

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

**Envelhecimento físico e cognitivo em idosos residentes em contexto
rural e urbano**

Rodrigo Britto Giacomazzi

Passo Fundo

2015

Rodrigo Britto Giacomazzi

Envelhecimento físico e cognitivo em idosos residentes em contexto rural e urbano

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

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella

Coorientadora:

Prof^a. Dr^a. Denize Cornélio Luz

Passo Fundo

2015

CIP – Catalogação na Publicação

-
- G429e Giacomazzi, Rodrigo Britto
 Envelhecimento físico e cognitivo em idosos residentes
 em contexto rural e urbano / Rodrigo Britto Giacomazzi. –
 2015.
 64 f. ; 30 cm.
1. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
 Universidade de Passo Fundo, 2015.
 2. Orientadora: Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella.
 3. Coorientadora: Profa. Dra. Denize Cornélio Luz.
1. Envelhecimento. 2. Idosos - Saúde e higiene. 3. Vida
 rural. 4. Vida urbana. 5. Gerontologia. 6. Cognição em
 idosos. I. Portella, Marilene Rodrigues, orientadora. II. Luz,
 Denize Cornélio, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Envelhecimento físico e cognitivo em idosos residentes em contexto rural e urbano”

Elaborada por

RODRIGO BRITTO GIACOMAZZI

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

Aprovado em: 17/12/2015
Pela Banca Examinadora


Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


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


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Profª. Drª. Denize Cornelio Luz
Coorientadora – UPF/FEFF


Profª. Drª. Vilma Madalosso Petuco
Universidade de Passo Fundo – UPF/ENFERMAGEM


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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Luiz Fernando Giacomazzi e Miriam Elizabete Britto Giacomazzi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Agradeço aos meus pais, Luiz Fernando Giacomazzi e Miriam Elizabete Britto Giacomazzi, os maiores responsáveis por minha formação e educação.

Agradeço á minha esposa e companheira Paula Dall'Agnol da Silva, por me acompanhar nesta caminhada.

Agradeço a minhas irmãs e a meus cunhados e a meus sogros pelo apoio incondicional e incentivo para a conclusão deste mestrado.

Obrigado a toda minha família.

Um agradecimento especial à minha orientadora, professora Dra. Marilene Rodrigues Portella, pela paciência e dedicação em me ensinar.

Agradeço à professora Dra. Marlene Doring por toda sua dedicação e disponibilidade nos momentos em que precisei.

À minha coorientadora, professora Dra. Denize Cornélio Luz.

Agradeço à Fundação de amparo à pesquisa do estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pela bolsa concedida, que me permitiu a realização do mestrado.

Aos colegas Alisson Padilha de Lima, Pablo Pasqualotti e Ezequiel Vitório Lini, pelo companheirismo, pela parceria, pelo auxílio e pelo aprendizado.

Aos amigos, por sempre entenderem minhas ausências e me darem incentivos para continuar.

À secretária do PPGEH, Rita de Cássia de Marco, pela amizade e o auxílio ao longo desses anos.

À Universidade de Passo Fundo por toda estrutura que usufruí.

Por fim, agradeço a todos que, aqui nominados ou não, contribuíram de alguma forma na caminhada que me trouxe até esta conquista.

EPIGRAFE

Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe
e vencer com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve
e a vida é muito para ser insignificante.
(Charles Chaplin)

RESUMO

GIACOMAZZI, Rodrigo Britto. Envelhecimento físico cognitivo em idosos residentes em contexto rural e urbano. 2015. 64 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo (RS), 2015.

Com o objetivo de avaliar o envelhecimento físico e cognitivo de idosos que vivem em contexto rural e urbano, realizou-se este estudo transversal de base populacional. Trata-se de um recorte da pesquisa “Condições de Vida e Saúde dos Idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil”. Os dados foram analisados empregando-se estatística descritiva e inferencial. Para verificar associação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância 5% e o modelo de regressão logística na análise ajustada a um nível de significância de $p \leq 0,05$. Participaram deste estudo 420 idosos. Os resultados estão expressos em duas produções científicas. A produção científica I teve como objetivo verificar a relação entre idosos residentes na zona rural e urbana e variáveis sociodemográficas, condições de saúde e rede de apoio social e familiar. Os principais resultados indicam que a razão de prevalência de ter convivência acompanhada na zona rural é 3,11 vezes maior. Morar na zona rural diminui a razão de prevalência de ter maior escolaridade (OR: 0,79; 0,41; 0,13 para 1 a 3, 4 a 7 e 8 anos ou mais de estudo). A razão de prevalência de o idoso sofrer queda residindo na zona rural é 1,99 vezes maior. O perfil epidemiológico identificado nesta produção reforça os indícios de que o meio rural e urbano apresentam características que os diferenciam, bem como aponta que fatores sociodemográficos, condições de saúde e apoio familiar e social ao qual o idoso está exposto, podem interferir no processo de envelhecimento da pessoa que vive em tais contextos. A produção científica II teve o objetivo de verificar os fatores associados ao melhor desempenho cognitivo entre idosos sem prejuízo cognitivo. Após a análise múltipla, permaneceram como fatores associados ao melhor desempenho cognitivo: condições de convivência (acompanhado) (RP = 0,33 – IC_{95%}: 0,16-0,69), satisfação com a vida (RP = 0,45 - IC_{95%}: 0,22-0,92) e prática de atividade física (RP = 0,52 - IC_{95%}: 0,34-0,81). Ações focadas no estímulo à prática de atividade física e manutenção do convívio social podem auxiliar na melhora ou na preservação de um melhor desempenho cognitivo em idosos.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Rural. 3. Urbano. 4. Saúde do idoso. 5. Cognição.

ABSTRACT

GIACOMAZZI, Rodrigo Britto. Physical and cognitive aging in the elderly living in rural and urban context. 2015. 64 f. Dissertation (Masters in Human Aging) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo (RS), 2015.

In order to evaluate the cognitive and physical ageing in elderly people who live in country and city area, accomplished this base population study. It treats from the research “Conditions of life and health on elderly inhabitants who lives in a town in South of Brazil”. Information was analyzed using inferential and descriptive survey. To check matching between categorical variables it used chi-square test by Pearson in meaning level of 5% and logistical regression in settled analyses in a meaning level of $p \leq 0,05$. 420 elderly people joined on this study. Results are showed in two scientific works. The scientific work I had the aim of checking the relation between elderly inhabitants in country and city and their social demographical variables, health and social and family support. The main results show a prevalence ratio of having companionship support in country increases 3.11 times. Living in country decrease their prevalence ratio to have a better school level (OR: 0.79; 0.41; 0.13 for 1 to 3; 4 to 7 and 8 years or more in studies). The prevalence ratio of a elderly person who lives in country fall over increases 1.99 times. The epidemiological profile has shown in this survey that country and city have different features as well as social demographical features, health and family support conditions which elderly people are exposed, can cause some influence on ageing process. The scientific work II had the aim of checking some factors associated to a better cognitive performance among elderly people without cognitive injuries. After the analysis remain as associated factors for a better cognitive performance: companionship conditions (not lonely) (RP=0.33 – IC95%: 0.16-0.69), satisfaction with life (RP = 0.45 – IC95%: 0.22-0.92) and physical activity (RP= 0.52 – IC95%: 0.34-0.81). Actions focused to stimulate physical activities and social living can help to improve or maintain for a better cognitive performance in elderly people.

Key words: 1. Ageing. 2. Country. 3. City. 4. Health in elderly people. 5. Cognition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação do desempenho cognitivo.....	49
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto às variáveis sociodemográficas. Estação, RS, Brasil, 2011 (N=420).....	33
Tabela 2 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto às condições de saúde. Estação, RS, Brasil,2011.(N=420).....	34
Tabela 3 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto ao apoio familiar e social. Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420).....	36
Tabela 4 - Distribuição das análises bruta e ajustada dos idosos de Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420).....	38
Tabela 5 - Idosos com cognição preservada. Estação, RS, Brasil, 2011. (N 357).....	50
Tabela 6 - Fatores associados à melhor cognição: análise multivariada, Estação/RS.....	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CLACD	Centro Latino Americano y Caribeño de Demografia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
PPGEH	Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde Bem-estar e Envelhecimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNP	United Nations Publication
UPF	Universidade de Passo Fundo
WHO	World and Health Organization
ZU	Zona Urbana
ZR	Zona Rural

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	29
3.1	<i>Introdução</i>	30
3.2	<i>Métodos</i>	31
3.3	<i>Resultados</i>	33
3.4	<i>Discussão</i>	39
3.5	<i>Conclusão</i>	42
3.6	<i>Referências</i>	43
4	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II	45
4.1	<i>Introdução</i>	46
4.2	<i>Métodos</i>	47
4.3	<i>Resultados</i>	50
4.4	<i>Discussão</i>	52
4.5	<i>Conclusão</i>	55
4.6	<i>Referências</i>	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	61
	ANEXOS	65
	<i>Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa sobre a pesquisa Condições de vida e saúde no município de Estação-RS</i>	66
	<i>Anexo B. Autorização do autor da pesquisa Condições de vida e saúde no município de Estação-RS para a utilização do banco de dados para produções científicas</i>	67

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fenômeno global. Vários países do mundo encontram-se em algum estágio dentro desse processo, com exceção de alguns do continente africano. Trata-se de um fenômeno previsível, pois é resultado de transformações demográficas ocorridas ao longo dos tempos. Com repercussões no plano coletivo, constantemente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações (CHAIMOWICZ, 2013).

Pela primeira vez na história, a expectativa de vida ultrapassa os 60 anos para a maioria da população mundial, uma conquista cujas consequências repercutem de forma direta nos sistemas de saúde, a exemplo da provisão de recursos e insumos (WHO, 2015). No Brasil, em 2013, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 23,5 milhões; desse total, 19,8 milhões residiam em zonas urbanas e 3,7 milhões em zonas rurais (IBGE, 2013).

O Brasil enfrenta grandes desafios no que concerne às necessidades desse segmento populacional. A Política Nacional do Idoso, aprovada em 1994, assegura, em seu art. 2º, direitos que garantem oportunidades para a preservação da saúde física e mental do idoso, bem como seu aprimoramento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) salienta que os direitos e as necessidades dos idosos, aqui no país, apesar de perceberem alguns avanços, a exemplo da aprovação do Estatuto do Idoso, ainda não são plenamente atendidos (SBGG, 2015).

Entende-se o envelhecimento como um processo de diminuição da reserva funcional sem que haja comprometimento dos mecanismos e das capacidades funcionais necessárias para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) (JACOB FILHO, 2009). Para o autor, uma limitação funcional aparente, mesmo que seja em um nonagenário, deve ser entendida como um processo fisiopatológico (senilidade), ou seja,

uma doença, mais do que uma evolução atribuível ao processo natural de envelhecimento (senescência). Isso não significa que tenhamos que reduzir o idoso à decadência, mas que devemos compreender que é necessário assisti-lo em saúde de forma apropriada e em conformidade com os limites próprios e naturais que o envelhecimento oferece (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Entre tantas questões e/ou determinantes que acercam o processo de envelhecimento humano, o ambiente em que o idoso encontra-se inserido e suas características podem influenciar diretamente na forma como a pessoa envelhece (WHO, 2015). A longevidade é uma conquista já em evidência. O que se busca, agora, é a melhor forma de enfrentar este processo. O envelhecimento saudável está intimamente ligado à manutenção das habilidades cognitivas e da independência do idoso, quanto menor o grau de dependência, melhor a qualidade de vida em idades avançadas (MATSUDO et al., 2000; SILVA, 2011, WHO, 2015).

A participação em atividades físicas e sociais tem sido associadas a uma melhor saúde e preservação da qualidade de vida na velhice. Alguns estudos nos mostram que os idosos que praticam atividades físicas aumentam as chances de preservar o desempenho cognitivo (DIAS, 2009; ETGEN et al., 2010). Dentro do campo da gerontologia, considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional (CHAIMOWICZ, 2013).

Existem evidências que indicam que idosos com resultados da avaliação cognitiva melhores do que os normalmente encontrados, ou seja, acima da média, mantêm níveis de autonomia e independência e participação em sociedade melhores do que aqueles que obtêm resultados dentro da média (YAFFE et al., 2010). A variabilidade no desempenho do idoso em testes que avaliam o desempenho cognitivo e de funções administradoras apresenta, também, associação com o desempenho funcional (BORSON, 2010).

Estudos sobre a saúde do idoso, além de avaliar doenças que comprometam a dependência desse indivíduo, devem avaliar, também, sua competência funcional, ou seja, a capacidade de realizar algumas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) – tais como o uso de transporte público ou a preparação de uma refeição. Devem também avaliar a capacidade para a realização das ABVD, a exemplo da condição de banhar-se, sentar-se ou vestir-se sozinho (CHAIMOWICZ, 2013).

No que diz respeito à atenção à saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda carece de estratégias capazes de amparar adequadamente essa população. A crítica que a SBGG faz em carta aberta à população é de que a atenção básica ainda tem muito a melhorar. O documento destaca que os profissionais da saúde não conseguem atender ao idoso de forma completa, pois não foram capacitados para atendê-lo de maneira integral. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), por sua vez, estão incompletas e insuficientes para atender a essa parcela da população. O quadro de profissionais e a estrutura física para atender ao idoso não é suficiente, o que pode ocasionar demora no atendimento e consequente agravamento do quadro clínico (SBGG, 2014).

Diante dessa perspectiva e considerando as diversidades que perpassam no processo de envelhecer, bem como a relação com os diferentes ambientes e espaços em que o idoso se insere e interage, o presente estudo teve como objetivo avaliar o envelhecimento físico e cognitivo de idosos que vivem em contexto rural e urbano.

Este estudo se insere na linha de pesquisa Aspectos Biológicos e Psicossociais do Envelhecimento Humano, do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, e dá continuidade na produção originária da pesquisa “Condições de Vida e Saúde dos Idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil” implementada em 2011, pelo então aluno, hoje mestre, Marcos Paulo Dellani.

Esta dissertação está estruturada em quatro peças. Inicialmente, apresentamos a revisão da literatura, na sequência as duas produções científicas. A primeira, intitulada “Condições de saúde e rede de apoio de idosos urbanos e rurais do município de Estação/RS”, teve como objetivo verificar a associação entre idosos residentes na zona rural e urbana e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e rede de apoio social e familiar. A segunda, sob o título de “Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo entre idosos: estudo de base populacional em Estação, RS”, objetivou verificar os fatores associados ao melhor desempenho cognitivo entre idosos sem prejuízo cognitivo. Finalizando, apresentamos as considerações gerais acerca do processo vivenciado no mestrado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional

O mundo, em termos populacionais, vive um marco demográfico, está envelhecendo impulsionado pela queda acentuada das taxas de fertilidade, natalidade e aumentos notáveis em expectativa de vida (WHO, 2015). Dados trazidos pela organização apontam que, em 2010, aproximadamente 524 milhões de pessoas tinham idade superior a 65 anos, o que representava, naquele momento, 8% da população mundial. Diante deste processo de envelhecimento, estima-se que no ano 2050 este número chegue perto de 1,5 bilhão representando 16% da população mundial.

As tendências emergentes nesse processo associam-se às mudanças históricas recentes e à previsão de mudanças futuras que afetam a sociedade como um todo (LOPES, 2011). Em um período de 40 anos, 2010-2050, o número de pessoas idosas nos países em desenvolvimento deverá aumentar mais de 250%, enquanto nos países desenvolvidos projeta-se um acréscimo de 71% nesse mesmo segmento da população (WHO, 2015).

Segundo dados do Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (2013), países da América Latina como Brasil, Equador, Costa Rica, México, Panamá e Uruguai, mesmo atravessando diferentes etapas de envelhecimento populacional, dão evidências de que esse processo continua acontecendo. Além disso, segundo dados do próprio centro, em todos eles o envelhecimento mostra um crescimento maior por parte da população feminina, principalmente nas áreas urbanas, e um predomínio da população masculina nas áreas rurais, com ênfase no crescimento da população com 75 anos ou mais.

Confirmando as previsões, na América Latina, em 2040, o número de adultos mais velhos superará o número de crianças, fazendo com que passe de uma estrutura populacional jovem em 1950, para uma estrutura em claro processo de envelhecimento. Desde 2010, observava-se a diminuição do peso relativo da população com menos de 15 anos no total da população, 40% em 1950 para 28% em 2010, com estimativa de representar apenas 15% do total da população em 2100 (UNP,2011).

As melhorias notáveis em expectativa de vida ao longo do século passado eram parte de uma mudança nas principais causas de doença e morte. No início do século XX, as principais ameaças à saúde eram as doenças infecciosas e parasitárias, que, na maioria das vezes, custaram a vida de bebês e crianças. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são as que mais comumente afetam adultos e idosos e impõem uma maior carga sobre a saúde global da população idosa (WHO, 2011).

2.2 Envelhecimento populacional brasileiro

O Brasil é um país que vem envelhecendo rapidamente. Em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da população total. Projeções indicam que, em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total (ASTRID, 2012).

Enquanto o crescimento médio da população idosa brasileira com idade igual ou maior a 60 anos é de aproximadamente 3,3%, entre os idosos mais velhos é de 5,4%, sendo uma das mais altas a nível mundial (IBGE, 2013).

As transformações na população brasileira não ocorreram simultaneamente em todas as regiões do país, pois os indicadores de mortalidade e fecundidade entre 1970 e 2010 mostraram diferenças regionais desse processo (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Esses autores apontam dados de 1970 que evidenciam que os indicadores de mortalidade e natalidade para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste já mostravam um

processo de transição demográfica, enquanto nas regiões Norte e Nordeste os elevados níveis de mortalidade infantil e de número médio de filhos por mulher (8,15 e 7,53, respectivamente) caracterizavam um momento de pré-transição.

Os estudos encaminhados por Gragnolati et al. (2011) nos mostram que algumas características principais podem ser observadas na caracterização dos padrões demográficos no Brasil: as taxas de fecundidade são baixas e diminuíram rapidamente, a transição é avançada em comparação a outros países da América latina, porém, o Brasil ainda é um país jovem se comparado aos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE). A redução da mortalidade não tem sido tão rápida e profunda como no caso da fecundidade e a estrutura etária da população tem mudado rapidamente, repercutindo no crescimento econômico.

Os estilos de vida adotados ou impostos pelas circunstâncias e os efeitos acumulativos da exposição a riscos socioeconômicos e biológicos ao longo da existência desempenham papel importante na determinação das diferentes formas de envelhecer (ROBERT et al., 2009; BILOTTA et al., 2010; SZANTON et al., 2010; RODRIGUES; NERI, 2012).

Segundo Gragnolati et al. (2011), a crescente proporção de idosos na população e a maior utilização de assistência de saúde entre os idosos projeta um considerável aumento dos gastos com saúde para os cofres públicos fazendo com que a assistência de saúde surja como um dos próximos desafios fiscais nas próximas décadas.

Para o período que compreende os anos de 2000 e 2050, estima-se que a proporção das despesas com a população de 60 anos ou mais crescerá dos atuais 38% para 68% (CHAIMOWICZ, 2013). Os gastos com saúde associados a uma população mais velha irão influenciar diretamente se os anos a mais de vida forem saudáveis ou de doenças e dependências. Fatores como independência e mobilidade, prevenção e

retardamento de doenças, bem como a manutenção de saúde da população continuarão como um dos maiores desafios (GRAGNOLATI et al., 2011).

2.3 Condições de saúde da população idosa

Dentro do processo de envelhecimento humano, a senescência pode ser compreendida como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, preserva as funções cognitivas, pessoais e de relação, podendo ter seus efeitos minimizados com a adoção de um estilo de vida mais ativo. A senilidade, por sua vez, caracteriza-se como um processo patológico do envelhecimento humano (SMANIOTO, 2011).

Esse envelhecimento pode resultar em reduções no desempenho das capacidades físicas do ser humano, pois, muitas vezes, causa alterações progressivas e irreversíveis nos parâmetros morfológicos, biológicos e funcionais (MAZO; SACOMORI, 2011). Atualmente, a fragilidade do idoso pode ser apontada como indicador de risco para a morte ou para a perda da funcionalidade, sendo utilizada como orientador no gerenciamento da saúde (PEL-LITTEL et al., 2009).

A ocorrência de quedas em idosos também pode resultar em um relevante problema de saúde. Um estudo realizado por Maia et al. (2008) constatou que as consequências à saúde do idoso após ocorrer um episódio de queda podiam influenciar diretamente sua condição de saúde, uma vez que ocasionam danos físicos, como lesões teciduais, ferimentos e fraturas, declínio funcional e aumento da dependência, além de questões psicossociais, como medo de cair, isolamento e perda da autonomia.

Do ponto de vista epidemiológico, a incapacidade é geralmente mensurada por meio do relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (FIGUEIREDO et al., 2013). Para o autor, quanto maior a dificuldade em realizar as

ABVD, mais grave é a incapacidade. Essa indução sugere linearidade na associação entre gravidade do quadro de incapacidade e potencial de desempenho funcional do idoso.

Tanto instrumentos de rastreio de perda de capacidade funcional quanto os de fragilidade consideram em sua construção características do estado biológico, cognitivo, funcional e circunstâncias sociais (PEL-LITTEL et al., 2009). Na população idosa, é alta a prevalência da incapacidade funcional, o que remete a um quadro de dependência e vulnerabilidade para morbidades e até mesmo à mortalidade (ARAI; HIROSE, 2013). A fragilidade pode estar diretamente associada ao desempenho cognitivo em idosos (FARIA et al., 2013).

A evidente relação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde do idoso têm contribuído para a confirmação do contexto social e cultural como geradores das desigualdades e falhas em termos de saúde (GEIB, 2012). No Brasil, os recursos públicos são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda (CHAIMOWICZ, 2013).

Com intuito de desenhar políticas com ênfase nas necessidades dos idosos, um modelo de curso de vida foi proposto, abordando a questão do envelhecimento. Nele, está a noção de capacidade funcional, que define que os indivíduos alcançam o ápice de sua capacidade funcional cedo quando adultos e vivenciam seu declínio progressivamente pelo curso de sua vida (GRAGNOLATI et al, 2011). Os autores ressaltam, ainda, que as políticas que dizem respeito ao envelhecimento devem ser direcionadas de modo que auxiliem os idosos a preservarem suas capacidades funcionais e cognitivas conforme envelhecem e assim permaneçam ativos dentro da sociedade e no âmbito familiar.

Destaca-se que, mesmo convivendo com certa dificuldade de acesso a algumas políticas públicas e serviços de saúde, as pessoas percebem a situação como algo

inerente ao cotidiano. Em situações de adoecimento e dificuldade, contam com as ações das redes sociais, do auxílio por parte dos familiares, vizinhos, da igreja e associação comunitária. Essas redes sociais de apoio podem ser as responsáveis pela satisfação de algumas necessidades sociais e em saúde, as quais não são atendidas pelo estado, mas com importante significado para eles (RUIZ; GERHARDT, 2012).

A associação entre idade e gastos com saúde pode ser influenciada pelo sistema de saúde. Na realidade, não importa quantos anos se tem, os maiores gastos de saúde estão relacionados ao último ou aos dois últimos anos de vida. Assim, os gastos com a população idosa na realidade consistem em um investimento, pois pode auxiliar as pessoas com perda significativa da capacidade a manter vidas dignas ou permitir que as mulheres continuem inseridas no mercado de trabalho, além de promover a coesão social por meio do compartilhamento de riscos na comunidade (WHO, 2015).

2.4 O idoso e o meio rural

Envelhecer em zonas rurais apresenta algumas especificidades, pois existem características históricas, sociais e culturais que se encontram expressas em uma realidade própria desse ambiente, que, em sua maioria, preserva as redes sociais de parentesco e forma ligações com o espaço geográfico e memória local, mas que, por outro lado, apresenta dificuldades, como o acesso a serviços de saúde que podem comprometer a qualidade de vida do idoso que envelhece nessas localidades (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Torna-se de suma importância prestar cada vez mais atenção para as questões de vida e saúde da população que vive em meio rural, pois grande parcela dessa população, muitas vezes, não é reconhecida ou fica desassistida de suas necessidades pelo estado ou até mesmo pela sociedade (GERHARDT et al., 2009).

A diferença entre a zona urbana e a rural vai além dos aspectos quantitativos e dimensionais, como a densidade populacional e a distribuição geográfica. Existem, também, algumas diferenças qualitativas entre essas populações, relacionadas à diversidade dos hábitos, costumes e crenças, ao acesso aos serviços de saúde e ao próprio processo de envelhecimento (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Spanevello e Matte (2010) mostram que as fronteiras entre o rural e o urbano estão cada vez mais difusas, acentuando-se o domínio do urbano sobre o rural, principalmente devido ao desenvolvimento dos meios de transporte, à penetração do rádio e da televisão, entre outros.

Embora o êxodo rural até a década de 1980 fosse mais intenso, era mais homogêneo quanto ao sexo e à idade. A vida rural era abandonada em função das condições adversas. À medida em que a modernização avançava na agricultura, favorecia a expulsão do campo dos menos favorecidos, direcionando-os às cidades, sem que estas estivessem preparadas para receber esse contingente populacional (FROEHLICH et al., 2011).

Repensar a política pública como promotora de uma cidadania mais democrática e de saúde entre os idosos do meio rural faz com que alguns desafios sejam superados, principalmente as ações conjuntas entre gestores que dão concretude às políticas públicas e entre usuários, pois, ao analisarmos o lado governamental, manifestam-se práticas assistencialistas e clientelistas e do lado da sociedade um civismo protegido, e, por vezes, conformado (RUIZ; GERHARDT, 2012).

No meio rural, a família é considerada a principal fonte de recurso e apoio dos idosos, já que os serviços sociais e de saúde são de difícil acesso, aumentando consideravelmente o risco para aqueles que não dispõem desses expedientes. As relações familiares e afetivas, quando presentes no meio rural, desempenham um papel protetivo para os idosos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008), razão pela

qual se mostra de fundamental importância o investimento em programas e em ações que qualifiquem o cuidado e que dêem suporte à família cuidadora (SALGUEIRO; LOPES, 2010; FIGUEIREDO et al., 2011; MAFRA, 2011).

A atenção específica deve ser destinada prioritariamente a indivíduos que possuam as mesmas características daqueles idosos que apresentaram as maiores ocorrências de cuidado domiciliar no meio rural, que são: idade avançada, baixa escolaridade e incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

Condições de saúde e rede de apoio de idosos urbanos e rurais do município de Estação/rs

Rodrigo Britto Giacomazzi

Mestrando em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo – UPF/RS.

Resumo

Estudo transversal de base populacional com o objetivo de verificar a associação entre idosos residentes na zona rural e urbana e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e rede de apoio social e familiar. É um recorte da pesquisa intitulada “Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil”. A coleta dos dados foi realizada por meio de inquérito domiciliar utilizando seções do questionário Saúde Bem-estar e Envelhecimento. Os dados foram analisados empregando-se estatística descritiva e inferencial, e, para verificar associação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, ao nível de significância 5%. Participaram 420 idosos selecionados aleatoriamente, com idade média 70,2 anos ($\pm 7,6$). A maioria tinha entre 60 e 79 anos (87,6%), eram aposentados, de cor branca, casados, residindo com pelo menos uma pessoa. No modelo final, mantiveram-se associadas às variáveis zona de nascimento, residir sozinho ou acompanhado, escolaridade, percepção de saúde comparada, quedas, dificuldade visual, vínculo do cuidador, assistência financeira e de transporte ($p < 0,05$). A chance de nascer na zona rural e residir na zona urbana é 12,4 vezes comparado a nascer na zona rural e permanecer na mesma. A razão de prevalência de residir acompanhado na zona rural é 3,11 vezes maior do que tal condição na zona urbana. Em relação às quedas, o idoso residente na zona rural está 1,99 vezes mais propenso a sofrer quedas quando comparado ao que reside na zona urbana. Quanto aos cuidadores, a possibilidade de este ser o filho homem é de 1,28 vezes maior na zona rural quando comparado com a zona urbana. O perfil epidemiológico identificado neste estudo reforça os indícios de que os meios rural e urbano apresentam características que os diferenciam, também aponta que fatores sociodemográficos, condições de saúde e apoio familiar e social ao qual o idoso está exposto podem interferir no processo de envelhecimento do indivíduo que vive nesses contextos. Esses resultados reforçam a necessidade de um maior número de

estudos que possibilitem conhecer o processo de envelhecimento dos idosos residentes em contexto rural e urbano.

Descritores: Envelhecimento. Rural. Urbano. Saúde do idoso.

3.1 Introdução

O mundo, em termos populacionais, vive um marco demográfico. Está envelhecendo impulsionado pela queda das taxas de fertilidade e natalidade e pelos aumentos da expectativa de vida (WHO, 2015). No Brasil, os níveis de mortalidade vêm reduzindo de forma contínua, fazendo com que a expectativa de vida para ambos os sexos, que era de 50 anos em 1950, passasse para 74,8 anos em 2013 (IBGE, 2013).

A nação brasileira é caracterizada por grandes diferenças regionais e socioeconômicas que resultaram em grandes diferenças nas tendências demográficas regionais (CAMARANO, 2015). O ambiente físico, político e social em que o idoso está inserido pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação à velhice (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). O estilo de vida, a moradia, a alimentação, o trabalho, entre outros fatores, juntamente com o histórico de vida do idoso, norteiam o processo de envelhecimento (GRAGNOLATI et al., 2011).

A diminuição da capacidade funcional é uma importante complicação que atinge aos idosos e que os torna mais propensos à fragilidade e à dependência. Tais limitações podem ser superadas ou minimizadas ao aderir hábitos de vida saudáveis, e, também, quando o contexto social e político oferece melhores condições de vida às pessoas idosas (FARIAS; SANTOS, 2012).

As condições de saúde, os estilos de vida, como maneiras de agir e pensar das pessoas idosas podem apresentar diferenças significativas em relação ao meio em que vivem. Assim, as questões acerca do envelhecimento, em diferentes contextos, têm sido cada vez mais observadas no contexto acadêmico e a discussão sobre a temática da

velhice em espaços urbanos e rurais torna-se mais presente e necessária (BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012).

As diferenças entre o meio rural e o urbano ultrapassam os aspectos quantitativos e dimensionais do envelhecimento, como a densidade populacional e a distribuição geográfica. Existem outras diferenças entre essas populações que devem ser levadas em conta, como a diversidade dos hábitos, os costumes e as crenças, o acesso aos serviços de saúde, além do próprio processo de envelhecimento (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Tendo como premissa que o processo de envelhecimento humano é influenciado pelos fatores sociodemográficos, pelas condições de saúde e pelo apoio familiar e social, este estudo objetivou verificar a relação entre idosos residentes na zona rural e urbana e variáveis sociodemográficas, condições de saúde e rede de apoio social e familiar.

3.2 Métodos

Trata-se de estudo transversal de base populacional com indivíduos residentes em Estação – RS, no meio urbano e rural, com idade igual ou superior a 60 anos. É um recorte da pesquisa intitulada “Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil”, realizada por Dellani (2012). Para a identificação e a localização da população do estudo, utilizou-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) da Secretaria de Saúde do município para o ano de 2011. Conforme os dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, havia 992 idosos residentes em 12 microáreas de saúde no município. Destas, oito localizadas na zona urbana, com um total de 654 idosos, e quatro na zona rural, com 338 idosos.

Primeiramente, o tamanho da amostra, 400 idosos, foi calculado considerando o erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, usando-se a fórmula para populações finitas (992 idosos no município). Atentando para possíveis perdas de 5%

(não elegibilidade, recusas, entre outras), um número adicional de idosos foi incluído como margem de segurança, totalizando 420 idosos.

Inicialmente, foram listados por zonas de residência e sexo e, posteriormente, selecionados por amostragem aleatória, mantendo as proporções por sexo em cada setor, conforme distribuição na população do município. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo menos seis meses no território do município de Estação – RS; possuir, no ato da entrevista, condições cognitivas para responder ao questionário e/ou contar com a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar nas ou efetuar as respostas. Consideraram-se como perdas os indivíduos que não foram localizados após três tentativas; mudança de residência para outro município; por óbito no período da coleta; indivíduos elegíveis que se recusaram a participar.

A coleta foi realizada por meio de inquérito domiciliar, utilizando-se o questionário da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe) (LEBRÃO; LAURENTI, 2003). Neste artigo, analisaram-se as seções A (informações pessoais e familiares), D (condições de saúde e hábito de vida) e G (apoio familiar e social). Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva e inferencial. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson, adotando nível de significância de 5%. Para o modelo múltiplo, consideraram-se as variáveis com $p \leq 0,20$

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob nº 017/2011. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 Resultados

Participaram do estudo 420 idosos. Desses, 239 eram do sexo feminino (56,9%). A média de idade foi de 70,2 anos ($\pm 7,64$), a maioria se encontrava na faixa etária entre 60 e 79 anos (87,6%), eram aposentados (82,6%), tinham cor de pele branca (86,7%), eram casados (73,3%) e residiam na companhia de pelo menos uma pessoa (85,0%). Em relação à zona de moradia, dos idosos que residiam na zona urbana, 57% eram mulheres, enquanto na zona rural encontrou-se 56,6% do sexo feminino. Dos idosos que atualmente residem na zona urbana, 73,3% nasceram em zona rural, e, dos que residem na zona rural, 97,9% nasceram na região (Tabela 1).

A proporção de idosos por zona de residência, sexo e faixa etária foi semelhante, não havendo diferenças significativas ($p > 0,05$). Do mesmo modo, não houve diferença significativa entre zona de moradia e cor da pele, aposentadoria e estado marital ($p > 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto às variáveis sociodemográficas. Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420)

Variáveis	Zona urbana		Zona rural		Total		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	119	43,0	62	43,4	181	43,1	0,938
Feminino	158	57,0	81	56,6	239	56,9	
Faixa etária							
60 a 79	242	87,4	12	88,1	368	87,6	0,826
80 e mais	35	12,6	17	11,9	52	12,4	
Aposentadoria							
Não	50	18,1	23	16,1	73	17,4	0,614
Sim	227	81,9	12	83,9	347	82,6	
Cor da pele							
Branco	237	85,6	12	88,8	364	86,7	0,272
Não Branco	40	14,4	16	11,2	56	13,3	
Zona de nascimento							
Urbano	74	26,7	3	2,1	77	18,3	<0,001
Rural	203	73,3	10	97,9	343	81,7	
Condição de convivência							

Sozinho	50	18,1	13	9,1	63	15,0	0,015
Acompanhado	227	81,9	10	90,9	357	85,0	
Estado marital							
Não casado	78	28,3	34	23,8	112	26,7	0,325
Casado	198	71,7	19	76,2	307	73,3	
Anos de estudo (escolaridade)							
Analfabeto	32	11,6	34	23,9	66	15,8	<0,001
1 a 3 anos	66	23,9	50	35,2	116	27,8	
4 a 7 anos	133	48,2	55	38,7	188	45,0	
8 ou mais	45	16,3	3	2,1	48	11,5	

*Teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância de 5%

Dos idosos entrevistados, 58% percebem sua saúde como boa ou muito boa. Ao relacionar com um ano atrás, a maioria considera que sua saúde permanece igual (55,4%). Em comparação à saúde de outros idosos, os entrevistados, em sua maioria, também consideram igual (45,8%). Tanto na zona urbana quanto na rural a maior parte dos idosos relata que sente algum tipo de dor (54,6%). Essas dores, de modo expressivo, estão localizadas nos membros inferiores (82,5%) ou nas costas, na região lombar (61,1%). Ao analisar-se a incidência de quedas, verifica-se que 25,1% dos idosos caíram ao menos uma vez no último ano (Tabela 2).

Com relação às condições de saúde dos idosos, observa-se que houve associação significativa entre zona de residência e percepção de saúde comparada com outros idosos, dor nas pernas e pés, dor nas costas, quedas no último ano e problemas de visão ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto às condições de saúde. Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420)

Variáveis	Zona urbana		Zona rural		Total		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Autopercepção de saúde							
Muito boa/boa	168	60,6	75	52,8	243	58,0	0,124
Muito ruim/ruim	109	39,4	67	47,2	176	42,0	
Em relação há um ano atrás							
Melhor	53	19,1	23	16,2	76	18,1	0,633

Igual	154	56,6	78	54,9	232	55,4	
Pior	70	25,3	41	28,9	111	26,5	
Comparação com outros idosos							
Melhor	101	36,7	30	21,4	131	31,6	0,006
Igual	117	42,5	73	52,1	190	45,8	
Pior	57	20,7	37	26,4	94	22,7	
Sente algum tipo de dor							
Sim	148	53,6	79	56,4	227	54,6	0,307
Não	128	46,4	60	42,9	188	45,2	
Dor nas pernas e pés							
Sim	73	77,7	45	91,8	118	82,5	0,034
Não	21	22,3	4	8,2	25	17,5	
Dor nas costas (cintura abaixo)							
Sim	32	52,5	26	76,5	58	61,1	0,021
Não	29	47,5	8	8	37	38,9	
Quedas no último ano							
Sim	56	20,3	49	34,5	105	25,1	0,002
Não	220	79,7	93	65,5	13	74,9	
Numero de quedas							
1	33	58,9	34	69,4	67	63,8	0,112
2	10	17,9	11	22,4	21	20,0	
3 ou mais	13	23,2	4	8,2	17	16,2	
Problemas de audição							
Sim	87	31,4	36	25,4	123	29,4	0,198
Não	190	68,6	106	74,6	296	70,6	
Problemas de visão							
Sim	232	83,8	102	71,8	334	79,7	0,004
Não	45	16,2	40	28,2	85	20,3	

*Teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância de 5%

Dos 420 idosos participantes do estudo, 95,5% contam com a ajuda de um cuidador, que, frequentemente, é o próprio companheiro (53,0%). Na zona rural, em 50,7% dos casos, o cuidador tem 60 anos ou mais, e, na maioria das vezes, é homem (52,9%). Na zona urbana, por sua vez, predomina o cuidador do sexo feminino com idade menor que 60 anos (51,5%). Grande parte dos idosos recebeu, no último ano, algum tipo de assistência institucional (60,7%) ligada ao seu transporte ou deslocamento. A ajuda extrafamiliar recebida pelo idoso foi, de modo expressivo, diária (49,0%), seguida da ajuda mensal (21,4%) (Tabela 3).

No que se refere ao apoio familiar e social do idoso, a variável zona de residência se mostrou estatisticamente associada ao sexo e ao parentesco com o cuidador, à assistência institucional, ao tipo de assistência, aos cuidados pessoais e ao transporte ($p < 0,05$).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos residentes na zona urbana e rural quanto ao apoio familiar e social. Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420)

Variáveis	Zona urbana		Zona rural		Total		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tem cuidador							
Sim	264	95,3	137	95,8	401	95,5	0,816
Não	13	4,7	6	4,2	19	4,5	
Cuidador com 60 anos ou mais							
Sim	128	48,5	70	50,7	198	49,3	0,670
Não	136	51,5	68	49,3	204	50,7	
Sexo do cuidador							
Masculino	112	42,4	73	52,9	185	46,0	0,045
Feminino	152	57,6	65	47,1	217	54,0	
Parentesco do cuidador							
Companheiro	135	51,1	78	56,5	213	53,0	0,007
Filha	64	24,2	17	12,3	81	20,2	
Filho	44	16,7	36	26,1	80	19,9	
Outros	21	8,0	7	5,1	28	6,9	
Disponibilidade de outro cuidador							
Sim	105	39,5	58	42,0	163	40,3	0,620
Não	161	60,5	80	58,0	241	59,7	
Assistência institucional							
Sim	158	57,0	97	67,8	255	60,7	0,032
Não	119	43,0	46	32,2	165	39,3	
Tipo de assistência							
Dinheiro							
Sim	41	29,5	15	15,6	56	23,8	0,014
Não	98	70,5	81	84,4	179	76,2	
Comida							
Sim	38	27,3	13	13,5	51	21,7	0,012
Não	101	72,7	83	86,5	184	78,3	
Cuidados pessoais							
Sim	30	21,6	11	11,5	41	17,4	0,044
Não	109	78,4	85	88,5	194	82,6	
Transporte							
Sim	58	41,7	61	63,5	119	50,6	0,001

Não	81	58,3	35	36,5	116	49,4	
Parentesco do cuidador							
Companheiro	135	51,1	78	56,5	213	53,0	0,007
Filha	64	24,2	17	12,3	81	20,2	
Filho	44	16,7	36	26,1	80	19,9	
Outros	21	8,0	7	5,1	28	6,9	
Ajuda extrafamiliar							
Diariamente	136	49,1	70	49,0	206	49,0	0,978
Semanalmente	34	12,3	16	11,2	50	11,9	
Mensalmente	57	20,6	33	23,1	90	21,4	
Anualmente	2	0,7	1	0,7	3	0,7	
Nunca	48	17,3	23	16,1	71	16,9	

*Teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância de 5%

Os resultados apresentados no modelo final ajustado indicam que, dentre as variáveis sociodemográficas, apenas zona de nascimento, condição de convivência e escolaridade apresentaram significância. Já as variáveis das condições de saúde, como autopercepção de saúde comparada a outro idoso, dor nos membros inferiores, dor lombar, quedas e dificuldade visual foram significantes. Quanto às variáveis de apoio familiar e social, observou-se significância no que se refere ao sexo do cuidador, parentesco do cuidador, assistência institucional, assistência financeira e assistência de transporte (Tabela 4).

A razão de prevalência de nascer na zona rural e ir morar na urbana é 12,4 vezes maior se comparada à condição de nascer e permanecer na zona rural. A razão de prevalência da condição de convivência com companhia, na zona rural, é 3,11 vezes maior do que na urbana. Morar na zona rural diminui a razão de prevalência de ter maior escolaridade (OR: 0,79; 0,41; 0,13 para 1 a 3, 4 a 7 e 8 anos ou mais de estudo). Morando na zona rural, a razão de prevalência de comparar a saúde de outro idoso como igual é de 2,16 vezes maior do que morando na zona urbana, e, comparar como pior, é de 2,14 vezes. A razão de prevalência de o idoso sofrer queda residindo na zona rural é 1,99 vezes maior do que a encontrada na zona urbana. A razão de prevalência de o idoso ter problemas de visão é de 2,12 vezes maior morando na zona rural. A razão de prevalência de o cuidador do idoso que mora na zona rural ser o filho é 1,28 vezes se

comparado ao idoso que mora na zona urbana, enquanto a razão de prevalência de ser a filha é de 0,45 vezes, e, de serem outros, é de 0,44 vezes (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das análises bruta e ajustada dos idosos de Estação, RS, Brasil, 2011. (N=420)

Variável	N	Análise Bruta RP (IC 95%)	Análise Ajustada RP (IC 95%)
Zona de nascimento			
Urbana	77	1	
Rural	343	17,01 (4,95 – 58,37)	12,4 (3,76 – 41,20)
Condição de convivência			
Sozinho	63	1	
Acompanhado	357	2,20 (1,14 – 4,23)	3,11 (1,57 – 6,12)
Escolaridade			
Analfabeto	66	1	
1 a 3	116	0,71 (0,38 – 1,31)	0,79 (0,42 – 1,49)
4 a 7	188	0,38 (0,21 – 0,70)	0,41 (0,21 – 0,75)
8 ou mais	48	0,06 (0,01 – 0,02)	0,13 (0,03 – 0,48)
Autopercepção de saúde comparada a outros idosos			
Melhor	131	1	
Igual	190	2,1 (1,26 – 3,49)	2,16 (1,29 – 3,61)
Pior	94	2,1 (1,20 – 3,94)	2,14 (1,17 – 3,92)
Dor nos membros inferiores			
Não	25	1	
Sim	118	3,23 (1,02 – 10,26)	
Dor Lombar			
Não	37	1	
Sim	58	2,94 (1,11 – 7,77)	
Quedas			
Sim	313	1	
Não	105	0,48 (0,30 – 0,76)	1,99 (1,24 – 3,19)
Dificuldade visual			
Sim	334	1	
Não	85	2,02 (1,23 – 3,30)	2,12 (1,28 – 3,52)
Sexo do cuidador			
Feminino	217	1	
Masculino	185	1,52 (1,00 – 2,31)	
Parentesco do cuidador			
Companheiro	213	1	
Filho	80	1,41 (0,83 – 2,39)	1,28 (0,63 – 2,61)
Filha	81	0,45 (0,24 – 0,84)	0,38 (0,17 – 0,88)
Outros	28	0,57 (0,23 – 1,42)	0,44 (0,14 – 1,39)
Assistência institucional			

Sim	255	1	
Não	165	0,62 (0,41 – 0,96)	
Assistência financeira			
Sim	56	1	
Não	179	2,25 (1,15 – 4,41)	3,71 (1,76 – 7,84)
Assistência transporte			
Não	116	1	
Sim	119	2,43 (1,40 – 4,21)	0,23 (0,13 – 0,44)

3.4 Discussão

Ao longo deste artigo, discutiu-se que o processo de envelhecimento humano depende de alguns fatores sociodemográficos, das condições de saúde e do apoio familiar e social ao qual o idoso está exposto, questionando-se de que forma esses fatores podem interferir no processo de envelhecimento do idoso que vive em zona rural e daquele que vive na zona urbana. Nesse sentido, os resultados aqui apresentados apontam que existem diferenças significativas em envelhecer no contexto urbano e envelhecer no contexto rural, em especial a partir das variáveis analisadas.

Resultados semelhantes foram identificados na literatura internacional. Tyrovolas et al. (2014), ao avaliarem o envelhecimento bem sucedido, hábitos alimentares e os níveis de saúde de 2.663 idosos, com idade de 65 a 100 anos, de 21 ilhas do Mediterrâneo e de região rural, no período de 2005 a 2011, constataram que a heterogeneidade de gêneros, o local de residência (urbano *versus* rural) e fatores socioculturais como residir sozinho ou acompanhado, podem interferir positiva ou negativamente nos comportamentos saudáveis de vida e influenciar no envelhecimento bem sucedido.

As condições de saúde foram variáveis associadas neste estudo e os achados corroboram resultado encontrado por Tanjani et al. (2015), ao realizarem um estudo epidemiológico do estado de saúde da população idosa do Irã, do qual participaram 1.350 idosos, com média de idade de 69 anos, encontraram 65,9% de analfabetos, 727 (53,8%) com problemas de visão, 524 (38,8%) que passavam seu tempo livre sozinho

em casa e 13,2% das mulheres e 12,6% dos homens eram dependentes de outras pessoas para realizarem pelo menos uma atividade da vida diária.

A dor de membros inferiores e lombar foi outro fator relatado na presente pesquisa, dados esses semelhantes aos achados de Kim et al. (2015), que, ao se utilizar de uma análise comparativa das características de condições de trabalho da população Coreana entre o período de 2006 a 2010, evidenciaram a presença de problemas de saúde como o aumento acentuado do número de pessoas que se queixaram de dores nos membros inferiores e nos braços.

O estudo de French et al. (2015) que investigou a prevalência de osteoartrite na população da Irlanda com mais de 50 anos de idade constatou a presença de alguns fatores potencialmente modificáveis em pessoas dessa faixa etária, tais como: dores, limitações físicas, polifármacia e quedas, os quais estão relacionados à prevalência de osteoartrite, o que corrobora os escores de dor evidenciados neste estudo.

A dificuldade visual entre os pesquisados foi maior em idosos da zona rural, tendo dados semelhantes a esses sido apontados no estudo observacional de Elliott et al. (2015), que, ao avaliarem 238 idosos residentes em 14 instituições de longa permanência do Alabama, constataram que 40% apresentavam comprometimento visual e 78% eram africanos que residiam nos Estados Unidos. Da mesma forma, o estudo de base populacional realizado por Mörchen et al. (2015) e que analisou a prevalência de problemas visuais em 93 aldeias no Camboja, do qual participaram 4.650 pessoas acima de 50 anos, detectou um número estimado de 4.187 pessoas cegas, associado ao aumento da expectativa de vida e ao fato de que as mulheres constituem 60,6% da população, tendo uma alta prevalência de catarata e de cegueira.

O apoio familiar apresentou escores significativos para a predominância de filhos como cuidadores. Escores semelhantes aos do presente estudo foram apresentados na pesquisa de Oliveira et al. (2014), quando investigaram os cuidadores de idosos

dependentes de profissionais de saúde. Os resultados apresentaram uma predominância de filhos como cuidadores, seguido por cônjuges e companheiros/cônjuges dos filhos dos idosos.

Nessa temática, Gratão et al. (2013) explicam que em países subdesenvolvidos como o Brasil, a tendência, antigamente, era que os idosos tivessem mais de um filho, diferentemente do contexto atual, o que ainda possibilita aos filhos assumirem a responsabilidade do cuidado de seus pais idosos.

Não contar com assistência financeira por parte de terceiros foi um fator significativo entre os idosos investigados residentes na zona rural, achado que é corroborado pela pesquisa de Rabelo e Neri (2015), que constataram, em 134 idosos da Bahia, que a maioria desses é quem assiste financeiramente seu núcleo familiar, contribuindo para o sustento deste, já que, em muitos casos, são a única fonte de renda regular, fato explicado pelo aumento dos empregos informais entre a população economicamente ativa e pela crescente dependência financeira de seus filhos. Esse contexto implica que esses idosos, ao invés de receberem assistência financeira, acabam por ser vítimas de situação de abuso financeiro.

Já para obter assistência ao transporte, os idosos apresentaram maior predominância em não contar com tal prerrogativa. Além de o transporte público ser um direito garantido em lei, conforme o art. 39 da Lei 10.741/2003, os autores Pfützenreuter e Alvim (2015) enfatizam que a cidade deve ser amiga do idoso, e deve ajudá-lo no processo de envelhecimento saudável (WHO, 2015), com maior acessibilidade a um transporte público de qualidade.

Ao se avaliar os padrões de envelhecimento humano nas últimas duas décadas, com base em evidências científicas que expliquem a morbidade e a mortalidade de pessoas idosas, em países de baixa e alta renda, são encontrados resultados escassos nos países de baixa renda (CHATTERJI et al., 2015).

3.5 Conclusão

O perfil epidemiológico identificado neste estudo reforça os indícios de que o meio rural e urbano apresentam características que os diferenciam, bem como aponta que fatores sociodemográficos, condições de saúde e apoio familiar e social ao qual o idoso está exposto podem interferir no processo de envelhecimento do idoso que vive nesses contextos. A esse respeito, alguns fatores se destacaram: a razão de prevalência de nascer na zona rural e residir na zona urbana é maior quando comparada a nascer na zona rural e nela permanecer. A razão de prevalência de residir acompanhado na zona rural é maior do que tal condição na zona urbana. Em relação às quedas, o idoso residente na zona rural está mais propenso a sofrer quedas quando comparado ao que reside na zona urbana. Quanto aos cuidadores, a possibilidade de este ser o filho homem é maior na zona rural quando comparado com os índices encontrados na zona urbana. Além disso, há que se levar em conta o fato de que a permanência na zona rural e o trabalho com o cultivo da terra, por exigir maior vigor físico, torna-se problemática para os trabalhadores rurais idosos e suas famílias. Outra questão que merece destaque relaciona-se ao acesso aos serviços públicos e à maior proximidade de familiares que, cada vez com mais frequência, migram para a zona urbana.

As evidências aqui apresentadas são fortes indicadores das diferenças existentes em envelhecer em espaços físicos diferentes, em especial na zona rural. Essas diferenças remetem à necessidade de se estabelecer políticas diferenciadas de atuação, de acordo com as características sociais, culturais e regionais.

3.6 Referências

BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 158–166, 2012.

CAMARANO, A. A. **Brazilian Population Ageing: Differences in Well Being Between Rural and Urban Areas**. n. 878, p. 27, 2015.

CHATTERJI, S. et al. Health, functioning, and disability in older adults present status and future implications. **Lancet**, v. 385, p. 563-575, 2015.

DELLANI, M. P. **Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

ELLIOTT, A. F. Vision Impairment Among Older Adults Residing in Subsidized Housing Communities. **Gerontologist**, v. 55, supl. 1, p. 108-117, 2015.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167–176, 2012.

FRENCH, H. P. Prevalence and burden of osteoarthritis amongst older people in Ireland: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, 2015.

GRAGNOLATI, M. et al. **Growing Old in an Older Brazil: Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance, and Service Delivery**. Washington D.C. The World Bank, 2011 (SUMÁRIO-BANCO MUNDIAL)

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**, 2000 – 2060: revisão 2013. Acesso em: 4 abr. 2014.

KIM, Y. S. et al. A Comparison between the Second Korean Working Conditions Survey (KWCS) and the First KWCS. **Safety and Health at Work**, v. 6, n. 2, p. 85-89, 2015.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de Saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **Projeto SABE no município de São Paulo: uma**

abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Disponível em: <www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=70>. Acesso em: 4 jan. 2015.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 374–384, 2008.

MÖRCHEN, M. et al. Prevalence of Blindness and Cataract Surgical Outcomes in Takeo Province, Cambodia. **Asia-Pacific Journal of Ophthalmology**, v. 4, n. 1, p. 25-31, 2015.

OLIVEIRA, M. C. et al. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 81-90, 2014.

PFÜTZENREUTER, A. H.; ALVIM, A. A. T. B. O direito à cidade: as diretrizes políticas mundiais para o envelhecimento. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 3, n. 14, p. 112-127, 2015.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 874-884, 2015.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia - Campinas**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

TANJANI, P. T. The health status of the elderly population of Iran in 2012. **Archives of Gerontology and Geriatric**, v. 60, n. 2, p. 281-287, 2015.

TYROVOLAS, S. et al. Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: a k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. **Experimental Gerontology**, v. 60, n. 1, p. 57-63, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**. National Institute on Aging National Institutes of Health, 2015.

4 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo entre idosos: estudo de base populacional em Estação, RS

Rodrigo Britto Giacomazzi

Mestrando em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo – UPF/RS.

Resumo

Estudo transversal de base populacional com o objetivo de verificar os fatores associados ao melhor desempenho cognitivo entre idosos sem prejuízo cognitivo. É um recorte da pesquisa intitulada “Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil”. A coleta dos dados foi realizada por meio de inquérito domiciliar utilizando o questionário validado. Considerou-se como variável dependente o melhor desempenho cognitivo, e, como variáveis independentes, estado marital, zona de moradia, condições de convivência, renda individual, autopercepção de saúde, satisfação com a vida, sintomas depressivos, dor crônica autorreferida, independência para as atividades básicas de vida diária e prática de atividade física. O desempenho cognitivo foi classificado utilizando um modelo cujo ponto de corte se baseia na escolaridade. Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva e inferencial. Para verificar associação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, ao nível de significância de 5%, e o modelo de regressão logística na análise ajustada a um nível de significância de $p \leq 0,05$. Participaram 357 idosos com cognição preservada. Os resultados demonstram que, após análise ajustada, permaneceram associadas ao melhor desempenho cognitivo as variáveis: condição de convivência, satisfação com a vida e prática de atividade física. Ações focadas no estímulo à prática de atividade física e manutenção do convívio social podem auxiliar na melhora ou manutenção do desempenho cognitivo em idosos.

Descritores: Envelhecimento. Avaliação de saúde. Saúde do idoso. Cognição.

4.1 Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, a redução nas taxas de mortalidade e de natalidade repercutiram no aumento significativo da expectativa de vida da população. Em 2009, os idosos representavam 11,3% da população do país e as projeções para 2050 indicam que cerca de 30 milhões de pessoas terão 60 anos ou mais, o que representará 13,0% da população total (IBGE, 2013).

Tal aumento, ao mesmo tempo em que se constitui uma conquista social, representa um grande desafio, pois requer intenso esforço em busca de melhorias, no sentido de garantir aos idosos condições adequadas para manter e promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (ZAZÁ; CHAGAS, 2011). Quanto maior o contingente de idosos, maior a probabilidade de morbidades, incapacidades e demandas de serviços de saúde (VERAS, 2009).

A manutenção da cognição, juntamente com o melhor desempenho físico, associam-se diretamente com a qualidade de vida do indivíduo durante o processo de envelhecimento (HETZOG et al., 2009). Os autores afirmam, ainda, que, ao longo desse processo, o funcionamento cognitivo atua dentro de limites que mudam conforme o comportamento, as condições de saúde e as experiências sociais e educacionais acumuladas ao longo da vida.

O déficit cognitivo pode manifestar-se com início e progressão variáveis e relacionar-se com as próprias perdas biológicas inerentes ao tempo e à escolaridade do indivíduo (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Nesse sentido, quanto mais informações se tem sobre o processo de envelhecimento, maiores são as chances para se implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos (REIS et al., 2009).

A obtenção de maiores conhecimentos acerca dos fatores que se associam ao melhor desempenho cognitivo pode proporcionar subsídios para um planejamento efetivo de intervenções bem sucedidas focadas na manutenção do melhor estado cognitivo. A partir de hipóteses e resultados embasados pelo crivo científico, profissionais e organizações de saúde podem delinear recomendações assertivas frente ao estado cognitivo dos idosos. Assim, este estudo propõe-se a identificar os fatores que estão associados ao melhor desempenho cognitivo em idosos da comunidade.

4.2 Métodos

Trata-se de estudo transversal de base populacional realizado com indivíduos residentes no município de Estação – RS, com idade igual ou superior a 60 anos. É um recorte da pesquisa intitulada “Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil”, realizada por Dellani (2012). Para a identificação e a localização da população do estudo, utilizou-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) da Secretaria de Saúde do município para o ano de 2011. Conforme os dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, havia 992 idosos residentes em 12 microáreas de saúde no município. Dessas, oito estão localizadas na zona urbana, com um total de 654 idosos, e quatro na zona rural, com 338 idosos.

Primeiramente, o tamanho da amostra, 400 idosos, foi calculado considerando o erro amostral de 5% e um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$), usando-se a fórmula para populações finitas (992 idosos no município). Atentando para possíveis perdas de 5% (não elegibilidade, recusas, entre outras), um número adicional de idosos foi incluído como margem de segurança, totalizando 420 idosos.

Inicialmente, foram listados por zonas de residência e sexo e, posteriormente, selecionados por amostragem aleatória, mantendo as proporções por sexo em cada setor. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo

menos seis meses no território do município; possuir, no ato da entrevista, condições cognitivas para responder ao questionário e/ou contar com a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar nas ou efetuar as respostas. Consideraram-se como perdas os indivíduos que não foram localizados após três tentativas; mudança de residência para outro município; por óbito no período da coleta; indivíduos elegíveis que se recusaram a participar.

A coleta foi realizada por meio de inquérito domiciliar, tomando por base o instrumento da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe) (LEBRÃO; LAURENTI, 2003). Trata-se de um questionário validado dividido em sete seções: A) informações pessoais e familiares; B) avaliação cognitiva; C) condições de moradia; D) condições de saúde e hábitos de vida; E) avaliação funcional; F) uso e acesso aos serviços de saúde; e G) apoio familiar e social.

Para avaliar o estado cognitivo, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que está inserido na seção B do referido instrumento. Neste estudo, para determinação da cognição normal ou melhor desempenho, utilizou-se o modelo adotado por Silva (2011). Assim, permaneceram no estudo os idosos sem declínio cognitivo pertencentes a quatro faixas de escolaridade: analfabetos, 1 a 3, 4 a 7 anos e 8 anos ou mais de estudo. Na primeira faixa de escolaridade (analfabetos), foram considerados com desempenho normal os idosos com pontuação do MEEM dentro do primeiro e segundo tercil (até 25 pontos), e com melhor cognição aqueles com pontuação igual ou maior a 26 pontos. Dentro das faixas de escolaridade 1 a 3 e 4 a 7 anos de estudo, os idosos com pontuação dentro do primeiro e segundo tercil (até 28 pontos) foram considerados com cognição normal e com melhor cognição aqueles com pontuação maior do que 28. Com relação aos idosos com 8 ou mais anos de estudo, foram considerados com desempenho normal aqueles com pontuação de 28 e 29, e com melhor cognição aqueles com pontuação máxima (30 pontos) no MEEM.

Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva e inferencial. Como variável dependente, utilizou-se a melhor cognição. Desse modo, os idosos que alcançaram as maiores pontuações (terceiro tercil) foram considerados como tendo a melhor cognição (figura 1). As variáveis independentes investigadas foram: estado marital, zona de moradia, condições de convivência, renda individual, autopercepção de saúde, satisfação com a vida, sintomas depressivos, dor crônica autorreferida, independência para as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e prática de atividade física. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson adotando nível de significância de 5% e o modelo de regressão logística na análise ajustada a um nível de significância de $p \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob nº 017/2011. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

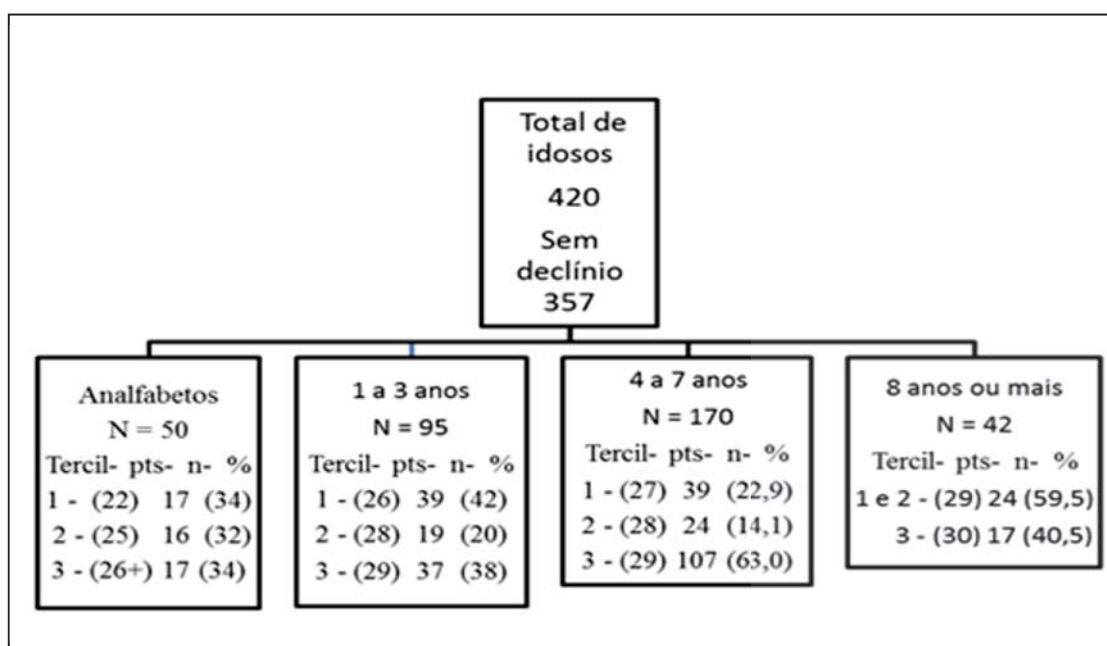


Figura1- Classificação do desempenho cognitivo.

4.3 Resultados

Dos 420 idosos entrevistados, 357 (85%) tiveram resultado do MEEM classificado como normal ou melhor. A maioria dos idosos que apresentaram melhor desempenho cognitivo era do sexo feminino (53,9%), eram casados (82,6%) ($p=0,012$), residiam na zona urbana (69,1%), morando na companhia de pelo menos uma pessoa (93,8%) ($p<0,001$), tinham a renda de um a dois salários mínimos (34,8%) e consideravam sua saúde muito boa ou boa (62,9%). Dentre os que apresentaram melhor desempenho cognitivo, 93,3% estavam satisfeitos com a vida ($p=0,005$), não apresentavam sinais de depressão (89,9%) e nenhum tipo de dor crônica (53,4%) ($p=0,039$). Do grupo com melhor desempenho, 68,0% praticavam atividade física ($p=0,002$) e 98,9% eram independentes para ABVDs ($p=0,020$).

Tabela 5 - Idosos com cognição preservada. Estação, RS, Brasil, 2011. (N 357)

Variáveis	Melhor		Normal		Total		P
	n°	%	n°	%	n°	%	
Sexo							0,794
Masculino	82	46,1	80	44,7	162	45,4	
Feminino	96	53,9	99	55,3	195	54,6	
Estado marital							0,012
Não casado	31	17,4	51	28,7	82	23,0	
Casado	147	82,6	127	71,3	274	77,0	
Zona de moradia							0,193
Urbano	123	69,1	112	62,6	235	65,8	
Rural	55	30,9	67	37,4	122	34,2	
Condição de convivência							<0,001
Sozinho	11	6,2	31	17,3	42	11,8	
Acompanhado	167	93,8	148	82,7	315	88,2	
Renda							0,004
Não possui	19	10,7	8	4,5	27	7,6	
Até um salário	43	24,2	71	39,7	114	31,9	
1 a 2	62	34,8	65	36,3	127	35,6	
3 a 5	48	27,0	32	17,9	80	22,4	
Mais de 5	6	3,4	3	1,7	9	2,5	
							0,014

Auto percepção de saúde						
Mto boa/boa	112	62,9	108	63,3	220	61,6
Mto ruim/ruim	66	37,1	71	39,7	137	38,4
Satisfação com a vida						
Sim	166	93,3	150	83,8	316	88,5
Não	12	6,7	29	16,2	41	11,5
Depressão						
Sim	18	10,1	31	17,3	49	13,7
Não	160	89,9	148	82,7	308	86,3
Dor						
Sim	83	46,6	103	57,5	186	52,1
Não	95	53,4	76	42,5	71	47,9
Atividade física						
Sim	121	68,0	93	52,0	214	59,9
Não	57	32,0	86	48,0	143	40,1
ABVDs						
Dependente	2	1,1	10	5,6	12	3,4
Independente	175	98,9	169	94,4	344	96,6

As variáveis dor, depressão, estado marital, renda e ABVDs perderam a significância na análise múltipla. Permaneceram estatisticamente significativas após a análise ajustada: i) condições de convivência (OR = 0,33 – IC_{95%}: 0,16-0,69), ou seja, as chances de o idoso que vive na companhia de alguém ter um melhor desempenho cognitivo é de 0,33 vezes se comparada à dos que vivem sozinho; ii) satisfação com a vida (OR = 0,45 - IC_{95%}: 0,22-0,92), cujos achados mostraram que as chances de o idoso ter satisfação com a vida e um melhor desempenho cognitivo é de 0,45 vezes se comparada aos que não têm satisfação com a vida; iii) atividade física (OR = 0,52 - IC_{95%}: 0,34-0,81), variável que se mostrou significativa, demonstrando que as chances de aqueles que praticam atividade física terem um melhor desempenho cognitivo é de 0,52 vezes se comparadas com as daqueles que não praticam atividade física (Tabela 2).

Tabela 6 - Fatores associados à melhor cognição: análise multivariada, Estação/RS. 2011

Variáveis	n° (%)	OR BRUTA	IC95%	p	RP Ajustada	I
Estado marital				0,0		
Não casado	82(23,0)	1,0				
Casado	274(77,0)	0,52	0,32-0,87			

Zona de moradia				0,1		
Urbano	235(65,8)	1,0				
Rural	122 (34,2)	1,34	0,86-2,08			
Condição de convivência				0,0		
Sozinho	42 (11,8)	1,0			1,0	
Acompanhado	315 (88,2)	0,31	0,15-0,66		0,33	0
Renda				0,0		
Não possui	27 (7,6)	1,0				
Até um salário	114 (31,9)	3,92	1,52-10,08			
1 a 2	127 (35,6)	2,48	1,00-6,19			
3 a 5	80 (22,4)	1,58	0,61-4,08			
Mais de 5	9 (2,5)	3,19	0,23-6,10			
Satisfação com a vida				0,0		
Não	41(11,5)	1,0			1,0	
Sim	316 (88,5)	0,37	0,18-0,76		0,45	0
Depressão				0,1		
Sim	49(13,7)	1,0				
Não	308 (86,3)	0,54	0,29-1,01			
Dor				0,0		
Sim	186 (52,1)	1,0				
Não	71 (47,9)	0,64	0,42-0,98			
Atividade física				0,0		
Não	143(40,1)	1,0			1,0	
Sim	214 (59,9)	0,51	0,33-0,79		0,52	0
ABVDs				0,0		
Dependente	12 (3,4)	1,0				
Independente	344 (96,6)	0,19	0,04-0,91			

4.4 Discussão

O estudo demonstrou que 85% dos idosos obtiveram o melhor desempenho cognitivo, dado que ultrapassa o ponto de corte dos escores previstos no MEEM. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Gurian et al. (2012), na qual, dentre os 322 idosos analisados, 81,7% superaram o ponto de corte.

O melhor desempenho cognitivo mostrou-se associado, após análise múltipla de nosso estudo, à variável condição de convivência acompanhado. Em pesquisa realizada no interior do estado de São Paulo (GURIAN et al., 2012), observou-se que o melhor desempenho cognitivo esteve significativamente associado à relação social com

parentes. Os autores avaliaram a frequência de relacionamento com familiares e o escore do MEEM e os melhores resultados foram percebidos entre os idosos que se relacionavam diariamente com seus familiares, o que sugere a condição de convivência acompanhado. Estudos indicam que a manutenção das relações familiares e sociais funciona como estímulo para a integridade da função cognitiva, uma contribuição positiva que pode postergar a instalação do déficit cognitivo (MACHADO et al., 2007; GURIAN et al., 2012).

Com base nos dados do estudo *Sabe*, Silva (2011) identificou que a maioria dos idosos com melhor desempenho cognitivo residia em arranjos multipessoais e vivia acompanhada. O autor destaca, ainda, que o contato social ativo com familiares e amigos está significativamente associado a melhores escores cognitivos.

A investigação acerca do declínio cognitivo de idosos realizada por Machado et al. (2007) lança a hipótese de que o convívio social e as diversas atividades de lazer podem contribuir como fator protetor para o declínio cognitivo, pois mantêm o idoso ativo dentro de um contexto familiar e social que estimula o funcionamento das funções cognitivas.

A convivência entre as pessoas aumenta as possibilidades de relações e contatos significativos, seja pelas trocas interacionais, seja pelas visitas que se faz ou se recebe. Para Santos et al. (2012), essa interação social com entes queridos reflete em um melhor grau de satisfação com a vida.

A variável satisfação com a vida mostrou-se associada ao melhor desempenho cognitivo. Para Joia e Ruiz (2013), a satisfação com a vida é determinada a partir da conquista de nossas necessidades, vontades e desejos e é o resultado advindo do que se quer, ou seja, das expectativas com o que de fato se tem no momento ou se valoriza. A complexidade de julgamento sobre a própria vida, em termos de satisfação ou insatisfação, depende da subjetividade e da condição cognitiva, ao passo que a

interpretação, como ressaltam os autores, varia conforme influência de crenças, valores, objetivos e necessidade. Para dar informações sobre satisfação ou insatisfação, o idoso tende a resgatar sua trajetória, suas realizações, suas derrotas e frustrações e constrói uma linha do tempo até o momento atual. Desse modo, para emitir uma resposta, o idoso mensura pontos positivos e negativos, tarefa que, segundo os autores, exige um bom funcionamento cognitivo, incluindo o resgate da memória, para interpretações condizentes com a realidade histórica do indivíduo.

O comprometimento cognitivo interfere nas atividades cotidianas do indivíduo, repercutindo em perda da independência. Para Machado et al. (2011), quanto maior o grau de prejuízo cognitivo, mais dependente se torna o indivíduo. Nesse sentido, é possível afirmar que o prejuízo cognitivo compromete a funcionalidade, a exemplo da realização de atividade física.

A prática de atividade física permaneceu associada ao melhor desempenho cognitivo após análise ajustada em nosso estudo. Esse achado vai ao encontro do que referem Etgen e colaboradores (2010), que relatam que a atividade física moderada ou vigorosa mostrou-se associada positivamente como intervenção voltada à prevenção de declínios cognitivos. Reforça essa hipótese a pesquisa de Freitas et al. (2010), na qual se conclui que o diagnóstico de provável declínio cognitivo associou-se significativamente com a menor participação em atividades físicas e em atividades recreativas.

A prática de atividade física tem sido considerada um importante fator de prevenção na neutralização de riscos a demências na população idosa e na redução de riscos relacionados a doenças vasculares, *diabetes mellitus*, hipertensão de meia-idade, obesidade na meia-idade e sedentarismo (WHO, 2012).

A associação entre o melhor desempenho cognitivo e a prática de atividade física vista em nossos achados estão em consonância com o estudo de intervenção desenvolvido por Davis e colaboradores (2013), que avaliaram o efeito de diferentes

tipos de atividades físicas para a redução do risco de demência em mulheres idosas. Os resultados apontaram escores significativos nas atividades aeróbicas e de resistência na redução dos custos de saúde, bem como evidenciaram impactos igualmente eficazes na prevenção e na redução do risco para demências.

Nesse sentido, parece haver um consenso na literatura no que se refere ao efeito positivo entre a prática de atividade física e a cognição. Entretanto, existem questionamentos sobre os mecanismos fisiológicos que afetam o desempenho cognitivo, tanto nos efeitos imediatos quanto tardios. Cientes dessas lacunas, Merege Filho et al. (2014) realizaram um estudo de revisão que relacionou os efeitos positivos da atividade física sobre o desempenho cognitivo, sugerindo que o aumento do fluxo sanguíneo cerebral repercute em um maior aporte de nutrientes, por conseguinte, incide favoravelmente na cognição. As evidências apontadas pelos autores sugerem, ainda, que, na fase aguda, há um aumento na atividade nos neurotransmissores, o que beneficiaria o desempenho cognitivo. Já, a longo prazo, especula-se que a atividade física promova adaptações nas estruturas cerebrais, inclusive na plasticidade sináptica que resulta em melhora cognitiva.

A limitação deste estudo está na impossibilidade de correlação temporal, a exemplo do que ocorre com todo estudo transversal. Assim, as associações entre as variáveis precisam ser interpretadas com cautela. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais no intuito de acompanhar o comportamento dos fatores associados ao melhor desempenho cognitivo em idosos, o que pode possibilitar maior precisão entre as relações de causas e efeitos.

4.5 Conclusão

Esta pesquisa demonstra haver associação entre o melhor desempenho cognitivo e as condições de convivência, tendo o melhor desempenho sido evidenciado nos idosos que dividem o lar com alguém. A satisfação com a vida e a prática de atividade física

completam as variáveis analisadas neste estudo que se mostraram relacionadas ao melhor desempenho cognitivo.

Por se tratar de situações modificáveis, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias voltadas à população idosa no intuito de promover uma melhor percepção sobre a satisfação com a vida, manutenção do convívio social e realização de atividade física. Essas ações podem auxiliar na manutenção e/ou na melhora do desempenho cognitivo em idosos.

4.6 Referências

DAVIS, J. C. et al. Challenges with cost-utility analyses of behavioural interventions among older adults at risk for dementia. **British Journal of Sports Medicine**, v. 0, n. 9, p. 1-6, 2013.

DELLANI, M. P. **Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012

ETGEN, T. et al. Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons. **Archives Internacional Medicine**, v. 170, n. 2, p. 186-193, 2010.

FERREIRA, P. C.; TAVARES, D. M.; RODRIGUES, R. A. Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FREITAS, D. H. M. et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 32-35, 2010.

GURIAN, M. B. F. et al. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 275-283, 2012.

HERTZOG, C. et al. Enrichment effects on adult cognitive development. Can the Functional capacity of older adults be preserved and enhanced? **Psychological Science in thePublicInterest**, v.9, n. 1, p. 61-65, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 2000 – 2060: revisão 2013**. Acesso em: 4 abr. 2014.

JOIA, L. C.; RUIZ, T. Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 6, p. 79-102, 2013.

LEBRÃO, M. L. O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Disponível em <www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=70>. Acesso em: 4 set. 2015.

MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p.109-121, 2011.

MEREJE FILHO, C. A. A. et al. Influência do exercício físico na cognição: uma atualização sobre mecanismos fisiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 3, p. 237-241, 2014.

REIS, L. A. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados No município de Jequié-BA. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 2, p. 295–301, 2009.

SANTOS, C. L. S. et al. Autopercepção dos idosos sobre satisfação com a vida relacionada a interações sociais e lazer. **Revista Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 232-239, 2012.

SILVA, H. S. **Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo global em idosos do município de São Paulo, estudo SABE**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html> Acesso em: 14 out. 2015.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. **Educação Física: atenção à saúde do idoso**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esse processo da vivência acadêmica como mestrando, registro algumas reflexões de ordem pessoal. Investir na carreira profissional é, sobretudo, lançar-se na busca de inovações e de tecnologias adequadas, aprender a trabalhar com a pesquisa, com banco de dados, com ferramentas de análises e, de modo especial, gerenciar o tempo entre a vida privada, profissional e os afazeres acadêmicos com entendimento e competência. Um processo de aprendizagem que a cada dia, mesmo árduo, tem suas recompensas. E isso não se aprende sozinho, precisa de apoio e disposição para investir em uma formação intelectual adequada, comprometida com a proposta. Diante disso, somente a união entre momentos de renúncias e momentos de dedicação poderá gerar forças para a construção de novos conhecimentos.

A temática desta dissertação englobou o envelhecimento da pessoa idosa inserida em zona urbana e em zona rural. A busca por respostas dentro desse tema não é inédita, porém, encontramos poucos estudos que abordassem particularidades relacionadas ao modo de vida e à influência do ambiente sobre os idosos, principalmente no que se refere ao meio rural.

Entre os pontos fortes do nosso estudo, podemos citar o fato de conseguirmos estudar as associações do ambiente em que o idoso está inserido em relação às condições de convivência, escolaridade e risco de quedas, o que acabou por reforçar os indícios de que o ambiente rural e urbano apresentam diferentes características, influenciando o processo de envelhecer. Também se torna de suma importância ressaltar a influência da capacidade cognitiva dos idosos dentro do processo de envelhecimento, pois nos mostrou associação com fatores como condições de convivência e satisfação

com a vida. Achados deste estudo também enfatizaram a importância da prática de atividade física e da manutenção do convívio social em relação ao desempenho cognitivo do idoso.

O ambiente físico, político e social em que o idoso está inserido pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação à velhice, acelerando ou retardando o efetivo envelhecimento. O estilo de vida, a moradia, a alimentação, o trabalho, entre outros fatores, juntamente com o histórico de vida do idoso, norteiam o processo do envelhecer.

Os resultados encontrados por este estudo são extremamente relevantes para a comunidade científica, tendo em vista que o estilo de vida dos idosos passa por constantes mudanças e, por conseguinte, a obtenção de novas informações torna-se fundamental para estratégias futuras que visem a melhorias na qualidade de envelhecimento.

Deixamos como sugestão que novos estudos sejam elaborados para que possamos comparar ainda mais as diferenças do idoso do meio rural e urbano, sua forma de envelhecer, suas características e necessidades. Sugerimos também que se busque, em futuros estudos, uma população rural maior, com o intuito de melhor estudar essa população específica.

REFERÊNCIAS

ARAI, Y.; HIROSE, N. Aging and Bio-motor function. Functional status, morbidity, and mortality of centenarians. **Clinical Calcium**, v. 23, n. 1, p. 45-50, 2013.

ASTRID, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165–180, 2012.

BORSON, S. Cognition, aging and disabilities: Conceptual issues. **Physical Medicine Rehabilitation of Clinics of North America**, Philadelphia, v. 21, n. 2, p. 375-382, 2010.

BILOTTA, C. et al. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. **Health and quality of life outcomes**, v. 8, n. 1, p. 56, jan. 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Cadernos de Atenção Básica; 19, Brasília 2007.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA-CELADE. **Boletín Envejecimiento y Desarrollo n. 10**. Costa Rica, CELADE/ CEPAL, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Homem**. 2. ed.. Belo Horizonte: Nescon, UFMG: 2013.

DUCA, G. F. DEL; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos Prevalence and factors associated with home care among older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 113–120, 2011

DIAS, E. G. **Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento**: Um estudo de revisão. 2009. São Paulo. Dissertação de Mestrado da Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo.

ETGEN, T. et al. Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE Study. **Archives of Internal medicine**, Chicago, v.170, n. 2, p.186-193, 2010.

FARIA, C. D. A. et al. Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 923–930, 2013.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. A Família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 33–39, 2010.

FIGUEIREDO, C. S. et al. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: longitudinal study. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 17, n. 3, p. 297–306, 2013.

FIGUEIREDO, M. H. DE J. S. et al. Ciclo vital da família e envelhecimento : contextos e desafios. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 11–22, 2011.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 407–412, 2010.

FROEHLICH, J. M. et al. Êxodo seletivo , masculinização e envelhecimento da população rural na região central Selective exodus , masculinization and rural aging in the central Region of the RS. **Ciência Rural**, v. 41, n. 9, p. 1674–1680, 2011.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123–133, 2012.

GERHARDT, T. E. et al. **Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural:** discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.299-308

GRAGNOLATI, M. et al. **Growing Old in an Older Brazil:** Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance, and Service Delivery. Washington D.C. The World Bank, 2011 (SUMÁRIO-BANCO MUNDIAL)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**, 2000 – 2060: revisão 2013. Acesso em: 05 abr. 2014.

JACOB FILHO W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **BolInstit Saúde**. 2009; (47): 27-32.

LOPES, J. M. V. **Envejecimiento Activo Libro Blanco**. Noviembre. Ministerio de Sanidad, Política Social e IgualdadSecretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2011, p 33-84.

MAIA, B. C. et al. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 8, n. 1, p. 381–394, 2008.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico : a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 353–364, 2011.

MATSUDO, S. M. et al. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MORAIS, E. P. DE; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 374–384, 2008.

MAZO, G. Z.; SACOMORI, C. Association between participation in community groups and being more physically active among older adults from Florianópolis, Brazil. **Clinical Science**, v. 66, n. 11, p. 1861–1866, 2011.

PEL-LITTEL, R. E. et al. Frailty: defining and measuring of a concept. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 13, n. 4, p. 390–4, 2009.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso : desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 501–506, 2010.

ROBERT, S. A.; et al. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the national health measurement study. **Journals of Gerontology: Social Sciences**, n. 64b, v. 3, p. 378–89. 2009

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo Fibra, Campinas, SP, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2135. 2012

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p.1191-1209, 2012.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 26–32, 2010.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. DA. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 612–7, 2012.

SILVA, H. S. **Fatores associados ao melhor desempenho cognitivo global em idosos do município de São Paulo**, estudo SABE. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

SMANIOTO, F. N. M. DO C. FERNANDEZ L. H. Índice de katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p. 18–23, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). 2014. **Carta aberta sobre envelhecimento no Brasil e saúde do idoso**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

SPANEVERELLO, R. M; MATTE, A. **A perspectiva dos pais quanto ao amparo na velhice: um estudo com agricultores familiares sem sucessores**. In: IV Encontro da Rede de Estudos Rurais: Mundo Rural, Políticas Públicas, Instituições e Atores em Reconhecimento Político, 06 a 09 de julho de 2010, UFPR, Curitiba (PR). Anais 2010. CD-ROM

SZANTON, S. L. et al. Socioeconomic status is associated with frailty: the Women's Health and Aging Studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 64, p. 63- 67, 2010.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e Capacidade Funcional de idosos residentes na Zona Rural. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 895–903, 2011.

UNITED NATIONS PUBLICATION (UNP). Population Ageing. **Latin América and the Caribben, Demographic Observatory**, v. 6, n. 12, p. 53-59, 2011.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**. National Institute on Aging National Institutes of Health. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**. National Institute on Aging National Institutes of Health. 2015.

YAFFE, K. et al. The Effect Of maintaining cognition on risk of disability and death. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 5, p. 889- 894, 2010.

Anexos



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa sobre a pesquisa *Condições de vida e saúde no Município de Estação-RS*

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER Nº 017/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 19/01/11, analisou o protocolo de pesquisa “Condições de Vida e Saúde dos Idosos no Município de Estação – RS”, CAAE nº 0281.0.398.000.11, de responsabilidade do pesquisador Marcos Paulo Dellani. O projeto tem como objetivo identificar as condições de vida e saúde dos Idosos no município de Estação – RS. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quanti e qualitativo, envolvendo 440 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que residam há pelo menos seis meses no território do município de Estação – RS. A coleta de dados será realizada através de inquérito domiciliar utilizando um questionário estruturado, uma adaptação do questionário da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE. O questionário inclui sete seções: A) Informações pessoais e familiares, B) Avaliação cognitiva, C) Condições de moradia, D) Condições de saúde e hábitos de vida, E) Avaliação funcional, F) Uso e acesso aos serviços de saúde e G) Apoio familiar e social. Os dados obtidos na pesquisa constituirão um instrumento de gestão para setores da administração pública, para além da área da saúde, não somente para o município, como também para a região. Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos. Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

O pesquisador deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 20 de janeiro de 2011.


**PPGEH**Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

Anexo B. Autorização do autor da pesquisa *Condições de vida e saúde no Município de Estação-RS* para a utilização do banco de dados para produções científicas

AUTORIZAÇÃO

Eu, Marcos Paulo Dellani autorizo a utilização do Banco de Dados da minha Dissertação “Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil” publicada em 2012 para utilização de produções científicas vinculadas ao Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano.

Getúlio Vargas 13 de setembro de 2014.



Marcos Paulo Dellani
RG: 6064711937



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF