dizer e o que significam. Assim, cada incidente vai permitindo a identificação das primeiras propriedades da experiência, que recebe um nome, de acordo com seu significado, chamado de código.

Esta fase inicial foi feita com todos os dados, logo após a realização de cada entrevista, e após essa codificação, os códigos passaram por um processo de comparação entre si, sendo agrupados um a um, por suas similaridades e diferenças, formando, assim, categorias que buscaram expressar o significado presente nos códigos. Cada categoria recebeu um nome conceitual e mais abstrato que o código, de forma a agrupar conceitos menos abstratos.

A provisoriade do nome das categorias é uma característica do método comparativo constante de tal modo que o nome da categoria vai sendo modificadas várias vezes, no decorrer da análise, até chegarmos a uma denominação mais representativa dos conceitos que agrupava, tornando-se assim definitiva.

Na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas e os dados codificados e categorizados, perguntas iam sendo feitas e hipóteses sobre as possíveis relações estabelecidas entre os dados iam sendo formuladas. Estas idéias foram registradas e organizadas e serviram de base para a elaboração dos memorandos desenvolvidos durante a análise dos dados. Os memorandos são registros escritos do processo de análise que auxiliam no desenvolvimento da teoria (Strauss & Corbin, 1998).

Na fase seguinte da análise, denominada codificação teórica (Strauss & Corbin, 1998) as categorias são reorganizadas, fazendo-se conexões entre as categorias e as subcategorias de forma a fazer agrupamento daquelas que parecem se referir ao mesmo fenômeno. Esse reagrupamento e reorganização das categorias elaborados com base na reflexão e em um movimento indutivo-dedutivo gerou várias tentativas de representação gráfica da conexão entre as categorias, como forma de compreender a experiência.

Na última etapa da análise, buscamos identificar e compreender a categoria central que se constitui no elo de integração entre as categorias, sendo

esta abstrata o suficiente para incluir o sentido de todas as demais categorias e que permite o desenvolvimento do modelo teórico representativo da experiência.

Para facilitar a compreensão do processo de codificação utilizado na pesquisa, cada idoso foi identificado pela letra I seguido de um número de identificação. Os quadros dispostos no Anexo agrupam os códigos por semelhança de significados, os quais dão sustentação teórica aos conceitos abstraídos e que por sua vez configuram o modelo teórico (a experiência).

Assim, após ter seguido todas as etapas do método comparativo constante foi possível desenvolver uma teoria fundamentada nos dados que explica a experiência sobre a satisfação com a vida entre idosos do município de Barreiras/BA. Esta teoria foi representada graficamente através de um símbolo/figura por meio do Interacionismo Simbólico.

4 RESULTADOS

Foram entrevistados, para a saturação das respostas, 21 idosos de ambos os sexos, idade e classes sociais. Destes, 61,9 % eram do sexo feminino e 38,1% eram do sexo masculino. Com relação à idade esta variou entre 60 a 84 anos.

4.1 Os Fenômenos identificados

Para melhor compreensão do significado da satisfação com a vida para os idosos, convém salientar que os fenômenos serão apresentados e a seguir suas categorias e subcategorias.

FENÔMENO 1 - ELEGENDO AS RELAÇÕES DE AFETO E CUMPLICIDADE, COM FAMÍLIA, AMIGOS E LAZER.

Foi o primeiro fenômeno identificado a partir do conjunto de experiências dos idosos. Ele retrata as características dos costumes sociais e familiares, ao longo da vida, revelando as influências destas características para a satisfação com a vida.

Ele se desdobra em três temas:

- Realizando atividades prazerosas – **TEMA 1**
- Construindo relações de afeto familiar – **TEMA 2**
- Percebendo-se e participando de redes sociais – **TEMA 3**

Essas temáticas desenvolver-se-ão, sequencialmente, apresentadas em diagramas.

Diagrama 1 – Elegendo as relações de afeto e cumplicidade, com família, amigos e lazer. Barreiras/BA, 2011.



TEMA 1: Realizando atividades prazerosas

Entre as categorias do primeiro fenômeno as atividades que lhes causavam prazer foram apontadas como um dos indicadores à satisfação com a vida. Nela se encontram as emoções subjetivas pessoais expressando os verdadeiros sentimentos e disposições predominantemente positivas. Esse tema de desdobra em categorias:

- SENTINDO-SE FELIZ;
- DIVIDINDO EXPERIÊNCIAS DE LAZER;
- POSSUINDO CRENÇAS RELIGIOSAS;
- MANTENDO PRAZERES DOS VÍCIOS.

Diagrama 2 – Realizando atividades prazerosas. Idosos de Barreiras/BA 2011.

**Categoria: Sentindo-se Feliz**

A sensação de estar bem consigo mesmo pode minimizar os efeitos devastadores do envelhecimento, como exemplo a solidão e a aceitação da morte. Estar feliz representa ir adiante, sentir que a vida tem sentido e que existem possibilidades de muitas experiências ainda por virem. Indica também o bem estar subjetivo, refletido e relacionado ao processo emocional e afetivo do idoso.

[...] I 4: Graças a Deus eu estou feliz.

[...] I 10: Estou satisfeita sim.

[...] I 12: Eu sou muito feliz, tenho uma vida regular.

[...] I 13: e eu sou feliz também com a família que eu tenho.

[...] I 15: Estou satisfeito com minha vida, com a vida dos meus filhos que são bons pra mim, graças a Deus.

 Quadro 1 – Descrição da categoria - Sentindo-se feliz. Barreiras/BA, 2011
Categoria: Sentindo-se feliz

- Sentindo Felicidade. | 2
- Sentindo satisfação. | 2
- Fazendo o que gosta. | 2
- Estando Feliz. | 4
- Relatando satisfação. | 5
- Sentindo satisfeito e feliz. | 6
- Levando a vida. | 6
- Estando satisfeita. | 7
- Sentindo felicidade. | 8
- Dizendo e se considerando uma pessoa feliz. | 9
- Estando satisfeita. | 10
- Estando Feliz. | 12
- Tendo uma vida regular. | 12
- Estando feliz com a família que possui. | 13
- Estando satisfeito com a vida. | 15
- Filhos sendo bons para ele. | 15
- Sentindo-se feliz. | 18

Categoria: Dividindo experiências de lazer

O lazer para o idoso representa um conjunto de ocupações não obrigatórias às quais pode se entregar, principalmente às atividades que não pôde realizar durante outra fase da vida, por razões de responsabilidades com os filhos e trabalho. Esse lazer significa tempo para repousar, divertir, visitar familiares, desenvolver informações, criar ou realizar atividade em seu próprio domicílio, entre outros. O lazer para o idoso significa usufruir uma ocupação não imposta e, acima de tudo, de livre escolha.

[...] I 1: Sempre eu passeio, dou umas voltinhas por aí, mas é pouca, mas sempre, sempre vou a São Paulo.

[...] I5: Eu faço pintura em quadros, faço crochê, faço bijouterias, final de semana eu vou para chácara. Que mais? Participo aqui do grupo da melhor

idade, viajo, também só, com o meu marido e meus filhos, as vezes fico em Salvador alguns meses com minha filha.

[...] I 17: Meu professor foi Eliodoro Ribeiro, grande músico e compositor, maestro e fundador da EUTERPE da filarmônica da EUTERPE. Esse professor foi meu maior incentivador, ele me elogiava muito e dizia ser eu a melhor aluna de todos os tempos, o que dá mais prazer é tocar.

[...] I 21: Eu gosto de tudo, porém minha diversão é o baralho, sair para o clube com a vizinhança, vai prô rio, vai para a chácara, vai para a fazenda passar uns dias lá, voltá, e assim vai se passando a vida.

Quadro 2 – Descrição da categoria - Dividindo experiências de Lazer. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Dividindo experiências de Lazer

- Indo passear. I 1
- Dando voltas. I 1
- Viajando a São Paulo. I 1
- Realizando atividade no quintal .I 1
- Gostando de criar artesanato. I 2
- Sempre estando ocupada .I 2
- Gostando de bordar, ler. I 2
- Esquecendo-se de outras atividades. I 2
- Gostando de criar. I 2
- Levando a neta para a escola. I 2
- Não gostando de ir ao rio. I 3
- Não gostando de assistir a Filme. I 3
- Assistindo programas de entretenimento e sobre saúde. I 3
- Trabalhando. I 3
- Indo ao banco. I 3
- Não tendo tempo para visitas. I 3
- Participando de grupo de idosos. I 3
- Fazendo artesanato. I 5
- Indo para local de lazer. I 5
- Participando de grupo para idosos. I 5
- Viajando com a família. I 5
- Gostando de bate- papo. I 6

- Indo para o rio. | 6
- Fazendo hidroginástica. | 6
- Participando de grupo para idosos. | 6
- Assistindo DVD. | 6
- Dançando. | 6
- Ouvindo música. | 6
- Vivendo o tempo. | 8
- Realizando coisas por prazer. | 8
- Sentindo prazer em tocar instrumento musical. | 8
- Dançando. | 8
- Cantando. | 8
- Ficando só no domicílio. | 9
- Fazendo artesanato. | 9
- Realizando artesanato. | 10
- Lendo. | 10
- Viajando. | 10
- Visitando familiares. | 10
- Escrevendo poesias, cordéis. | 11
- Realizando projeto de criação de Bovinos. | 11
- Fazendo de tudo durante 24 horas. | 11
- Gostando de ouvir músicas variadas. | 12
- Gostando de jogos de azar. | 12
- Trabalhando com compra e venda. | 12
- Fazendo nada. | 13
- Realizando pouco lazer. | 13
- Realizando artesanato. | 13
- Indo para local de lazer | 13
- Gostando de leitura, canto. | 13
- Brincando com os netos. | 13
- Participando de grupo para idosos. | 14
- Indo à festas. | 14
- Gostando de ficar tranquilo. | 15
- Sentindo que ficar parado é ruim. | 15

- Gostando de jogar jogos de azar como distração. | 16
- Indo para o rio. | 16
- Sentindo prazer em tocar instrumento musical. | 17
- Indo às festas. | 19
- Dançando estilos variados de músicas. | 19
- Viajando pouco. | 19
- Gostando de jogos de azar. | 21
- Indo ao clube. | 21
- Indo ao local de lazer. | 21

Categoria: Possuindo crenças religiosas

O significado da crença religiosa para o idoso reporta à valorização da contribuição para a comunidade e à consciência de uma ordem cósmica e práticas religiosas, do que bens materiais. As metas de pessoas idosas estavam mais ligadas a valores intrínsecos e pessoais.

[...] | 2: mas frequento aqui a paróquia São Sebastião que é pertinho da minha casa, e eu vou sempre, católica, apostólica, praticante, então realmente gosto de seguir a minha igreja, tenho os meus preceitos, rezo todos os dias, acordo todos os dias pra fazer as minhas orações.

[...] | 11: Eu por tradição de família sou católico, meus pais, meus avôs, bisavôs, todos eram católicos e isso foi passando de geração em geração e hoje eu sigo mesmo a religião católica, e a gente acredita, né? Tem muita coisa que ocorre no universo que a gente tem que achar que tem um ser superior comandando tudo isso, para ser tudo obra do acaso eu acho meio difícil, então eu, tenho a restrição com muitas coisas, algumas coisas, mas no essencial eu acredito num ser supremo.

[...] | 14: Sou católica, não vou todo dia à missa da igreja não, mas todo domingo assisto na televisão, a missa do padre Marcelo. Leio livro, rezo minhas orações, rezo um terço todo dia.

Quadro 3 – Descrição da categoria - Possuindo crenças religiosas. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Possuindo crenças religiosas

- Tendo fé l. 1
- Indo a igreja. l 1
- Sentindo importante ter religião. l 1
- Frequentando a paróquia. l 2
- Sendo católica praticante. l 2
- Rezando todos os dias. l 2
- Realizando orações. l 2
- Considerando-se católica. l 4
- Considerando-se católica praticante. l 5
- Participando de encontro de casais. l 5
- Participando dos cultos e rituais da religião. l 5
- Não frequentando a igreja. l 6
- Considerando-se católico. l 6
- Relatando ter visto coisas erradas de padres na mídia. l 6
- Andando desacreditado. l 6
- Gostando de ir a igreja. l 7
- Sendo católico. l 7
- Rezando sempre. l 7
- Sendo religiosa. l 8
- Relatando ser ministra de comunhão. l 8
- Relatando visitar outras religiões. l 9
- Considera-se católica. l 9
- Considera-se cristã. l 10
- Valorizando o ecumenismo. l 10
- Valorizando o espiritismo. l 10
- Relatando ser católico devido a tradição. l 11
- Descrevendo a existência de um ser superior. l 11
- Sendo católico. l 12
- Gostando de assistir missas através da mídia. l 12
- Acreditando em Deus. l 13

- Tendo fé. I 13
- Credo na religião católica. I 13
- Sentindo que talvez possa mudar de religião. I 13
- Sendo católica. I 14
- Não frequentando a igreja. I 14
- Acreditando em Deus. I 15
- Sendo católica. I 15
- Não dando valor a igreja. I 15
- Tendo muita fé. I 15
- Sendo católico. I 16
- Não frequentando a igreja. I 16
- Vivendo sob a tradição de família católica. I 17
- Sendo católica. I 18
- Indo a igreja e orando. I 18
- Sendo católica. I 19
- Indo à igreja. I 19
- Sendo religioso. I 21
- Frequentando a missa. I 21

Categoria: Mantendo prazeres

Alguns idosos relataram vícios como jogar baralho e ingerir bebidas alcoólicas, principalmente entre os do sexo masculino.

A fase do envelhecimento é um momento, na história da vida, de muitas perdas: falecimentos, limitações físicas, aposentadoria e situação econômica pior que na idade adulta. Esses poderiam ser fatores que deixariam os idosos mais vulneráveis a manter algum tipo de vício como o tabaco, o álcool, jogos de azar, entre outros. Além do tempo livre e da diminuição das responsabilidades.

Muitos idosos começam a jogar em igrejas e centros comunitários para ocupar o tempo, porém vale ressaltar que os traços depressivos, a solidão, a falta de ocupação podem transformar algumas horas de lazer em um vício.

[...] I 12: Gosto de jogar buraco, é o meu foco, Jogar buraco aos domingos.

[...] I 16: Eu tenho que jogar buraco com meus amigos, jogo há muito tempo e de tomar cervejinha nos bares da barreirinhas... porque não posso beber,

mas eu gosto de tomar a minha cervejinha, ai quando eu quero tomar cerveja eu não tomo remédio de manhã pra sair de tarde pra tomar uma com os meus amigos.

[...] I 21: Eu gosto de tudo, porém minha diversão é o baralho.

Quadro 4 – Descrição da categoria - Mantendo vícios. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Mantendo prazeres

- Deixando de fumar. I 6
- Gostando de jogos de azar. I 12
- Adorando jogos de azar. I 16
- Frequentando bares do município. I 16
- Ingerindo bebidas alcoólicas. I 16
- Gostando de jogos de azar. I 21

TEMA 2-Construindo relações de afeto familiar

A construção das relações de afeto principalmente entre a família, amigos e parentes representa uma forte associação com a satisfação com a vida. Representa ainda, vivência e a manutenção da sua existência na família como parte integrante desta. Significa que o idoso mantém e manteve relação próxima com os filhos, netos e irmãos, ao longo da vida, na tentativa de se assegurar contra o isolamento e a solidão, bem como necessidade no caso de problemas ou agravos a saúde.

As relações de afeto talvez sejam as maiores provas de sintonia que possa haver entre as relações. Nossos idosos avaliaram suas relações de carinho e de afeto como beijos, abraços e companheirismo, sendo formas evidenciadas de satisfação. Através dessas relações os idosos podem demonstrar o quanto participam das ações familiares, entes queridos/ amigos.

Elas se dividiram em quatro categorias:

- EXPRESSANDO PERDAS E LIMITAÇÕES;
- COMPARTILHANDO HISTÓRIAS E LEMBRANÇAS;

- DESCREVENDO O COMPORTAMENTO E COMPOSIÇÃO FAMILIAR;
- ORGULHANDO-SE DA EDUCAÇÃO DOS FILHOS E NETOS.

Diagrama 3 – Construindo relações de afeto familiar entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011.



Categoria: Expressando perdas e limitações

O adoecimento ou falecimento de um dos cônjuges pode mudar a ordem de prioridades e de satisfação com a vida. Os idosos relataram um grande carinho com o ente querido falecido, e não um sentimento de saudade ou de infelicidade. Isso talvez seja pelo fato da grande maioria dos idosos cultivarem a religiosidade e aceitarem a morte. Sendo a morte uma dimensão integrante da vida, o viver plenamente implica a aceitação e o convívio com ela, portanto, neste estudo a morte não foi descrita pelos idosos como algo negativo.

[...] I 2: casei—me com um barreirense, que infelizmente em 2002 foi para o andar de cima..... . Eu tive seis filhos, o terceiro filho faleceu com dois anos de idade, aí quando eu fui para São Paulo.

[...] I 4: , eu tinha uma relação boa com ela, muito boa, tratava bem em regue de pobre, mas muito bem. Nós nunca vamos brigar, criamos nossos filhos tudo junto, ninguém nunca separou, ninguém nunca brigou, mas ele atacou derrame, como é nem foi derrame, foi aquele ataque fulminante, foi rápido, sentiu uma dor e dor foi essa, rapidinho morreu.

[...] I 6: papai morreu com 96 anos que fumava demais.

[...] I 9: agora eu estou morando sozinha, meu marido faleceu há 2 meses.

[...] I 16: agora no dia cinco de setembro a mulher faleceu e hoje moro só.

E ainda, os idosos deste estudo descreveram seus sentimentos familiares como mantendo uma relação íntima de amizade e proximidade com a família. Isso significa que nas situações que vivenciam de dificuldades e de problemas de comportamento, esses fatores são enfrentados por um conjunto das relações que confere à família um senso de proteção ampla.

[...] I 1: Minha satisfação é boa, porém minha mulher ela ficou doente um bom tempo, mas graças a Deus.

[...] I 3: Minha vida tem muito sofrimento, mas eu amo ela, Sim, me sinto satisfeita. Sou viúva, tenho 4 filhos. Depois que os filhos casaram nunca mais coloquei meus pés no chão. É que eu só fico ajudando meus filhos, as netas.

[...] I 4: meu marido faleceu há 5 anos, eu tinha uma relação boa com ele, muito boa, tratava bem em regime de pobre, mas muito bem nos nunca vemos brigar, criamos nossos filhos tudo junto, ninguém nunca separou, ninguém nunca brigou... e além disso, meus filhos tudo considera eu como mãe, e eu considero como uma só espírito de jovem (risos).

Quadro 5 – Descrição da categoria - Expressando perdas e limitações. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Expressando perdas e limitações

- Relatando o adoecimento da esposa. I 1
- Descobrimo o alcoolismo do marido. I 2
- Mudando de estado para tratamento do marido. I 2
- Lutando contra o alcoolismo do esposo. I 2
- Percebendo que o tratamento de alcoolismo nunca deu certo. I 2
- Relatando ter preocupações em envolver a filha para ir e vir. I 2
- Não querendo tomar o tempo da filha. I 2
- Sentindo-se mal por não frequentar a igreja que tinha vontade. I 2
- Falecendo esposo em 2002. I 2
- Sofrendo com a morte do filho com 2 anos. I 2
- Sentindo que sua vida tem muito sofrimento. I 3
- Mesmo sofrendo diz que ama sua vida. I 3
- Sentindo que seus pés não estão mais no chão, após casamento dos filhos. I

3

- Ajudando a cuidar das netas. | 3
- Criando os filhos em meio a pobreza. | 4
- Nunca separando ou brigando com a família. | 4
- Sentindo que os filhos a consideram como mãe. | 4
- Considerando-se um espírito jovem. | 4
- Sentindo que viveu uma vida feliz com a esposa, porém sente seu falecimento. | 4
- Relatando falecimento do pai, por causa do cigarro. | 6
- Relatando viver sozinha após falecimento há 2 meses do esposo. | 9
- Descrevendo data do falecimento da esposa. | 16
- Sentindo-se só. | 16

Categoria: Compartilhando histórias e lembranças

Os idosos sentiram muito prazer em compartilhar suas histórias e lembranças. Durante o relato, o idoso situou as situações no contexto histórico.

A história de vida de cada idoso é única, por mais que as pessoas convivam juntas. Seria impossível que pessoas diferentes contassem exatamente a mesma história, pois mesmo para situações semelhantes cada um tem a sua interpretação. As histórias e lembranças da trajetória da interação e relação social vivida ao longo da vida, pelos idosos com seus membros da família, serviram de referência para que refletissem sobre a sua satisfação, dentro da sua realidade, sua perspectiva de vida. Compartilhando histórias e lembranças os idosos refletiram e reconheceram suas experiências de vida que desencadearam na sua satisfação atual. Este estudo revela ainda não só o esforço pessoal e familiar para superar dificuldades, mas um valor social e moral reconhecido e valorizado.

Nesta perspectiva, compartilhar histórias e lembranças constituiu um dos elementos que influenciaram o modo como o idoso definiu sua inserção no contexto de satisfação atual.

[...] | 6: meu pai era, era português, eu sou é papai era português. Meu pai trabalhava muito, tinha 12 burros de carga que naquela época não tinha carro, nem caminhão, papai tinha 12 cargas de burro, comprava rapadura no agreste de Pernambuco e vendia no sertão da Paraíba, todo mês ele

carregava 12 burros e ia pro Pernambuco comprar rapadura e voltava pra Paraíba vendendo rapadura todo mês, todo tempo.

[...] I 9: Minha casa é grande, tenho 4 quartos que era onde meus filhos dormiam. Moro aqui em Barreirinhas.

[...] I 12: Meus pais eram garimpeiros, e isso na cidade de Santa Inácia, na Bahia, no oeste da Bahia. Sou de lá de Santa Inácia. A outra parte da minha família mora aqui no Taguá.

Quadro 6 – Descrição da categoria - Compartilhando histórias e lembranças. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: compartilhando histórias e lembranças

- Sentindo que a vida é muito boa. I 1
- Gostando do local. I 1
- Morando antigamente próximo ao local atual. I 1
- Relatando ter parentes aqui. I 1
- Sentindo que o lugar é de paz. I 1
- Contando história das origens da família. I 2
- Vindo muito pequena morar em Barreiras. I 2
- Sentindo que a vida foi muito feliz desde sua infância. I 2
- Casando-se em Barreiras. I 2
- Morando toda a vida no município. I 2
- Vendendo a casa. I 2
- Não encontrando outra casa no mesmo bairro. I 2
- Acompanhando o crescimento do município. I 4
- Sentindo que o município cresceu muito. I 4
- Sofrendo um pouco na infância. I 4
- Criando os filhos com dificuldade. I 4
- Casando-se em São Paulo. I 5
- Vindo residir em Barreiras depois de 8 anos de casada. I 5
- Descrevendo nacionalidade dos pais. I 6
- Sabendo que pai trabalhava muito. I 6
- Descrevendo história de trabalho do pai I6
- Vivenciando o trabalho do pai indo e vindo da Paraíba. I 6
- Sentindo que a casa ficou grande após a saída dos filhos. I 9

- Relatando história de trabalho da família no garimpo. I 12
- Descrevendo ter chegado ao município na época de um prefeito antigo. I 16
- Trabalhando e aposentando n município. I 16
- Jogando baralho exclusivamente com uma família específica. I 16
- Nascendo e crescendo em uma família pobre. I 17
- Descrevendo pertencer a uma família equilibrada. I 17
- Contando que pai era inteligentíssimo. I 17
- Sentindo-se ser criado com afeto. I 17
- Referindo-se ser mimada. I 17
- Expondo a morte de seu avô com muito sentimento. I 17
- Ganhando um instrumento musical. I 17
- Narrando o instrumento como o melhor presente em toda sua vida. I 17

Categoria: Descrevendo o comportamento e a composição da família

A descrição do comportamento e composição familiar, muitas vezes está relacionada com a convivência e o orgulho em ter constituído família. A frequência e o modo com que os membros da família interagem com o idoso foi determinante, certamente, na relação da estima e a importância que o idoso deu à sua satisfação com a vida.

[...] I 2: . Eu tive seis filhos, o terceiro filho faleceu com dois anos de idade, aí quando eu fui para São Paulo só tinha dois filhos porque o terceiro tinha falecido aqui e lá em SP eu tive 3 filhas, então eu tive 6 filhos.

[...] I 5: . Eu estou satisfeítíssima com minha vida, tô muito feliz graças a Deus tenho um esposo ótimo, um bom marido mesmo, tenho 2 filhos que são excelentes, são filhos mesmo, bons, bons filhos, tiveram uma criação boa e hoje em dia eles são muito bons pra mim e para meu esposo.

[...] I 12: É grande, tem 11 filhos, aliás, 11 filhos do casal, 2 filhos particular, quase todos já fizeram o 2º grau, e os outros fizeram faculdade.

[...] I 13: Ah minha família eu tenho 2 filhos, já tenho 2 netos, minha família não é muito grande , nem vai ser muito grande, porque é pequena demais porque eu só tenho 2 filhos, e até agora só 2 netos, minha família também é uma família normal, uma família regular a gente vive como pode, da maneira que a vida nos proporciona.

[...] I 16: . Cheguei aqui com 6 filhos, 5 mulheres e 1 homem, a caçula morreu e hoje aqui 4 filhas vivas e um filho.

[...] I 17: Aí me casei, graças a Deus tudo bem, tive os 3 filhos, maravilhosos.

“Morar com os filhos” sugeriu um lado positivo como maior afetividade e sensação de segurança para o idoso.

[...] I 4: Eu moro com meu filho e um neto (pausa) tenho 8 mulheres e 5 homens, e mais de 25 netos, 6 bisnetos e véspera de outro que tá aí na geladeira.

[...] I 8: Eu moro com um filho e um neto Moro no centro.

[...] I 9: Tenho 6 filhos, são 3 casais, considero, bons filhos. Tem um que eu crio da maternidade pra minha casa, completou 18 anos, é um neto maravilhoso até essa data, graças a Deus. Então tem mais netos. Tenho um filho que mora próximo e minha vida é essa aqui.

[...] I 10: Tenho dois filhos, 5 netas e netos, sou casada há 38 anos, e moro com meu marido e com minha neta mais velha, que considero como filha.

Existe, porém, uma pequena parcela de idosos que não constituíram família, e se apoiam em outras gerações da família, como afilhados, sobrinhos, entre outros.

[...] I 7: Sou viúva, tenho parentes, mas filhos não. Ah, mas tenho sobrinhos da minha irmã. Tenho contato com eles sempre.

Em contrapartida referiram ainda que o comportamento da família é, também, um dos fatores determinantes para a satisfação, principalmente quando algum ente querido cause preocupação. Nesta perspectiva a forma como a família se comporta e se organiza, faz com que o idoso sinta-se seguro e capaz de viver suas próprias expectativas individuais, ou ainda, seja isolado ou tenha compromissos não condizentes com a realidade em que fisiologicamente e emocionalmente teria que possuir.

[...] I 2: O comportamento dos meus filhos, os dois que eu levei para SP, dois homens, os primeiros, um me deu muito trabalho, muito trabalho mesmo, o mais velho me deu muito trabalho. A paz que o segundo, foi assim um anjo divino, tanto que com 23 anos ele já era médico. O outro só veio fazer o curso superior já depois de 40 anos, de tanto eu batalhá.

[...] I 3: É que eu só fico ajudando meus filhos as netas. Mantenho uma boa relação com minhas noras e com meus filhos, mas a nora não é filha, então procuro não me meter muita na vida deles para evitar problemas na família.

[...] I 11: depois todos criados, cada qual vivendo sua vida.

O comportamento positivo de amor e companheirismo entre os familiares, as reuniões fazem com que o idoso reflita e exale felicidade e satisfação.

[...] I 4: . Todos meus irmãos me adoram eu também gosto de meus irmãos,

[...] I 12: Vem todo ano, tenho 3 filhos em Brasília. É presente constantemente, aos domingos tem 25 em casa, netos e netas, genros e noras, sempre vem aos domingos, em média 25 familiares.

[...] I 17: Então eu cresci assim muito feliz na vida, mesmo sendo pobre, mas muito feliz com a família, com o marido. Meu marido, o Nilson foi um noivo excelente, e eu creio que nunca houve noivo melhor que o Nilson.

Quadro 7 – Descrição da categoria - Descrevendo o comportamento e a composição familiar. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Descrevendo o comportamento e a composição familiar

- Tendo filhos. I 2
- Descrevendo o trabalho que o filho mais velho proporcionou para sua vida I 2
- Expondo que outros filhos foram muito bons. I 2
- Mantendo boa relação com noras e filhos. I 3
- Salientando que nora não é filha. I 3
- Procurando não se inserir na vida deles. I 3
- Morando com filho e neto. I 4
- Adorando os irmãos. I 4
- Expondo número de filhos, netos e bisnetos por gênero. I 4
- Narrando o companheirismo do marido. I 5
- Contando número de filhos e seus comportamentos positivos. I 5
- Vivendo por conta dos filhos. I 6
- Descrevendo composição familiar e suas profissões. I 6
- Relatando não ter filhos, apenas um sobrinho. I 7
- Morando com filho e neto. I 8
- Considerando e descrevendo os filhos de forma positiva. I 8
- Morando com o marido. I 10
- Descrevendo número de filhos e netos. I 10
- Considerando neta como filha. I 10
- Analisando filhos como independentes. I 11

- Delineando a família e a posicionando como bem criada. | 11
- Descrevendo que cada filho depois de criado vive sua própria vida. | 11
- Descrevendo que filhos me proporcionam muitos presentes. | 12
- Expondo que a casa fica cheia aos domingos. | 12
- Descrevendo o arranjo familiar grande, com filhos, netos. | 12
- Orgulhando-se de todos terem feito o nível superior. | 12
- Considerando família de médio pote, normal e regular. | 13
- Referindo a bondade dos filhos, por vir visita-lo. | 14
- Delineando o arranjo dos filhos e netos. | 14
- Não diferenciando de forma imparcial os membros da família. | 14
- Descrendo os filhos. | 16
- Discorrendo de forma natural sobre o falecimento de um filho. | 16
- Casando e tendo filhos. | 17
- Apresentando o esposo como o melhor companheiro. | 17

Categoria: Orgulhando-se da educação dos filhos e netos.

Representa o sentimento da continuidade da sua espécie, da sua família. Apresentou os idosos de hoje que conseguiram fazer com que os filhos tivessem uma vida digna. Isto foi um motivo de orgulho e considerado uma conquista para os mesmos e expressou, a seguir, o sentimento de triunfo após muita luta e muito esforço, dando a sensação de responsabilidade cumprida, pela melhoria da qualidade de vida das futuras gerações. Foi determinante para a satisfação dos idosos, ter orgulho de seus filhos, mesmo alguns declarando terem trabalhado exaustivamente para isso. A educação para a vida dos filhos praticamente uma das metas de todo seu histórico de vida, pois para muitos, esta condição era essencial para as futuras gerações.

[...] | 3: Sempre dou conselhos para minhas netas para que estudem, para serem independentes, não casar antes de concluir os estudos e se prevenir contra as doenças e não só as netas.

[...] | 4: outros quiseram formar, mas todos trabalham, tudo mundo tá bem, eu tô satisfeita, graças a Deus.

[...] | 8: aposentei e criei os filhos, criando todo mundo, não tinha tempo, agora não, está tudo nos seus lugares e todo mundo de cabeça erguida.

Quadro 8 – Descrição da categoria - Orgulhando-se da educação dos filhos e netos. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Orgulhando-se da educação dos filhos e netos

- Sentindo-se realizada por ter estudado os filhos. | 2
- Descrevendo a profissão dos filhos. | 2
- Dando conselhos às netas para estudarem e serem independentes. | 3
- Discorrendo sobre prevenção contra doenças às netas. | 3
- Sentindo que cada filho seguiu o caminho que teve o dom. | 4
- Expondo que filha é reitora da UNEB I em Salvador e dois outros filhos têm boa profissão. | 5
- Relatando que os filhos estão bem, cada qual no seu lugar. | 8
- Expondo que por muito tempo os filhos não podiam estudar, por morarem na roça. | 15
- Mudando-se para que os filhos estudassem. | 15
- Orgulhando-se desta condição atual. | 15

TEMA 3 - Percebendo-se e participando de redes sociais

As relações sociais podem ter papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Os efeitos positivos das redes sociais estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte formados por familiares e amigos, e significativamente, abalam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos. Os idosos que não têm este tipo de rede de amizades tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm uma rede de amizades.

Esse tema se divide em 5 categorias:

- GOSTANDO DO LOCAL/AMBIENTE ONDE RESIDE;
- SENTINDO-SE IMPORTANTE PARA O OUTRO;
- SENTINDO-SE ACOLHIDO/AMPARADO PELOS VIZINHOS;
- CULTIVANDO AMIZADES;
- PARTICIPANDO DA COMUNIDADE.

Diagrama 4 – Percebendo-se e participando de redes sociais dos idosos do município de Barreiras/BA, 2011.



Categoria: Gostando do local/ambiente onde reside

Muitos idosos relatam gostar da cidade de Barreiras e do bairro onde residem, independentemente da região e das condições de infraestrutura que a localidade possui. Relatam estar próximos a tudo que lhes é conveniente, ou seja, a proximidade das atividades que exercem e dos demais que necessitam. Relatam ainda gostar da residência.

[...] I 9 ...moro aqui em Barreirinhas, em Barreiras há 8 anos, o bairro aqui é bom, gosto muito.

[...] I 10: Minha casa é grande, o local é tranquilo.

[...] I 19: é sossegado, tem supermercado, açougue, lanchonete, verdurão, padaria, lá é bom, tem igreja também é muito bom.

Quadro 9 – Descrição da categoria - Gostando do local\ambiente onde reside. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Gostando do local\ambiente onde reside

- Gostando do lugar onde mora. | 1
- Gostando do município. | 1
- Sentindo-se barreirense de coração. | 2
- Morando em um lugar tranquilo. | 2
- Adorando o lugar onde mora. | 3
- Gostando do lugar onde mora por ser perto do centro. | 7
- Morando no centro. | 8
- Morando em um bairro afastado, porém satisfeita. | 9
- Relatando casa grande e local adequado. | 10
- Morando em residencial fechado. | 11
- Relatando que casa dá para morar, porém tem boa localidade. | 13
- Sentindo-se que a casa é boa, porém de pobre, pequena. | 15
- Descrevendo que não trocaria sua casa por nenhuma outra, pois é própria. | 16
- Relatando estar acostumado a viver nesta casa. | 16
- Descrevendo a construção e o tempo em que vive nela. | 16
- Referindo existirem todos os ambientes para sua subsistência na rua onde reside |. 19
- Sentindo que lá é muito bom. | 19.

Categoria: Sentindo-se importante para o outro

Sem esse sentido de sentir-se importante para outro, a vida perde seu gosto. Damos sentido à vida à medida que procuramos nos sentir úteis. Muitos idosos participam da comunidade e das atividades que as compõem, sentem-se importante no meio social em que vivem, relatam experiências de vida e da participação na comunidade.

Observa-se nas entrevistas que nossos idosos têm, no seu interior, uma vontade de viver que supera muitos obstáculos, entre eles a falta de saúde, pois

este fator, muitas vezes, não os impede de realizar atividades de acompanhamento de grupos e de ter participação ativa na comunidade.

[...] I 2: Tenho graças a Deus, sou uma pessoa como eu disse para você, querida, e a prova que eu tive disso foi que eu fui ano passado acidentada e ao me pegarem na rua eu só escutava os bombeiros que diziam assim: “minha professora, minha professora”, então me levaram com muito carinho para o hospital.

[...] I 17: Hoje aos 79 anos eu participo ainda com o maior prazer de todos os eventos quando sou convidada e me sinto muito feliz e gratificada por ainda ser lembrada para participar de acontecimentos culturais e sociais da nossa cidade.

Quadro 10 – Descrição da categoria - Sentindo-se importante para os outros. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sentindo-se importante para os outros

- Sentindo-se importante para a comunidade após acidente. I 2
- Participando de eventos, como convidada de honra. I 17

Categoria: Sentindo acolhidos/amparados pelos vizinhos

O acolhimento dos vizinhos desperta o sentimento do idoso com relação à sua segurança, ajudando a desenvolver e promover o senso de confiança e sensação de amparo. Nesta perspectiva, isso gera no idoso a sensação de que seu mundo, apesar da idade e da realidade vivida, está de certa forma sob controle e quando o ambiente no qual se encontra transitando se mostra amistoso e acolhedor, sente melhor satisfação com a vida.

[...] I 9 Meus vizinhos são bons, pra mim, meus vizinhos fazem parte da minha família.

[...] I 13: Ah meus vizinhos eu me dou bem com todos, gosto de todos, todos são prestativos, são solidários, não tenho inimizade com nenhum vizinho, me dou bem com todos eles.

[...] I 21: A gente tem uma vizinhança muito boa, a gente sempre tem um respeito pela vizinhança, pelos amigos da gente. Muito bom à gente se visita assim na medida do possível.

Quadro 11 – Descrição da categoria - Sentindo-se acolhido/amparado pelos vizinhos. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sentindo-se acolhido/amparado pelos vizinhos

- Sentindo vizinhos como verdadeiros amigos. | 1
- Gostando dos vizinhos. | 3
- Afirmando que os vizinhos são verdadeiros irmãos. | 4
- Sentindo-se infeliz por não ter vizinhos. | 6
- Relatando que os vizinhos são distantes. | 8
- Sentindo que os vizinhos fazem parte da família. | 9
- Notando que os vizinhos são muito bons. | 10
- Afirmando que convive com os vizinhos há 38 anos. | 10
- Relatando que trabalhavam com os mesmos durante a vida toda. | 11
- Relatando que os filhos cresceram com os filhos dos vizinhos. | 11
- Contando que os vizinhos são bons para toda a família. | 12
- Relatando que convivem com os vizinhos há 25 anos. | 12
- Sentindo que os vizinhos são bons, prestativos e solidários | 13
- Gostando dos vizinhos. | 14
- Sentindo-se bem com todos os vizinhos. | 14
- Gostando dos vizinhos. | 18
- Conhecendo os vizinhos há 36 anos. | 19
- Sentindo que a vizinhança é boa. | 21
- Sentindo respeito pelos vizinhos. | 21

Categoria: Cultivando amizades

Nossos idosos citaram como círculo de amizades, a família, vizinhos e amigos de longa data, participação de clubes da melhor idade, tais como os grupos denominados “Clube da Melhor Idade e Idade Viva”, onde os mesmos participam de atividades de lazer, físicas e de socialização. Existem também as atividades realizadas nas igrejas e grupos de ajuda como as pastorais. Estas participações mostram a preocupação dos idosos em cultivar e adicionar amizades em seu ciclo comum.

[...] I 2: Tenho muitas amigas aqui em Barreiras, sou uma pessoa que tenho graças a Deus, faço questão disso, é uma questão que eu tenho que eu faço de ter muitos amigos.

[...] I 4: Tenho muitos amigos até demais (risos): amigo, compadre, comadre, por aí, depois desse, todo mundo: uns batizou meus filhos, outros eu batizei os filhos deles, também, nos temos um bocado de compadre e comadre.

[...] I 8: Tenho amigas espalhadas, e quando a gente encontra é amiga né, porque todo mundo mora distante tá entendendo? Igual a mãe dela é minha amiga, mas mora distante e só de vez em quando que a gente se encontra.

Quadro 12 – Descrição da categoria - Cultivando amizades. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Cultivando amizades

- Orgulhando-se das amizades que possui. I 2
- Sentindo-se amada pelos amigos. I 3
- Tendo muito amigo. I 4
- Batizando filhos de seus amigos e vice versa. I 4
- Afirmando que tem amizades sinceras e para sempre. I 5
- Tendo amigos para conversar. I 6
- Sentindo amigos distantes por morarem longe. I 8
- Considerando amigos verdadeiros. I 10
- Relatando ter poucos amigos e muitos conhecidos. I 14
- Afirmando ter muitos amigos, porém os visitam pouco. I 15
- Expondo que seus amigos são os jogadores de jogos de azar e os que ingerem bebidas alcoólicas nos bares do bairro. I 16
- Referenciando que possui amigos nos clubes para idosos e que recebe visitas. I 18

Categoria: Participando da Comunidade

Apoiar a comunidade foi apontado pelos idosos como forma de contribuir para uma sociedade mais justa dando-lhes a sensação do dever cumprido e ainda, muita satisfação.

[...] I 1: só tem uma vizinha porque, verdade é verdade, até dou muito conselho, que é uma pessoa que não família aqui, que não tem mãe, não tem quase ninguém por ela.

[...] I 5: aqui do grupo da melhor idade, sou secretária do grupo.

[...] I 7: vou para as reuniões da melhor idade.

[...] I 9: Eu participo do projeto idade viva, lá do grupo.

[...] I 19: Bom eu frequento o grupo da terceira idade.

Quadro 13 – Descrição da categoria - Participando da comunidade. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Participando da comunidade

- Dando conselhos e ajudando a vizinha. I 1
- Reunindo-se para ajudar a sociedade. I 2
- Frequentando grupo denominado mãe rainha. I 2
- Arrecadando ajuda para a comunidade. I 2
- Participando de grupo de idosos, como secretária. I 5
- Indo à reuniões das atividades do grupo de idosos. I 7
- Cantando no coral I. 8
- Sendo ministra de comunhão. I 8
- Participando de projeto para a terceira idade. I 9
- Frequentando grupo de idosos. I 19

FENÔMENO 2: ENCONTRANDO A FELICIDADE NA VIDA COMO A CONSTRUIU

O segundo fenômeno encontrado foi o encontro da felicidade, pelo idoso, na vida que construiu, principalmente no que diz respeito às suas experiências e aos seus sentimentos. Nelas encontramos atividades subjetivas e pessoais descritas nas entrevistas com os idosos. Foram divididas em quatro temas:

- ACEITANDO O CICLO DA VIDA – **TEMA 1**
- CONFORMANDO-SE COM A ESCOLARIDADE E PROFISSÃO QUE ESCOLHEU – **TEMA 2**
- SENTINDO-SE SATISFEITO COM QUE POSSUI – **TEMA 3**
- VIVENCIANDO A ROTINA – **TEMA 4**

Diagrama 5 – Encontrando a felicidade na vida como a construiu entre os idosos de Barreiras/BA, 2011.



TEMA 1: Aceitando o ciclo da vida

Na vida adulta tardia, muitas vezes os idosos não relatam sinais concretos que lhes permitam ser otimistas, ou ter perspectivas para um futuro próximo. Eles descrevem apenas que “levam a vida”, sugerindo um sentimento de conformismo com a vida que possuem.

[...] I 4: eu vou levando a vida aí do jeito que Deus quer e pronto até o dia que chegar o dia deu viajar.

[...] I 6: eu estou com 82 anos, estou levando a vida.

Quadro 14 – Descrição da categoria - Aceitando o ciclo da vida. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Aceitando o ciclo da vida

- Levando a vida. I 4
- Chegando próximo ao falecimento. I 4
- Levando a vida. I 8
- Sentindo-se muito idosa. I 8

TEMA 2: Conformando-se com a escolaridade e profissão que escolheu

Essa categoria de unidade de significado evidencia a pertinência com que os idosos estabeleceram a satisfação com a vida e com o desenvolvimento intelectual, que lhes proporcionou uma profissão.

[...] I 2: estudei o primeiro e o segundo grau aqui em Barreiras mesmo, me tornei professora aqui em Barreiras no colégio Padre Vieira.

[...] I 5: Eu sou aposentada, tenho o segundo grau completo, tenho um curso de secretariado e tenho curso de teologia 3º grau.... eu trabalhei nas indústrias do Frontins, no escritório trabalhei 4 anos.

Alguns demonstraram desconforto com a escolaridade, mas, no entanto, fizeram questão de mencionar que a renda do trabalho lhes proporciona aposentadoria atual, no qual vivem, na grande maioria, bem.

[...] I 4: Estudei até o 3º ano.

[...] I 6: Eu só sei ler, mas não sou analfabeto, sou aposentado da comissão do vale do São Francisco, eu trabalhei 25 anos em cima de um trator pra ganhar dinheiro pra seguir minha vida, que era uma profissão muito pesada, trator é uma coisa pesada.

[...] I 16: a vida toda foi de trabalho, não tenho cultura de leitura, nada.

Quadro 15 – Descrição da categoria - Sentindo-se realizado com a escolaridade e profissão que escolheu. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sentindo-se realizado com a escolaridade e profissão que escolheu

- Estudando em Barreiras. I 2
- Estudando muito pouco. I 4
- Estudando e cursando o 3º grau. I 5
- Referindo só saber ler. I 6
- Não se considera analfabeto. I 6
- Trabalhou na lavoura. I 6
- Estudando e lecionando. I 8
- Referindo que a vida foi toda de trabalho. I 16
- Sentindo não ter cultura e leitura. I 16.

TEMA 3: Sentindo-se satisfeito com que possui

Não se importar com bens materiais foi uma característica observada no estudo, pois a ascensão financeira não pareceu ser a prioridade nas falas. Os idosos relataram não se importar com luxo, pois se contentavam com a aposentadoria, residência e bens que possuíam.

[...] I 2: Não sou uma pessoa que gosta de luxo, mas o meu tudo é dividido, aqui em casa eu divido com os filhos, divido o que eu recebo é nosso aqui em casa, tenho uma casa que me abriga bem, me dá o que eu preciso.

[...] I 6: mas hoje vivo com o nome de Deus na boca (risos) só pra ganhar dinheiro sem trabalhar.

Quadro 16 – Descrição da categoria - Sentindo-se satisfeito com que possui. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sentindo-se satisfeito com que possui

- Não gostando de luxo. I 2
- Dividindo todos os bens de consumo. I 2
- Sentindo-se que abriga bem a família com que possui. I 2
- Sentindo-se bem vivendo da aposentadoria. I 6
- Sentindo que não esconde nada de ninguém. I 8

TEMA 4: Vivenciando na rotina

Como visto anteriormente a otimização do tempo é importante para que o idoso tenha uma vida satisfeita e não aceite a velhice através da rotina diária. Apesar de favorecer a aceitação da depressão, da atitude e a perda da autonomia e conseqüentemente a aceitação da morte, não ficou claro aqui, se a rotina fazia parte de atitudes que pudessem ocupar o tempo livre, ou que esta rotina estaria direcionada à questões de uma singular opção de vida. Como exemplo disso, citamos o idoso abaixo:

[...] I 6: agora mesmo vou pra casa, pra casa da minha filha chego em casa, ligo a televisão, assisto o jornal, quando dá 7 horas/7:30 horas eu janto, quando é 9 horas eu vou dormir. Às 6 horas da manhã eu acordo, não consigo ficar deitado sem dormir, só sei deitar na cama dormindo, quando eu acordo eu vou logo é levantar.

Já os idosos abaixo relatam a rotina, como aceitação da velhice e sem perspectivas positivas:

[...] I 15: Fiz o que eu pude fazer na minha vida.

[...] I 17: Hoje vivo desta maneira, assim conformada com as coisas, com a situação em que a gente vive, sabe!

Quadro 17 – Descrição da categoria - Vivenciando a rotina. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Vivenciando a rotina

- Sentindo ter uma rotina de condutas em casa. I 6
- Fazendo o que puder. I 15
- Sentindo-se tranquilo. I 15
- Sentindo-se conformado com a vida. I 17

FENÔMENO 3: COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E AS NECESSIDADES DE PREVENÇÃO COMO DETERMINANTES PARA A SATISFAÇÃO COM A VIDA

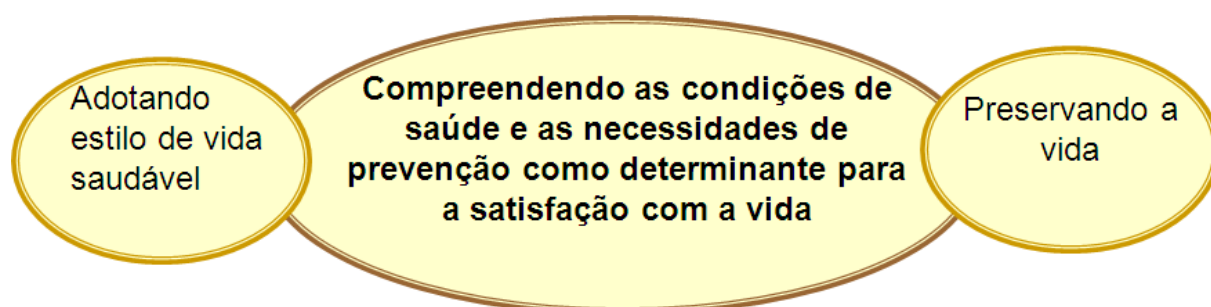
Foi o terceiro fenômeno identificado a partir do conjunto de experiências relatadas pelos idosos. Ele retratou a compreensão das condições de saúde e as necessidades de prevenção como determinantes para a satisfação com a vida.

Ele se desdobra em 2 temáticas:

- Preservando a vida – **TEMA 1**

- Adotando estilo de vida saudável – **TEMA 2**

Diagrama 6 – Compreendendo as condições de saúde e as necessidades de prevenção como determinantes para a satisfação com a vida entre os idosos do município de Barreiras/BA 2011.



TEMA 1: Preservando a vida

Esse tema foi o primeiro encontrado no fenômeno. Significa que para a grande maioria dos idosos preservar a vida é um dos fatores de grande impacto para a satisfação com ela. Esta categoria é composta de 4 subcategorias:

- PRESERVANDO A AUTONOMIA;
- SENDO ASSISTIDO PELO MÉDICO;
- SENTINDO-SE SAUDÁVEL;
- NECESSITANDO DE ATENÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE.

Diagrama 7 – Favorecendo o alcance da longevidade entre os idosos moradores do município de Barreiras/BA 2011.



Categoria: Preservando a autonomia.

Preservar a autonomia é considerado, na literatura (Ramos, 2003; Murakami & Scattolin, 2010), um dos fatores determinantes para a independência e assim para um envelhecimento saudável. Na pesquisa fica evidenciada a preocupação dos idosos para manter-se saudável e independente, mesmo possuindo algum tipo de limitação comum no processo de envelhecimento.

[...] I 3.....pois não dependo de filhos, tenho o meu dinheiro para comprar o que eu quiser.

[...] I 4: Aqui também, não aqui não fica longe pra mim vim só, e é de manhã, e eu tenho medo daquele barulho de carro (pausa) que Deus não me quer aqui não, agora lá eu vou toda terça feira.

[...] I 8: trabalho em casa, eu faço tudo dentro de casa.

[...] I 11: ainda corro, ainda subo escada, se for preciso eu corro, tenho disposição para fazer tudo, eu me sinto bem.

[...] I 14: não fui pra academia porque ele adoeceu, meu marido adoeceu e não pude mais porque não tá dirigindo, né!

Quadro 18 – Descrição da categoria - Preservando a autonomia. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Preservando a autonomia

- Perdendo autonomia para dirigir. I 2
- Ficando após um AVC com o lado esquerdo paralisado. I 2
- Realizando exercícios atualmente faz todas as atividades, porém com insegurança. I 2
- Piorando situação de autonomia após acidente com um ciclista. I 2
- Frequentando médico para manutenção da autonomia. I 2
- Relatando fazer de tudo. I 2
- Declarando não depender dos filhos. I 3
- Indo em projeto para idosos às terças feiras. I 4
- Sentindo-se com medo de barulho dos carros. I 4
- Andando com muleta. I 6
- Fazendo de tudo em casa. I 8
- Declarando que ainda corre, sobe escada e em disposição. I 11
- Dependendo do marido para realizar suas atividades. I 14

Categoria: Sendo assistido pelo médico.

Neste sentido, a realização de medidas preventivas de rotinas de prevenção em saúde foi destacada pelos idosos como o cuidado para um envelhecimento saudável. A maioria preocupava-se em realizar medidas de

prevenção e ainda declarou manter uma vida regrada a orientações médicas com objetivo da melhora da qualidade e aumento da expectativa de vida.

[...] I 1: , fiz vários exames, fiz ultrassom, tomografia, esses problemas aí, tem que ser assim, não fui pra fora , meu tratamento foi mais em Barreiras

[...] I 3: Faço acompanhamento médico.

[...] I 8 : a maior parte do tempo é sem tomar remédio, pois eu pratico exercícios.

[...] I 9: nós temos um acompanhamento médico. Todos os médicos, clínicos, pediatras, psicólogos terapeutas. O remédio que eu tomo é o cálcio para os ossos e o de pressão para o controle, que graças a Deus minha pressão é 12 por 8 qualquer hora que medir.

[...],I 18: Tô me cuidando direitinho, vou frequentemente ao médico. Minha pressão é normal.

[...] I 21: estamos na idade de se cuidar.

Quadro 19 – Descrição da categoria - Sendo assistido pelo Médico. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sendo assistido pelo Médico

- Realizando exames preventivos. I 1
- Fazendo acompanhamento médico. I 3
- Controlando a hipertensão. I5
- Indo regularmente ao médico. I 5
- Possuindo plano de saúde. I 6
- Indo regularmente ao médico. I 6
- Parando de fumar a 20 anos. I 6
- Praticando atividades físicas como meio preventivo. I 8
- Não realizando atividades preventivas. I 9
- Tomando medicamento por conta para os ossos. I 9
- Relatando ter um cuidado preventivo adequado. I 18

Categoria: Sentindo-se saudável

Os idosos, mesmo apresentando problemas de saúde comuns na terceira idade, informaram se sentirem saudáveis. Sentir dores ou ter alguma doença na velhice, para eles não foi determinante na consideração de vida saudável. Para os

idosos, a interação com os sinais do corpo, num processo de autopercepção, tem relação com a definição pessoal do que seja estar saudável ou estar doente.

[...] I 1: Não tô muito bom igual a que eu era, mas tô bem bom.

[...] I 4: Minha vida é muito boa, porque eu tenho saúde.

[...] I 12: É difícil, mas em resumo tenho uma vida saudável.

[...] I 13: Minha saúde é boa, porque tenho problema de saúde que nessa idade todo mundo tem: uma dorzinha aqui e acolá, uma artrose uma artrite, mas nada que não dê para a gente conviver com ela, acostumar e sobreviver.

Quadro 20 – Descrição da categoria - Sentindo-se saudável. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Sentindo-se saudável

- Sentindo bem de saúde. I 1
- Relatando ter saúde. I 4
- Relatando pressão arterial boa. I 6
- Afirmando ter a saúde ótima. I 7
- Considerando-se saudável. I 10
- Avaliando a saúde muito boa. I 11
- Relatando ter vida saudável. I 12
- Referindo ter boa saúde. I 13

Categoria: Necessitando de atenção e cuidados de saúde

Os idosos citaram problemas de saúde que em algum momento lhes trouxeram insatisfação, esses sinais foram enfatizados no histórico dos acontecimentos marcantes de suas vidas. A perspectiva da doença, conseqüentemente, ameaça também, questões já citadas como autonomia, prevenção e cuidados com a saúde. O modo como o processo saúde-doença ocorre entre os idosos é pessoal, portanto de difícil mensuração. Se para alguns a sensação de doença é algo comum, como exemplo de possuir osteoporose ou hipertensão, entre outras doenças crônicas, para outros, esta sensação causa muito desconforto e possibilidade de diminuição da autonomia e da autoestima.

[...] I 4: Antes eu era muito doente, mas agora até que eu tô com muita saúde, mas só que eu tenho problema de pressão alta, eu tomo aquele

Presati toda noite pra pressão, mas quando eu vou medir agora está 13/10. Pra minha idade tá bem demais.

[...] I 9: Eu tive o início a osteopenia, aí eu coloco o remédio do cálcio pra não chegar a osteoporose.

[...] I 12: Tive princípio de infarto há seis anos, fiquei com uma sequela na voz a se manifestar na dicção com pequenas obstruções.

[...] I 14: A saúde não é muito boa não, porque tenho mal estar, depressão, dor nas juntas, em tudo quanto é junta, nos pés, tem hora que me dá uma dor aqui na cabeça que fica pulando, mas vou sempre ao médico, e só tomo remédio se o médico passar e se dizer assim: “ compra na farmácia”! Sem receita médica eu não compro, e mais depressivo remédio para depressão..

[...] I 19: Eu tenho hipertensão, tenho gastrite e só, ah eu tenho osteoporose também, e dor na minha coluna e nas minhas juntas. E eu tomo uns remédios, inclusive o último que o médico passou atacou minha gastrite e eu tomo umas injeções, mas tô melhor.

[...] I 21: Eu tenho problema de coluna, hérnia de disco. O meu problema maior é a hérnia de disco, sofro desse problema desde 1970, como os médicos dizem que é uma doença que não tem cura, e a cura é o cuidado, é não fazer exercícios pesados, esforço, tal e coisa.

Quadro 21 – Descrição da categoria - Necessitando de atenção e cuidados com a saúde. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Necessitando de atenção e cuidados com a saúde

- Relatando problemas nos rins. I 1
- Relatando ter tido um AVC. I 2
- Referindo possuir Câncer. I 2
- Descrevendo possuir osteoporose, hipertensão e cálculo renal. I 3
- Relatando estar boa, porém ter hipertensão. I 4
- Vivendo com hipertensão há 10 anos. I 5
- Sentindo dores na perna. I 6
- Referindo não ter doença, só hipertensão. I 8
- Vivendo com osteopenia. I 9
- Relatando ter problema de vesícula, aerofagia. I 11
- Relatando ter tido princípio de infarto, ficando com sequela na voz. I 12
- Referindo ter uma saúde frágil, mal estar, depressão, artrose, cefaleia. I 13
- Relatando problemas de zumbido no ouvido. I 15

- Referindo à hipertensão, algia na coluna. I 16
- Afirmando problemas cardiovasculares. I 17
- Referindo artrose. I 18
- Referindo hipertensão, gastrite e osteoporose e algia na coluna. I 19
- Referindo à hérnia de disco. I 21

TEMA 2: Adotando estilo de vida saudável

Os idosos referiram à importância de ter um estilo de vida saudável, pois este, por sua vez, influencia a longevidade, a saúde física e mental e o bem estar. Diante disso valorizaram a importância de participar de atividades coletivas para a prevenção.

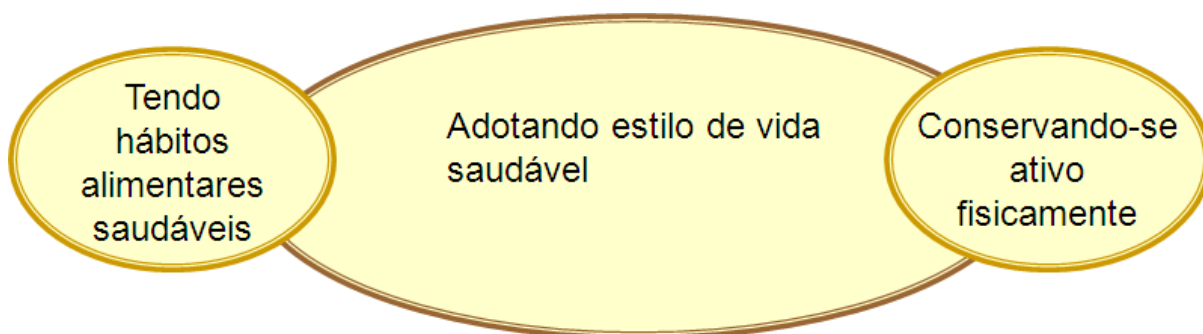
Acreditavam que é necessário manter-se ativos fisicamente através de atividades coletivas e assim, conseqüentemente, atrair um maior número de amizades, através do relacionamento, durante as atividades com as pessoas do grupo.

O estilo de vida deve ser respeitado na sua individualidade, devendo-se evitar modelos obrigatórios e impenetráveis.

Este tema foi subdividido nas categorias:

- MANTENDO HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS;
- CONSERVANDO-SE ATIVO FISICAMENTE.

Diagrama 8 – Adotando estilo de vida saudável entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011.



Categoria: Mantendo hábitos alimentares saudáveis

A manutenção de hábitos alimentares saudáveis foi mencionada e isso faz com que o idoso tenha um estilo de vida mais ativo, melhorando sua condição fisiológica, comum no envelhecimento.

[...] I 3: Cuido bem da minha alimentação, gosto muito de frutas e verduras.

[...] I 4: Eu gosto de doces, mais agora parei. Como de tudo: muita verdura, fruta, tudo isso eu como, mas eu posso dizer que minha alimentação é toda, feijão.

[...] I 8: minha comida eu mesmo que faço, gosto de comer bem, sabe como é que é. Então eu mesma faço e eu mesma como, às vezes eu passo do limite, mas depois não, tenho que ter educação, educação alimentar.

[...] I 12: alimento-me bem.

Quadro 22 – Descrição da categoria - Mantendo hábitos alimentares saudáveis. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Mantendo hábitos alimentares saudáveis

- Cuidando da alimentando. I 3
- Gostando de doces. I 4
- Alimentando-se com verduras e frutas. I 4
- Gostando de comer bem, passando dos limites. I 8
- Alimentando-se bem. I 12

Categoria: Conservando-se ativo fisicamente

Nossos idosos afirmaram ser importante a pessoa manter-se sempre ativa, fazer exercícios físicos, como caminhadas, e não ficar só em casa, procurando sempre estar disposto a fazer outras atividades. A principal atividade declarada pelos idosos foi à caminhada.

[...] I 1: Tenho o costume de fazer umas caminhadas de vez em quando, é lá de vez em quando, mas eu vou, sempre lá na roça, mas aqui quando estou aqui sempre dou uma caminhadinha.

[...] I 4..... e tem também física com Alexandre, hum de atividade, eu faço hidroginástica, eu faço (pausa) ginástica também, terapia (pausa) do escuro, pouco, faço bastante atividade.

[...] I 5: Eu faço pilates às segundas e quartas e quinta aqui nós fazemos é ginástica. Ah Pilates! Eu faço exercícios com os aparelhos, segunda e quarta- feira eu faço atividade com as bolas, e aqui são exercícios no chão, nos colchonetes, viu! Dança.

[...] I 15: Eu aqui nessa sombra quando não tô fazendo nada, e tô tranquilo, graças a Deus. Sempre faço trabalho, acho que quem precisa de exercício é gente parada que não faz nada na vida, aí tem que fazer exercício senão fica doente, mas eu trabalho, ando de bicicleta, os meus exercícios são estes.

[...] I 16: Eu gosto de andar pela rua ver o povo aí, mas canso e paro logo.

Quadro 23 – Descrição da categoria - Conservando-se bem fisicamente. Barreiras/BA, 2011.

Categoria: Conservando-se bem fisicamente

- Realizando caminhada. I 1
- Realizando caminhada. I 2
- Gostando de caminhar cedo. I 3
- Realizando atividade física em um centro que acompanham idosos. I 4
- Relatando realizar pilates. I 4
- Realizando pilates e dança. I 5
- Caminhando. I 6
- Realizando hidroginástica. I 7
- Caminhando e realizando pilates. I 8
- Caminhando. I 9

- Caminhando e frequentando a academia. | 10
- Estando sedentário. | 11
- Caminhando. | 13
- Realizado caminhada. | 14
- Realizando atividades físicas do cotidiano durante o trabalho. | 15
- Andando de bicicleta. | 15
- Caminhando como meio de distração. | 18
- Realizando alongamento em instituição para idosos. | 19
- Realizando hidroginástica. | 19
- Caminhando acompanhado. | 21

Desfecho

A análise dos dados obtidos teve como fundamento teórico o Interacionismo Simbólico e o suporte metodológico da *Grounded Theory* e possibilitou compreender a dinâmica sobre a satisfação com a vida entre os idosos.

As apresentações dos resultados apreendidos do processo de interação, vivido pelo idoso, no decorrer da descrição de sua satisfação, constituíram o fulcro deste estudo. Compreendeu a descrição de três fenômenos que conseqüentemente, dinâmico e mutuamente, se integram e inter-relacionam ao longo da experiência vivida, no que tange à satisfação com a vida.

Deste modo, a satisfação com a vida entre os idosos não se refere apenas a um “recorte” de um ponto específico, mas sim à trajetória ao longo de sua vida que lhe proporcionou momentos de felicidade, cumplicidade, atitudes e vontades. A vida é um *continuum* ciclo e, portanto, a satisfação com a vida não é determinada em um único e exato momento, é construída, é parte de sua história que terá uma continuidade, indo além dos desdobramentos e implicações que a idade avançada os reserva. A vida continuará seu ciclo.

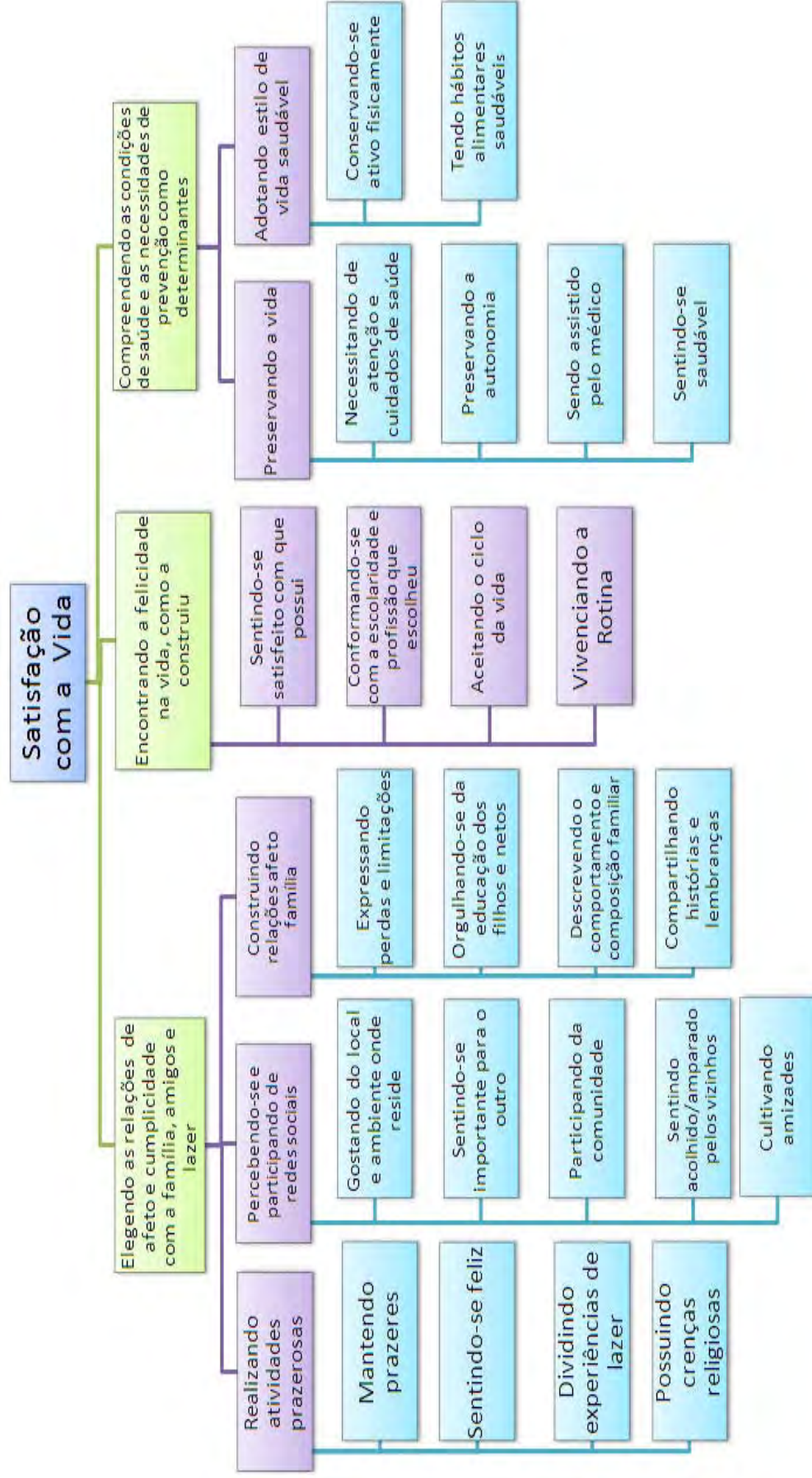
Assim, para abranger os fenômenos e o sentido da satisfação para o idoso, inicialmente, apresentamos os três fenômenos, que constituem os vértices na base do tripé que converge para o que aparenta ser o sentido da satisfação com a vida entre os idosos do município de Barreiras/BA. Apresentamos, portanto,

inicialmente, e para facilitar o entendimento dos resultados, o ponto final da análise dos dados segundo a *Grounded Theory*.

Diagrama 9 – Determinante final para a satisfação com a vida entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011



Diagrama 10: Fenômenos para a satisfação com a vida, e suas categorias, entre os idosos do município de Barreiras/BA, 2011.



5 DISCUSSÃO EM BUSCA DA CATEGORIA CENTRAL

Depois de descobertos os fenômenos, fez-se necessário conceitualizar a categoria central, isto é, buscar os padrões de conectividade entre seus componentes. A análise dos dados consistiu em uma fase inicial e fundamentou-se no método das comparações constantes, o qual tem como objetivo a descoberta de propriedades e dimensões que caracterizam as categorias teóricas. A estratégia no processo de descobrimento da categoria central foi relacionar e inter-relacionar os três fenômenos já descobertos:

FENÔMENO 1 - ELEGENDO AS RELAÇÕES DE AFETO E CUMPLICIDADE, COM FAMÍLIA E AMIGOS E LAZER.

FENÔMENO 2 - ENCONTRANDO A FELICIDADE NA VIDA COMO A CONSTRUIU.

FENÔMENO 3 - COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E AS NECESSIDADES DE PREVENÇÃO COMO DETERMINANTES PARA A SATISFAÇÃO COM A VIDA.

Esta estratégia possibilitou identificar as categorias, que pudessem traçar evidências do processo de movimento da satisfação com a vida dos idosos.

O **primeiro fenômeno** expressa as condições sociais com a família, amigos e lazer vivido pelos atores na cidade de Barreiras. Dentre as associações encontradas, as atividades prazerosas, a construção de relações de afeto com a família, bem como a participação das redes sociais, constituiu o fulcro desta primeira temática.

As atividades prazerosas referidas pelos idosos deste estudo estavam ligadas à sensação de felicidade, às experiências vividas no lazer, na utilização do tempo livre e, ainda, às crenças espirituais.

Com relação à sensação de felicidade evidenciou-se a prioridade da rede de apoio e a boa convivência familiar alcançada, como significativos para seu bem estar. Desta forma, seria como se este sentimento superasse todos os outros problemas e isso os preenchesse com um sentimento de felicidade. Não há dúvida,

portanto, quanto ao fato de que as relações interpessoais devem ser importantes e essenciais na vida desses idosos. Freire Junior & Tavares (2005) descrevem que alguém é feliz quando seus desejos e objetivos são ou estão sendo realizados. Nordenfelt (apud Freire Junior & Tavares, 2005) nomeia a felicidade como o principal fator a ser identificado na qualidade de vida, pois ela é o mais geral dos conceitos de bem estar, ligando-se de forma muito íntima às vontades e objetivos das pessoas. Lapierre, et al. (1997) afirmam ainda que a aspiração de auto desenvolvimento e de interesses estão intimamente associadas aos sentimentos de bem estar na velhice. Hogan, et al. (1993) relatam que este último aspecto está relacionado com a capacidade de efetuar trocas, isto é dar e receber alguma ajuda de forma balanceada. Segundo essas afirmações, observamos neste estudo que as relações de trocas eram mais presentes quando dividiam sentimentos, participavam da comunidade, bem como compartilhavam as amizades e o acolhimento recíproco entre os vizinhos.

A experiência com o lazer significou para os idosos sua ocupação com atividades divertidas, a ampliação das amizades, o conhecimento de lugares novos, a convivência com a família e a natureza, a troca de experiências de vida com outras pessoas, além da possibilidade de melhorar a qualidade de vida, mudar a rotina, ter um tempo para si mesmo. Os idosos buscavam alternativas de lazer em atividades no âmbito doméstico e/ou comunitário. Segundo Marcellino (2000) as atividades de lazer envolvem a satisfação de aspirações de seus praticantes. Segundo Gomes e Neves (2010) o valor do lazer na velhice não reside nas atividades propostas, tampouco na quantidade de experiências vivenciadas, mas no que elas significam para cada idoso. O importante é considerar o desejo de autorrealização, as relações sociais, a melhoria da qualidade de vida, o desenvolvimento das potencialidades e a aprendizagem continuada (Isayama & Gomes, 2008). Gomes & Neves (2010) afirmam que a participação dos idosos na vida social é parte integrante na qualidade de vida, tendo por base o convívio e os passeios.

Ao vivenciar o lazer, os idosos podem exercitar a capacidade de decisão, pensamento e imaginação, ampliar as oportunidades de integração e convívio social, além de (re)construir e (re)organizar a experiência cultural de seu tempo (Gomes & Neves 2010). Paskulin et al. (2010) verificaram em seus estudos que o lazer também estava associado à independência.

A utilização do tempo livre relatada pelos idosos significou uma forma de sentir-se ativo e produtivo, no seu contexto social. Os idosos sentiam a necessidade de ocupar o seu dia em atividades que lhes causassem um prazer, podemos sugerir que a otimização do tempo atual significasse, também, um reflexo de atividades realizadas ao longo de sua vida, como por exemplo, o trabalho e/ou as atividades de cuidar dos filhos ou do lar.

Os idosos tinham as crenças espirituais como uma atividade considerada de grande importância, e a elas associavam-se a atividades sociais que pareciam ser aliadas como fonte de conhecimento da vida e aceitação da velhice. Neste sentido e corroborando com os fatos aqui descritos, Panzini et al. (2007) afirmam que o envolvimento em atividades religiosas, consideradas organizadas, podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida. Muitos autores afirmam, ainda, que as crenças espirituais podem se associar às questões de saúde, entre eles Koenig (2001), afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde entre elas: crenças religiosas provêm de uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

As perdas emocionais vivenciadas ao longo da vida, principalmente pelo fato de perder um ente querido, como o falecimento do cônjuge e filhos associou-se a este fenômeno no sentido em que os idosos, mesmo relatando o sentimento destas perdas, no discurso enfatizavam a lembrança do passado como ferramenta capaz de impedi- los de esquecer o ente querido e de manterem viva a chama que os unia em comparação ao tempo presente. Freitas et al. (2010) afirma que na velhice, há uma série de perdas significativas, tais como o surgimento das doenças crônicas-degenerativas, a viuvez, a morte dos amigos e parentes, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente e dificuldades financeiras. Estas perdas podem afetar a autoestima do idoso, determinando o surgimento de situações de crise. Porém, isso não corrobora com os achados aqui, os idosos não relatavam sensações de baixa autoestima. Observou-se, ainda, que os idosos acreditavam em si, e assumiam as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, aceitando as perdas, mas percebendo-se com possibilidades de

desenvolver novos interesses e oportunidades a fim de continuar aprendendo e experimentando situações novas.

Neste sentido a literatura (Neri, 2001; Resende 2006) aponta que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem estar psicológico e social. A qualidade dos relacionamentos é mais importante na determinação da satisfação com a vida, com as relações, e com a saúde física e mental que a quantidade dos relacionamentos (Goldstein, 1998). O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental (Ramos, 2002). Contudo um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos está relacionado ao fato de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental. Isso na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar (Bisconti & Bergeman, 1999; Pruchno, et al., 1997). Esses fatores corroboram com os descritos neste fenômeno, as relações afetivas determinaram para os idosos um grau de satisfação com vida diretamente associada à família, a condução de amizades, afeto, lazer atividades espirituais entre outros.

Alguns autores (Cockerham, 1991; Marchi, 2010) afirmam que as relações sociais têm a capacidade de manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Corroborando com a afirmação Nogueira et al (2009) relatam que as relações sociais auxiliam os indivíduos na manutenção de sua competência, de sua saúde. Normalmente, a ausência de parentes próximos ou do cônjuge, filhos, tende a aumentar a presença morbidade e mortalidade entre idosos (Orth-Gomer & Johnson, 1987). Nesta mesma vertente, Ramos (2002), também aponta a importância das relações sociais na promoção e manutenção saúde dos idosos, relata ainda que existe uma íntima associação entre a saúde e as relações familiares. Nesta mesma linha Rezende (2006) relata que as relações sociais abrangem sentimentos positivos e negativos, percepção de si e do outro, diferentes graus de envolvimento afetivo e intermináveis intercâmbios.

Uma das maneiras que podemos compreender as influências positivas das relações sociais é a constatação de que a convivência entre as pessoas podem favorecer a saúde e a prevenção (Andrade & Vaitsman, 2002).

Em contrapartida, relações sociais negativas como exemplo as trocas não balanceadas (ajuda financeira ou não) e o sentimento de desvalorização

(comuns em países do ocidente) (Marchi, et al. 2010) contribuem significativamente para acentuar problemas de saúde (Ramos, 2002).

Seguindo este argumento, cabe distinguir a frequência das relações sociais da qualidade delas (Schwarzer & Leppin, 1991), isto é, podemos identificar interações positivas e negativas, que dependem do balanço das trocas e do que está sendo trocado. O aumento do tempo livre na terceira idade decorre, de modo geral, da desobrigação do trabalho e do cuidado com os filhos, atividades que tendem a se tornar, significativamente, menor nesta etapa da vida, porém isto não parece influenciar as atividades sociais dos idosos estudados, visto que ocupam o tempo livre de inúmeras formas, dentre elas participando de redes sociais, ou seja, realizando atividades que lhes cause prazer.

Contudo, Carvalho et al. (2004) afirma que o suporte social que as redes sociais oferecem, reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a vida das pessoas.

Vários estudos vêm sendo desenvolvidos associando positivamente às relações sociais à satisfação com a vida. Entre eles o estudo realizado por Aquino, et al. (1996), que encontraram uma associação mais significativa nas variáveis demográficas, escolaridade, nível e padrões de trabalho (principalmente voluntariado) e situação financeira, e associaram, ainda, ao trabalho voluntário.

As relações sociais encontradas neste fenômeno foram formadas por familiares e amigos e estes interagindo com o meio social, através de atividades prazerosas e a participação de redes sociais. Neste sentido Cockerham (1991) relata que estas relações, acima referidas, podem interferir nos efeitos do estresse nos idosos, oferecem ainda suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Os idosos que não possuem esse tipo de acolhimento tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte social.

Frutuoso (1999) relata que existe uma gama de estudiosos que citam o aumento da qualidade e satisfação com a vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa. Além disso, tem sido apontada por diversos autores (Albuquerque, 2003; Fleck et al., 2002; Xavier, et al., 2001) uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade e satisfação com a vida e capacidade funcional, e uma relação inversa desses fatores com a depressão. Esses dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice

(Capitanini, 2000) e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade e satisfação. Argumento este em favor da idéia de que as relações sociais encontradas neste estudo podem, de várias formas, promover melhores condições de satisfação com a vida e saúde.

Por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral (Katz & Rubin, 2000), além de depressão (Freire & Sommerhalder, 2000), gerando piores sensações de satisfação com a vida, o que felizmente não foi encontrado neste estudo.

Conforme Aquino & Cabral (2002) relatam que seria prematuro considerar a tendência de aumento de idosos morando sozinhos como um enfraquecimento dos laços familiares. Para as autoras, é preciso levar em conta, por exemplo, que atualmente há uma maior facilidade de comunicação e locomoção porque os idosos apresentam melhores condições de saúde que anteriormente e, por isto, a independência é mais valorizada.

Freire (2000) afirma que, atualmente, chegar à terceira idade não implica doença e afastamento, que o idoso tem potencial para mudança e muitas reservas inexploradas. Afirma ainda que os idosos têm capacidade de ser felizes e sentirem felicidade, bem como realizar seus sonhos e desejos. E quanto mais autônomos e integrados na sociedade, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde. Sugere ainda que o aperfeiçoamento das habilidades sociais seriam uma das estratégias para atingir a velhice bem-sucedida, sugerindo uma forte relação com os relatos aqui encontrados.

Nesses sentidos, destacamos o aspecto social, que a nosso ver, é a palavra chave que determina as realizações dos idosos neste primeiro fenômeno.

O **segundo fenômeno** expressa a felicidade que foi construída pelo idoso ao longo da vida, nela a expressão “aceitar a vida” esteve relacionada aos objetivos, aliada ao fato do idoso não vislumbrar saída para situação atual.

Assim sendo, em decorrência das experiências durante a vida, os idosos desta pesquisa atingiram a velhice vivendo segundo suas próprias escolhas, que ao longo do tempo foram modificadas e esculpidas, isto é, viveram de acordo com o projeto de vida proposto e sua constante operacionalização.

Para os idosos deste estudo a satisfação não esteve associada aos indicadores de renda, mas sim ao sentir-se bem, independente de estrato social. Joia et al. (2007), Ruiz et al. (2007), Ruiz et al. (2008) encontraram uma relação

entre satisfação com a vida e a sensação de conforto e bem-estar, independentemente de serem indicadores de renda ou de estrato social, ou seja valores por eles atribuídos. Esses achados corroboram com nosso estudo, porém em outro estado da federação.

As escolhas possibilitaram o desenvolvimento de crenças e valores - ao longo se suas vidas - retratadas na satisfação dos idosos. O movimento empreendido pelo idoso na busca de melhores condições de vida escolaridade ou aceitação das situações que foram vividas fundamentou-se na percepção da funcionalidade da realidade atual, isto é, naquilo que foi adotado como seus facilitadores ou atenuadores, no que se refere à saúde e à qualidade de vida na terceira idade.

Nesta linha, Anderson, et al. (1998) constataram que a maioria dos idosos estudados tinha uma boa satisfação em viver e ainda possuía pelo menos, um projeto para sua vida futura. Os autores ressaltam, entretanto, que os idosos da pesquisa, por frequentarem uma universidade aberta, poderiam ser mais saudáveis e motivados do que os que não frequentam esse tipo de instituição, além de terem melhores condições econômicas do que a média da população.

Os idosos relataram não importar com a velhice. Este fato poderia significar que apesar dos esforços em continuar a vida com satisfação e qualidade, possuem a consciência do envelhecimento fisiológico. Herédia et al. (2005) relatam que aceitar o limite imposto pela vida como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência, visto que o fim da vida impõe uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama e faz parte da condição humana. O despreparo para viver as diferentes etapas do ciclo de vida mostra que há falta de conhecimento, e que cada etapa exige do ser humano a compreensão de que “cada fase da vida representa algo de novo, que não foi vivido anteriormente...” (Guardini, 1990, p. 8). A falta dessa compreensão indica que nem sempre o ser humano tem condições de entender e acompanhar as mudanças que lhe são impostas. A preparação é disfuncional à realidade, e as instituições que são responsáveis pela preparação estão desatualizadas e desfocadas da tensão que existe entre o ser da pessoa e a evolução de suas fases sucessivas, bem como do objetivo maior que é a realização plena da natureza humana. Uma das alternativas em consequência da rotina e aceitação do ciclo da vida é de trabalhos fora de casa. Souza & Lautert (2008) relatam que as atividades desenvolvidas fora de casa são práticas comuns e em

crescente expansão, entre os idosos, servindo como mecanismos para manterem-se socialmente ativos e afastarem-se do preconceito advindo com a aposentadoria, entre outros benefícios, como uma alternativa para de saída da rotina. Ainda Figueiredo (2005) relata que o trabalho fora de casa, reluz a solidariedade, a doação do tempo livre, o que supõe a sua gratuidade, pois sua realização não envolve a remuneração financeira. O trabalho fora de casa foi descrito em nosso estudo, pela maioria dos idosos, nas suas diversas formas e significados, e corroborando com os autores que o trabalho poderia ser uma das alternativas para driblar dessa situação, Doimo et al (2008) ainda afirmam que as atividades realizadas fora de casa podem significar para o idoso um alívio da rotina diária e oportunidade de novas e diferentes interações. Lima et al. (2001) salientam que alguns familiares excluem o idoso das atividades domésticas, deixando-o na ociosidade. Isso pode ser visto como um fator negativo, tendo em vista que o sedentarismo ocasiona a obesidade, agrava as doenças coronarianas e resulta em deterioração física e em problemas de autoestima relacionados à ociosidade.

Outro aspecto importante foi à conformidade com o número de anos de escolaridade, bem como o trabalho que exerceram ao longo da vida, isso parece não ter influenciado de maneira negativa sua satisfação, independentemente dos anos e o trabalho que realizavam. Leite et al. (2007) em estudo sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos, observaram que a ausência de instrução ou o pouco tempo de estudo dos idosos não afetam seu senso crítico ou sua capacidade em compreender certos fatos, mas acreditam que podem causar dificuldade no entendimento das campanhas relacionadas a DSTs, HIV/Aids.

O trabalho, citados durante a fala dos idosos foram consideradas desde o trabalho doméstico, no jardim, ajudando um amigo ou até mesmo um trabalho formal. Os idosos percebiam sua identidade e a correlacionada com seu *status* de trabalhador. Graeff (2002) relata que idosos que perdem sua capacidade produtiva, sua competência, veem-se obrigados ao retiro, aceitando assim o ciclo que a vida o proporcionou.

O **terceiro fenômeno** nos levou à percepção que os idosos têm quanto à sua própria saúde e às necessidades de prevenção. Com o reflexo de toda essa vivência empreendida, os idosos atingem a velhice percebendo a condição de saúde fundamental para sua autonomia, adotando um estilo de vida saudável,

principalmente no que tange a seus costumes alimentares, prevenção e controle das doenças, comum nesta fase da vida e, ainda, a atividade física.

Na perceptiva da atividade física vislumbrando longevidade. Teixeira & Neri (2008) em estudo sobre o significado de envelhecimento relatam que as definições de envelhecimento saudável, ativo, robusto e bem-sucedido não encontram sustentação nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério. Paschoal (2005) relata que a maior longevidade, tem implicações importantes para a qualidade e satisfação com a vida. Como o processo de envelhecimento é heterogêneo, viver cada vez mais poderia levar a duas situações-limite: excelente ou péssima qualidade e satisfação com a vida, com inúmeras situações intermediárias entre uma e outra. A prevalência aumentada de condições crônicas, com suas sequelas e complicações possíveis, afetaria conseqüentemente a saúde, dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice. A maioria dos idosos da pesquisa realizam atividades físicas, com objetivo de manutenção da autonomia, descreveram sua realização através principalmente da caminhada vislumbrando um envelhecimento saudável, bem como a longevidade.

Outro aspecto importante a destacar durante o processo de envelhecimento e satisfação na velhice e encontrados aqui é a relação entre as atividades de vida (AVD) e a autonomia, ambas refletindo a capacidade ou não para o autocuidado básico; ou seja, com base nesses dados, pode-se estabelecer o grau de independência do idoso para a execução de atividades básicas, fundamentais no suprimento de suas necessidades. A importância da prevenção de doenças na terceira idade constitui um dos principais objetivos nessa faixa etária, descritos nesta pesquisa como sendo assistido pelo médico e necessitando de cuidados com a saúde, no sentido de se evitar o adoecimento, em sua forma múltipla e de longa duração, que irá requerer maiores recursos para tratamento. Veras (1995) afirmam que a prevenção deve ser estimulada, objetivando melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, para que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas.

Os idosos deste estudo consideraram a sua saúde como boa, mesmo referindo algum tipo de doença. Nesta mesma linha, Jóia et al. (2007) em estudo sobre satisfação com a vida em idosos de Botucatu/SP encontraram que a satisfação com a saúde entre os idosos de Botucatu foi considerada boa, comparada à encontrada outros estudos epidemiológicos. Corroborando com os achados, Ryff

(1989), consideraram a saúde do idoso como o elemento mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. Eles associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar.

Ainda no quesito “sentindo-se saudável”, Camargo et al. (2000) encontraram uma significativa associação entre saúde, renda e morar sozinho, para idosos do município de São Paulo. Observaram que uma maior proporção de idosos que viviam sozinhos considerou sua saúde como boa, diferentemente dos que residiam acompanhados. Além disso, considerando a incapacidade funcional e o número de doenças crônicas, aqueles que viviam com outras pessoas apresentaram piores condições de saúde.

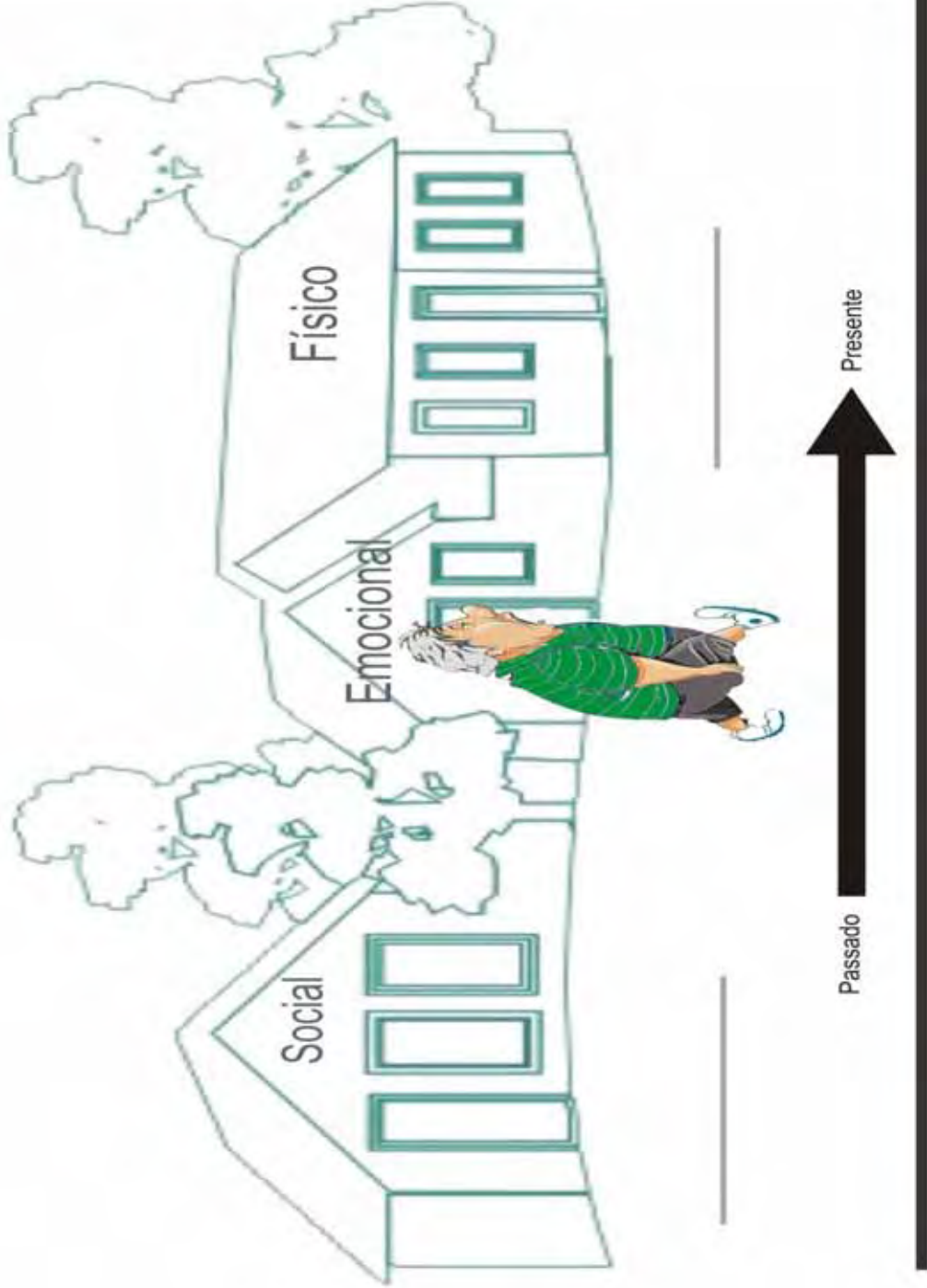
A idéia de promoção da saúde e prevenção de doenças têm sido foco de pesquisas (Adriano et al., 2000; Ferreira et al., 2002; Paim & Almeida Filho., 2000) dentro da perspectiva de investimentos nas possibilidades de realização humana na velhice. Promoção da saúde é aqui entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, o que envolve, necessariamente, políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema e dos serviços de saúde.

“Mantendo hábitos alimentares saudáveis” foi um dos destaques da fala dos idosos desta pesquisa, acreditam que uma alimentação saudável garante maior longevidade e um menor índice de adoecimento. Cupertino et al. (2007) debatem essa abordagem sobre o conceito de *alimentação saudável* destacando sua forte associação à visão biológica/metabólica, pautado nas recomendações científicas sobre ingestão de nutrientes necessários à vida e saúde. Segundo Menezes et al. (2010) A Organização Mundial de Saúde recomenda que os países adotem estratégias que visem a alcançar ingestão de nutrientes “*dentro dos limites aconselhados*”. A dieta é o termo que melhor traduz o enfoque atual de Alimentação saudável, ou seja, a associação da alimentação com a prevenção de doenças crônico-degenerativas confere ao ato de comer um caráter de medicalização. Esse conjunto de dificuldades para manter o *ideal* nutricional ancorado no paradigma biomédico e apresentado pelos idosos como “alimentação saudável” coloca-nos

mais próximos das suas experiências de vida e, talvez, de uma ampla parcela da população. Longe de se mostrarem obstáculos, para nós, corresponde a nortes importantes que podem nos auxiliar nas reflexões sobre qualidade e satisfação com a vida, promoção da saúde e projetos de viver bem.

Diante deste movimento, conseguimos entender os componentes chave que nos permitiram retratar a experiência do idoso antes, durante e ao longo de sua vida, e às associações desses anos com o grau de satisfação com a vida, no que denominando como: “A jornada da vida, satisfação como fruto de uma construção individual, social e coletiva entre idosos “

Satisfação



6 ABORDANDO A REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DO MODELO TEÓRICO REPRESENTADO

O modelo teórico representativo das experiências dos idosos no decorrer da vida, foi aqui retratado simbolicamente por um caminhar em uma rua, configurada por representações das atividades desenvolvidas no cotidiano que interferem na satisfação com a vida de ordem social, emocional e físico, levando como produto final a construção de sua satisfação com a vida ao longo de sua história.

Compreender estes fatores nos leva, nos dias atuais, a compreender o movimento da experiência dos idosos. Todos esses fatores estão representados na base de uma rua do modelo teórico-representativo, fazendo uma menção de continuidade e interligação entre os fenômenos representados. Cada momento do caminhar significou a intensa importância para os idosos dos significados desses três fenômenos para sua satisfação. As residências ao fundo representariam as condições que a vida lhe proporcionou que causaram satisfação com a vida nas ordens social (afeto, cumplicidade, prazeres com a família e amigos), emocional (felicidade com a vida que construiu) e física (preservação da saúde e estilo de vida). As árvores ao fundo representariam o desenvolvimento da construção de outras atividades que interligariam as relações entre os fenômenos. A seta inferior representou o passado e o presente desta experiência, demonstrando se está satisfeito com o que foi construído ao longo da vida e a experiência atual. O produto do caminhar (passado e presente) sobre a rua geraria a satisfação com a vida durante a trajetória.

Caminhando paralelo ao movimento destas três fenômenos está o conjunto das experiências, simbolizando no modelo teórico na figura do idoso. Abstraímos que este idoso percebe a interligação dos aspectos que compõem este ciclo e que possibilita apreender a sua experiência com a satisfação com a vida e ao longo desta.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu a compreensão acerca do movimento do conjunto das experiências da geração de idosos de hoje, à luz da abordagem metodológica da *Grounded Theory* e do referencial teórico do Interacionismo Simbólico, bem como o desenvolvimento e validação de um modelo teórico representativo dessa experiência.

Mediante as descrições dos fenômenos relatados, verifica-se que a satisfação com a vida não é algo estático (em apenas uma época da vida) e sim dinâmico (contínuo no espaço/tempo), depende de múltiplos fatores (físico, social e emocional) de acontecimentos durante o passar dos anos, que subjetivamente podem nivelar para baixo ou para cima a satisfação naquele período de vida, ou ainda mudá-lo à medida de novos acontecimentos que possam ocorrer e conforme virão os anos. Acreditamos que o passado, o presente e as mudanças desejadas para o futuro possam servir para não desvincular a satisfação com a vida do restante da história de um conjunto de experiências, mas sim compreender, com esta experiência, como vem sendo vivenciada entre os idosos.

Os idosos do município de Barreiras estavam satisfeitos com a vida, esses resultados chamam à reflexão de que as ações que permanentemente objetivem melhorias na qualidade de vida e conseqüentemente sua satisfação devem ser valorizadas através de múltiplos fatores no município. Nossa sugestão para situações como estas encontradas aqui, em caso de permanência dessa satisfação e de que pendurem nas outras gerações, seria trabalhar políticas em longo prazo, focando um maior número de atividades voltadas ao idoso, nos fatores por eles relatados através de iniciativas com as suas lideranças e incentivando, também, um contingente mais jovem para que no futuro ainda permaneça feliz e satisfeito com a história de vida que construiu ao longo de sua vida.

Desta forma, compreendendo um pouco acerca das experiências de idosos quanto sua satisfação, poderemos ter ferramentas mais alicerçadas na história dos idosos, que não se vê desvinculada dos aspectos sociais, físicos e emocionais e da necessidade de serviços públicos, para beneficiar os indivíduos que serão os próximos idosos de amanhã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu FMC, Dantas EHM, Leite WOD, Baptista MR, Aragão JCB. Perfil da autonomia de um grupo de idosos institucionalizados. Fórum Brasileiro de Educação Física e Ciências do Esporte. Rev Min Educ Fis. 2002; 10:455.
2. Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhora da qualidade de vida? Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):53-62.
3. Agree EM. The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. Soc Sci Med. 1999; 48(4):427-43.
4. Albuquerque AS, Trócoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Psicol Teor Pesqui. 2004; 20(2):153-64.
5. Albuquerque SMRL. Qualidade de vida do idoso. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
6. Anderson SA, Russell CS, Schumm WR. Perceived marital quality and family life cycle categories: a further analysis. J Marriage Fam. 1993; 45:227-39.
7. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc Saúde Colet. 2002; 7(4):925-34.
8. Andrews FM, Whitey SB. Social indicators of well-being: America's perception of quality of life. New York: Plenum Press; 1976.
9. Aquino FT, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV, Néri AL. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1056-60.
10. Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. J Couns Psychol. 1996; 43(4):480-9.
11. Argyle M. The psychology of happiness. 2nd. ed. New York: Routledge; 2001.
12. Arrindell WA, Heesink J, Feij JA. The satisfaction with life scale (SWLS): appraisal with 1700 health young adults in the Netherlands. Pers Individ Differences. 1999; 26:815-26.
13. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
14. Barreiras. Prefeitura Municipal de Barreiras. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Epidemiológica. Bol Inf. 2010; 2(2):2-13.
15. Bengtson, V., Rosenthal, C., Burton, L. Families and Aging: diversity and heterogeneity. In: Binstock, R.H. & George, L.K. (editors). Handbook of aging and the Social Sciences. 3rd. Ed. San Diego, California: Academic Press 1990.

16. Berger L. Evitar os perigos. In: Berger L, Mailloux- Poirier D. Pessoas idosas. Lisboa: Lusodidacta; 1995. p.379-438.
17. Bettinelli LA. A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida. Série teses em enfermagem. Florianópolis: UFSC, PEN; 2002.
18. Bisconti TE, Bergeman C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. *Gerontologist*. 1999; 39(1):94-103.
19. Blumer H. Symbolic interactionism perspective and method. California: Prentice-Hall; 1969.
20. Bone MR, Bebbington AC, Nicolaas G. Policy applications of health expectancy. *J Aging Health*. 1998; 10(2):136-53.
21. Bone MR. International efforts to measure health expectancy. *J Epidemiol Community Health*. 1992; 46(6):555-8.
22. Brasil: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Inf Epidemiol SUS*. 1996; 5:13-41.
23. Brehm, S. S. (1985). *Intimate relationships*. New York: Random House.
24. Camargos MC, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. *Rev Bras Estud Popul*. 2007; 24(1):37-51.
25. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 1998 e 2003 [Internet]. In: Trabalho apresentado no 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambu. Caxambu: ABEP; 2006. [2012, jan 07]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/ncontro2006/ocspdf/BEP_006_545.pdf.
26. Campbell A, Convergence PE, Rodgers WL. The quality of American life. New York: Russell Stage Foundation; 1976.
27. Capitanini ME. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2000.
28. Capitanini MES. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: Néri AL, Freire AS, organizadores. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p.69-89.
29. Carvalho G, Lavouras H, Andre I, Silva LS. Projeto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências na gravidez e 1º infância: suporte social [projeto]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
30. Caspi A, Elder GH. Life satisfaction in old age: Linking social psychology and history. *Psychol Aging*. 1986; 1(1):18-26.
31. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide thought qualitative analyze. London: Sage; 2006.

32. Charon M. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. California: Prentice-Hall; 1989.
33. Cockerham W. This aging society. New Jersey: Prentice Hall; 1991.
34. Coulon A. A Escola de Chicago. Tradução Tomás R Bueno. São Paulo: Papyrus; 1995.
35. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol Reflex Crít.* 2007; 20(1):81-6.
36. Dantas CC. A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/Aids: o não dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
37. Dantas CC. Reconstruindo formas de gerenciar em Enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
38. Datasus. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Banco de dados na Internet]. [acesso em 2011 Jun 27]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
39. Deneve K, Cooper H. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective. *Psychol Bull.* 1998; 124(2):197-229.
40. Dias F. Autonomia do idoso e o desafio demográfico – 2020 [acesso em 2012 Jan 18]. Disponível em: <http://ferndias.blogspot.com/2010/08/autonomia-do-idoso-e-o-desafio.html>.
41. Diener E, Sandvik E, Seidlitz L, Diener M. The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Soc Indic Res.* 1993; 28:195-223.
42. Diener E. Subjective well-being in cross-cultural perspective. In: Hector G, editor. Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology. San Diego: Academic Press; 1996.
43. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984; 95:542-75.
44. Diogo MJDE. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Saúde Pública.* 2003; 13:395-400.
45. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Colet.* 2008; 13(4):1133-42.
46. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999; 3(2):90-9.

47. Elisson C, George L. Religious involvement, social ties and social support in a southeastern community. *J Sci Stud Relig.* 1994; 33:46-61.
48. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the, functional health of older adults. *J Gerontol Soc Sci.* 2000; 55B(4):S208-12.
49. Fernandes E, Maia A. Métodos e técnicas de avaliação: contribuições para a prática e investigação psicológicas. Braga: Universidade do Minho; 2001.
50. Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos - RJ.* Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz; 2002. p.5-38.
51. Field PA, Morse JM, organizadores. *Nursing research: the application of qualitative approaches.* Maryland: Aspen Publishers; 1985.
52. Figueiredo NCM. Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
53. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(4):431-8.
54. Fredrickson B. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotion. *Am Psychol.* 2001; 56:218-26.
55. Freire AS, Sommerhalder C. Envelhecer nos tempos modernos. In: Néri AL, Freire AS, editores. *E por falar em boa velhice.* Campinas: Papyrus; 2000. p.125-35.
56. Freire AS. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Néri AL, Freire AS, editores. *E por falar em boa velhice.* Campinas: Papyrus; 2000. p.21-31.
57. Freire Junior RRC, Tavares MFL. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. *Interface - Comunic. Saúde Educ.* 2005; 9(16):147-58.
58. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):407-12.
59. Frutuoso D. *A terceira idade na universidade.* Rio de Janeiro: Ágora da Ilha; 1999.
60. Giacomoni CH. Temas em bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas Psicol.* [acesso em 2012 Jan 08]; 12(1). Disponível em: www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art04_t.htm.
61. Glaser B, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York: Aldine de Gruyter; 1967.

-
62. Glaser B. Basics of grounded theory analysis. Emergence vs forcing. Mill Valley: Sociology Press; 1992.
63. Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The contributions of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 161–168.
64. Goldstein LL. Bem estar subjetivo no idoso [texto não publicado]. Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudo Avançados em Psicologia do Envelhecimento; 1998.
65. Gomes AR, Neves R. Contextos e estilos de vida do idoso: narrativas o feminino. *Kairós Gerontol.* 2010; 13(1):191-210.
66. Gomes GC. Compartilhando o cuidado à criança: refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
67. Gonçalves D, Maffasioli KF. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(6):1060-6.
68. Goulding C. Grounded theory: a practical guide for management, business and market researchers. Londres: Sage Publications; 2002.
69. Goulding C. Grounded theory: the missing methodology on the interpretive agenda. *Qual Mark Res.* 1998; 1(1):50-60.
70. Gouveia VV, Milfont TL, Fonseca PN, Coelho JAPM. Life satisfaction in Brazil: testing the Psychometric Properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Soc Indic Res.* 2009; 90(2):267-77.
71. Graeff L. Representações sociais da aposentadoria. *Textos Envelhec.* 2002; 4(7):19-34.
72. Grimley-Evans J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *J Chronic Dis.* 1984; 37:353-63.
73. Guardini R. As idades da vida. São Paulo: Quadrante; 1990.
74. Guralnik JM, Lacroix AZ. Assessing physical function in older populations. In: Wallace RB, Woolson RF, editors. *The epidemiologic study of the elderly.* New York: Oxford University Press; 1992. p.159-81.
75. Hagerty MR, Veenhoven R. Wealth and hapiness revisited: growing national income does go with greater happiness. *Soc Indic Res.* 2003; 64:1-27.
76. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes; 1992.
77. Hannabuss S. Research interviews. *New Library Word.* 1996; 97(5):22-30.
78. Harris RL, Ellicott AM, Holmes DS. The timing of psychosocial transitions and changes in women´s lives: an examination of women aged 45 to 60. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(2):409-16.
79. Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1996.

80. Hogan DP, Eggebeen e Clogg CC. The structure of intergenerational exchanges in American families. *Am J Sociol.* 1993; 98:1428-58.
81. Holm MB, Rogers JC, James AB. Intervention for daily living. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therapy. 10th. ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p.491-554.
82. Hutchinson S. Education and grounded theory. In: Sherman RR, Webb RD. *Qualitative research in education: focus and method.* Londres: Falmer Press; 1988. p.123-40.
83. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. 2010; [acesso em 2011 Jun 27]. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>>.
84. Irigaray T, Scheider R. Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a terceira idade (UNITI/UFRGS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007; 169-75.
85. Isayama H, Gomes CL. O lazer e as fases da vida. In: Marcellino NC, organizador. *Lazer e sociedade.* São Paulo: Alínea; 2008. p.155-74.
86. Jette AM, Branch L. Impairment and disability in the aged. *J Chronic Dis.* 1985; 38:59-65.
87. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(1):131-8.
88. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008; 7(3):187-94.
89. Jorge MSB. Indo em busca de seu plano de vida: a trajetória do estudante universitário. Florianópolis: Papa-Livro; 1997.
90. Kahana E, Redmond C, Hill GJ, Kercher K, Kahana B, Johnson JR, et al. The effects of stress, vulnerability, and appraisals on the psychological well-being of the elderly. *Res Aging.* 1995; 17(4):459-89.
91. Kahn RS, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In: Baltes PB, Brim OG, editors. *Life Span development and behavior.* New York: Academic Press; 1980. v.3, p.253-83.
92. Katz L, Rubin M. *Mantenha o seu cérebro vivo.* São Paulo: Sextante; 2000.
93. Kelly JR. Work and leisure: a simplified paradigm. *J Leis Res.* 2009; 41(3):439-51.
94. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 82(6):1007-22.
95. Koenig HG. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med.* 2001; 31(2):199-216.
96. Lapierre S, Bouffard L, Bastin E. Personal goals and subjective well being in later life. *Int J Aging Hum Dev.* 1997; 45(4):287-303.

97. Leite M, Carvalho E, Barreto K, Falcão I. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(1):31-8.
98. Leite Marinês Tambara, Moura Cristiano de, Berlezi Evelise Moraes. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2011 Nov 16] ; 10(3): 339-354.
99. Lenaghan AJ, Buda R, Eisner AA. An examination of the role of emotional intelligence in work and family conflict. *J Manage Issues.* 2007; 19(1):76-94.
100. Lima FET, Lopes MV, Araújo TL. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Fam Saúde Desenvol.* 2001; 3(1):63-9.
101. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.
102. Locke KD. Grounded theory in management research. Londres: Sage Publications; 2001.
103. Lyubomirsky S. Why are some people happier than other: the role of cognitive and motivacional processes in well-being. *Am Psychol.* 2001; 56:239-49.
104. Mannell R, Kleiber DA. A social psychology of leisure. 4th. ed. State College, PA: Venture Publishing Inc.; 1999.
105. Marcellino NC. Estudos do lazer: uma introdução. 4^a. ed. Campinas: Autores Associados; 2000.
106. Marchi ACW, Schneider CS, Oliveira LA . Implicações sociais na velhice e a depressão. *Unoesc Ciênc.* 2010; 1(2):149-58.
107. Maria E. Velhice transviada. *Revista da Folha. Folha de São Paulo.* Ano 7(368): suplemento: 18-8.
108. Martinez-Pons M. The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagin Cogn Pers.* 1997; 17(1):3-13.
109. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.
110. Matheus CD, Robine JM. How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies? *J Epidemiol Community Health* 1997; 51(91):80-6
111. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002; 10(5): 675-81.
112. Mello RBM, Cunha CJCA. Operacionalizando o método da Grounded Theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software ATLAS/TI. In: *Anais do 1º Encontro de Estudos em Estratégias;* 2003; Curitiba. Curitiba; 2003.

113. Menezes M, Tavares EL, Santos DM, Targueta CL, Prado SD. Alimentação saudável na experiência de idosos. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2010; 13(2):267-75.
114. Michalos AC. Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Soc Indic Res.* 1985; 16:347-413.
115. Minayo MC. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; 1995.
116. Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME, et al. Risk of functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol.* 1989; 42:895-904.
117. Morgan G, Smircich L. The case for qualitative research. *Acad Manage Rev.* 1980; 5(4):491-500.
118. Murakami L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Med Hered.* 2010; 10:18-26.
119. Myers BG, Diener E. Who is happy? *Psychol Sci.* 1995; 6(1):10-7.
120. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.
121. Neri A.L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Néri AL, organizador. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.* Campinas: Papirus; 2001. p.161-200.
122. Neto F. Solidão, embaraço e amor. Porto: Centro de Psicologia Social; 1992.
123. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol.* 1961;16:134-43.
124. Nogueira EJ, Lima LJC, Martins LAM, Moura ER. Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos [iniciação científica]. Campinas/UNICAMP: CESUMAR; 2009.
125. Okuma SS, Andreotti RA, Lara ARF, Miranda ML, Suckow L. Implantação do programa de atividade física para autonomia para pessoas idosas. São Paulo: Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano, Universidade de São Paulo; 2000.
126. Oliveira LAP. Primeiros resultados do censo demográfico 2010. *Rev Bras Estud Popul.* 2011; 28(1):3-4.
127. Olson DH, McCubbin H, Barnes H, Larson A, Muxen M, Wilson M. *Families: what makes them work?* Los Angeles: Sage Publications; 1989.
128. ONU. Organização das Nações Unidas [Internet] [acesso 2008 Nov 20]. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=4726 .
129. Organização das Nações Unidas [Internet] [cited 2011 Nov 20]. Available from: http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=4726.

130. Organização Mundial de Saúde. [cited 2011 Nov 20]. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
131. Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality: a six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis.* 1987; 40:949-57.
132. Ostrom TM. The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. *J Exp Psychol.* 1969; 5:12-30.
133. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2000.
134. Palys TS, Little BR. Perceived life satisfaction and the organization of personal projects systems. *J Pers Soc Psychol.* 1983; 44(6):1.221-30.
135. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr. Clín.* 2007; 34(Supl 1):126-35.
136. Papalia DE, Old SW. Desenvolvimento humano. 7ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
137. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):383-91.
138. Park D, Vandenberg B. The influence of separation orientation on life satisfaction in the elderly. *Int J Aging Hum Dev.* 1994; 39(2):177-87.
139. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida *Mundo Saúde.* 1995; 29(4):608-11.
140. Paschoal, Sérgio Márcio Pacheco. Desafios da longevidade: qualidade de vida / Challenges to Longevity - Quality of Life *Mundo saúde (Impr.)* (1995);29(4):608-611, out.-dez. 2005.
141. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepções de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):101-7.
142. Paúl C. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados.* Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p.21-39.
143. Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction of life scale. *Psychol Assess.* 1993; 5(2):164-72.
144. Pereira MG. Indicadores de saúde. In: *Epidemiologia: teoria e prática.* 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.26.49-73.
145. Pirez ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletrônica Enferm.* [cited 2012 jan 08] 2001; 3(2). Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

146. Pruchno R, Burant C, Peters N. Understanding the well-being of care receivers. *Gerontol Soc Sci.* 1997; 37(1):102-9.
147. Queiroz MIP. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". *Ciênc. Cult.* 1987; 39 (3):272-86.
148. Ramos LR, Perracini M, Rosa TEC, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cult Gerontol.* 1993; 8:313-23.
149. Ramos LR. Envelhecimento saudável [Home Page] 2009; [acesso em 2011 Jun 3]. Disponível em: http://psicologia.unime.zip.net/arch2009-06-07_2009-06-13.html.
150. Ramos LR. Fatores determinantes de um envelhecimento saudável em idosos residentes em um centro urbano. Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3):793-8.
151. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias.* 2002; 7:156-75.
152. Rent EC, Oliveira MM. Terceira idade: a melhor fase da vida? [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNAMA; 2002.
153. Resende M, Bones V, Souza I, Guimarães N. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina [Internet].* 2006; 5 [cited 2011 Nov 11]. Available from:: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1870-50X2006000100015&script=sci_arttext&lng=pt
154. Resende MC, Silva KLAB, Cardoso LBAS, Caixeta R, Braga SC. Configuração da rede de relações sociais de idosos participantes de grupo de convivência. In: *Anais da 34ª. Reunião Anual Sociedade Brasileira Psicologia;* 2004; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: SBP; 2004.
155. Robine JM, Romieu I, Cambois E. Health expectancy indicators. *Bull World Health Organ.* 1999; 77(3):181-5.
156. Rollins BC, Cannon KL. Marital satisfaction over the family life cycle: a reevaluation. *J Marriage Fam.* 1974; 36:271-82.
157. Rollins BC, Feldman H. Marital satisfaction over the family life cycle. *J Marriage Fam.* 1970; 32:20-7.
158. Rucha SMC. Necessidade psicológica de produtividade-lazer: relação com bem-estar e distress psicológico [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, 2011. [acesso em 2012 Jan 08]. Available from em: <http://hdl.handle.net/10451/4991>.
159. Ruiz T, Corrent JE, Bocchi SCM, Donalísio MR, Cordeiro RC. Correlação entre visão de qualidade de vida e aspectos do estilo de vida em idosos do município de Botucatu-SP. *Rev APS.* 2008; 11(2):45-151.

160. Ruiz T, Monteiro A, Corrente J E, Colombini Netto M. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do Estado de São Paulo. *Rev APS*. 2007; 10(1):4-13.
161. Ryff CD. Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 57 (6):1.069-81.
162. Sanders BS. Measuring community health levels. *Am J Public Health*. 1964; 54(7):1063-70.
163. Schwarzer R, Leppin A. Social Support and health: a theoretical and empirical overview. *J Soc Pers Relationsh*. 1991; (6):99-127.
164. Searle MS, Mahon MJ, Iso-Ahola SE, Sdrolia HA, Van Dyck J. Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: a field experience. *J Leis Res*. 1995; 27(2):107-24.
165. Sheldon KM, Elliot AJ. Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *J Pers Soc Psychol*. 1999; 76:482-97.
166. Silva PN [Internet]. Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia [dissertação]. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Universitário de Lisboa; 2009 [cited 2011 Jun 04]. Disponível em: <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1879/1/Adapta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Reforma%20e%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20Vida.pdf>.
167. Simões A, Ferreira J, Lima M, Pinheiro M, Vieira C, Matos A, et al. O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. In: Modelos e práticas em educação de adultos. Coimbra: NAPFA; 2001. p.301-20.
168. Simões A, Ferreira JAGA, Lima MP, Pinheiro MRMM, Vieira CMC, Matos APM, et al. O bem estar subjectivo dos adultos: um estudo transversal. *Rev Port Pedagog*. 2003; 37(1):55-30.
169. Simões A, Lima M, Vieira C, Ferreira A, Oliveira A, Alcoforado L. et al. Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*. 2006; 42:115-31.
170. Simões A. Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Rev Port Pedagog*. 1992; 3:503-15.
171. Simões R. *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Terceira idade: conceitos e pré-conceitos. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1998. p 25 –58.
172. Simon H. Longevidade: a diferença fundamental entre os sexos. *Sci Am Bras*. [s. d.];6:12-7.
173. Siqueira MMM, Gomide Jr S, Freire SA. Construção e validação de uma Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 1996.

174. Siqueira MMM, Padovan VAR. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicol Teor Pesqui*. 2008; 24(2):201-9.
175. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and technique*. 2nd. ed. London: Sage Publications; 1998.
176. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
177. Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press; 1987.
178. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep*. 1971; 86(4):347-54.
179. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Successful aging: a goal in the course of life*. *Psicol USP*. 2008; 19(1):81-94.
180. Tese. *Necessidades em Portugal. Tradição e tendências emergentes. Resultado do inquérito por questionário*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2008. [cited 2012 Jan 18]. Available from: http://www.tese.org.pt/assets/files/pdf/Relatorio_inq_questionario_Necessidades_em_Portugal.pdf
181. Troll LE. *Early and middle adulthood*. Monterey, California: Brooks/Cole; 1975.
182. University Of Colorado. Department Of Sociology. *Biographies of Major Contributors to Symbolic Interactionism*. Disponível em: <http://sobek.colorado.edu/SOC/>. [cited 2011, dez 01].
183. Vara,N, Queirós C. Satisfação com o trabalho em bombeiros da emergência pré-hospitalar. *Livro de Resumos da V Conferência Desenvolvimento Vocacional*, 23-24 Abril, Universidade do Minho, Braga. 2009 p. 26
184. Vecchia RS, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(3):246-52.
185. Veenhoven R. Is happiness relative? *Social Indic Res*. 1991; 24:1-34.
186. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
187. Veras RP, organizador. Idoso e a universidade: parceria para a qualidade de vida. In: *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995. Cap.1, p.11-27.
188. Veras RP. *Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ; 1994.
189. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):440-5.

190. Xavier FMF, Ferraz MPT, Bertollucci P, Poyares D, Moriguchi EH. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(2): 62-70.
191. Zamarrón C. El bienestar subjetivo en la vejez. *Inf Portal Mayores.* 2006; 52 [cited 2011 dez 11]. Available from: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>
192. Zimerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artmed; 2000.

ANEXOS

Anexo 1 - Descrição sobre as Categorias

FENÔMENO 1: ELEGENDO AS RELAÇÕES DE AFETO E CUMPLICIDADE, COM FAMÍLIA E AMIGOS E LAZER.

Tema 1: Realizando atividades prazerosas

Categoria: Sentindo-se feliz

I 2: Sou feliz.... Então eu sou uma pessoa feliz, tive uma infância e uma juventude de muita felicidade, fui muito tranqüila..... e sou uma pessoa muito realizada porque na minha infância, e na minha juventude, eu fui muito feliz, sou religiosa, tenho muita fé, então por isso me considero uma pessoa feliz..... Me sinto muito satisfeita coma vida;Eu sou uma pessoa que gosto do essencial, não supérfluo, então que é essencial eu tenho, tenho a minha roupa, tenho meus sapatos, a minha comida, meu divertimento, ajudo quem eu quero, faço o que eu quero, então eu acredito que eu sou uma pessoa feliz.

I 4: Graças a Deus eu estou feliz

I 5: Eu estou satisfeítíssima com minha vida, to muito feliz graças a Deus

I 6: Estou satisfeito com a vida.... to levando a vida. Graças a Deus estou feliz.

I 7: Estou satisfeita coma vida

I 8: Me sinto muito feliz assim.

I 9: , e sou feliz, isso digo a vocês que eu me considero uma pessoa feliz, graças a Deus.

I 10: Estou satisfeita sim,

I 12: Eu sou muito feliz.... , tenho uma vida regular,

! 13: e eu sou feliz também com a família que eu tenho

I 15: Estou satisfeito com minha vida, com a vida dos meus filhos que são bons pra mim, graças a Deus.

I 18: Me sinto feliz.

Categoria: Dividindo experiências de Lazer

I 1: Sempre eu passeio, dou umas voltinhas por ai, mas é pouca, mas sempre, sempre vou a São Paulo.

I 1: eu agora esses dias eu tô lá fazendo o serviço muito pesado trabalhei muito, eu paguei um motoqueiro para tirar uma madeira e quero fazer um bom serviço lá no meu quintal e então que ai comecei eu arrumei demais.

I 2: Sim, pois eu gosto demais de criar assim, de bordar, de fazer coisinhas pro natal, para as festas, então eu tenho uma vida muito, eu sou muito caseira, eu vivo muito em casa, mas assim eu sempre estou ocupada, sempre estou fazendo alguma coisa.

I 2: Meu Hobby preferido e predileto é costurar, bordar, ler, gosto muito, então eu me envolvo com isso daí que as vezes esqueço até das outras coisas. Sim, pois eu gosto demais de criar assim, de bordar, de fazer coisinhas pro natal, para as festas..... começar o lazer, acordar a neta pra ir para a escola e fazer essas coisas.

I 3: Não gosto de ir ao rio porque uma vez quase me afoguei, não sou de assistir filme prefiro novela, globo repórter para ver as novidades na área da saúde.

I 3: Meu dia a dia é trabalhar vou ao banco e fico em casa. Tenho muitos vizinhos, e gosto de todos, só não tenho tempo para visitar.

.I 4: Só terça lá no Leonídia Aires, lá temos palestras com Alba e outras.

I5: Eu faço pintura em quadros, faço crochê, faço bijuterias, final de semana eu vou pra chácara que mais, participo aqui do grupo da melhor idade,... viajo também só com o meu marido e meus filhos, as vezes fico em Salvador alguns meses com minha filha

I 6: Eu gosto de conversar né, mas essas coisas de lazer eu não gosto não.

I 7 agora eu só fico no lazer, vou pro rio, faço hidroginástica, vou para as reuniões da melhor idade. Eu gosto de ir para o rio, vou muito à rua, quase todos os dias, faço hidroginástica, gosto de ver DVD, dançar, ouvir músicas.

I 8: agora que eu to passeando. Agora eu também tenho meu lazer, meu prazer, eu toco teclado com minha professora Micheline, entrei na escola de canto..... Agora eu sei lá, porque antes eu trabalhado, cuidando dos filhos e agora foi todo mundo, agora é minha vez, eu danço, eu canto no coral, eu canto na igreja então minha vida é um livro aberto.

I 8: O meu tempo, agora que eu estou vivendo, assim sabe, fazendo as coisas

assim por prazer.

I 9: Ultimamente fico só em casa, bordando, fazendo meus ponto de cruz.

I 10: Gosto de fazer crochê, de ler, de viajar para visitar minha filha e minhas netas e de reuniões familiares.

I 11: então eu gosto também de escrever alguma coisinha, de vez em quando eu faço uns sonetos faço cordéis, gosto muito de literatura de cordel, e eu de vez em quando rabisco alguma coisa, é basicamente isso que gosto de fazer nas horas de lazer.

I 11: eu tenho uma área ali perto no projeto da CODESVASF, uma área irrigada onde eu pretendo morar definitivamente e ali eu estou montando a infra estrutura de um projeto de criação de bovinos, então eu passo muito tempo lá, aqui em casa no núcleo quando estou eu limpo a calçada, arranco o mato, eu gosto muito de não ficar parado, não gosto de ficar sentado.. Eu como aposentado devia ter 24 horas livres pra fazer tudo, mas eu termino ser ter feito nada, porque eu faço tanta coisa que as 24 horas não dão.

I 12: Eu ainda continuo com essa idade aos 76 anos continuo trabalhando, vendendo e comprando moveis usados.

I 12: Gosto e muito do Roberto Carlos cantando a musica católica, gosto de ouvir o Roberto Carlos cantando sertanejo e católico. Gosto de jogar buraco, é o meu foco, Jogar buraco aos domingos.

I 13: Ah minha filha, eu tenho pouco lazer, gosto mesmo é de trabalhar, mas quando tem um tempinho eu faço uns bordados pra dá de presente, gosto de ficar com minha família, e tenho até uma chácara que vou lá de vez em quando, gosto também de ler, cantar, brincar com meus netinhos e ler.

I 13: Eu não faço nada, só trabalho de casa mesmo.

I 14: vou ao clube da melhor idade uma vez ou duas por mês, quando tem uma festinha eu vou, quando não tem eu não vou, é desse jeito.

I 15: Gosto mesmo é de ficar tranquilo. Se achar serviço pra trabalhar particular, não gosto de ficar parado que é ruim demais.

I 16: Eu tenho que jogar buraco com meus amigos, jogo há muito tempo e de tomar cervejinha nos bares da barreirinhas, com meus amigos também, porque eu conheço todo mundo aqui. Ai eu me distraio

I16: Vou para beira do rio comer uma carminha assada e tomar uma cervejinha.

I 17: Meu professor foi Eliodoro Ribeiro, grande músico e compositor, maestro e fundador da EUTERPE da filarmônica da EUTERPE. Esse professor foi meu maior incentivador, ele me elogiava muito e dizia ser eu a melhor aluna de todos os tempos, o que dá mais prazer é tocar.

I 19: adoro quando tem uma festinha, só não venho mais porque eu não tenho companhia, porque meu marido não gosta de nada, ele tem 75 anos sabe, mais não gosta de nada, mas eu sou louca por forró, quando tem festinha com os idosos, eu solto a franga lá mesmo, a gente tem viagem aqui, mas eu quase não vou, porque eu não sou aposentada.

! 21: Eu gosto de tudo, porém minha diversão é o baralho, sai para o clube com a vizinhança, vai prô rio, vai para a chácara, vai para a fazenda passar uns dias lá, volta e assim vai se passando a vida.

. I 21: Eu gosto de tudo, porém minha diversão é o baralho.

Categoria: Possuindo crenças religiosas

I 1: Eu tenho muita fé, sou católico, graças a Deus, não vou direto na igreja mas de vez em quando eu vou na igreja, gosto muito, eu acho muito importante porque sempre é bom a religião, e é o seguinte: ensina a gente a viver quem se apega com Deus. Eu acho muito bom ter religião.

I 2: mas frequento aqui a paróquia São Sebastião que é pertinho da minha casa, e eu vou sempre, católica, apostólica, praticante, então realmente gosto de seguir a minha igreja, tenho os meus preceitos, rezo todos os dias, acordo todos os dias pra fazer as minhas orações.

I 4: . Eu sou católica, mas é porque uma cristã que eu vi desde meus avós, meus pais tudo sendo católicos ai eu tô sendo católico mas é como se diz eu não sou daquelas incutidas não.

I 5: Há mais de 20 anos eu sou católica praticante, pertencço ao encontro de casais com Cristo. Aqui em Barreiras, em São Paulo eu era católica participava das missas, fiz 1 comunhão, crisma, tudo, nasci em família católica.

I 6: Eu não frequento muito a igreja, mas sou católico, mas sempre eu vou que eu vejo hoje que os padres estão uma coisa meio atrapalhada, se não viu no jornal os padres fazendo negócio com as crianças ai. Ando desacreditado, pois vive com o

nome de Deus na boca mais não trabalha.

I 7: Gosto muito de ir a igreja sou católica apostólica romana. Freqüento sempre a igreja, rezo muito.

.I 8: Sou religiosa, ave Maria, sou até ministra da comunhão,

I 9: Sou católica, não tenho nada contra as outras religiões, visito sempre a igreja evangélica, com minha vizinha, ela me convida, mas sou católica frequento a igreja católica.

I 10: . Eu me considero uma pessoa cristã, eu valorizo muito o ecumenismo, mas prático mais a religião católica, embora dê muito valor ao espiritismo.

.I 11: . Eu por tradição de família sou católico, meus pais, meus avôs, bisavôs, todos eram católicos e isso foi passando de geração em geração e hoje eu sigo mesmo a religião católica, e a gente acredita né!, tem muita coisa que ocorre no universo que a gente tem que achar que tem um ser superior comandando tudo isso, para ser tudo obra do acaso eu acho meio difícil, então eu, tenho a restrição com muitas coisas, algumas coisas, mas no essencial eu acredito num ser supremo.

I 12: .. Sou católico fervoroso. Católico, gosto muito do padre Marcelo, assisto todo domingo as 6 e meia da manhã a missa do padre Marcelo.

I 13: Eu acredito muito em Deus, tenho muita fé, é Deus que bota a gente em pé. Tenho muita fé em Deus, creio muito, minha religião é católica apostólica romana, e eu tenho fé, e acho que vou morrer nesta religião, não sei talvez possa até mudar, mas meu pensamento é encerrar a minha vida aqui na terra na igreja católica

I 14: Sou católica, não vou todo dia à missa da igreja não, mas todo domingo assisto na televisão, a missa do padre Marcelo. .Leio livro, rezo minhas orações, rezo um terço todo dia.

I 15: , Ave Maria o que fosse de mim se não acreditasse em Deus, pra mim acima de tudo Deus e mais ninguém, mas nada no mundo e religião, eu sou da igreja católica, mas num dou muito valor de estar indo a igreja não, padre não valva ninguém. Tenho muita fé em Deus mas pra igreja eu não vivo

I 16: Eu sou católico, mas não frequento a igreja. Aqui acompanhava todos os anos o Divo, o padre da paróquia aqui de barreirinhas acabou, e saiu e não teve mais.

I 17: Eu sou católica, sou católica desde quando nasci, na família católica, da igreja católica. Fiz minha primeira comunhão aos nove anos em Angical, me casei na

igreja já com 24 anos aqui em Barreiras, porque eu fiquei muito tempo também fora da minha cidade.

I 18: Eu sou católica, sou apostólica da oração, frequento a igreja todos os domingos.

I 19: Sou católica, graças a Deus e eu frequento. Não perco missa de domingo, dia de domingo e sexta, tem uma igreja lá perto de casa, a nossa senhora das graças, mas eu venho também na nossa senhora do perpétuo socorro.

I 21: Sou religioso. E frequento a missa na igreja católica.

Categoria: mantendo prazeres

I 12: Gosto de jogar buraco, é o meu foco, Jogar buraco aos domingos.

.I 16: Eu tenho que jogar buraco com meus amigos, jogo há muito tempo e de tomar cervejinha nos bares da barreirinhas que não posso beber, mas eu gosto de tomar a minha cervejinha, ai quando eu quero tomar cerveja eu não tomo remédio de manhã pra sair de tarde pra tomar uma com os meus amigos. Também tenho dor na coluna, mas o medico disse que não tem remédio não.

I 21: Eu gosto de tudo, porém minha diversão é o baralho.

Tema 2: Construindo relações de afeto familiar

Categoria: expressando perdas e limitações

I 2: casei—me com um barreirense, que infelizmente em 2002 foi para o andar de cima. . Eu tive seis filhos, o terceiro filho faleceu com dois anos de idade, ai quando eu fui para São Paulo.

I 2: Quando foi em 1964 em plena revolução do pais, eu fui embora para São Paulo, porque descobri que o meu marido. Infelizmente era alcoólatra, e ai fui para São Paulo para ver se eu arrumava uma cura para ele. Lutamos durante 20 anos, ele muito bem empregado do Banco do Brasil, e lá fizemos vários tratamentos, mas nunca deu certo..... e com os acontecimentos que tiveram na minha vida, depois que meu marido faleceu, eu pra sair assim a noite eu tenho preocupações, não quero envolver a minha filha que não é muito rezada, que não é religiosa, fica tomando tempo dela pra ir lá, então realmente a única coisa que eu sinto é isso,

não frequentar a paróquia que eu desejava

I 3: Minha vida tem muito sofrimento, mas eu amo ela, Sim, me sinto satisfeita. Sou viúva, tenho 4 filhos. Depois que os filhos casaram nunca mais coloquei meus pés no chão. É que eu só fico ajudando meus filhos as netas.

I 4: , eu tinha uma relação boa com ela, muito boa, tratava bem em regue de pobre, mas muito bem nos nunca vemos brigar, criamos nossos filhos tudo junto, ninguém nunca separou, ninguém nunca brigou, mas ele atacou derrame, como é nem foi derrame, foi aquele ataque fulminante, foi rápido, sentiu uma dor e dor foi essa rapidinho morreu.

I 4: meu marido faleceu há 5 anos, eu tinha uma relação boa com ela, muito boa, tratava bem em regue de pobre, mas muito bem nos nunca vemos brigar, criamos nossos filhos tudo junto, ninguém nunca separou, ninguém nunca brigou... e além disso, meus filhos tudo considera eu como mãe, e eu considero como uma só espírito de jovem (risos).

I 6: papai morreu com 96 anos que fumava demais.

I 9: agora eu estou morando sozinha, meu marido faleceu há 2 meses.

I 16: agora 5 de setembro a mulher faleceu e hoje moro só. I 1: Minha satisfação é boa, porém minha mulher ela ficou doente um bom tempo, mas graças a Deus levei par Goiás e Deus me ajudou que ficou boa.

Categoria: Compartilhando histórias e lembranças

I 1: A rua aqui é muito boa, gosto muito daqui, nós morávamos aqui pertinho Há 23km é muito perto, era uma coisa que direto nós estamos aqui, estamos lá, tem parentes que morava aqui, achei muito bom aqui e andei muito, graças a Deus, aqui é lugar de paz.

I 2: , meu pai era paraibano de Patos, a minha mãe mato-grossense de Cuiabá, e eu nasci em Corumbá, Mato Grosso. Vim para Barreiras muito pequena, e aqui em Barreiras eu vivi a minha vida toda.... Então eu sou uma pessoa feliz, tive uma infância e uma juventude de muita felicidade, fui muito tranqüila, estudei o primeiro e o segundo grau aqui em Barreiras mesmo, me tornei professora aqui em Barreiras no colégio Padre Vieira e casei-me em 1957... Eu sempre morei no centro de Barreiras, minha casa, quando eu me casei era bem no centro de Barreiras, vivi

lá nesta casa durante 9 anos, ai fui pra SP. Quando eu voltei de SP, eu tinha vendido a casa, então não achei mais uma casa no centro.

I 4: Acompanhei muito o crescimento de Barreiras (pausa) conheci Barreiras aqui principalmente minha rua que eu morava conheci poucas casas, agora (pausa) a rua chamava rua do pobre agora é rua capitão Manoel Miranda (risos), mas melhorou foi muito né (risos). sofri um bocadinho na infância, não é porque é a gente que cria os filhos tudo da gente é com a maior dificuldade, mas graças a Deus todo mundo comeu um bocado,

I 5: Eu casei em São Paulo tive meus filhos lá, eu sou da Bahia da cidade de Guerarema , mas fui criada em São Paulo, meu esposo e daqui de Barreiras.....depois com 8 anos de casada vim pra Barreiras.

I 6: meu pai era, era português, eu sou é papai era português. Meu pai trabalhava muito, tinha 12 burros de carga que naquela época e não tinha carro, nem caminhão, papai tinha 12 cargas de burro comprava rapadura no agreste de Pernambuco e vendia no sertão da Paraíba, todo mês ele carregava 12 burros e ia pro Pernambuco comprar rapadura e voltava pra Paraíba vendendo rapadura todo mês, todo tempo.

I 9: Minha casa é grande, tenho 4 quartos que era onde meus filhos dormiam,moro aqui em Barreirinhas.

I 12: Meus pais eram garimpeiros, e isso na cidade de Santa Inácia, na Bahia, no oeste da Bahia. Sou de lá de Santa Inácia. A outra parte da minha família mora aqui no Taguá.

I 16: Cheguei aqui na era de Baltazarino, trabalhei com ele agora não trabalho mais, me aposentei, mas de grande amizade que tenho aqui que eu jogo o meu baralhinho e exclusivamente com a família Braga.

I 17: Eu nasci numa família pobre, mas muito equilibrada. Meu pai era um homem maravilhoso, inteligentíssimo e eu, graças a Deus fui criada com muito afeto, muito mimada, muito apreciada por meus pais, meu avô me adorava, quando ele morreu, eu tinha 12 anos. Ai ele tinha ficado doente e disse “ é minha filha, seu avô vai morrer, e não vai mais ver a netinha dele”. Então eu cresci assim muito feliz na vida, mesmo sendo pobre, mas muito feliz,.. Bem tem coisas que me dão prazer em fazer é tocar porque eu desde muito nova, tá aqui escrito (ela pega o papel antes da chegada) O minha filha, ascende essa luz ai, por favor. Ta aqui escrito meus

pais desde muito cedo viram né, o meu interesse pela musica, então quando eu completei nove anos comecei a estudar musica, o ano todo fazendo teoria e tal. Quando eu completei dez anos ganhei um bandolim de presente, foi o melhor presente da minha vida.

Categoria: Descrevendo o comportamento e composição da família

I 2: . Eu tive seis filhos, o terceiro filho faleceu com dois anos de idade, ai quando eu fui para São Paulo só tinha dois filhos porque o terceiro tinha falecido aqui e lá em SP eu tive 3 filhas, Então eu tive 6 filhos.

I 2: O comportamento dos meus filhos, os dois que eu levei para SP, dois homens, os primeiros, um me deu muito trabalho, muito trabalho mesmo, o mais velho me deu muito trabalho. A paz que o segundo, foi assim um anjo divino, tanto que com 23 anos ele já era médico. O outro só veio fazer o curso superior já depois de 40 anos, de tanto eu batalha.

I 3: É que eu só fico ajudando meus filhos as netas. Mantenho uma boa relação com minhas noras e com meus filhos, mas a nora não é filha, então procuro não me meter muita na vida deles para evitar problemas na família.

I 4: . Todos meus irmãos me adoram eu também gosto de meus irmãos.

I 4: . Eu moro com meu filho e um neto (pausa) tenho 8 mulheres e 5 homens, e mais de 25 netos, 6 bisnetos e véspera de outro que tá ai geladeira.

I 5: . Eu estou satisfeítíssima com minha vida, to muito feliz graças a Deus tenho um esposo ótimo, um bom marido mesmo, tenho 2 filhos que são excelentes, são filhos mesmo, bons, bons filhos, tiveram uma criação boa e hoje em dia eles são muito bons pra mim e para meu esposo viu.

I 6: Minha família é tudo é trabalhador tudo que vivi e graças a eles, não precisa de mim não né, tudo que eu vivo é por conta deles né. Tenho 3 filhos, duas mulheres e 1 homem, o homem é vendedor e uma filha minha mora em Brasília e trabalha no ministério da fazenda de Brasília. Tenho dois netos, 2 filhos a rica de Brasília e o que mora no bairro santa Maria de vitória, um garoto.

I 7: Sou viúva, tenho parentes, mas filhos não. Há, mas tenho sobrinhos da minha irmã. Tenho contato com eles sempre.

I 8: Eu moro com um filho e um neto Moro no centro.

I 9: Tenho 6 filhos, são 3 casais, considero, bons filhos. Tem um que eu crio da

maternidade pra minha casa, completou 18 anos, é um neto maravilhoso até essa data, graças a Dês. Então tem mais netos. Tenho um filho que mora próxima e minha vida é essa aqui.

I 10: Tenho dois filhos, 5 netas e netos, sou casada há 38 anos, e moro com meu marido e com minha neta mais velha, que considero como filha.

I 11: Meus filhos já são independentes, um mora aqui em Barreiras, tem 3 filhos uma menina de 17 anos, que mora comigo e outra de 2 anos e um bebê novinho ainda, é casado e trabalha. Minha filha mora em Salvador e tem duas filhas. Foram muito bem criados e são muito bons, não me deram muito trabalho, não sabe.

I 11: depois todos criados, cada qual vivendo sua vida.

I 12: Vem todo ano, tenho 3 filhos em Brasília. É presente constantemente, aos domingos tem 25 em casa, netos e netas, genros e noras, sempre vem aos domingos, em media 25 familiares.

I 12: É grande, tem 11 filhos, alias 11 filhos do casal, 2 filhos ´particular, quase todos já fizeram o 2 grau, e os outros fizeram faculdade.

I 13: Ah minha família eu tenho 2 filhos, já tenho 2 netos, minha família não é muito grande , nem vai ser muito grande, porque é pequena demais porque eu só tenho 2 filhos, e até agora só 2 netos, minha família também é uma família normal, uma família regular a gente vive como pode, da maneira que a vida nos proporciona

I 14: Meus filhos são todos bons, me visita uma vez por semana, cada um. Eu tenho 8 filhos, 17 netos, 9 bisnetos, todos são bons, todos tem comunicação e não diferente de ninguém.

I 15: Eu tenho meus netos. Um filho tem 2 o outro já tem um, outro tem uma menina ai, que é neta, e tem uma que tem 2 filhas. A família é grande, sabe.

I 16: . Cheguei aqui com 6 filhos, 5 mulheres e 1 homem, a caçula morreu e hoje aqui 4 filhas vivas e um filho.

I 17: Aí me casei, graças à Deus tudo bem, tive os 3 filhos, maravilhosos

II 17: Então eu cresci assim muito feliz na vida, mesmo sendo pobre, mas muito feliz. Meu marido, o Nilson foi um noivo excelente, e eu creio que nunca houve noivo melhor que o Nilson.

Categoria: Orgulhando-se da educação dos filhos e netos

I 2: Então hoje os meninos todos têm o terceiro grau, todos estão bem, quer dizer relativamente bem, porque infelizmente ou felizmente, três deles puxaram a mãe e são professores também, eu tenho um homem e duas mulheres que são professoras, tem uma que é advogada e tem um que é medico.

I 3: Sempre dou conselhos para minhas netas para que estudem, para serem independentes, não casar antes de concluir os estudos e se prevenir contra as doenças e não só as netas.

I 4: outros quiseram formar, mas todos trabalham, tudo mundo ta bem, eu to satisfeita, graças a Deus.

I 5: Bom eu sou casada há 43 anos tenho 2 filhos, minha filha é formada em pedagogia, meu filho em ciências contábeis, minha filha já foi diretora da UNEB, hoje ela é pós hum... reitora de extensão da UNEB em Salvador, meu filho tem um escritório de contabilidade juntamente com o meu marido que é contador também.

I 8: aposentei e criei os filhos, criando todo mundo, não tinha tempo, agora não, está tudo nos seus lugares e todo mundo de cabeça erguida.

I 15: Eu nasci na Paraíba tive minha família aqui na Bahia, vim aqui só e graças a Deus fiquei na roça trabalhando toda minha vida até que eles ficaram de maior e não tinham condição deles estudar. Eu os botei pra aqui e hoje tão ai, uns formou, outros não formou, mas tem uns que tão estudando sabe.

Tema 3: Percebendo-se e participando de redes sociais

Categoria: Gostando do local/ambiente onde reside

I 1" ...mas gosto daqui demais..... .. Eu gosto também da minha cidade, aqui é boa, eu gosto demais..... A rua aqui é muito boa, gosto muito daqui...."

I 2 . Hoje sou barreirense de coração, adoro essa cidade..... Vim aqui na Morada Nobre, é uma casa tranqüila, o lugar muito tranqüilo, gosto muito, só não gosto mais porque eu sempre freqüentei a igreja São João Batista e fica longe..."

I 7: Adoro o lugar onde eu moro, é pertinho de tudo.

I 8: Moro no centro, um local muito bom... Gosto muito dessa região".

I 9 ...moro aqui em Barreirinhas, em Barreiras há 8 anos, o bairro aqui é bom, gosto muito.

I 10: Minha casa é grande , o local é tranquilo.

I 11 : Bem, meu local onde moro é aqui no núcleo residencial da CODEVASF, onde prestei e ainda hoje estou. No inicio a casa era do governo federal, a CODESVASF, mas o programa de desmobilização do governo Collor então as casas foram vendidas para seus respectivos inquilinos, e eu tive a oportunidade de comprar e hoje permaneço aqui no núcleo residencial da CODEVASF, aqui na rua das várzeas, no centro da cidade, muito em localizado.

I 13: Minha casa dá pra morar, assim, não é muito grande, mora eu, meu marido e meu filho mais novo, tem só 3 quartos, a localidade é boa, não tem tumulto, não tenho que reclamar.

I 15: A minha casa, como casa de pobre, pra mim é boa, que é minha casa, o bairro pra mim é bom, que é tranquilo, sossegado. A casa não é muito grande, nem é muito pequena, tem 3 quartos tem sala, área no fundo, para casa de pobre é boa.

I 16: Moro na rua Pernambuco 207 em barreirinhas, telefone eu não tenho, não dou minha casa por nenhuma de Barreiras, porque ela é minha. E eu fico nela mesmo porque estou acostumado. Eu fiz ela em 84 já com 26 anos que moro nela, tem 3 quartos, um banheiro, uma área e um terreno, uma casa muito boa da gente ta de dia e de noite.

I 19: é sossegado, tem supermercado, açougue, lanchonete, vedurão, padaria, lá é bom, tem igreja também é muito bom.

Categoria: Sentindo-se importante para o outro

I 2: Tenho graças a Deus, sou uma pessoa como eu disse para você querida e a prova que eu tive disso foi que eu fui ano passado acidentada e ao me pegarem na rua eu só escutava os bombeiros diziam assim: “minha professora, minha professora”, então me levaram com muito carinho para o hospital.

I 17: Hoje aos 79 anos eu participo ainda com o maior prazer de todos os eventos quando sou convidada e me sento muito feliz e gratificada por ainda ser lembrada para participar de acontecimentos culturais e sociais da nossa cidade

Categoria: Sentindo acolhidos/amparado pelos vizinhos

I 1: Meus vizinhos justamente aqui eu tenho amigos demais graças a Deus, meus vizinhos são tudo é bom.

I 3: Tenho muitos vizinhos, e gosto de todos.

I 4: , meus vizinhos eu tenho meus vizinhos como meus irmãos.... meus vizinhos são ótimos, eu não tenho o que falar de meus vizinhos, pra mim são meus irmãos.

I 05: e vizinhos infelizmente eu não tenho porque eu moro na avenida e é mais comércio, mas temos amizade com o pessoal ali do comercio vizinho.

I 6: Aqui não tenho muitos vizinhos, porque morei muito tempo aqui, mas já fui embora as vezes encontra um velho conhecido meu aqui que conheci muito lá na companhia do vale.

I 8: Meus vizinhos são mais distantes, mas a gente de vez em quando dá uma conversinha.... não tenho vizinhos praticamente porque é comércio.

I 9 Meus vizinhos são bons, pra mim, meus vizinhos fazem parte da minha família.

I 10: vizinhos são ótimos e de boa convivência.

I 11 Os meus vizinhos são, também, foram vizinhos da repartição que eu trabalhava na CODESVASF, e a gente vive praticamente há 38 anos aqui vizinho do mesmo lado, os meninos cresceram juntos, e me dou muito bem com todos eles, a gente vive aqui no núcleo assim muito restrito, é um condomínio com poucas casas e o relacionamento é o melhor possível.

I 12 .. Tenho bons vizinhos e são bons para minha família, nos damos muito bem. Isso já tem uns 25 anos de vizinhos aqui, perto da feira, me dou muito bem

I 13: Ahh meus vizinhos eu me dou bem com todos, gosto de todos, todos são prestativos são solidários, não tenho inimizade com nenhum vizinho, me dou bem com todos eles.

I 14: Os meus vizinhos são bons, tenho amizade com todos eles.

I 18: Meus vizinhos são bons amigos.

I 19: Dos vizinhos, eu conheço todo mundo, já moro na minha casa há 36 anos, os meus vizinhos são tudo jóia.

I 21: A gente tem uma vizinhança muito boa, a gente sempre tem um respeito pela vizinhança, pelos amigos da gente. Muito bom a gente se visita assim na medida do possível.

Categoria: Cultivando amizades

I 2: Tenho muitas amigas aqui em Barreiras, sou uma pessoa que tenho graças a Deus, faço questão disso, é uma questão que eu tenho que eu faço de ter muitos

amigos...”

I 3: Continuo minhas amizades com o pessoal de Catolândia e em Brasília que ficou minha cunhada. Recebo meus amigos de fora aqui em casa. Sempre que eu saí na rua todo mundo me abraça e me beija por meus amigos. Hoje moro em Sandra refina, gosto daqui.

I 4: Tenho muitos amigos até demais (risos)..... amigo, compadre, comadre, por aí depois desse todo mundo uns batizou meus filhos, outros eu batizei os filhos deles também, nos temos um bocado de compadre e comadre

I 5: Eu tenho amizades minhas amizades são boas, quando eu faço amizade e pra sempre, não tenho inimizades.

I 6: Tenho amigos lá na outra cidade onde às vezes eu fico, lá tenho muitos amigos, pra conversar, minha relação com eles é para conversar.

I 8: Tenho amigas espalhadas, e quando a gente encontra é amiga né, porque todo mundo mora distante ta entendendo? Igual a mãe dela é minha amiga mas mora distante e só de vez em quando que a gente se encontra.

I 10: Tenho muitos conhecidos, mas considero amigos, verdadeiros.

I 14- , tenho poucos amigos, conhecidos eu tenho muito, agora são poços né. Tinha uma amiga que morreu D Bina, ainda hoje eu passo lá e digo O D Bina que saudade da senhora (risos).

. I 15: Amigos eu tenho muitos, graças a Deus só não sou de estar na casa de vizinho, ainda ontem eu estava falando com uma pessoa e disse, olha a gente pra ser amigo não precisa ta na casa um do outro que pra mim ta na casa do outro toda hora me dá é nojo e quanto mais dia, a gente tiver aqui a amizade é grande com os amigos não é.

I 16. Eu tenho que jogar buraco com meus amigos, jogo há muito tempo e de tomar cervejinha nos bares de barreirinhas, com meus amigos também, porque eu conheço todo mundo aqui.

I 18: amigos, eu tenho em vários lugares, tenho na ABCD, tenho outra turma de amigos que é na unidade viva lá no posto Leonídia, tenho muitos amigos graças a Deus. Vão me visitar em casa.

Categoria: Participando da comunidade

<p>I 2: tenho um grupo da mãe rainha que eu frequento, um grupo muito animado, muito bom, nós estamos nos reunindo todo mês, é muito gratificante... Tenho um grupo chamado mãe rainha que é uma associação da igreja e que tem uma santinha que peregrina na casa das suas fieis admiradoras, então cada dia ela passa na casa durante um mês cada dia ela passa na casa de uma, das pessoas que fazem parte do grupo. Então ela chega sempre à tarde, e vai ao outro dia a tarde, desse dia que a mãe rainha chega a gente faz orações, reza, fica com ela, e se despede dela no outro dia levando para a casa de outra amiga. Uma vez por mês a gente se reúne, faz uma campanha de ajuda, sempre coletamos arrecadações também para que a gente possa ajudar uma comunidade que está precisando, ou um aniversário de uma amiga, de uma participante também, então a gente tem um fundo de reserva em dinheiro e tem os mantimentos que a gente doa todo mês para uma entidade determinada.</p>

I 5: aqui do grupo da melhor idade, sou secretária do grupo.

I 7: vou para as reuniões da melhor idade.

I 8: eu canto no coral, eu canto na igreja.... sou até ministra da comunhão, eu participo e tenho carteirinha a dois anos consecutivos e agora são dois anos e acabou meu tempo, mas continuo sempre ministra, qualquer coisa que precisar.

I 9: Eu participo do projeto idade viva, lá do grupo.

I 19: Bom eu frequento o grupo da terceira idade.

FENÔMENO 2: ENCONTRANDO A FELICIDADE NA VIDA, COMO A CONSTRUIU.

Categoria: Aceitando o ciclo da vida

<p>I 4: eu vou levando a vida ai do jeito que Deus quer e pronto até o dia que chegar o dia de eu viajar.</p>

I 6: eu estou com 82 anos, estou levando a vida

Categoria: Sentindo-se realizado com a escolaridade e profissão que escolheu
--

<p>I 2: estudei o primeiro e o segundo grau aqui em Barreiras mesmo, me tornei professora aqui em Barreiras no colégio Padre Vieira</p>

I 4: Estudei até o 3 ano....

I 5: Eu sou aposentada, tenho o segundo grau completo, tenho um curso de secretariado e tenho curso de teologia 3 grau.... eu trabalhei nas industrias do frontins no escritório trabalhei 4 anos,

I 6: Eu só sei ler, mas não sou analfabeto, sou aposentado da comissão do vale do São Francisco... , eu trabalhei 25 anos em cima de um trator pra ganhar dinheiro pra seguir minha vida, que era uma profissão muito pesada, trator é um coisa pesada,

I 8: Ai me formeiestudando e lecionando, eu trabalhei muito tempo nas escolas padre Vieira, todas as escolas, Costa Borges, Poli valente, essas escolas todas eu trabalhei

I 16: a vida toda foi de trabalho, não tenho cultura de leitura, nada.

Categoria: Sentindo-se satisfeito com que possui

.I 2: Não sou uma pessoa que gosta de luxo, mas o meu tudo é dividido, aqui em casa eu divido com os filhos, divido o que eu recebo é nosso aqui em casa, tenho uma casa que me abriga bem, me dá o que eu preciso.

I 6: mas hoje vivo com o nome de Deus na boca (risos) só pra ganhar dinheiro sem trabalhar.

I 8: então minha vida é um livro aberto

I 9 tenho maior bondade

Categoria: Vivendo na rotina

I 6: agora mesmo vou pra casa, pra casa da minha filha chego em casa, ligo a televisão, assisto o jornal, quando dá 7 horas/7:30 horas eu janto, quando é 9 horas eu vou dormir. Às 6 horas da manhã eu acordo, não consigo ficar deitado sem dormir, só sei deitar na cama dormindo, quando eu acordo eu vou logo é levantar.

I 15: o que eu pude fazer na minha vida, e sou tranquilo.

I 17: hoje vivo desta maneira, assim conformada com as coisas, com a situação em que a gente vive sabe.

FENÔMENO 3: COMPREENDENDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E AS NECESSIDADES DE PREVENÇÃO COMO DETERMINANTE PARA A SATISFAÇÃO COM A VIDA

Tema 1 : Preservando a vida

Categoria: Preservando a autonomia

I 2: Dirigia muito tempo atrás, depois deixei não quis mais, não tive mais necessidade assim....tive um AVC em 2002 no ano seguinte, que me deixou muito preocupada, porque eu fiquei com meu lado esquerdo sem movimento, ai foi que eu corri atrás, fui fazer hidroginástica, fazia ginástica e tudo e graças a Deus eu não tive problema nenhum, eu ando normalmente, tenho uma insegurança por causa da paralisia que ficou, da paralisia que eu tive, mas tenho os meus cuidados por que eu não quero que volte Ai quando foi no ano de 2009 eu fui acidentada por uma bicicleta que essa daí me deu problema, porque o mesmo lado do AVC foi que a bicicleta me quebrou, quebrou o meu cotovelo, e eu bati também o rosto, mas o rosto a marca logo saiu, agora o cotovelo ainda ta me dando trabalho até hoje ainda frequento o médico, já faz uma no, agora que eu to movimentando a mão diretinho e tudo, mas to fazendo todos os meus serviços em casa e vou nos meus passeios.

I 3.....pois não dependo de filhos, tenho o meu dinheiro para comprar o que eu quiser.

I 4: Aqui também, não aqui não fica longe pra mim vim só, e é de manhã, e eu tenho medo daquele barulho de carro (pausa) que Deus não me quer aqui não, agora lá eu vou toda terça feira.

I 6: ando com muleta porque a minha perna dói um pouco, mas vou levandoEu uso muleta porque minha perna dói, uso muleta já me acostumei, não tem jeito, tem que andar com ela, e eu já uso há 2 anos.

I 8: trabalho em casa, eu faço tudo dentro de casa.

I 11: , ainda corro, ainda subo escada se for preciso eu corro, tenho disposição para fazer tudo, eu me sinto bem.

I 14: não fui pra academia porque ele adoeceu, meu marido adoeceu e não pude mais porque não ta dirigindo né.

Categoria: Sendo assistido pelo médico

I 1: , fiz várias exames, fiz ultra som, tomografia, esses problemas ai, tem que ser assim, não fui pra fora , meu tratamento foi mais em Barreiras.

I 3: Faço acompanhamento medico.

I 4: Eu fiz agora não apreço que foi em dezembro fiz todos os exames: fezes, sangue, urina só que deu um pouquinho de colesterol, a diabete, diz o medico que estava assim numa balança.

I 5: Eu sou hipertensa, mas tenho saúde graças a Deus eu controlo. Com a medicação, meu cardiologista, vou de vez em quando ele passa os remédios certos, agora tá bem controlada.

I 6: tenho plano de saúde, tomo remédios..... , o médico passa o remédio não pago nada de medico, por causa dos meus documentos do Gabe do plano de saúde, compro o remédio estou tomando agora mesmo um remédio pra dor nas pernas e outro as 9hs da manhã e outro as 9 horas da noite para circulação do sangue,..... . Não fuma, tem 20 anos que eu deixei de fuma.

I 8 : a maior parte do tempo é sem tomar remédio, pois eu pratico exercícios.

I 9: nós temos um acompanhamento medico. Todos os médicos, clínicos, pediatras, psicólogos terapeutas. O remédio que eu tomo é o cálcio para os ossos e o de pressão para o controle, que graças a Deus minha pressão é 12 por 8 qualquer hora que medir.

,I 18: To me cuidando direitinho, vou frequentemente ao médico. Minha pressão é normal.

I 21: estamos na idade de se cuidar.

Categoria: Sentindo saudável

I 1: Não to muito bom igual a que eu era, mas to bem bom.

.I 4: Minha vida é muito boa, porque eu tenho saúde.

I 6: Minha pressão é boa, minha pressão, não é ruim.

I 7: minha saúde é ótima, com 63 anos e não tenho nada,

I 10: eu me considero uma pessoa saudável, nada de importante e que mereça maiores cuidados com relação a minha saúde.

I 11: Minha saúde eu considero muito boa... Não sinto mais problema nenhum, minha saúde eu agradeço a Deus, é saúde de num vou dizer de 18 anos não, mas

vamos dizer ai de uns 50 anos.

I 12: . É difícil, mas em resumo tenho uma vida saudável.

I 13: Minha saúde é boa, porque tenho eu tenho problema de saúde que nessa idade todo mundo tem uma dorzinha aqui e acolá, uma artrose uma artrite, mas nada que não dê para a gente conviver com ela, acostumar e sobreviver.

Categoria: Necessitando de atenção e cuidados de saúde

I 1: pois eu tinha problemas nos rins quando fui pra São Paulo, o tratamento foi bom, justamente eu vim de lá bom, mas quando eu cheguei começou de novo, pois eu trabalhava na roça, trabalhava demais, quando eu vim pra cá Deus me ajudou e eu fiquei bom..... não fui pra fora , meu tratamento foi mais em Barreiras na clinica do Dr Celso e mais umas três clínicas lá , mas graças a Deus estou bem bom.

I 2: Tive um AVC.... Mas quando foi em 2001 me apareceu esse câncer e ai eu corri pra cuidar, tirei 1/3 do seio e fiz tratamento direitinho. Naquela do problema do câncer eu tive um AVC em 2002 no ano seguinte, que me deixou muito preocupada, porque eu fiquei com meu lado esquerdo sem movimento.

I 3: Tenho osteoporose, pressão alta de calculo renal.

I 4: Antes eu era muito doente, mas agora até que eu to com muita saúde, mas só que eu tenho problema de pressão alta, eu tomo aquele Presati toda noite pra pressão, mas quando eu vou medir agora está 13/10 pra minha idade ta bem demais.

I 5: Eu vivo com a pressão alta a mais de 10 anos, foi logo quando eu entrei na menopausa depois dos 50 anos, já comecei com problemas de hipertensão

I 6: agora tem um remédio, todo dia 4 horas quando eu vou fazer minha caminhada eu tomo um comprimido, pra dor na perna ando e de noite eu durmo e não sinto nada e almoço, janto e não sinto nada.

I 8: Eu não tenho doença, só a pressão alta porque eu uso aquele prizidi, todo dia um comprimido ainda bem pequenino.

I 9: Eu tive o inicio a osteopenia, ai eu coloco o remédio do cálcio pra não chegar a osteoporose.

I 11: , tive um problema na vesícula, que tava me criando uns probleminhas de mal estar entendeu, de aerofagia como eles chamam de gases, retenção de gases, então eu fiz a extração da vesícula tirei 48 pedras. O médico que o caba é bom de pedreira arrancou todas as pedras e ainda me disse que se eu quisesse fazer alicerce de uma casa dava pra fazer, que as pedras eram das grande, só que não são tão grandes assim, são como um grão de feijão e outra talvez já com uns 3cm de diâmetro, tirei, passou um ano e já estou curado, graças a Deus, não sinto mais problema nenhum, minha saúde eu agradeço a Deus.

I 12: Tive principio de infarto a seis anos, fiquei com uma sequela na voz a se manifestar, a dicção, pequenas obstruções.

I 14: A saúde não é muito boa não, porque tenho mal estar, depressão, dor nas juntas em tudo quanto é junta, os pés, tem hora que me dá uma dor aqui na cabeça que fica pulando, mas vou sempre ao medico, e só tomo remédio se o médico passar se dizer assim “ compra na farmácia” sem receita medica eu não compro, e mais depressivo, remédio para depressão.

I 15: Eu to com problema que já fui ao medico três vezes, paguei particular pra ver se eu não tenho fé nessas coisas não, mas particular é mesmo que nada. Fui por causa desse ouvido, ta com uma zoada assim, um bocado de grilo direto, dia e noite, só que não dói, ai, eu já fiz 2 exames e só que não contou vantagem, o medico disse que era por causa da minha idade, aí o outro disse que é por causa que eu trabalhei em zoada, mas nada disso eu acordei, porque eu comecei com esse problema porque tava fazendo serviço aqui no CEFET, ai me deu uma alergia, sabe aquela mancha no corpo, aí comprei o remédio e fiquei bom, mas ainda não me sinto bem da alergia, porque eu fiquei com uma tosse assim na garganta e esse problema no meu ouvido começou desse negócio que eu tive.

I 16: Eu tenho pressão alta, uma vez minha pressão deu 29 por 18, quase morro, minha filha, mas Deus não quis, o médico passou o remédio pra controlar a minha pressão,..... Também tenho dor na coluna, mas o medico disse que não tem remédio não.

I 17: .. Minha saúde é mais ou menos regular sabe. Eu tenho problemas cardiovasculares, mas isso eu vou controlando, tomando remédios pra não subir a pressão, não subir o colesterol, tomando assim é com todos os cuidados e sem parar de tomar os remédios né, pra não piorar.

I 18: graças a Deus, o único problema que eu tenho é a artrose, mas estou tomando remédios.

I 19: Eu tenho hipertensão, tenho gastrite e só , ahh eu tenho osteoporose também, e dor na minha coluna e nas minhas juntas. E eu tomo uns remédios, inclusive, o último que o medico passou atacou minha gastrite e eu tomo umas injeções, mas to melhor.

I 21: Eu tenho problema de coluna, hérnia de disco. O meu problema maior é a hérnia de disco, sofro desse problema desde 1970, como os médicos dizem que é uma doença que não tem cura, e a cura é o cuidado, é não fazer exercícios pesados, esforço, tal e coisa.

Tema 2 : Adotando estilo de vida saudável.

Categoria: Mantendo hábitos alimentáveis saudáveis

I 3: Cuido bem da minha alimentação, gosto muito de frutas e verduras.

I 4: Eu gosto de doces, mais agora parei. Como de tudo muita verdura, fruta, tudo isso eu I como, mas eu posso dizer que minha alimentação é toda, feijão.

I 8: minha comida eu mesmo que faço, gosto de comer bem, sabe como é que é. Então eu mesma faço e eu mesma como, as vezes eu passo do limite mas depois não, tenho que ter educação, educação alimentar.

I 12: me alimento bem.

Categoria: Conservando-se ativo fisicamente

I 1: Tenho o costume de fazer umas caminhadas de vez em quando, é lá de vez em quando, mas eu vou, ,sempre lá na roça, mas aqui quando estou aqui sempre dou uma caminhadinha

I 2: Depois das minhas orações, de cuidar do espírito é que eu vou cuidar do corpo, ai eu dou uma caminhadinha....Gosto muito da minha caminhada pela manhã..... a minha atividade física é só essa caminhada mesmo, não estou fazendo academia,

não to fazendo nada, só minha caminhada pela manhã.

I 3: Gosto de acordar cedo, já cedinho faço caminhada todos os dias a partir da 5:00hs da manhã, dá duas voltas na avenida e volta pra casa, não gosto de andar de bicicleta, porque quando eu era criança cortei a perna andando de bicicleta. Eu entrei na academia uma época, mas comecei a sentir uma dor forte na perna, daí sai. Prefiro caminhar.

I 4..... e tem também física com Alexandre..... hum de atividade, eu faço hidroginástica, eu faço (pausa) ginástica também, terapia (pausa) do escuro, pouco, faço um bastante atividade

I 5: Eu faço pilates as segundas e quartas e quinta aqui nós fazemos é ginástica. Ahh Pilates eu faço exercícios com os aparelhos, segunda e quarta feira eu faço atividade com as bolas, e aqui são exercícios na no chão, nos colchonetes viu, dança.

I 6: Faço todo dia de manhã e de tarde caminhada, todo dia é vou ali a rua do mercado ver, e na rua do matadouro ali pronto toda dia de manhã e de tarde.

I 7: , faço hidroginástica

I 8: Faço tudo adequadamente, caminhada, faço educação física, agora to fazendo pilates..... , Eu faço caminhada, Pilates fiz também na academia Ativa, passei 3 meses lá

I 9: Faço minha caminhada todos os dias, uma hora de caminhada, das seis as sete da manhã. Caminho aqui, vou pra lá, se ta sol quente uso sombrinha, ando ai, eu me considero extrovertida..

I 10: Também gosto de fazer caminhada e praticar na academia.

I 11: . Antes eu fazia academia de musculação, andava diariamente, mas ultimamente eu tive uns problemas de bursite que então deixei de ir a academia, já não podia mais fazer movimento de musculação e fiquei somente caminhando, andando 40-50 minutos por dia, mas também no ultimo ano dei uma parada nisso ai, estou meio sedentário, né.

I 12: Eu gosto de nadar também, as vezes eu vou nadar, é meu esporte predileto, também assisto todo tipo de esporte, principalmente, basquete, vôlei e futebol, na televisão, porque no estádio eu não vou.

I 13: caminho aqui na vizinhança, mas não faço atividade física, não faço.

I 14: Faço caminhada, não fui pra academia porque ele adoeceu

I 15: Eu aqui nessa sombra quando não to fazendo nada, e to tranqüilo, graças a Deus. Sempre faço trabalho, acho que quem precisa de exercício é gente parada que não faz nada na vida, ai tem que fazer exercício se não fica doente, mas eu trabalho, ando de bicicleta, os meus exercícios são estes

I 16: . Eu gosto de andar pela rua ver o povo ai, mas canso e paro logo.

I 17: Não faço exercícios, só ando, só andar assim um pouco né, porque já com 79 anos me sinto cansada, com as pernas doendo, e eu ando pouco..

I 18: Faço minha caminhada todos os dias, hidrogenástica, ginástica.

I 19: Eu venho uma vez na semana aqui, no CESP, e uma vez na vila dos funcionários, mas é só um alongamento.... mas aqui também tem ginástica, alongamento e agora eu vou na hidrogenástica.

I 21: dias a gente faz uma caminhada, acompanhado sempre pela dona Lurdes na base de 35 a 40 minutos todos os dias sem exceção.

Anexo 2 – Manual do Entrevistador



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

☎ (14) 3811 6200/6352 - FAX (14) 3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx P. 549 - Botucatu - SP

Departamento de Saúde Pública/Laboratório de Saúde Coletiva

PROJETO:

Manual do supervisor

A supervisão é a etapa primordial de uma pesquisa, sua atuação é fundamental para que a coleta dos dados aconteça de forma adequada, garantindo assim a confiabilidade dos dados. Ao supervisor cabe não somente acompanhar mas, sobretudo, orientar o entrevistador para a importância do seu trabalho.

Ele operacionaliza o projeto, prepara o material a ser usado em campo, prepara o manual de treinamento (com as instruções e objetivos do projeto), treina os entrevistadores em técnicas de abordagem, faz supervisão direta em campo (esclarecendo dúvidas, orientando), faz a revisão do material de campo, faz reciclagens esporádicas dos entrevistadores, faz reuniões periódicas com o coordenador para avaliar o andamento do projeto, organiza todo o arquivo do projeto.

Instruções para o entrevistador

Essas instruções visam orientar o entrevistador no trabalho de campo, auxiliando-os na correta realização da entrevista, de maneira a garantir a fidelidade e precisão dos dados coletados. O êxito dessa pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, de sua seriedade na execução da entrevista que lhe foi atribuída, de seu desempenho junto aos entrevistados para que cooperem e

forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão da entrevista através da qual, as informações são coletadas.

É de fundamental importância que os entrevistadores tenham pleno entendimento dos objetivos deste trabalho. Este entendimento garantirá a motivação necessária, para convencer os participantes da importância de prestarem as informações necessárias, para evitar casos de recusa parcial ou total através de seu desempenho pessoal.

São qualidades de um bom entrevistador

- Versatilidade
- Boa comunicação
- Sensibilidade
- Jogo de cintura
- Seriedade
- Passar confiança ao entrevistado
- Tranquilidade para desenvolver a entrevista
- Ética

Recomendações necessárias

- Apresentar-se de forma adequada, a fim de não provocar constrangimentos ou recusas. Lembrar-se que irá entrevistar indivíduos de diferentes níveis sócio econômicos e culturais,
- Procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista. Evitar qualquer assunto controvertido e alheio aos questionários,
- Deixar o entrevistado expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-lo, mas não permitir que a entrevista se desvie muito do roteiro,
- Abster-se de fazer comentários quando à situação do entrevistado ou quanto as respostas dadas por ele, e não intimidá-lo para fornecer as respostas,
- Realizar a entrevista pessoalmente, não lhe sendo permitido delegar suas tarefas ou estar acompanhado em seu trabalho por pessoas não autorizadas pela supervisão.

- Os idosos, normalmente são pessoas carentes, que gostam de atenção , gostam de contar suas histórias. Dê-lhe um pouco de atenção e retome a entrevista.
- Em alguns momentos, quando algum entrevistado começar a falar sobre seus problemas , tristezas, perda de pessoas queridas ouçam um pouco e digam-lhe alguma palavra de conforto e não se envolvam demais!

Nota: idosos afásicos, com deficiência de fala, com deficiência mental, serão excluídos da pesquisa. Lembre-se que deficiência física não significa que o indivíduo seja incapaz.

Apresentação

Após sua identificação, o entrevistador deve fornecer ao entrevistado as seguintes informações:

- Explicar, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Deve procurar despertar no entrevistado o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações prestadas. Naturalmente, o entrevistador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado,
- Deixar bem claro, durante a apresentação, que a entrevista é de caráter sigiloso e que as informações prestadas são absolutamente confidenciais. Isto é, em nenhum caso as informações serão individualizadas. Significa que nomes e endereço não serão identificados na análise dos dados. Para reforçar a confiabilidade de sua atitude, o entrevistador, deve portanto , evitar fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas. Este procedimento deve ser evitado em qualquer lugar em público. Os comentários, desde que se refiram as dúvidas e problemas surgidos durante a realização da entrevista, devem ser feitos apenas com a supervisão.
- Podem acontecer casos de recusa por várias razões. O entrevistador deve manter a atitude cortês e conciliadora, procurando conquistar a confiança do

entrevistado e tentar convence-lo da importância da sua participação fazendo relatos de sua história de vida.

Ao ser atendido no domicílio, o entrevistador deve identificar-se, mostrar sua credencial (sempre usando jaleco), em seguida apresentar-se dizendo, por exemplo: “estamos realizando uma pesquisa sobre a satisfação com a vida do idoso em Barreiras”, sou vinculado ao Departamento de Saúde Pública, da Unesp no município de Botucatu, SP e gostaria que o senhor (a) falasse um pouquinho sobre sua satisfação com a vida.

Quanto à realização da entrevista, o entrevistador deve estar preparado para observar as seguintes instruções:

1. estar preparado para responder a quaisquer perguntas relativas aos objetivos da pesquisa,
2. demonstrar segurança na formulação e direcionamento da entrevista, o que implica em estudo prévio e detalhado da mesma, eliminando a princípio , quaisquer dúvidas,
3. evitar omissões, improvisações. Se o entrevistado não entendeu a pergunta que o entrevistador formulou, ele deve tentar esclarece-la, sem, no entanto, mudar o sentido da mesma,
4. não sugerir jamais respostas a qualquer questão levantada.não induzi-las ou antecipa-las, por mais tempo que o entrevistado requeira para entender ou falar a respeito. A sugestão ou antecipação de respostas pode mudar todo o sentido e a riqueza dos detalhes do que o entrevistado vai falar,
5. seguir as instruções recebidas durante o treinamento e contidas neste manual, sempre que tiver dúvida a respeito de alguma coisa,
6. tentar conduzir a entrevista se posicionando ao lado (não muito próximo do entrevistado), possibilitando que o entrevistado possa falar e responder ao roteiro livremente. O entrevistador e o entrevistado devem estar se possíveis bem acomodados e relaxados Lembre-se que o momento da realização da entrevista é muito importante e o entrevistado é a pessoa mais importante para o entrevistador,
7. ao término da entrevista, agradeça a colaboração e a atenção recebida.

Dicas sobre o conteúdo da entrevista:

- **Conforto material:** satisfação com o conforto que sua casa lhe proporciona, lugar onde mora e sua situação financeira.
- **Relacionamento familiar:** requer uma abordagem segura e calma, pois a maioria dos idosos vivem só, pergunte por exemplo se é casado, se é viúvo ou se algum relacionamento, ou ainda se vive com a família.
- **Relações sociais:** voluntariado e participação na sociedade. As questões são voltadas também para as amizades e recreação.
- **Intelectual e habilidades:** são voltadas para a satisfação que o entrevistado tem em relação às atividades que ele desenvolve, podem ser tanto de nível intelectual, manual.
- **Controle do estresse:** comportamento do entrevistado com as pessoas no dia a dia.
- **Atividade física:** estamos interessados em saber que tipo de atividade física os idosos fazem como parte do seu dia a dia, se a atividade física é aquela que gostariam de estar praticando. As respostas nos ajudarão a entender se a população idosa é ativa por vontade própria ou por razões necessárias. (atividades físicas habituais que realizam executando tarefas em casa como: varrer, lavar a louça, limpar jardim, cuidar da família; no trabalho, se locomovendo de um lugar a outro).
- Por lidar às vezes com **assuntos delicados da vida emocional** do entrevistado, é muito importante que o entrevistador mantenha um tom neutro para continuar a entrevista, a fim de evitar a influência subjetiva do modo, maneira ou tom de voz com as perguntas ou respostas da entrevista.

Dificuldades que podem ocorrer:

- Vários retornos para conseguir marcar a entrevista;
- Falta de disponibilidade das pessoas;
- Medo da população em atender a porta (assaltos, violências, pessoa estranha);

- Entrevista em prédios (passar pelo porteiro, interfone);
- Tentar não agendar a entrevista perto do horário de almoço, à noite;
- Entrevista com pessoas mais diferenciadas.

Atenção: a coleta dos dados será realizado por meio de entrevistas semidiretivas, tendo como eixo: a avaliação do idoso sobre a sua satisfação com a vida, a relação passado-presente em casa, no trabalho e na comunidade, com ênfase nas satisfações atuais e diferenças em relação ao passado, que o próprio idoso percebe em sua vida e nas condições de autonomia.

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96- CNS-MS)

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS BAIANOS”, que tem como objetivo analisar a satisfação com a vida segundo seus próprios valores na população de sessenta anos e mais do município de Barreiras/BA.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, a recusa não implicará nenhum prejuízo ao senhor (a), como também poderá se recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, o benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para conhecer a vida dos idosos deste município.

Você poderá contatar o investigador principal no telefone ou a comissão de Ética da FASB se tiver qualquer pergunta. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

Li a informação acima. Me foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo em participar nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento.

DATA: _____

Entrevistado

Pesquisadora: Luciane Cristina Jóia

Anexo 4 – Localização do Município de Barreiras/BA Segundo mapa do Brasil

