

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

**Condições de vida e saúde dos idosos no
município de Coxilha-RS**

Andréia Mascarelo

Passo Fundo
2012

Andréia Mascarelo

Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS

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.

Orientador:

Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

- M395c Mascarelo, Andréia
Condições de vida e saúde dos idosos no município de
Coxilha-RS / Andréia Mascarelo. – 2011.
[131] f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2011.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella.
1. Política pública. 2. Idosos - Saúde e higiene - Coxilha (RS).
3. Saúde pública. 4. Qualidade de vida. 5. Envelhecimento. I.
Portella, Marilene Rodrigues, orientadora. II. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA


Andréia Mascarelo


Aos quinze dias do mês de abril do ano dois mil e onze, às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha - RS”, apresentada pela mestrande Andréia Mascarelo, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Marilene Rodrigues Portella - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Marlene Doring, Adriano Pasqualotti, Helenice de Moura Scortegagna e Hugo Tourinho Filho. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata ~~candidata~~ **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun N° 07/2010.

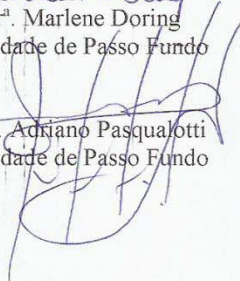
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.


Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

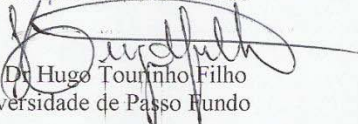
Passo Fundo, 15 de abril de 2011.


Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof^ª. Dr^ª. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Universidade de Passo Fundo


Prof^ª. Dr^ª. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo


Prof. Dr. Hugo Tourinho Filho
Universidade de Passo Fundo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Ao meu pai, Pedro, que é, há muitos anos, a inspiração para o melhor que consigo ser e fazer;

Ao meu irmão, Marcos, por me tomar pela mão e mostrar o caminho em todos os momentos, mas principalmente, nos mais difíceis de nossas vidas;

À minha orientadora Marilene, por me despertar o gosto pelo fascinante mundo do conhecimento e pelos sábios ensinamentos para a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me proporcionou todo o necessário ao cumprimento desta caminhada, a saber:

Minha família, Pedro e Marcos, fonte de força, perseverança, coragem e fé;

Professora Marilene Rodrigues Portella, pelos profundos ensinamentos, resultado de conhecimento, de sabedoria e de humanidade; Professor Adriano Pasqualotti por ter dispensado muito do seu tempo e dedicação para a construção metodológica deste estudo, bem como para a reflexão e construção de ideias; Professora Marlene Doring pelas importantes contribuições;

Idosos de Coxilha, que nos abriram as portas de suas vidas; Agentes Comunitários de Saúde de Coxilha: Sonia Regina Kerber, Sonia Marcon, Claudio Fagundes da Silva, Marcia Dall'Asta, Izabel Fauth Mello, Roseli da Silva e Jeferson Amarante, pela dedicação e por acreditarem neste ideal;

Prefeito Municipal de Coxilha Clemir José Rigo, por ter acreditado e, em todos os momentos, reafirmado o seu apoio para a realização deste estudo; Secretário Municipal de Saúde de Coxilha, Júlio César Mesquita Ceni, pela compreensão e apoio;

Amigas Flávia Mucha, Monica Tesser, Valdirene Godinho, Viviane Remor, Gabrieli Thums, Luciana Xavier, Silmara Nunes da Silva e Daniela Stefini, sem as quais tudo seria muito difícil;

Gilberto Maier Fernandes, motorista que conduziu os entrevistadores aos domicílios com empatia e profissionalismo; Lenir Hannecker, Mestre em educação, pelas valiosas orientações; Psicólogas entrevistadoras: Vivian Dresch, Manoela Susin, Grazielle Slaviero e Paula Zellmer da Silva pela dedicação e profissionalismo;

Todos que de alguma maneira contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo.

RESUMO

Mascarelo, Andréia. Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS. 2011. [131] f.. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

A elevação do número de idosos se constitui em um novo e urgente problema social, político, econômico e de saúde. Com a maior sobrevida, tornam-se mais frequentes as doenças crônicas que influenciam negativamente a autonomia e independência dos idosos e aumentam a demanda por serviços de saúde elevando, dessa forma, os custos para os idosos, famílias, sistema e sociedade. Assim é fundamental o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao grupo idoso com o foco na manutenção da autonomia e independência pelo maior tempo possível. Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer as condições de vida e de saúde dos idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). O estudo foi do tipo transversal. A população foi composta por todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no município de Coxilha-RS. Para a coleta de dados, foi utilizada uma adaptação do instrumento do projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A coleta dos dados foi realizada através de um inquérito domiciliar conduzido por psicólogos no período de junho a julho de 2010. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo parecer nº148/2010. Os dados foram analisados através da estatística descritiva. O nível de significância adotado foi de 5%. O município de Coxilha possui percentual de idosos de 12,4%. Os idosos apresentaram idade média de 69,4 anos ($\pm 7,7$), na sua maioria são do sexo feminino 52,3%, se declararam brancos 68,6%, residem em meio urbano 57,7%, vivem acompanhados 82,8%, em domicílios unigeracionais 52,6%, são casados 63,2%, católicos 87,0%, aposentados 81,0%, com renda mensal total de 1 a 2 salários mínimos 38,2% e frequentaram a escola 82,1%. A média dos escores no MEEM foi de 21,9 ($\pm 5,8$) com desempenho significativamente melhor dos homens, dos mais jovens e com maior escolaridade. Na maioria residem em casas próprias 92,7%, com abastecimento de água 100,0%, banheiro dentro de casa 90,0% e com energia elétrica 99,4%. Houve predomínio de auto avaliações negativas de saúde 54,0%, consideram sua saúde melhor que a de outras pessoas da mesma idade 57,0% e igual à de um ano atrás 39,4%. Referiram dor crônica 50,3%, que na maioria dos casos acomete as costas 67,4%. As quedas ocorreram em 25,4% dos idosos, com fraturas em 26,5%. Os problemas de audição foram referidos por 46,5% e de visão por 89,1%. As mulheres não fizeram mamografia 59,6% e exame preventivo do câncer de colo de útero 53,2% nos últimos dois anos. A maioria dos homens fez exames de próstata 63,3%. Da população estudada, 71,3% não consomem bebidas alcoólicas, e 19,0% fumam. O uso de medicamentos foi indicado por 77,3% que é proveniente do SUS ou Posto de Saúde 38,1%. Praticam atividades físicas 45,0%, especialmente a caminhada 91,4%. O problema de saúde mais prevalente foi o nervosismo 63,0%, e o que mais interfere no cotidiano o problema de coluna 42,6%. Os escores na EDG tiveram média de 3,1 pontos ($\pm 2,4$), com ligeiro predomínio de resultados sugestivos de depressão para homens, da faixa etária inferior, viúvos e com mais de 7 anos de escolaridade. A maioria desempenha as atividades básicas e instrumentais da vida diária de maneira independente. Em caso de doença, procuram o posto de saúde 59,7%, 93,9% foram

atendidos pelo médico, no mesmo dia da solicitação da consulta 48,9%. Na maioria possuem cuidador que lhes preste auxílio em caso de necessidade 96,4%, que também são idosos 36,1%, predominantemente mulheres 76,2% e cônjuges 44,2%. O principal cuidado recebido é com companhia 98,7%. Os que receberam assistência institucional foram 24,9%. Estudos como este fornecem subsídios para a implementação de ações voltadas aos idosos e contribuem para a otimização dos limitados recursos disponíveis para a área da saúde. Além disso, proporcionam o conhecimento das condições de vida dos idosos, favorecendo a elaboração de políticas públicas condizentes com as reais necessidades da população que envelhece, em seus diferentes cenários.

Palavras-chave: 1. Idosos. 2. Políticas públicas. 3. Atenção básica. 4. Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT

Mascarelo, Andréia. Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS. 2011. [131] f.. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

The elevation of the number of elderly people has become a new and immediate social, political, economic and health problem. Due to this greater survival rate, the chronic diseases - which influence in a negative way the autonomy and independence of the elderly people - have been occurring frequently and increase the pursuit of health care services and the cost for the elderly people, for their families, for the public healthcare system and for society too. So, it is extremely relevant the development of public policies which focus on the elderly people – their autonomy and independency as long as possible. Therefore, the aim of this study – a transversal one - is to know the life and health conditions of all the elderly people - aged 60 years or more - who live in a countryside city – Coxilha - in Rio Grande do Sul (RS). The data collection was done through the adaptation of the instrument of Health, Well-being and Aging project (SABE), the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Mini-Mental State (MMS). It was done through a home inquiry, carried out by psychologists between June and July, 2010. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the University of Passo Fundo, Statement No. 148/2010. The data was analyzed by descriptive statistics. The level of significance that was used was 5%. Coxilha city has 12.4% of elderly people, mean age 69.4 (± 7.7) years, most of them – 52.3% - are female and 68.6% were declared as white people; 57.7% of the elderly people live in the urban area, 82.8% live with someone else, 52.6% live in houses which have belonged to their families only; 63.2% are married; 87.0% are catholic; 81.0% are retired, 38.2% have a total monthly income of one or two minimum wages and 82.1% attended school. The mean scores in the MMS was 21.9 (± 5.8) with a better performance of the younger men with a higher level of education. Most of them live in their own houses – 92.7%; 100.0% have water supply; 90.0% have bathrooms and 99.4% have electric energy supply. The self-evaluation of health was negative and predominant – 54.0%; 57.0% consider their health to be better than the other people who are in the same age, and 39.4% say it is the same as one year ago. Elderly people with chronic pain – 50.3%, and that in the most of the cases are related to their backs – 67.4%. Fall happened with 25.4% of the elderly people, and with fracture 26.5%. Hearing loss was mentioned by 46.5% and eyesight loss by 89.1%. In the last two years 59.6% of the women did not have mammograms and 53.2% did not have screening test for cervical cancer. Most of the men – 63.3% - had a prostate exam. Among the population studied, 71.3% do not consume alcoholic beverages and 19.0% do not smoke. The use of medication was mentioned by 77.3% - 38.1% of the medications are provided by SUS or Health Care centers. Physical activities are practiced by 45.0%, and walking by 91.4%. The most prevalent health problem was the nervous problems – 63.0% and the one that really brings troubles to their daily lives is the spine problems 42.6%. The GDS scores average were 3.1 (± 2.4), with a prevalence of depression results for younger and widower men, and with more than seven years of school attendance. Most of them are able to accomplish the basic activities of a daily life in an independent way. Whenever they are sick, 59.7% go to the Health Care center, 93.9% are seen by a doctor and 48.9% in the same day they required a consultation. Most of them – 96.4% - have a caregiver who helps them whenever they need, 36.1% are elderly people too, mostly women – 76.2%

and spouses – 44.2%. The main care received is companionship – 98.7%. The ones who received institutional care/assistance were 24.9%. This sort of study provides conditions for the implementation of actions which are concerned with elderly people and contribute to the optimization of the limited resources which are available to the Healthcare department. Moreover, it enables people to know the life conditions of elderly people, promoting the development of public policies which are consistent with the real necessities of the population that is aging, within its different scenarios.

Key words: 1. Elderly people. 2. Public policies. 3. Basic attention. 4. Healthcare assistance for elderly people.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sócio-demográficas dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.	45
Tabela 2 - Escore no MEEM dos idosos, Coxilha-RS, 2010.	50
Tabela 3 - Problemas de saúde dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.	55
Tabela 4 - Interferência dos problemas de saúde no cotidiano dos idosos, segundo o sexo, Coxilha-RS, 2010.	58
Tabela 5 - Escala de depressão geriátrica dos idosos, Coxilha-RS, 2010.	60
Tabela 6 - Avaliação funcional do grau de dependência dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.	63

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVD	Atividade Básica da Vida Diária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DANT	Doença e Agravo Crônico Não-Transmissível
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso

PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PR	Paraná
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SESC	Serviço Social do Comercio
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CONTEXTO BRASILEIRO	18
2.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL	25
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	32
3. MATERIAL E MÉTODOS	40
3.1. DELINEAMENTO	40
3.2. LOCAL DO ESTUDO	40
3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	41
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	41
3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	42
3.6. TREINAMENTO E SUPERVISÃO	42
3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
4. RESULTADOS	44
4.1. SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES	44
4.2. SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA	49
4.3. SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE MORADIA	50
4.4. SEÇÃO D – CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	51
4.5. SEÇÃO E – AVALIAÇÃO FUNCIONAL	61
4.6. SEÇÃO F – USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	64
4.7. SEÇÃO G – APOIO FAMILIAR E SOCIAL	65
5. DISCUSSÃO	67
5.1. INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES	68
5.2. AVALIAÇÃO COGNITIVA	74
5.3. CONDIÇÕES DE MORADIA	76
5.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	77
5.5. AVALIAÇÃO FUNCIONAL	82
5.6. USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	85
5.7. APOIO FAMILIAR E SOCIAL	86
6. CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	98
ANEXO A. PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	99
ANEXO B. PARECER FAVORÁVEL DO REPRESENTANTE LEGAL DO MUNICÍPIO DE COXILHA-RS	101
APÊNDICES	103
APÊNDICE A. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	104

1. INTRODUÇÃO

O aumento do contingente de idosos, antes dito fenômeno, se faz realidade em todas as latitudes. Embora tenha acontecido em momentos distintos nas diferentes regiões do mundo, a elevação do número de idosos se concretiza, como resultado de avanços e inovações na área da saúde, bem como do desenvolvimento econômico observados nas últimas décadas. (BRASIL, 2006a). Em países desenvolvidos, o aumento do número de idosos se deu de forma lenta, como resposta a melhorias gerais nas condições de vida, possibilitando desta forma planejamento e reorganização social, para atender as demandas deste grupo populacional. Já nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil e demais países da América Latina, esse processo está acontecendo de maneira rápida, como resposta a ações pontuais na área da saúde, sem, contudo, se ter conquistado melhorias nas condições de vida. Tem-se observado nas últimas décadas um célere aumento da população de idosos no Brasil, de modo que as ações voltadas a esse grupo não acompanham o processo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde, não apenas como a ausência de doenças, mas sim, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, o conceito de saúde elaborado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil, amplia esse conceito, definindo saúde como um estado resultante de adequadas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e posse dela e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, 2004).

Muito embora a longevidade seja uma conquista para a humanidade, a questão do envelhecimento se constitui em um novo e urgente problema social, político, econômico e de saúde. Essa transição demográfica repercute em vários setores da sociedade, com destaque para a área da saúde. Concomitante à mudança na pirâmide etária do país, observa-se uma mudança nos padrões de morbi-mortalidade. Com a transição epidemiológica tornam-se menos frequentes as doenças infecciosas e parasitárias dando lugar às doenças próprias da velhice, como as doenças crônicas não transmissíveis (DANTs). Essas doenças elevam os gastos com saúde, visto que demandam mais consultas, exames, medicamentos e internações mais prolongadas, assim como as necessidades de cuidado. No entanto, boa parte das doenças crônicas têm causas evitáveis ou danos controláveis.

Diante dessas mudanças, se faz necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a este grupo populacional na busca pela promoção da autonomia e independência do idoso pelo maior tempo possível. O bem-estar físico, psíquico e social na velhice, tendo em vista a mudança nos padrões de morbi-mortalidade, requer a reorganização dos modelos assistenciais, bem como o conhecimento das condições de vida e saúde dos idosos para otimização dos limitados recursos disponíveis para a área da saúde.

O Ministério da Saúde (MS) adotou em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como forma de reorganização do sistema de atenção básica de saúde, na busca pelo atendimento às necessidades básicas de saúde da população. Essa estratégia trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população adstrita a uma área determinada, na perspectiva de uma atenção integral e humanizada a saúde. (BRASIL, 2006c).

A ESF tem papel fundamental na atenção ao idoso, devendo ser a porta de entrada para aqueles que necessitam de serviços de saúde e, além disso, deve oferecer uma rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, prestando uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e às diversidades do envelhecer. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciam benéficamente o envelhecimento.

A atenção à saúde da pessoa idosa é questão prevista em lei e deve estar fundamentada por um prévio diagnóstico multidimensional, que leve em conta os diversos fatores que influenciam a saúde e a funcionalidade dos idosos, assim como previsto no conceito ampliado de saúde, possibilitando a implementação de ações pontuais que possam contribuir com o envelhecimento e honrar o direito a saúde dos idosos.

No entanto pesquisas dessa natureza, mais especificamente em pequenos municípios, são escassas no Rio Grande do Sul (RS) e no Brasil. Desta forma, tendo em vista a realidade do envelhecimento e as demandas desse grupo populacional, torna-se necessário conhecer a realidade concreta, para obter subsídios que contribuam para a sua transformação.

Minha realidade, vivenciada pela prática profissional de enfermeira, tem me mostrado que o acesso aos serviços de saúde, garantido pela Constituição Federal e

reafirmado pelo Estatuto do Idoso, se distancia da realidade. Muitos idosos fragilizados têm dificuldade no acesso a ações e serviços de saúde, às vezes, por suporte familiar ineficaz, outras, pelas condições estruturais vigentes em alguns municípios gaúchos, o que é denunciado pela mídia. Desta forma, percebo na realidade do município onde resido e atuo na gestão dos serviços de saúde, que não há dados sistematizados que nos mostrem a realidade das condições de vida e saúde desses idosos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Coxilha tem uma população de 2826 habitantes. (IBGE, 2010). Desses, 12,4% são idosos. (SIAB, 2010). O serviço de saúde do município possui uma equipe de ESF, da qual sou integrante, ligada a uma unidade de saúde urbana, com 100% de cobertura da população. O paradigma vigente, ainda hoje nos serviços de saúde, segue uma proposta com tendência fortemente curativista, e, neste município, a lógica não é diferente de muitos outros, em que o serviço é organizado com vistas ao atendimento de casos agudos e episódicos. Diante disso, o questionamento que se fez foi: quais são as condições de vida e de saúde dos idosos residentes no município de Coxilha?

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi conhecer as condições de vida e de saúde dos idosos no município de Coxilha-RS. Os objetivos específicos foram: a) traçar o perfil sócio-demográfico dos idosos residentes no município de Coxilha – RS, quanto à idade, ao sexo, à composição familiar, à renda, à cor, ao estado civil, à escolaridade, à profissão, à ocupação, à religião e à moradia; b) identificar as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos residentes nesse município; c) verificar as condições de uso e acesso ao serviço de saúde e à rede de apoio social e familiar para o cuidado dos idosos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CONTEXTO BRASILEIRO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, embora tenha acontecido em momentos e de formas distintas nas diferentes regiões. Enquanto nos países desenvolvidos esse processo aconteceu de maneira lenta e gradual, acompanhado de desenvolvimento social e econômico, nos países em desenvolvimento está acontecendo a uma velocidade sem precedentes, trazendo profundas repercussões para a sociedade, sob o ponto de vista econômico, social e político.

Envelhecimento, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é um processo natural e irreversível, não patológico e comum a todos os membros de uma espécie. Ocorre de forma sequencial e acumulativa, reduzindo as possibilidades do indivíduo de fazer frente aos estressores do meio ambiente, o que acaba por aumentar as possibilidades de morte. (BRASIL, 2006a).

O parâmetro da idade é o que mais tem sido utilizado tanto do ponto de vista científico quanto do ponto de vista legal, para definição da entrada na velhice. A OMS utiliza o critério cronológico, que difere de acordo com os níveis de desenvolvimento de cada região. Para países desenvolvidos, considera-se um indivíduo idoso, a partir dos 65 anos de idade. Já nos países em desenvolvimento, considera-se idosa a pessoa com mais de 60 anos. Embora utilize esse critério, a OMS reconhece que a idade cronológica, não se configura como um marcador para as mudanças que acompanham esse processo. (WHO, 2005).

Estudos têm mostrado, que a população com mais de 60 anos, é a que mais cresce em todas as latitudes. Estima-se que entre 1970 e 2025 haja um crescimento de 223% no número de pessoas idosas, e projeções apontam que, em 2050, existirão cerca de dois bilhões de idosos no mundo. (ONU, 2003; WHO, 2005).

Batista et. al. (2008), destacam que a população de idosos representará, em 2050, aproximadamente 37% da população total da Europa. Este panorama, também se aplica aos países em desenvolvimento, onde em 2025, viverão cerca de 70% dos idosos do mundo. (WHO, 2005). Excetua-se a África, que mesmo tendo experimentado uma elevação da expectativa de vida, em 2000, ainda apresentava um pequeno percentual de idosos, em torno de 5,1%. Para América Latina e Caribe, estima-se que o número de

idosos continuará apresentando níveis crescentes, representando, aproximadamente, 22,5% da população total em 2050. (BATISTA et. al., 2008; WHO, 2005).

O Brasil, assim como os demais países da América Latina, apresenta um célere aumento do contingente de idosos. Enquanto o total da população brasileira teve um crescimento relativo de 21,6% no período de 1997 a 2007, o acréscimo ocorrido no grupo das pessoas com mais de 60 anos foi de 47,8% e do segmento com 80 anos ou mais de idade foi de 86,1%. (IBGE, 2008).

Pesquisas mostram que, nos últimos 60 anos, houve um aumento de nove vezes no número de idosos do país, passando de 1,7 milhão em 1940 para 14,5 milhões em 2000. Em 2007, os idosos representavam 10,5% do total da população, e as maiores concentrações estavam nas regiões sul e sudeste do Brasil, onde representavam cerca de 11,5%. (IBGE, 2008). Projeções apontam que em 2020 o país será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente de 30,9 milhões de pessoas, representando aproximadamente, 15% do total da população, pois, todo ano, cerca de 650 mil novos idosos são acrescidos ao montante. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2007).

O aumento do número de idosos no Brasil ocorre como resultado da elevação da esperança de vida ao nascer associada com a queda do nível geral da fecundidade. Tais indicadores se apresentam como resultado de avanços na área da saúde e meios de comunicação, que propiciaram a redução de nascimentos e o adiamento da mortalidade. (IBGE, 2008).

Em 2007 a esperança média de vida ao nascer no país era de 72,7 anos. No período de 1997 a 2007 observou-se um aumento de 3,4 anos na vida do brasileiro. Para as mulheres, a expectativa de vida era de 73,2 anos passando para 76,5 anos. No caso dos homens, esta passou de 65,5 para 69,0 anos. Em consequência disso, a taxa bruta de mortalidade apresentou uma queda passando de 6,60%, em 1997, para 6,23%, em 2007. (IBGE, 2008).

Faz-se necessário reconhecer o aumento expressivo no número de pessoas na faixa etária dos 80 anos e mais, aqueles denominados “mais idosos”. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Os estudos de Batista et. al. (2008) reforçam esses dados. Segundo os autores, para o segmento daqueles com 80 anos ou mais, o aumento foi de 0,5% para 1,1% do total da população no período de 1970 a 2000, e estima-se que em 2020 alcançará 2,7%. Tendo em vista esse aspecto, chama atenção a grande

heterogeneidade do grupo etário idoso, que acaba por envolver em média 30 anos de vida demandando, desta forma, ações bastante diferenciadas para um mesmo grupo etário. Além disso, deve-se atentar para o fato de que dentre os muito idosos, a maior parte estará com doenças crônicas ou apresentará alguma limitação funcional. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; VERAS, 2007).

Outro dado que merece destaque é a chamada feminização da velhice, fenômeno assim denominado, por haver uma maior proporção de mulheres que chegam a essa etapa da vida do que de homens. A feminização da velhice é observada em diversos países, e o Brasil segue a tendência mundial. Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo tem mostrado que mais da metade das pessoas idosas são do sexo feminino. (BATISTA et. al., 2008; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; IBGE, 2008; NERI, 2007; WHO, 2005). A razão de sexos no Brasil é de 95,3 homens para cada 100 mulheres. Tal fato se deve, em grande parte, a uma maior mortalidade masculina devido à exposição mais frequente dos homens a fatores de risco, como o uso do álcool e tabaco e situações de violência física e psíquica. No entanto, com a maior participação feminina no mercado de trabalho, é de se esperar que estas, estejam mais expostas a riscos, o que poderá reduzir essa diferença.

A feminização da velhice torna-se mais evidente quanto maior for a idade do grupo em estudo. Além disso, os autores chamam atenção para a diferença que existe ao considerarmos o local de moradia dos idosos. Observa-se uma maior proporção de mulheres idosas vivendo na cidade, enquanto que, no meio rural a população idosa é predominantemente masculina. (BATISTA et.al., 2008; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Cabe destacar que um estudo, realizado por Moraes (2007) com os idosos “mais velhos” (80 anos e mais) residentes no meio rural de um município do interior do RS, evidenciou uma maior população feminina vivendo no campo.

Em 2007, a taxa de urbanização observada no Brasil foi de 83,5%, o que ratifica a tendência de crescimento acelerado do processo de urbanização. Esta taxa apresenta grandes diferenças regionais. Enquanto que no Rio de Janeiro é de 96,7%, no estado do Piauí, é de 62,1%. (IBGE, 2008).

Corroborando, Batista et. al. (2008) nos mostram que a maioria da população do Brasil mora em áreas urbanas. Tal tendência também é observada para o grupo idoso. Os autores, fazendo referência aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2005, ressaltam que aproximadamente 84% das pessoas com

mais de 60 anos residem em meio urbano, contra somente 16% no meio rural. No entanto, aproximadamente 50% dos idosos que vivem na cidade, passaram a maior parte de suas vidas no campo e mudaram-se depois de algum tempo. Vale ressaltar, que com a chegada da velhice, muitos poderão buscar na cidade maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, pois, para aqueles que vivem no meio rural, as dificuldades de acesso são maiores. (PASKULIN, 2006; VERAS, 2007).

Outro indicador sócio-demográfico de grande importância ao se analisar as repercussões do envelhecimento populacional é a chamada razão de dependência, que expressa a proporção de pessoas em idade potencialmente inativa (0 a 14 anos e mais de 65 anos) em relação a 100 pessoas em idade potencialmente ativa (entre 15 e 64 anos). Em 1980 haviam no Brasil 73,2 inativos para cada 100 economicamente ativos. Dos inativos apenas 6,9 eram idosos. Após 20 anos constata-se a existência de 54,4 inativos para cada 100 ativos, sendo 8,4 idosos. Diante disso, chama-nos atenção a mudança que vem ocorrendo na composição etária da população inativa, sendo composta por número crescente de idosos. Projeções apontam que nos próximos 40 anos os idosos serão em maior número que os jovens na população. A razão de dependência em 2030 será de 50,2 inativos para cada 100 ativos e os idosos representarão 18,2 na população inativa. Para 2050 estima-se a existência de 57,9 inativos por 100 ativos e a representação do grupo idoso será maior que a dos jovens e crianças, na relação de 29,7 idosos para 28,2 em idade inferior aos 14 anos. Esses dados nos dão a dimensão das profundas repercussões sociais frente ao envelhecimento populacional, bem como, da necessidade de políticas públicas para dar suporte e sustentabilidade à vida em sociedade, visto que, nas próximas décadas, existirão mais beneficiários da previdência social do que contribuintes. (BATISTA et.al., 2008).

Por outro lado, é fato conhecido, que muitos idosos encontram-se ativos economicamente e constituem a única ou mais importante fonte de renda familiar. Estes constituem, em média, 36% das pessoas com mais de 60 anos. Diante disso, a OMS destaca que há limitação do uso da proporção de dependência, como marcador das necessidades da população idosa, tendo em vista que muitos, mesmo aposentados, estão inseridos no mercado de trabalho. (WHO, 2005). A participação dos idosos tanto no mercado formal de trabalho como no informal, pode se constituir em um canal de reinserção social ou simplesmente na necessidade de sobrevivência, através da

complementação de renda, frente aos baixos valores recebidos da aposentadoria. (NERI, 2007; VERAS, 2007).

Com relação à renda, estudos nos mostram que a grande maioria dos idosos brasileiros possui renda própria, sobretudo proveniente da aposentadoria, e embora na maioria dos casos esta seja baixa, é pequeno o número de idosos em situação de pobreza em nosso país. (BATISTA et.al., 2008; NERI, 2007). Cabe ressaltar, que a população brasileira com mais de 60 anos, reside em domicílios com menor renda familiar, porém vivem mais em casas próprias, do que a população não idosa. (NERI, 2007).

Na atual conjuntura sócio-econômica, é significativa a importância da renda do idoso na família. A seguridade social tem tido importante papel na melhoria das condições de vida de muitas famílias. As residências multigeracionais são frequentes, onde em alguns casos os maiores beneficiados são os idosos, em outros filhos e netos e em alguns casos ambos. (CAMARANO et.al., 2004). A família é a principal fonte de suporte informal ao idoso. (CALDAS, 2003; CAMARANO et.al., 2004).

As famílias brasileiras têm sofrido profundas mudanças na sua estrutura e composição. Essas mudanças são em grande parte devidas à redução das taxas de fecundidade e mortalidade, ampliação da seguridade social e mudanças no mundo do trabalho. (CAMARANO et.al., 2004). Um estudo envolvendo 204 municípios das cinco macro-regiões do país, demonstrou que as famílias urbanas brasileiras, eram compostas em média por quatro integrantes, e quando havia idoso na família, o número era de três componentes. Os resultados do estudo, também evidenciaram uma redução no número de filhos por família. (NERI, 2007). A taxa de fecundidade total, ou seja, o número médio de filhos de uma mulher, em 1991 era de 2,6 filhos, passando para 2,2 filhos em 2000, o que significa uma redução de 15,4%. (BRASIL, 2005). Em 2007, a taxa de fecundidade total estava em torno de 1,95, evidenciando um grande declínio da fecundidade no Brasil, principalmente nas últimas décadas. Na Itália, os valores já se encontram abaixo do nível de reposição natural da população, onde a taxa está em 1,38. (IBGE, 2008).

Os crescentes divórcios e separações, observados em quase todo o mundo, a participação feminina no mercado de trabalho e a redução do número de filhos, tende a reduzir as possibilidades de suporte informal aos mais velhos, podendo contribuir negativamente para a manutenção do idoso no seio familiar. (BRASIL, 2006a; CAMARANO et. al., 2004; WHO, 2005). No entanto, Paskulin (2006) chama atenção

para o fato de que, nem sempre, a presença de filhos significa garantia de suporte. Somado a isso o fato de contribuir decisivamente com sustento da família não garante ao idoso o apoio necessário. (CALDAS, 2003).

A principal fonte de suporte informal para os idosos brasileiros, apresenta diferenças relativas ao gênero. Enquanto que para os homens a principal fonte de atenção é a companheira, para as mulheres o mais importante suporte provém dos filhos. Tal fato pode ser justificado, por um maior número de homens idosos casados, residindo com a esposa e ao menos um filho. Já as mulheres idosas, são na maioria viúvas e residem com um filho ou filha, que se constitui no principal suporte informal de atenção. (NERI, 2007; WHO, 2005).

Dados recentes têm nos mostrado, que muito embora grandes esforços tenham sido feitos nos últimos anos, o Brasil continua apresentando um significativo número de pessoas com baixa escolaridade. Em 2007, o país contava com cerca de 14,1 milhões de pessoas com baixa escolaridade. Em 2007, o país contava com cerca de 14,1 milhões de analfabetos com mais de 15 anos de idade, representando uma taxa de 10%. Do total desses analfabetos, cerca de 40,1% tinham idade superior a 60 anos. (IBGE, 2008). No estudo de Neri (2007), verifica-se que cerca de 89% dos idosos não passaram da oitava série do ensino fundamental, 18% não tiveram nenhuma educação formal e o analfabetismo funcional estava presente para 49% dos idosos.

No entanto, alguns autores, avaliam positivamente essa questão, apontando para uma melhoria do nível educacional de idosos nos últimos anos. Esses avanços foram observados para ambos os sexos, no entanto, os números mais significativos foram observados para o sexo feminino. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; IBGE, 2008; VERAS, 2007).

A região Sul do Brasil ganha destaque no cenário nacional por possuir a maior expectativa de vida do país, estando em torno de 74,7 anos. Os estados brasileiros que apresentam a mais elevada esperança de vida são Santa Catarina e Distrito Federal, ocupando a primeira posição, com 75,3 anos. O RS já ocupou o primeiro lugar em expectativa de vida do país. Atualmente é o segundo estado brasileiro em percentual de idosos e o terceiro em expectativa de vida. A longevidade observada no estado vem aumentando nos últimos anos. A esperança de vida ao nascer que era de 72,5 anos em 1997, passou para 75 anos em 2007. (IBGE, 2008). Para os homens a expectativa de vida estava em 71,4 anos e para mulheres 78,8 anos. Esses níveis se apresentam como resultado de melhorias nas condições sanitárias, redução da mortalidade infantil,

melhoria das coberturas vacinais e acesso aos serviços de saúde, bem como, a prevenção de doenças. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Além do importante incremento no número de pessoas com mais de 60 anos, também se observa uma elevação do grupo com mais de 80 anos no RS, e conforme projeções da Fundação de Economia e Estatística (FEE-RS), o estado terá em 2020 mais de 500.000 mulheres com 80 e mais anos, representando um aumento de quatro vezes em relação ao censo de 1980 e os homens serão pouco mais de 300.000. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Seguindo a tendência nacional, o estado do RS tem apresentado uma redução dos níveis de crescimento populacional, como consequência, em grande parte, da queda da fecundidade, impulsionada pela maior inserção da mulher no mercado de trabalho e o acesso a métodos anticoncepcionais. Enquanto no ano de 1999 a média de filhos por mulher era de 2,2, em 2003 passou para 1,7. Tomando por base o comportamento atual dos nascimentos e óbitos, acredita-se que a partir de 2024 o estado terá um crescimento populacional negativo, onde se observará uma redução ainda maior do contingente populacional. (PORTELLA, 2008; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A taxa de urbanização, ou seja, a mudança do meio rural para o meio urbano, apresentou crescimento no estado entre os censos de 1991 e 2000, passando de 76,6% para 81,6%. Nesse sentido há que se destacar que nas cidades os índices de tabagismo, acidentes automobilísticos e obesidade são maiores. No entanto, a vida no meio urbano torna mais fácil o acesso à assistência de saúde, à educação, à cultura e aos serviços sociais. (BATISTA et.al., 2008; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Portella (2008) fazendo considerações acerca do envelhecimento no RS, em especial da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), cujos municípios de Passo Fundo e Coxilha são integrantes, salienta que a questão demográfica da população idosa merece atenção, visto que, nesta CRS, 49 dos 58 municípios que a compõem, possuem um percentual de idosos entre 10% e 14% no total da população geral. Em termos de atenção à saúde dos mais velhos isso é preocupante, por se tratar de uma região onde há concentração de idosos em áreas rurais, locais em que as ações em saúde não acompanham o avanço das áreas urbanas.

O índice de idosos, que é calculado pela razão entre pessoas com mais de 60 anos e os menores de 15 anos, na 6ª CRS em 1990, era de 25% passando para 35,3% em 2002, o que representa um importante crescimento da população idosa na região, e

projeções apontam para 2050 um aumento desse índice chegando aos 137,2%. (PORTELLA, 2008).

Na região sul do Brasil encontra-se o menor percentual de idosos com baixa instrução. Enquanto a média nacional estava em 32,2%, no estado era de 21,5% da população com mais de 60 anos. Já na região nordeste, o percentual era de 52,2% em 2007. Os níveis educacionais de idosos no país, apresentam grandes diferenças relacionadas ao meio urbano e rural. No entanto, essas diferenças são pequenas no RS. (IBGE, 2008).

A renda domiciliar per capita, se constitui em importante fator para mensuração do nível de bem-estar da população. Consideram-se domicílios em situação de pobreza, aqueles onde a renda mensal per capita é inferior a meio salário mínimo. A região sul apresenta os menores níveis de pobreza do país. Enquanto no Brasil os domicílios em situação de pobreza representavam cerca de 12,6%, na região sul o percentual era de 6,5%. (IBGE, 2008).

No entanto, embora o estado apresente indicadores positivos em alguns aspectos, grandes diferenças regionais são observadas. (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Diante das diversas realidades que se apresentam no cenário atual, Batista et.al. (2008) ressaltam a importância de se conhecer quem são os idosos e quais são as suas condições de vida, como requisito para a elaboração de políticas, que visem garantir os direitos e as necessidades desse grupo.

2.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

O aumento da expectativa de vida em nosso contexto, embora parecido com o de países desenvolvidos, tem mais relação com o acesso a tecnologias pontuais em saúde, do que com qualidade de vida. (BRASIL, 2006b; VERAS, 2007; WHO, 2005). Enquanto nos países desenvolvidos a elevação da expectativa de vida foi precedida por desenvolvimento social e econômico, em nosso contexto os níveis de desenvolvimento não acompanham o rápido envelhecimento populacional. Grandes desigualdades sociais e econômicas são observadas no país. (BATISTA et.al., 2008).

O termo qualidade de vida pode ser entendido como a impressão que o sujeito tem acerca da sua posição no contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos e expectativas. É um conceito amplo, que envolve a saúde física, psíquica, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e a relação

do indivíduo com o ambiente. A autonomia e a independência têm papel determinante na qualidade de vida de quem envelhece. (WHO, 2005).

Para a OMS, saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim, um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (WHO, 2005). Durante a 8^o Conferência Nacional de Saúde do Brasil, em 1986, essa definição foi ampliada, sendo considerada saúde o resultado de apropriadas condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e posse dela e acesso aos serviços de saúde. Tal definição lança um olhar mais amplo e integral para o ser humano e reconhece na qualidade de vida um determinante para a saúde. (BRASIL, 2004).

As mudanças na estrutura etária em nível mundial nos colocam diante de uma transição epidemiológica, isto é, de uma mudança nos padrões de mortalidade. Tem-se observado nos últimos anos uma redução da mortalidade geral devido às doenças infecto-contagiosas e uma elevação das ocorrências por doenças crônicas, que passaram a ser a maior causa de morbidade e mortalidade no Brasil. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Tornam-se cada vez mais frequentes no cenário brasileiro as DANTs. São comuns as doenças crônicas e múltiplas, que tendem a se manifestar com muita frequência no grupo etário idoso, causando limitações importantes e requerendo cuidados, muitas vezes incessantes. (BRASIL, 2006a; LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2007; WHO, 2005). No Brasil, cerca de 40% do tempo vivido pelos idosos é sem saúde. (CAMARANO, KANSO; MELLO, 2004). Um dos resultados do aumento das doenças próprias do envelhecimento é uma maior demanda por serviços de saúde. (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

As doenças crônicas podem afetar a funcionalidade do indivíduo por longos períodos ou até mesmo permanentemente. As alterações orgânicas advindas do envelhecimento tornam as pessoas mais vulneráveis, facilitando o desenvolvimento de patologias. Essa fragilidade do idoso se caracteriza pela redução da reserva energética e menor resistência a estressores. É uma condição determinada por uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e individuais, que acaba por tornar o sujeito mais susceptível a doenças e a morte, pois surge como resultado de um declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. (BRASIL, 2006a).

Os processos incapacitantes gerados pela evolução das condições crônicas, influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos. Além disso, co-morbidades são frequentemente identificadas. O princípio de doença única dificilmente se aplica ao idoso. As doenças crônicas e múltiplas aumentam a demanda por cuidados, medicamentos, exames e elevadas tecnologias, ocasionando altos custos para o sujeito, a família, a sociedade e o estado. (BRASIL, 2006a; LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2007). Além disso, as internações hospitalares para esse segmento exigem maior tempo e são mais frequentes se comparadas às demais faixas etárias. (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Acredita-se que em torno de 10% a 25% das pessoas com mais de 65 anos e 46% das acima de 85 apresentem algum grau de fragilização. Nesse sentido, além dos fatores biológicos, fatores sociais como baixas rendas e escolaridade podem contribuir negativamente para o processo, agravando a fisiopatologia da síndrome. No entanto, há que se destacar que envelhecer não significa tornar-se frágil. Envelhecimento e fragilidade são fenômenos distintos, e intervenções em tempo oportuno trazem grandes possibilidades de reversão dessa condição. (BRASIL, 2006a).

Dentre as alterações trazidas pela idade e que podem tornar o indivíduo fragilizado, destacam-se as alterações nos sistemas neuromuscular, neuroendócrino e imunológico. (BRASIL, 2006a). Os agravos mais comuns observados na velhice, mundialmente, são as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o acidente vascular, o diabetes mellitus, o câncer, a doença pulmonar obstrutiva crônica, as alterações músculo esqueléticas, como artrite e osteoporose, as condições de saúde mental como demência e depressão, a cegueira e a diminuição da visão. A ocorrência dessas doenças não apresenta diferenças de gênero significativas, embora as condições músculo esqueléticas sejam mais frequentes em mulheres. (WHO, 2005).

Estudos de base populacional referenciados pelo MS têm evidenciado, que cerca de 85% das pessoas com idade superior a 60 anos apresenta ao menos uma doença crônica. Aproximadamente 15% dos idosos são acometidos por pelo menos cinco DANTs. Algo em torno de 60% desse grupo convive com a hipertensão arterial, sendo este o agravo de maior prevalência em idosos. (BRASIL, 2005). O estudo de Neri (2007) demonstra resultados semelhantes, onde 81% dos idosos pesquisados apresentavam pelo menos uma doença crônica. Nesse estudo a hipertensão arterial

estava presente para 43% dos idosos, os problemas de visão para 26%, e os problemas de coluna acometiam cerca de 23% dos estudados. (NERI, 2007).

Corroborando, Morais (2007) verificou em seu estudo que a hipertensão acomete metade dos idosos com mais de 80 anos. No entanto ressalta que os agravos causadores de maior prejuízo nas atividades diárias desses idosos são o reumatismo, os problemas de coluna e a insônia.

A dependência funcional nas formas leves acomete de 25 a 30% dos idosos, 7 a 10% apresentam dependência funcional moderada e em torno de 6% convivem com dependência grave. (BRASIL, 2005). No estudo realizado por Morais (2007) com 137 idosos com mais de 80 anos envolvendo o meio rural do RS, observa-se que a maioria do grupo estudado, apresenta comprometimentos para a realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), o que aumenta com a idade. O mesmo estudo evidenciou que as mulheres apresentam maior comprometimento da capacidade funcional que os homens para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs).

Em 2001, quando os idosos representavam cerca de 8,5% do total da população brasileira, os gastos em internação hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) consumiram R\$ 1,2 bilhão, enquanto que os custos com a população de zero a 14 anos, que representava 29,6% da população, representaram cifras de R\$ 922 milhões. (BRASIL, 2005).

Diante do fato de que as principais DANTs são passíveis de prevenção, o MS tem como prioridade o incremento de ações intersetoriais de prevenção e controle dessas patologias. Essas ações devem estar alicerçadas na vigilância dos principais fatores de risco modificáveis e que estão presentes na maior parte das doenças crônicas, como o tabagismo, a alimentação inadequada e a inatividade física. (BRASIL, 2005). Corroborando, Tourinho Filho (2008), destaca que os gastos do sistema de saúde nos Estados Unidos da América (EUA), em 1980, foram de 173 bilhões de dólares, e após 20 anos, atingiram 910 bilhões, somente com tratamentos de problemas relacionados a estilos de vida inadequados.

Sobre a condição de qualidade de vida e de saúde preconizada pela OMS, ganha relevância a auto-avaliação de saúde feita pelos indivíduos. A pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), um esforço conjunto da OPAS, em convênio interagencial, integrado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe

(CEPAL), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa de Envelhecimento das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com a colaboração de diversos países da região, desenvolveu a Pesquisa SABE em sete cidades, com o objetivo de preencher a urgente necessidade de informação especializada. Lebrão e Laurenti (2003), organizadoras da pesquisa no município de São Paulo, chamam atenção para o fato de que a auto-percepção de saúde é mais do que uma simples impressão pessoal, sendo fator determinante do risco de mortalidade. As autoras demonstram com o estudo, que quando questionados quanto à auto-percepção de saúde, 53,8 % dos idosos, a avaliaram como sendo regular ou má, enquanto que 46,2% fizeram uma auto-avaliação de saúde bastante positiva. Em outros países onde a mesma pesquisa foi realizada os resultados foram parecidos, exceto Buenos Aires e Montevidéu, onde as avaliações positivas ultrapassaram os 50%.

No RS, um estudo realizado por Paskulin (2006) envolvendo o contexto urbano na região metropolitana da capital do estado, demonstrou que aproximadamente 80% dos idosos se consideravam saudáveis. No entanto, cerca de 70% afirmaram ter algum problema de saúde e 76% faziam uso de medicamentos continuamente. A média de problemas de saúde referidos foi de 1,36. Outro estudo realizado no estado do RS com idosos acima de 80 anos, residentes no meio rural de um município do interior, mostra que estes, na maioria, avaliam positivamente a sua saúde, e encontram-se de forma geral com boas condições de saúde. No caso dos idosos mais velhos não são constatadas diferenças de gênero significativas quanto à auto-avaliação de saúde. (MORAIS, 2007). De um modo geral, observa-se que tanto no campo como na cidade, as auto-avaliações de saúde dos idosos no RS são mais positivas do que negativas.

A pesquisa SABE no município de São Paulo, identifica diferenças de gênero e faixa etária nas auto-avaliações de saúde das pessoas com mais de 60 anos. Com o estudo, observou-se que as auto-avaliações positivas tendem a diminuir com a elevação da idade. Estabelecendo uma comparação entre os sexos, as mulheres tendem a avaliar mais negativamente seu estado de saúde do que os homens e os agravos à saúde são mais frequentes para o grupo feminino. Cerca de 48% das mulheres entrevistadas no estudo, disseram ter três ou mais agravos, enquanto que para homens o percentual foi de 36%. Lebrão e Laurenti (2003) enfatizam que as mulheres, procuram mais os serviços de saúde, tendo desta forma, mais oportunidades de diagnóstico. (NERI, 2007). Somado

a isso, foi possível constatar no estudo, que as atividades físicas fazem parte da rotina masculina em maior escala, para qualquer idade, o que poderia contribuir positivamente para a menor ocorrência de agravos em homens. No entanto o percentual de idosos que costuma praticar exercícios físicos é bastante baixo, representando cerca 26,5%. O nível de escolaridade baixo mostrou-se relacionado com as auto-avaliações regulares ou más e o fato de viver sozinho resultou em avaliações mais positivas de saúde. (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

No Brasil, a tendência de mortalidade também se assemelha àquela constatada em nível mundial. São frequentes os óbitos por doenças próprias da população idosa, como por causas cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em causa de mortes no país, desde 1980. No ano de 2000 foram responsáveis por 26,5% do total de mortes do ano. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

As causas mal definidas, mais recentemente nomeadas como sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ocupam a segunda posição. Outra condição relevante na atualidade, embora se encontre na terceira posição, refere-se às neoplasias, que merecem destaque pelo significativo aumento que vem apresentando em relação às demais causas de morte. Em 1980 essa patologia ocupava a quinta posição, passando para terceira em 2000. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Analisando especificamente o grupo idoso no período de 1980 a 2000, observa-se um crescimento na proporção de mortes por neoplasias e doenças do aparelho respiratório, estando classificadas respectivamente como terceira e quarta principal causa de óbitos em ambos os sexos. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, embora tenham apresentado elevação no período observado, são responsáveis por pequena parcela dos óbitos. Atenta-se para o fato de que assim como no mundo, não há diferenças importantes relativas à causa de óbito entre homens e mulheres no Brasil. Muito embora as doenças do aparelho circulatório ocupem o primeiro lugar, no período de 1980 a 2000, pôde se observar que estas, estão ocorrendo mais tarde e atingindo principalmente a população com mais de 80 anos. Tal indicador parece estar relacionado com a maior oferta de tecnologias em saúde oferecidas atualmente. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

No ano de 2000 as mortes por causas evitáveis representaram cerca de 75% do total de óbitos no país. No entanto, grande parte das doenças crônicas é passível de prevenção ou retardamento de complicações. (CAMARANO, KANSO, MELLO, 2004).

A OMS destaca que a origem do risco para doenças crônicas pode ter início nos primeiros anos de vida e sofrer influências posteriores de condições sociais, econômicas e outras vivenciadas ao longo da vida. Identifica-se, porém, que nas idades mais avançadas hábitos inadequados de vida como o uso do tabaco, a inatividade física e a alimentação inadequada, dentre outros, tende a reforçar de maneira significativa o desenvolvimento de condições crônicas. Por isso as ações de prevenção a esses agravos devem se estender a todos os ciclos da vida. (WHO, 2005).

Para Tourinho Filho (2008), as manifestações de doenças, são o resultado de níveis mais avançados de hábitos inadequados de vida. O autor chama atenção para o fato de que aproximadamente 54% das mortes por doenças cardiovasculares estão relacionadas ao sedentarismo, atualmente considerado um problema de saúde pública. O autor ainda destaca que atividades físicas regulares e adequadas acompanhadas de hábitos de vida saudáveis se constituem em importante fator para melhoria da qualidade de vida do homem moderno, pois para pessoas que praticam atividades físicas o risco de desenvolver agravos cardiovasculares cai pela metade.

Nesse sentido, abandonar o sedentarismo pode reduzir de forma drástica o risco de morte por doenças cardiovasculares, e quando hábitos alimentares saudáveis são adotados a redução do risco pode ser de até 58% na progressão de doenças como a diabetes tipo II. Tais dados demonstram que a adoção de hábitos saudáveis, pode trazer grandes melhorias para a saúde. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009).

Seguindo a tendência nacional, o estado do RS, tem nas DANTs a principal causa de mortes, muito provavelmente como resposta à elevação da expectativa de vida, uma das maiores do país, à redução da mortalidade infantil, à redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e à melhoria no acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se o fato de que cerca de 79% dos óbitos do estado ocorrem após os 50 anos de idade. Conforme dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde, as maiores causas de morte, no RS para a população com mais de 50 anos são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e doenças do aparelho respiratório. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Destaca-se o coeficiente de mortalidade por neoplasias, que tem apresentado níveis crescentes para homens e mulheres no RS. No sexo masculino o câncer de pulmão é a principal neoplasia causadora de óbito. Em conjunto com o câncer de próstata, esôfago, estômago, cólon e reto, cavidade oral e faringe, pâncreas e fígado, representam 70% do total de mortes por câncer no sexo masculino. Para as mulheres o câncer de mama é a principal causa de óbitos por neoplasias, seguido pelo câncer de pulmão, cólon e reto, pâncreas, colo do útero, estômago, encéfalo, esôfago e ovário. Essas neoplasias representam cerca de 65,5% do total de mortes por câncer no sexo feminino. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Hayflick (1997) destaca a necessidade de se investir em pesquisas com o foco no envelhecimento, haja vista que 50% de todas as espécies de câncer ocorrem depois dos 65 anos e 80% depois dos 50 anos. Além disso, outras doenças associadas à idade também tendem a incidir com maior frequência nesse período.

A crescente necessidade de atendimentos de saúde de uma população que envelhece exige políticas públicas adequadas que promovam a saúde da população em todas as fases da vida, inclusive as de prevenção de doenças e de promoção de modos de vida saudáveis e ambientes propícios, entre outras, que podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir a redução dos custos em saúde. (WHO, 2005). Corroborando, Lima-Costa e Veras (2003) destacam que além do acréscimo nos anos de vida é necessário acrescentar qualidade aos anos adicionais.

2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Num contexto mais abrangente o marco inicial de preocupação com programas sociais direcionados aos idosos, se traduz pela realização da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse encontro ocorreu em Viena na Áustria, no ano de 1982 com a participação de 124 países do mundo. A assembleia originou um Plano de Ação para o Envelhecimento, buscando sensibilizar os diversos países, da necessidade de se criar políticas públicas voltadas aos idosos. O Plano continha recomendações de caráter econômico, social e cultural a serem seguidas e foi elaborado em observância à Declaração Universal dos Direitos Humanos. Os princípios contidos nesse documento deveriam servir como base para os países elaborarem políticas para o envelhecimento. (CAMARANO; PASINATO, 2004; ONU, 2003; RODRIGUES et. al., 2007). Cabe

destacar que o referido plano era mais direcionado aos idosos de países desenvolvidos e com forte viés econômico e medicalizante do envelhecimento. (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil, paralelamente as discussões internacionais foi aprovada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996. Os subsídios que deram origem à PNI bem como a sua regulamentação, são o resultado de intensos esforços ao longo de muitos anos, feitos por aqueles que reconheceram a importância da questão do envelhecimento no país. (RODRIGUES, 2001).

A PNI tem como finalidade garantir direitos sociais aos idosos além, de instituir meios para a promoção da autonomia, integração e participação social, bem como reafirmar o direito do idoso à saúde, já garantido pela Constituição Federal de 1988. De acordo com a PNI, considera-se idoso todo o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 1994; CAMARANO; PASINATO, 2004; RODRIGUES et. al., 2007).

A PNI estabelece o papel do estado, da família e da sociedade na garantia do direito do idoso à cidadania. Além disso, determina que o idoso não deva ser alvo de qualquer tipo de discriminação, devendo ser ele o principal agente e destinatário das transformações previstas por esta política. A aplicação dessa lei é dever dos poderes públicos e da sociedade em geral observando as diferenças econômicas, sociais e regionais. (BRASIL, 1994).

Com vistas à efetivação das ações previstas na PNI foi elaborado um Plano de Ação Conjunta envolvendo nove órgãos ministeriais. Esse documento contempla ações preventivas, curativas e de promoção com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos. (RODRIGUES et. al., 2007).

Somado a isso, foram traçadas diretrizes para o Plano de Ação, com o objetivo de proporcionar formas de participação social e integração dos idosos às demais gerações, promover a sua participação na formulação, implementação e avaliação das políticas e planos em seu benefício e priorizar a permanência do idoso no meio familiar em detrimento do ambiente asilar. As diretrizes também preveem a descentralização das ações políticas e administrativas e a capacitação de recursos humanos na área do envelhecimento. A divulgação de informações sobre aspectos psicossociais do envelhecimento e da própria PNI também estão previstas devendo ocorrer em todos os

níveis de governo. Além disso, fica garantida a prioridade do idoso no atendimento em órgãos públicos, privados e prestadores de serviços. No entanto, embora a política contenha ações inovadoras, a sua implementação é lenta cabendo aos idosos, famílias e sociedade a busca pela justiça social teoricamente garantida. (RODRIGUES et. al., 2007).

Esse dispositivo legal estabelece a descentralização de ações voltadas aos idosos em órgãos setoriais de estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. (BRASIL, 1994; CAMARANO; PASINATO, 2004; RODRIGUES et. al., 2007).

Em decorrência das grandes mudanças tecnológicas, culturais e sociais ocorridas em todo o mundo, uma nova Assembléia Mundial foi realizada, para se discutir o envelhecimento populacional. A Segunda Assembléia Mundial do Envelhecimento foi promovida pela ONU e aconteceu em 2002 em Madri na Espanha. Nesse encontro uma nova declaração política e um plano de ação foram aprovados, com vistas a políticas e programas voltados aos idosos, principalmente em países em desenvolvimento. Um dos objetivos do plano era o de garantir um envelhecimento com segurança e dignidade, participação social e garantia de direitos. Esse documento deveria servir de apoio na elaboração de políticas pelos países. (CAMARANO; PASINATO, 2004; RODRIGUES et. al., 2007).

O Plano de ação teve como princípios básicos a promoção da participação ativa dos idosos na sociedade, na força de trabalho, no desenvolvimento do país e na eliminação da pobreza, a promoção do bem-estar e da saúde na velhice e a criação de um ambiente adequado e favorável ao envelhecimento. (ONU, 2003). Para se proporcionar saúde e bem-estar na velhice, o plano considera a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da saúde em todas as etapas da vida, o acesso aos serviços de saúde e o papel das condições ambientais, econômicas, educacionais e sociais no estado de saúde das pessoas. Além disso, destaca a necessidade da capacitação de profissionais na área do envelhecimento, para a qualificação das ações voltadas aos idosos. O plano de Madri é um plano global que não considera as diversidades regionais. Enquanto que em alguns países se aplica perfeitamente, em outros muitos anos serão necessários para que possa ser implementado. (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Durante a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, a OMS lançou um documento intitulado “Envelhecimento ativo: um marco para a elaboração de políticas” que além de complementar também amplia o referido plano. Neste documento a OMS destaca a necessidade de se considerar fatores sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, culturais, de acesso a serviços e ambiente físico de moradia, como determinantes das condições de saúde em todas as fases da vida. (RODRIGUES et. al., 2007; WHO, 2005).

Desde a década de 90, a OMS vislumbra no envelhecimento ativo, uma alternativa viável para mudança do paradigma ora vigente, historicamente pautado na cura de doenças já estabelecidas. Na perspectiva do envelhecimento ativo, é dada maior ênfase e relevância à promoção de um envelhecimento mais saudável na busca pela manutenção da independência pelo maior tempo possível. (BRASIL, 2006a; WHO, 2005).

Para a OMS, ao se pensar em envelhecimento ativo, há que se considerar, fatores que vão muito além da promoção e melhoria das condições físicas. A saúde mental e as relações sociais, em que está inserido o indivíduo em processo de envelhecimento, devem ser atentamente analisadas. Para um envelhecimento com mais qualidade, devem ser oferecidas continuamente oportunidades voltadas à saúde, à participação e à segurança do idoso. Somado a isso, a história e os desejos daqueles que envelhecem, devem ser plenamente considerados. O intuito é que se possa, além de aumentar os anos de vida, também se conquistar uma elevação na expectativa de vida com qualidade, tanto para aqueles que se encontram em boas condições de saúde, como para os que já apresentam fragilidades. (WHO, 2005).

Seguindo as orientações do Plano de Madri, em 2003 o Brasil alcançou um importante avanço relativo a políticas públicas voltadas aos idosos, com a aprovação do Estatuto do Idoso, um dos principais instrumentos legais de direitos dos idosos no país. Esse dispositivo teve na sua elaboração a participação ativa de entidades de representação dos interesses dos idosos. (PAIM, 2004).

O Estatuto do Idoso foi sancionado por meio da Lei N° 10.741 de 2003 e passou a vigorar em 1° de janeiro de 2004. Este instrumento legal dispõe de 118 artigos contemplando direitos fundamentais dos idosos em diferentes áreas. Além de reforçar diretrizes já existentes, traz novas medidas destinadas a proporcionar bem-estar às pessoas com idade cronológica de 60 anos ou mais. (BRASIL, 2006b; PAIM, 2004).

O estatuto consolida direitos previstos na Constituição Federal de 1988, inclusive no tocante à proteção de idosos em situação de risco social, bem como estabelece penalidades aos infratores dos direitos desse grupo populacional. O documento relaciona ainda direitos essenciais como o direito à vida, ao respeito e a dignidade, à liberdade, a alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à previdência social, à profissionalização do trabalho, à assistência social, à habitação e ao transporte. Também contempla medidas de proteção, de atendimento e de acesso a justiça. Com esse instrumento fica ampliada a resposta do estado e da sociedade em relação ao atendimento das necessidades dos idosos. (PAIM, 2004; RODRIGUES et. al., 2007).

No entanto cabe ressaltar que os meios de financiamento de tais ações não estão nele previstas. O capítulo IV do Estatuto discorre acerca do papel do SUS na garantia da atenção a saúde do idoso em todos os níveis de atenção considerando o princípio da integralidade. (PAIM, 2004). Acerca dessa questão Rodrigues et. al. (2007) salienta que a efetivação desse dispositivo depende da cobrança organizada em todos os espaços sociais.

Em 1999 foi aprovada através da portaria 1.395 a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), revogada pela Portaria 2.528 de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Essa política define as diretrizes que devem guiar todas as ações em saúde no território nacional e contempla as responsabilidades institucionais de cada esfera de governo. (BRASIL, 2006b).

A finalidade da política é a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência do idoso através de ações individuais e coletivas de saúde em conformidade com os princípios do SUS. (BRASIL, 2006b).

A PNSPI tem como diretrizes a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, mantendo a capacidade funcional e a autonomia do idoso. Somado a isso, prevê uma atenção em saúde integral e integrada, com o foco no usuário reconhecendo seus direitos, necessidades, habilidades e preferências. Determina que o atendimento à saúde do idoso deve ter resolutividade na atenção básica sendo prestado por equipe multiprofissional. A PNSPI ressalta a necessidade de incentivo à participação do idoso no controle social das ações de saúde. A necessidade de destinação de recursos para qualificar o atendimento e a qualificação profissional na área do envelhecimento são

ênfatizadas e a realização de estudos e pesquisas de diagnóstico deverão servir como base para a aplicação e avaliação do referido dispositivo legal. (BRASIL, 2006b).

Assim a PNSPI preconiza a avaliação funcional do idoso como ferramenta para a identificação de algum grau de comprometimento, bem como, da necessidade de auxílio. O intuito é que se avalie como a pessoa está funcionando nas atividades do seu cotidiano no cuidado de si mesma. Essas atividades são divididas em AVDs e AIVDs. As primeiras dizem respeito ao autocuidado, como se alimentar, vestir ou tomar banho, que quando prejudicadas, podem requerer a presença de um cuidador. As AIVDs são mais relacionadas à participação em sociedade, como realizar compras, cuidar das finanças e usar o telefone. Nesse sentido, há que se discernir capacidade funcional de desempenho. Enquanto o primeiro avalia o potencial para a ação, o segundo avalia a ação propriamente. (BRASIL, 2006a). A avaliação do grau de dependência se faz importante também na determinação dos cuidados necessários. (CALDAS, 2003).

A PNSPI estabelece que a porta de entrada dos idosos para o sistema de saúde deve ser a Atenção Básica (AB) em saúde por meio da ESF. A Política Nacional de Atenção Básica foi regulamentada pela Portaria nº 648 de 2006. Essa política estabelece que a AB a saúde da população deve ter a saúde da família como estratégia prioritária para sua reorganização, consoante aos princípios do SUS. Os fundamentos da AB estão alicerçados no acesso universal e contínuo da população às ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção, no trabalho em equipe, na longitudinalidade do cuidado, na formação e capacitação de profissionais e na participação popular no controle social. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

As equipes de AB com ou sem ESF devem ser compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene bucal, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O processo de trabalho das equipes de AB é caracterizado pela definição de um território de atuação da unidade básica de saúde (UBS), no qual a equipe interdisciplinar atua, desenvolvendo tanto ações educativas na comunidade como atendimentos resolutivos à demanda espontânea, tendo como finalidade principal a prevenção de doenças e de danos evitáveis. (BRASIL, 2006c).

O Programa de Saúde da Família foi criado no ano de 1994 pelo MS e atualmente é denominado ESF por se constituir em uma estratégia de reorganização da AB em saúde do país. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Além dos princípios gerais da AB, a ESF atua no território de abrangência realizando diagnóstico situacional e desenvolvendo ações planejadas de acordo com o diagnóstico prévio, tendo como foco a família e a comunidade. Somado a isso, a ESF deve ser um espaço de construção da cidadania. A portaria 648/2006 define a infraestrutura necessária, a implantação da ESF, a composição profissional das equipes, e as responsabilidades de cada esfera de governo, bem como, a fonte de financiamento das equipes. (BRASIL, 2006c).

A AB por meio da ESF utiliza em seu trabalho tecnologias de alta complexidade, no que tange ao amplo conhecimento, e de baixa densidade, relacionada a equipamentos, com o intuito de resolver os problemas de saúde mais frequentes observados no território de abrangência. Essas equipes devem ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde. As ações devem se orientar pelos princípios da universalidade do atendimento, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade das ações, da responsabilização pela população adstrita, da humanização do atendimento, da equidade e da participação social nas decisões. (BRASIL, 2006c).

Como determinado pela PNSPI, a AB por meio da ESF deve realizar um diagnóstico multidimensional dos idosos, identificando questões relacionadas a aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais. Além disso, a atenção deve se estender à família com acompanhamento domiciliar, orientação e apoio aos cuidadores, respeitando as diferentes culturas e realidades em que estão inseridos. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A PNSPI e a Política Nacional de Atenção Básica foram aprovadas em consideração à Portaria 399/GM de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, que é o resultado da definição da agenda de compromissos do MS. O Pacto pela Saúde é dividido em três eixos. São eles o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida é composto por um conjunto de prioridades sanitárias, definidas através uma análise da situação de saúde do País, e que são de responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais. As ações devem ser executadas com o foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance das metas. (BRASIL, 2006d).

O Pacto em Defesa da Vida é constituído por seis prioridades. Destas, três têm especial importância com relação à atenção a saúde da pessoa idosa, quais sejam a

saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da AB. A saúde do idoso tem por objetivo a implantação da PNSPI, buscando a atenção integral à saúde desse grupo. A promoção da saúde pretende a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com destaque para a adoção de hábitos saudáveis de vida através da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. O fortalecimento da AB tem como finalidade principal a consolidação e qualificação da ESF como modelo de AB à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Essas são prioridades a serem seguidas pelos três entes federativos com a determinação das responsabilidades de cada um. (BRASIL, 2006d).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO

Estudo transversal sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes na zona urbana e rural do município de Coxilha-RS.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

Coxilha é uma pequena localidade do interior do RS e foi distrito de Passo Fundo até o ano de 1992. Neste ano, foi promulgada sua emancipação passando a ter autonomia política e administrativa. O município de Coxilha está situado no planalto médio do RS, sua altitude é de 717,84 metros acima do nível do mar e a vegetação é de matas nativas, herbáceas e pastagens de campo nativo. O clima é temperado, com variações, e a principal atividade produtiva é a agricultura. A população é composta de descendentes de imigrantes italianos, portugueses, alemães e de origem afro-brasileira, que chegaram à região, a partir do século XVIII. (SARTORI, 1996).

Conforme dados do último censo do IBGE, o município possui uma população de 2826 habitantes e uma área de 422,33 km². Seus limites são ao norte Sertão, sul Passo Fundo, leste Vila Lângaro e Mato Castelhana e a oeste Pontão e Passo Fundo. (IBGE, 2010).

Com a instalação do município em 1º de janeiro de 1993, uma das primeiras iniciativas, foi a de organizar o serviço de saúde, que a partir de então, vem gradativamente sendo melhorado e ampliado. (SARTORI, 1996).

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Coxilha, dispõe de um ambulatório urbano, que atua na prestação de assistência básica à saúde da população. Esta unidade ambulatorial abriga a ESF, que é a única referência em saúde do município.

A assistência em saúde de média e alta complexidade é prestada pelo município pólo da região, qual seja Passo Fundo, que dispõe de alta tecnologia em saúde.

O ambulatório do município oferece atendimento médico nas especialidades básicas (clínica geral, pediatria e ginecologia), assistência de enfermagem, atendimento odontológico e psicológico. A UBS dispõe de farmácia de medicamentos básicos e

especiais e desenvolve programas de combate a carência nutricional e de auxílio à população de baixa renda.

A coordenação e gestão da prestação de serviços de saúde, no município, estão a cargo do Secretário Municipal de Saúde. Na prestação de serviços assistenciais, a secretaria dispõe de dois médicos de clínica geral, um médico pediatra, um médico ginecologista, quatro cirurgiões dentistas, um enfermeiro, quatro técnicos em enfermagem, um psicólogo e sete ACSs. O município constitui uma área, com 100% de cobertura da ESF, a qual está dividida em sete micro-áreas, das quais três são urbanas e quatro rurais. A equipe responsável pela ESF é a mesma que atua a nível ambulatorial.

3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

O município de Coxilha possui uma população total de 2826 habitantes, dos quais 352 têm idade igual ou superior a 60 anos, representando 12,4% da população total, segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do município consultado no mês de fevereiro de 2010. A população do estudo foi composta por todas as pessoas residentes no município de Coxilha-RS, em meio urbano e rural, com idade igual ou superior a 60 anos. Foi utilizado como fonte de informações populacionais o cadastro no SIAB da Secretaria Municipal da Saúde do município de Coxilha-RS. Houve uma perda de 5,97% configurada por recusa em participar da pesquisa e pelo fato de o participante não ter sido encontrado após três tentativas de visita.

Os critérios de inclusão foram:

- ter idade igual ou superior a 60 anos;
- residir há pelo menos seis meses no território do município de Coxilha-RS;
- possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo observa a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do MS, nas suas diretrizes em relação à pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob registro no CAAE nº 1257.0.000.398-10, parecer nº 148/2010. (ANEXO A).

O estudo foi desenvolvido com a autorização do representante legal do município de Coxilha-RS. (ANEXO B).

3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de um inquérito domiciliar utilizando-se um questionário estruturado, uma adaptação do questionário da Pesquisa SABE, que preservou os ajustes realizados por Moraes (2007). A entrevista teve sete seções, sendo elas: 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. (APÊNDICE A).

Foi realizado um teste piloto para verificar o conhecimento dos entrevistadores acerca do questionário, averiguar a clareza das instruções para os respondentes e para conferir a adequação do instrumento. O teste piloto foi aplicado por três enfermeiros e quatro psicólogos, com a realização de três entrevistas cada um. Diante das observações oportunizadas pelo teste foram feitas adequações no instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2010 e conduzidas por quatro psicólogos treinados, selecionados intencionalmente para esse fim, pelas responsáveis pela pesquisa, tendo como critério único possuir formação universitária na área da saúde. Os entrevistadores contaram com o auxílio dos ACSs para apresentação nas residências e de um motorista que as conduzia até os domicílios. Tanto os ACSs como o motorista retiravam-se tão logo fosse feita a apresentação. As entrevistas foram realizadas individualmente, sobretudo em domicílios com mais de um idoso, exceto nos casos onde se fez necessária a presença de informante substituto ou auxiliar.

3.6. TREINAMENTO E SUPERVISÃO

A pesquisadora foi responsável pelo treinamento e supervisão dos entrevistadores. O treinamento inicial teve duração de quatro horas para apresentação do projeto de pesquisa e sensibilização para a questão do envelhecimento, bem como apresentação do instrumento de coleta de dados. Foi oferecida uma semana para que os

entrevistadores analisassem o projeto e o instrumento. Após esse período foi realizado um novo encontro com duração de quatro horas, com vistas ao esclarecimento das questões levantadas pelos entrevistadores. Um novo encontro foi realizado para treinamento acerca do instrumento de coleta de dados com duração de quatro horas para posterior aplicação do teste piloto. Após o piloto foi realizado um encontro com a presença da orientadora para os últimos ajustes. Durante o período de coleta de dados foram realizados encontros com periodicidade semanal para avaliação das atividades e esclarecimentos necessários.

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi elaborado um banco de dados utilizando o *software* SPSS (*Statistical Package for social Sciences* – SPSS 18.0). Os dados foram analisados empregando-se a estatística descritiva.

As variáveis do estudo foram:

Variáveis dependentes: relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida, à capacidade funcional, ao estado cognitivo, ao uso e acesso aos serviços de saúde e a rede de apoio familiar e social.

Variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação, estado marital, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, local de moradia e condições de moradia.

As variáveis qualitativas (categóricas, nominais e ordinais) foram apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas (absolutas e relativas), bem como, tabelas de contingência bi e multivariadas. As variáveis quantitativas foram descritas mediante medidas de tendência central ou posição (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão, percentis 25 e 75, mínimo e máximo).

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, aplicou-se os testes qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Razão de Risco (Odds Ratio). Para avaliar a associação entre variáveis quantitativas e qualitativas utilizou-se o teste paramétrico F da ANOVA e os testes não paramétricos U de Mann Whitney e Kruskal Wallis.

Para avaliar a normalidade utilizou-se os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O nível de significância adotado foi de 5%.

4. RESULTADOS

Ao iniciar a apresentação dos resultados deste estudo, cabe destacar que do total de 352 idosos residentes no município, o instrumento foi respondido por 331 (94,0%).

Os idosos que vivem em Coxilha estão distribuídos em sete micro-áreas, segundo territorialização da ESF, que tem cobertura total sobre o município. Destas, três abrangem o meio urbano, e quatro representam território rural. A maioria dos idosos 196 (59,2%) reside em micro-áreas urbanas, dos quais 71 (21,5%) na micro-área 1, 63 (19,0%) na micro-área 7 e 62 (18,7%) na micro-área 5. As quatro micro-áreas rurais concentram 135 (40,8%) das pessoas com mais de 60 anos. O maior número de idosos foi encontrado na micro-área 1, de localização urbana, com 71 (21,5%) idosos e o menor na micro-área 6, no meio rural, com 19 (5,7%) pessoas com mais de 60 anos.

O instrumento de coleta de dados foi respondido sem necessidade de ajuda de familiares por 304 (91,8%) idosos, com necessidade de ajuda por 19 (5,7%) e 8 (2,4%) idosos tiveram a entrevista respondida por um informante substituto.

4.1. SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES

A média de idade dos idosos do estudo foi de 69,4 anos (DP=7,7) anos sem diferença significativa entre os sexos ($p=0,237$) pelo teste U de Mann-Whitney (12.639,00). A mediana da idade foi de 68,0 anos, com uma variação mínima de 60 anos e máxima de 102 anos. Um dado a se destacar, indicado pela análise, é a amplitude interquartílica de apenas 11 anos. A variável idade foi dicotomizada em três faixas etárias, tomando-se por base a mediana da idade e a amplitude interquartílica. Dessa forma a faixa inferior representa os idosos com idades entre 60 e 65 anos, a faixa central diz respeito aos que possuem idades entre 65 e 71 anos e a faixa superior engloba os idosos com idade acima de 71 anos.

As mulheres idosas de Coxilha predominam sobre os homens. Enquanto as mulheres são 173 (52,3%) da população de idosos, os homens somam 158 (47,7%).

A Tabela 1 refere-se a alguns dados sócio-demográficos, destacando-se que a maior concentração de idosos está na faixa etária inferior, seguida pela faixa superior e central, sem diferença significativa entre os sexos.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total n (%)	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Faixa etária	60 a 65 anos	66 (50,8)	64 (49,2)	130 (39,3)	0,218
	65 a 71 anos	39 (52,7)	35 (47,3)	74 (22,3)	
	71 e mais	53 (41,7)	74 (58,3)	127 (38,4)	
Cor	Branco	110 (48,5)	117 (51,5)	227 (68,6)	0,697
	Não branco	48 (46,2)	56 (53,8)	104 (31,4)	
Estado marital	Divorciado	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,9)	< 0,000
	Separado	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (4,8)	
	Viúvo	10 (13,9)	62 (86,1)	72 (21,8)	
	Casado	126 (60,3)	83 (39,7)	209 (63,2)	
	Amasiado	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (6,3)	
	Solteiro	3 (30,0)	7 (70,0)	10 (3,0)	
Morar só	Sim	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (17,2)	0,818
	Não	130 (47,5)	144 (52,5)	274 (82,8)	
Zona nascimento	Urbana	23 (40,3)	34 (59,7)	57 (17,4)	0,250
	Rural	135 (50,0)	135 (50,0)	270 (82,6)	
Zona de moradia	Urbana	85 (44,5)	106 (55,5)	191 (57,7)	0,169
	Rural	73 (52,1)	67 (47,9)	140 (42,3)	
Renda total idoso	Não possui	14 (41,2)	20 (58,8)	34 (10,7)	< 0,000
	Até 1 salário	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (30,4)	
	De 1 a 2 salários	61 (50,0)	61 (50,0)	122 (38,2)	
	De 3 a 5 salários	36 (76,6)	11 (23,4)	47 (14,7)	
	Acima de 5 salários	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (6,0)	
Renda total família	Não possui	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	0,036
	Até 1 salário	18 (39,1)	28 (60,9)	46 (14,7)	
	De 1 a 2 salários	71 (46,1)	83 (53,9)	154 (49,2)	
	De 3 a 5 salários	50 (56,8)	38 (43,2)	88 (28,1)	
	Acima de 5 salários	16 (69,5)	7 (30,5)	23 (7,4)	

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total n (%)	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Trabalho atual	Sim	88 (65,2)	47 (34,8)	135 (40,9)	< 0,000
	Não	70 (35,9)	125 (64,1)	195 (59,1)	

Teste de qui-quadrado.

Com relação à cor da pele, houve um predomínio de brancos. Os não brancos, representados pelos pardos, pretos, amarelos e indígenas estão em menor frequências. Na relação entre sexo e cor, não houve diferença significativa.

Os idosos de Coxilha são provenientes em grande parte do meio rural. A cidade de nascimento da maioria 75 (23,7%) é o próprio município de Coxilha, seguido por municípios circunvizinhos como Sertão 48 (15,1%), Passo Fundo 47 (14,8%), Tapejara 22 (6,9%) e Água Santa 12 (3,8%). Juntos esses municípios, constituem a origem de 204 (64,4%) dos idosos. Os demais são originários de outros municípios da região sul do país, sendo que 319 (97,6%) são provenientes do estado do Rio Grande do Sul (RS), 4 (1,2%) de Santa Catarina (SC), 2 (0,6%) de São Paulo (SP) e 2 (0,6%) do Paraná (PR).

Houve predomínio de idosos residindo no meio urbano, dos quais 301 (90,9%) residem neste local há mais de 5 anos.

Na maioria dos casos, 284 (85,8%), esses idosos vivem acompanhados. Os que moram sozinhos são 57 (17,2%), sem diferença entre os sexos. Quanto à satisfação de residir na companhia das pessoas com quem vivem, ou sozinhos, quando é o caso, 309 (95,7%) afirmaram gostar, e os demais 14 (4,3%) não se mostraram satisfeitos.

Dos que responderam sobre a preferência por arranjos familiares, a maioria 177 (62,3%) informou que gostaria de morar com companheiro, seguido de filhos casados 70 (24,6%), filhos solteiros 53 (18,7%) e sozinhos 32 (11,3%). Em menor frequência houve referência à netos, outros familiares, cuidador remunerado, grato e empregada doméstica.

Quanto à principal razão de estar morando no local, para 50 (15,2%), o motivo apontado está relacionado às condições de moradia, seguido por união conjugal 26 (7,9%), para estar perto de ou com familiares e amigos 23 (7,0%) e para estar perto de

ou com filho(s) por 20 (6,1%). Em frequências inferiores a 5,0% foram indicadas a proximidade do serviço de saúde, a viuvez, o medo da violência, o custo da moradia e a separação conjugal. Os idosos que apontaram outros motivos foram 166 (50,6%).

Dos que residem no local para estar perto de ou com filhos ou familiares e amigos, 16 (40,0%) informaram que é simplesmente porque gostam de estar perto dessas pessoas, 8 (20,0%) por problemas de saúde e 7 (17,5%) por outro motivo. A solidão, o cuidado de netos, os problemas econômicos e a ideia de que idosos precisam estar perto de ou com filhos e familiares foram indicados em menores percentuais.

Quanto ao estado conjugal, houve predomínio dos casados, seguidos por viúvos, amasiados, separados, solteiros e divorciados ou desquitados, com diferença significativa entre os sexos. Entre os divorciados, separados, viúvos e solteiros, a maioria são mulheres, enquanto que entre os casados e amasiados a maior prevalência é de homens. Os que são divorciados, separados ou viúvos, na maioria dos casos, 72 (80,9%), estão nesse estado marital há mais de 5 anos.

O número médio de filhos que os idosos de Coxilha tiveram, foi de 4,4 (DP=2,79). A média de filhos próprios foi de 4,2 (DP=2,7), de enteados 0,07 filhos (DP=0,41) e de adotivos 0,2 (DP=0,8). O número médio de filhos vivos que possuem foi de 4,1 (DP=2,6), sendo a média de filhos próprios 3,8 (DP=2,51), de enteados 0,06 (DP=0,4) e de filhos adotivos 0,2 (DP = 0,8).

Com relação ao número de pessoas na residência a média foi de 1,7 (DP=1,4). Quanto ao arranjo familiar houve predomínio dos que moram com cônjuge 127 (38,4%), seguido de co-habitação com cônjuge e filhos 59 (17,8%) e outros arranjos 57 (17,2%). Os que moram com filhos; com filhos e netos; com cônjuge, filhos, genro e ou nora; com cônjuge, filhos, genro e ou nora e netos e somente com netos, apresentaram frequência inferior a 5,0%. Os domicílios unigeracionais apresentaram prevalência mais elevada 52,6% que os multigeracionais 30,1%.

A maior parte 268 (81,0%) dos idosos é aposentada, sendo na maioria dos casos 173 (52,3%) por idade, 75 (22,7%) por tempo de serviço e 18 (5,4%) por invalidez. Há maior prevalência 63 (19,0%) dos que recebem da aposentadoria até um salário mínimo. Em menores frequências 41 (14,8%) recebem de um a dois salários, 8 (2,9%) de três a cinco e apenas 1 (0,4%) recebe proventos superiores a 5 salários mínimos. Verifica-se, portanto, que 96,7% dos idosos recebem no máximo dois salários

mínimos, enquanto os valores superiores a três salários mínimos são realidade para apenas 3,3%.

Esses idosos, na maioria 199 (60,1%), possuem outra renda além daquela provinda da aposentadoria. Ao analisar a renda mensal total dos idosos, verifica-se um predomínio de rendas de até dois salários mínimos. A renda total dos idosos apresentou diferença significativa entre os sexos, com as maiores rendas para os idosos do sexo masculino.

Quanto à renda mensal total da família dos idosos, as que recebem valores entre um e dois salários mínimos estão em maior frequência, seguidas pelas que recebem de três a cinco salários, até um salário e acima de cinco salários mínimos. A associação entre a renda total da família dos idosos e sexo foi significativa ($p \leq 0,00$) observando-se maiores rendas para as famílias dos homens idosos.

A fonte dos recursos financeiros da maioria 230 (69,5%) é a aposentadoria e o trabalho próprio, seguido de outras fontes 67 (20,2%), trabalho próprio 54 (16,3%) e pensão 38 (11,5%). Em frequências inferiores a 5% encontrou-se como fonte programas do governo e doação financeira.

A principal atividade laboral desenvolvida anteriormente pelos idosos de Coxilha foi a agricultura para 197 (59,7%), seguida pela ocupação dona de casa, para 46 (13,9%). Juntas essas duas ocupações representam 73,6% das ocupações anteriores dos idosos do município. As demais ocupações referidas somam juntas 26,4%.

A maioria dos idosos não trabalha atualmente, no entanto há um importante percentual dos que permanecem trabalhando. Esses são na maioria 88 (65,2%) do sexo masculino. Foi encontrada uma associação significativa ($p \leq 0,00$) entre sexo e trabalho atual, em que se verifica uma chance cerca de três vezes maior ($OR=3,3$) para os homens idosos de estarem trabalhando em comparação com as mulheres.

Quando se analisa a relação entre idade e trabalho atual, observa-se uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,00$) entre a idade dos que trabalham e a dos que não trabalham. A média de idade dos que trabalham foi de 66,9 anos ($DP=6,0$) enquanto que a média de idade dos que não trabalham foi de 71,10 anos ($DP=8,3$).

Dos que trabalham 65 (48,5%) são agricultores e 21 (15,7%) donas de casa. Essas duas ocupações constituem 64,2% das ocupações atuais. As demais ocupações somam 35,8% e cada uma representa percentuais inferiores a 5,0%. O motivo de ainda trabalhar é na maioria dos casos o gosto pelo trabalho para 53 (39,8%) e a necessidade

de complementação da renda para 51 (38,3%). Há indicação de manter-se trabalhando para melhorar o estado de saúde, pelo costume, para ajudar os filhos, porque não há quem faça o serviço e porque tem saúde para isso.

O destino da maior parte dos recursos financeiros tem sido o custeio da alimentação 101 (47,4%) e dos medicamentos 70 (32,9%). Em menor frequência houve referência a gastos com moradia, lazer e outras coisas. Destaca-se o expressivo número 117 (35,3%) dos que não sabem em que gastam a maior parte do seu dinheiro.

Quanto à escolaridade 271 (82,1%) frequentaram a escola e 246 (74,3%) sabem ler e/ou escrever um recado. Quanto aos anos de estudo a maior prevalência 126 (38,9%) foi observada para os que tiveram de 4 a 7 anos, seguidos por 107 (33,0%) de 1 a 3 anos, 17 (5,2%) de 8 a 11 anos e 11 (3,4%) mais de 12 anos. Os analfabetos constituem 63 (19,4%) dos idosos do estudo, sendo na maioria mulheres 40 (63,5%). Embora os melhores níveis educacionais tenham sido observados para o sexo masculino, não houve associação significativa entre escolaridade e sexo ($p=0,226$).

Os meios de comunicação mais utilizados pelos idosos de Coxilha são os agentes de saúde 312 (94,5%), a vizinhança 309 (93,4%), a televisão 308 (93,1%), o rádio 287 (86,7%) e o telefone 271 (81,9%). O uso do computador e da internet é uma forma de comunicação utilizada por apenas 10 (3,0%).

A maioria 277 (83,7%) costuma se locomover a pé, utilizando automóvel 245 (74,0%) e ônibus 204 (61,6%).

Houve um predomínio de católicos 288 (87,0%) secundados por evangélicos, 41 (12,4%). Na maioria 316 (95,8%) consideram a religião importante em suas vidas e esta se constitui em importante fonte de forças para enfrentar as dificuldades para 307 (96,3%).

4.2. SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA

O escore médio dos idosos de Coxilha no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi de 21,9 (DP=5,8). A mediana foi de 23,0 pontos com variação mínima de 0 e máxima de 30 pontos.

A Tabela 2 demonstra a associação entre os escores obtidos e o sexo, faixa etária e escolaridade.

Tabela 2 - Escore no MEEM dos idosos, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Escore MEEM		P
		M	DP	
Sexo	Masculino	23,0	5,2	0,001 ^a
	Feminino	20,9	6,2	
Faixa etária	60 a 65	23,9	4,7	<0,000 ^b
	65 a 71	21,9	5,6	
	71 e mais	19,8	6,3	
Escolaridade	Analfabetos	16,2	6,3	<0,000 ^b
	De 1 a 3	21,0	4,4	
	De 4 a 7	24,5	4,6	
	Mais de 7	26,7	2,7	

^a Teste U de Mann-Whitney; ^b Teste Kruskal Wallis; M = Média; DP = Desvio padrão.

Na relação entre a pontuação no MEEM e sexo houve associação significativa ($p \leq 0,01$), com melhor desempenho cognitivo para os homens idosos.

Na relação entre faixa etária e pontuação obtida, houve diferença significativa nos escores alcançados pelas diferentes faixas etárias, com menor pontuação para os idosos com idades mais elevadas, demonstrando que a idade interfere nos resultados obtidos pelos idosos no MEEM.

Na relação entre anos de estudo e pontuação alcançada no MEEM, houve diferença significativa, sendo que os idosos com melhores níveis educacionais apresentaram pontuação significativamente maior no MEEM, demonstrando que a escolaridade é uma variável que se relaciona com o estado cognitivo.

4.3. SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE MORADIA

Quanto ao local de moradia 126 (38,2%) moram no centro, 80 (24,2%) em chácara ou sítio, 64 (19,4%) em bairro, 31 (9,4%) em granja, 14 (4,2%) no campo, 9 (2,7%) em vilarejo no interior, 4 (1,2%) em estrada (corredor) e 2 (0,6%) em fazenda.

Na maioria dos casos 307 (92,7%) residem em casas próprias, seguido por 15 (4,5%) em casa cedida e 8 (2,4%) em casa alugada. Essas casas são predominantemente mistas 146 (44,1%), seguidas de 124 (37,5%) de alvenaria e 61 (18,4%) de madeira. O

número médio de cômodos nas residências foi de 6,8 (DP=2,3) e de quartos foi de 2,8 (DP=0,8), com distribuição não normal para ambas as variáveis.

Com relação às instalações hidrossanitárias, todos os 331 (100,0%) idosos possuem água encanada dentro de casa, sendo em 275 (83,1%) provinda da rede pública e em 46 (13,9%) de poço. Houve referência a fontes como vertente e poço, vertente e nascente e vertente e rede pública em percentuais inferiores a 5,0%. A maioria das residências 327 (98,8%) deposita o esgoto em fossa séptica. Existem 4 (1,2%) domicílios onde o esgoto é lançado a céu aberto.

A maioria dos domicílios onde vivem os idosos 298 (90,0%) possuem banheiro dentro de casa com descarga, seguido por 14 (4,2%) que não possuem banheiro, 13 (3,9%) possuem banheiro fora de casa com descarga, 4 (1,2%) fora de casa sem descarga e 2 (0,6%) dentro de casa sem descarga.

A energia elétrica está presente em 329 (99,4%) residências. No entanto ainda há 2 (0,6%) domicílios em que não há fornecimento de energia.

O lixo na maioria dos casos 232 (70,1%) é recolhido por um caminhão, disponibilizado pela prefeitura. Em 128 (38,7%) o lixo é queimado, 80 (24,2%) enterrado e 31 (9,4%) depositado a céu aberto.

Quanto à posse de bens duráveis, 328 (99,1%) possuem geladeira, 323 (97,6%) televisão, 322 (97,3%) fogão a gás, 320 (96,7%) rádio, 309 (93,4%) fogão a lenha, 181 (54,7%) automóvel, 66 (19,9%) aquecedor e 38 (11,5%) computador.

Nas propriedades onde vivem os idosos, é frequente 252 (76,1%) a produção de frutas e verduras e/ou a criação de animais. Essas atividades têm como principal objetivo o consumo pela própria família. O cultivo de frutas é para consumo próprio em 221 (97,8%), a produção de verduras em 217 (95,2%) e a criação de animais em 124 (73,8%). A venda desses produtos ocorre em menos de 5,0% dos casos.

4.4. SEÇÃO D – CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA

Quanto à auto-avaliação de saúde, verifica-se que a maioria dos idosos auto avaliaram a sua saúde como regular 156 (47,3%) e boa 132 (40,0%). Com menor frequência verificam-se auto-avaliações muito boa 20 (6,1%), ruim 18 (5,5%) e muito ruim 4 (1,2%). Destaca-se o fato de que as auto-avaliações regular, ruim e muito ruim, apresentam prevalência de 54,0%. Quanto à comparação da saúde com a de outras pessoas da mesma idade, mais da metade, 151 (57,0%) consideram-na melhor, 73

(27,5%) igual e 41 (15,5%) pior. Quanto aos dados perdidos 55 (16,6%) não souberam responder e 11 (3,3%) não responderam como consideram a sua saúde em comparação com a dos pares. Quando compararam a saúde atual com a de um ano atrás, 129 (39,4%) acreditam estar igual, 105 (32,1%) melhor e 93 (28,4%) acham que sua saúde está pior.

O número médio de dias com impedimento para a realização de atividades do cotidiano por motivo de saúde, nas duas semanas que antecederam a pesquisa, foi de 1,1 (DP=3,1).

Com relação à presença de desconforto ou mal estar que traz incômodo ou que interfere no cotidiano 75 (23,0%) dos idosos afirmaram possuir. A dor crônica está presente para 166 (50,3%). Essa dor ocorre com maior frequência 112 (67,4%) nas costas (na cintura, acima ou abaixo) e nas pernas 67 (40,4%). Em menor frequência essas dores são nos ombros, braços e/ou mãos 44 (26,5%), na cabeça, face e/ou boca 26 (15,7%), na região abdominal 25 (15,1%), no peito 17 (10,2%), na região do pescoço 13 (7,8%), na região pélvica 10 (6,0%), nos pés 8 (4,8%) e na região anal ou genital 2 (1,2%). O prejuízo causado pela dor é principalmente em relação ao sono 48 (31,0%), ao trabalho 44 (28,4%) e à locomoção 36 (23,2%). Em menor frequência foram relatados prejuízos relacionados ao humor, ao apetite, ao relacionamento com as outras pessoas, ao autocuidado, ao lazer e a realização de atividades fora do domicílio, como ir ao banco ou fazer compras. Como tentativa de aliviá-la, costumam usar medicamentos receitados pelo médico 100 (61,0%), fazer massagens 55 (33,5%), aplicar pomadas ou emplastros no local da dor 41 (25,0%), ingerir chás 34 (20,7%) e fazer repouso 33 (20,1%). O uso de medicamentos por conta própria é prática comum para 29 (17,7%) idosos.

Quanto à ocorrência de quedas, no último ano, houve prevalência de 84 (25,4%), dos quais 42 (49,4%) sofreram 1 queda, 24 (28,2%) três ou mais e 19 (22,4%) duas quedas. Devido à(s) quedas, 45 (52,3%) precisaram de atendimento médico. As fraturas de quadril e/ou fêmur ocorreram em 11 (13,1%) idosos, dos quais 6 (7,1%) tiveram necessidade de cirurgia sem colocação de prótese. Fraturas em outros locais em decorrência de quedas apresentaram prevalência de 11 (13,4%).

Os problemas de audição estão presentes para 154 (46,5%), sendo que desses, apenas 5 (1,5%) usam prótese e percebem melhora, 50 (15,3%) não usam, mas precisariam e 2 (0,6%) usam aparelho de audição sem melhora; 2 (0,6%) são surdos.

Quanto à dificuldade visual, a maioria 295 (89,1%) tem problemas de visão. Destes, 206 (62,6%) usam óculos ou lentes com melhora dos sintomas, 51 (15,5%) não usam, mas necessitariam e 11 (3,3%) usam e não percebem melhora; 2 (0,6%) são cegos.

Com relação à última consulta odontológica, 159 (48,0%), estiveram no dentista há mais de três anos, 100 (30,2%) há menos de um ano e 61 (18,4%) entre um e dois anos. Destaca-se o fato de que 11 (3,3%) nunca foram ao dentista. Quanto a auto avaliação de saúde bucal, 198 (60,2%) consideram-na boa, 96 (29,2%) regular, 22 (6,7%) ruim, 10 (3,0%) muito boa e 3 (0,9%) muito ruim. Destaca-se o predomínio das auto-avaliações positivas de saúde bucal 208 (63,2%).

Quanto à dificuldade para falar, a maioria 255 (77,3%) nega tal dificuldade. Os que sentem raramente são 39 (11,8%), frequentemente 21 (6,4%) e sempre 15 (4,5%).

Quanto a presença de dentes naturais, 134 (40,5%) não possuem nenhum, 104 (31,4%) tem menos da metade, 60 (18,1%) tem mais da metade, 19 (5,7%) somente em baixo e 2 (0,6%) possuem dentes naturais apenas em cima. A prótese dentária superior e inferior está presente para 158 (47,7%) dos idosos, 84 (25,4%) usam apenas superior e 13 (3,9%) possuem apenas inferior. Os que não usam prótese dentária são 69 (20,8%) e 7 (2,1%) não têm dentes de espécie alguma.

Com relação à dificuldade de mastigação, 195 (58,9%) informam não ter esse problema. Os que possuem dificuldade são 136 (41,1%), dos quais 97 (29,3%) apenas para alimentos duros, 24 (7,3%) sempre, para qualquer tipo de alimento e 15 (4,5%) raramente. A maioria 291 (87,9%) nega dificuldade para engolir. Dos que possuem tal dificuldade 17 (5,1%) sentem raramente, 11 (3,3%) apenas para alimentos duros, 11 (3,3%) sempre para qualquer tipo de alimento e 1 (0,3%) apenas para líquidos. A maioria, 244 (73,7%) não se engasga com frequência. Dos que sofrem engasgos, 48 (14,5%) às vezes e 39 (11,8%) frequentemente.

Pouco mais da metade das mulheres idosas da pesquisa, 94 (54,7%), costumam examinar os seios regularmente (mensalmente) à procura de nódulos. Nos últimos dois anos, 78 (45,3%) não fizeram o autoexame. Quanto à realização de mamografia, no mesmo período, a maioria, 102 (59,6%) não a fez, indicando como principais motivos 58 (58,6%) não julgarem necessário e 16 (16,2%) não terem visitado o médico. Além desses, foram apontados motivos como falta de acompanhante e medo do exame e/ou

resultado. Chama atenção que 11 (11,1%) não fizeram mamografia porque o médico não indicou.

Com relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero, mais da metade 91 (53,2%) não o realizou nos últimos dois anos, na maioria dos casos 51 (56,7%) por não acharem necessário e 18 (20,0%) por não terem consultado o médico.

A idade média da última menstruação foi de 63,2 anos (DP=15,3). A mediana foi de 77,0 anos, com uma variação mínima de 24 anos e máxima de 77 anos. A amplitude interquartílica apresentou variação de 27 anos.

Dos homens, a maioria 100 (63,3%) fez algum tipo de exame de próstata nos últimos dois anos, sendo com maior frequência 49 (50,5%) o exame de sangue, seguido por ultrassonografia e exames de sangue 19 (19,6%). Os que não fizeram, apontaram como principal motivo 34 (58,6%) não acharem necessário, por não haver indicação do médico 11 (19,0%) ou ainda por não terem visitado o médico 10 (17,2%).

Com relação aos hábitos alimentares, quase a totalidade, 312 (94,3%) informou fazer três ou mais refeições diárias.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria 236 (71,3%), não cultivava esse hábito, não tendo feito uso em nenhum dia na semana nos últimos três meses. Dos que ingeriram bebidas alcoólicas, 36 (10,9%) consumiram em média 1 dia por semana e 21 (6,3%) de 2 a 3 dias por semana. Os que consumiram bebidas alcoólicas todos os dias da semana no período analisado, são 32 (9,7%) e os que ingeriram de 4 a 6 dias por semana 6 (1,8%). Com relação à quantidade consumida diariamente, medida em copos, a média foi de 0,2 (DP=0,5) copos de vinho, 0,8 (DP=2,20) copos de cerveja, 0,1 (DP=0,4) copos de cachaça e 0,01 (DP=0,1) de outras bebidas.

Com relação ao consumo de tabaco, 63 (19,0%) fumam atualmente, com média de consumo diário de 2,4 (DP=6,9) cigarros, 0,009 (DP=0,2) cachimbos e 0,6 (DP=3,4) palheiros. Os que já fumaram, mas abandonaram o hábito são 114 (34,4%) e quase a metade 154 (46,5%) nunca fumou.

O uso de medicamentos é uma realidade para a maioria 256 (77,3%) dos idosos de Coxilha. Esses medicamentos são, para 102 (39,7%) idosos, provindos do SUS ou do Posto de saúde, 98 (38,1%) de compra e 56 (21,8%) de compra e também do SUS ou do Posto de Saúde. O número médio de medicamentos usados pelos idosos foi de 2,9 (DP=2,6). A mediana foi de 2,0 com uma variação mínima de 0 e máxima de 15 medicamentos. A variação interquartílica foi de 3 tipos de medicamentos.

Com relação aos exercícios físicos, 149 (45,0%) idosos costumam praticá-los, sendo a caminhada a atividade física mais referida 139 (91,4%), seguida pelo jogo de bocha 33 (21,7%) e andar de bicicleta 19 (12,5%). Existem 43 (31,9%) que costumam praticar outras atividades físicas.

Quanto à realização de atividades de entretenimento, pelo menos uma vez por mês, a maioria 221 (66,8%) informou não ter feito no último ano. Com relação ao uso do tempo livre, as preferências recaíram sobre assistir televisão 289 (87,3%), ouvir rádio 272 (82,2%), fazer passeios e visitas 255 (77,0%), fazer atividades manuais 101 (30,5%), dançar 94 (28,4%), fazer leituras 90 (27,2%) e jogar cartas 67 (20,2%). A realização de outras atividades foi apontada por 46 (15,8%).

Quanto a presença de problemas de saúde, verifica-se, em ordem de prevalência, o nervosismo 208 (63,0%), os problemas de coluna 190 (57,8%), a hipertensão arterial 188 (57,1%), a prisão de ventre 162 (48,9%), os problemas para dormir 135 (41,3%), a má circulação 93 (28,2%), a depressão 77 (23,7%), os problemas cardíacos 69 (21,8%), o reumatismo 67 (21,5%), a incontinência urinária 60 (18,2%), o diabetes 50 (15,2%), a osteoporose 46 (14,8%), a artrite e ou artrose 38 (12,3%), a catarata 33 (11,0%), a asma ou bronquite 29 (8,8%), a obesidade 23 (6,9%), o enfisema pulmonar 23 (7,0%), o derrame e/ou isquemia cerebral 19 (5,7%), o câncer 16 (4,8%), a anemia 11 (3,5%), a incontinência fecal 10 (3,0%), a doença de Parkinson 5 (1,5%) e o Alzheimer 5 (1,5%). Para os que afirmaram ter câncer o local do primeiro foco foi a próstata 3 (18,8%), a pele 3 (18,8%), o pulmão 2 (12,5%) e o intestino 2 (12,5%), seguido por mama, útero, medula, rim, ouvido e garganta com 1 (6,3%) caso cada.

A Tabela 3 demonstra a relação entre os problemas de saúde dos idosos e o sexo. Houve associação estatística significativa entre sexo e enfisema pulmonar, com risco (OR=3,1) cerca de três vezes maior para os homens de ter enfisema pulmonar em relação às mulheres.

Tabela 3 - Problemas de saúde dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Reumatismo	Sim	26 (38,8)	41 (61,2)	67 (21,5)	0,067
	Não	126 (51,4)	119 (48,6)	245 (78,5)	

Tabela 3 - Problemas de saúde dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Asma ou Bronquite	Sim	11 (38,0)	18 (62,0)	29 (8,9)	0,255
	Não	147 (49,0)	153 (51,0)	300 (91,1)	
Enfisema Pulmonar	Sim	17 (74,0)	6 (26,0)	23 (7,0)	0,009
	Não	139 (45,6)	166 (54,4)	305 (93,0)	
Pressão Alta	Sim	76 (40,4)	112 (59,6)	188 (57,1)	0,002
	Não	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (42,9)	
Má Circulação	Sim	34 (36,6)	59 (63,4)	93 (28,2)	0,010
	Não	124 (52,3)	113 (47,7)	237 (71,8)	
Diabetes	Sim	21 (42,0)	29 (58,0)	50 (15,2)	0,379
	Não	136 (48,7)	143 (51,3)	279 (84,8)	
Obesidade	Sim	7 (30,4)	16 (69,6)	23 (7,0)	0,085
	Não	151 (49,0)	157 (51,0)	308 (93,0)	
Derrame/Isquemia Cerebral	Sim	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (5,7)	0,974
	Não	149 (47,8)	163 (52,2)	312 (94,3)	
Incontinência Urinária	Sim	26 (43,3)	34 (56,7)	60 (18,2)	0,467
	Não	131 (48,5)	139 (51,5)	270 (81,8)	
Prisão de Ventre	Sim	78 (48,1)	84 (51,9)	162 (48,9)	0,883
	Não	80 (47,3)	89 (52,7)	169 (51,1)	
Problemas com o Sono	Sim	52 (38,5)	83 (61,5)	135 (41,3)	0,004
	Não	105 (58,7)	87 (41,3)	192 (58,7)	
Catarata	Sim	7 (21,2)	26 (78,8)	33 (11,0)	0,001
	Não	140 (52,4)	127 (47,6)	267 (89,0)	
Problemas de Coluna	Sim	86 (45,3)	104 (54,7)	190 (57,8)	0,241
	Não	72 (51,8)	67 (48,2)	139 (42,2)	
Artrite/Artrose	Sim	6 (15,8)	32 (84,2)	38 (12,3)	<0,000
	Não	142 (52,4)	129 (47,6)	271 (87,7)	

Tabela 3 - Problemas de saúde dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Osteoporose	Sim	6 (13,0)	40 (87,0)	46 (14,7)	<0,000
	Não	146 (54,9)	120 (45,1)	266 (85,3)	
Nervosismo	Sim	91 (43,8)	117 (56,2)	208 (63,0)	0,069
	Não	66 (54,1)	56 (45,9)	122 (37)	
Problemas Cardíacos	Sim	31 (44,9)	38 (55,1)	69 (21,8)	0,570
	Não	121 (48,8)	127 (51,2)	248 (78,2)	
Anemia	Sim	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (3,4)	0,159
	Não	152 (48,9)	159 (51,1)	311 (96,6)	
Parkinson	Sim	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (1,5)	0,213
	Não	156 (48,0)	169 (52,0)	325 (98,5)	
Incontinência Fecal	Sim	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (3,0)	0,430
	Não	152 (47,3)	169 (52,7)	321 (97,0)	
Câncer	Sim	9 (56,2)	7 (43,8)	16 (4,9)	0,484
	Não	148 (47,3)	165 (52,7)	313 (95,1)	
Alzheimer	Sim	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (1,5)	0,580
	Não	154 (47,5)	170 (52,5)	324 (98,5)	
Depressão	Sim	26 (33,8)	51 (66,2)	77 (23,8)	0,006
	Não	128 (51,8)	119 (48,2)	247 (76,2)	

Teste qui-quadrado

Outros problemas de saúde mostraram associação significativa com o sexo feminino com risco maior para as mulheres como a hipertensão arterial (OR=2,0), problemas circulatórios (OR=1,9), problemas relacionados ao sono (OR=1,9) e depressão (OR=1,2).

Destaca-se alguns problemas de saúde que apresentam risco elevado para as mulheres idosas em relação aos homens como a catarata (OR=4,1) com risco 4 vezes

maior, artrite/artrose com risco (OR=5,9) quase 6 vezes maior e osteoporose com risco (OR=8,1) 8 vezes maior para o sexo feminino.

Na população total da pesquisa que considera que o problema de saúde interfere nas atividades do cotidiano, o problema de coluna está em primeiro lugar, sendo apontado por 140 (42,6%), seguido por problemas de nervosismo 137 (41,5%), hipertensão arterial 130 (39,5%), problemas relacionados ao sono 82 (25,1%), má circulação 63 (19,1%), depressão 62 (19,1%), problemas cardíacos 57 (18,0%), prisão de ventre 53 (16,0%), reumatismo 42 (13,5%), osteoporose 42 (13,5%), diabetes 40 (12,2%), artrite e ou artrose 34 (11,0%), incontinência urinária 26 (7,9%), catarata, 23 (7,7%), asma ou bronquite 18 (5,5%) e enfisema pulmonar 17 (5,2%). Com menor frequência foi citado derrame e/ou isquemia cerebral, obesidade, câncer, incontinência fecal, anemia, Alzheimer e doença de Parkinson em percentuais inferiores a 5,0% cada.

A Tabela 4 demonstra a relação entre a interferência causada pelo problema de saúde e o sexo.

Tabela 4 - Interferência dos problemas de saúde no cotidiano dos idosos, segundo o sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total n (%)	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Reumatismo	Interfere	15 (35,7)	27 (64,3)	42 (62,7)	0,501
	Não interfere	11 (44,0)	14 (56,0)	25 (37,3)	
Asma ou Bronquite	Interfere	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (62,1)	0,892
	Não interfere	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (37,9)	
Enfisema Pulmonar	Interfere	12 (70,6)	5 (29,4)	17 (73,9)	0,541
	Não interfere	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (26,1)	
Pressão Alta	Interfere	47 (36,2)	83 (63,8)	130 (69,1)	0,074
	Não interfere	29 (50,0)	29 (50,0)	58 (30,9)	
Má Circulação	Interfere	22 (34,9)	41 (65,1)	63 (67,7)	0,634
	Não interfere	12 (40,0)	18 (60,0)	30 (32,3)	
Diabetes	Interfere	17 (42,5)	23 (57,5)	40 (80,0)	0,886
	Não interfere	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (20,0)	

Tabela 4 - Interferência dos problemas de saúde no cotidiano dos idosos, segundo o sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total n (%)	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Obesidade	Interfere	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (60,9)	0,242
	Não interfere	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (39,1)	
Derrame/Isquemia Cerebral	Interfere	6 (40,0)	9 (60,0)	15 (78,9)	0,213
	Não interfere	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (21,1)	
Incontinência Urinária	Interfere	10 (38,5)	16 (61,5)	26 (43,3)	0,505
	Não interfere	16 (47,1)	18 (52,9)	34 (56,7)	
Prisão de Ventre	Interfere	20 (37,7)	33 (62,3)	53 (32,7)	0,064
	Não interfere	58 (53,2)	51 (46,8)	109 (67,3)	
Problemas com o Sono	Interfere	28 (34,1)	54 (65,9)	82 (60,7)	0,194
	Não interfere	24 (45,3)	29 (54,7)	53 (39,3)	
Catarata	Interfere	5 (21,7)	18 (78,3)	23 (69,7)	0,911
	Não interfere	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (30,3)	
Problemas de Coluna	Interfere	61 (43,6)	79 (56,4)	140 (73,7)	0,433
	Não interfere	25 (50,0)	25 (50,0)	50 (26,3)	
Artrite/Artrose	Interfere	5 (14,7)	29 (85,3)	34 (89,5)	0,593
	Não interfere	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (10,5)	
Osteoporose	Interfere	6 (14,3)	36 (85,7)	42 (91,3)	0,418
	Não interfere	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (8,7)	
Nervosismo	Interfere	54 (39,4)	83 (60,6)	137 (65,9)	0,080
	Não interfere	37 (52,1)	34 (47,9)	71 (34,1)	
Problemas Cardíacos	Interfere	27 (47,4)	30 (52,6)	57 (82,7)	0,374
	Não interfere	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (17,3)	
Anemia	Interfere	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (45,5)	0,621
	Não interfere	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (54,5)	
Parkinson	Interfere	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (60,0)	0,171

Tabela 4 - Interferência dos problemas de saúde no cotidiano dos idosos, segundo o sexo, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	Sexo		Total n (%)	P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Incontinência Fecal	Não interfere	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (40,0)	0,011
	Interfere	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (70,0)	
	Não interfere	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (30,0)	
Câncer	Interfere	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (75,0)	0,771
	Não interfere	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (25,0)	
Alzheimer	Interfere	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	0,025
	Não interfere	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (40,0)	
Depressão	Interfere	20 (32,3)	42 (67,7)	62 (80,5)	0,569
	Não interfere	6 (40,0)	9 (60,0)	15 (19,5)	

Teste qui-quadrado

Houve associação significativa entre a interferência da incontinência fecal e o sexo, sendo o risco (OR=4,0) de ter incontinência fecal e esta interferir no cotidiano 4 vezes maior para os homens. Também houve associação significativa entre a interferência do Alzheimer e o sexo masculino.

Com relação aos escores obtidos na EDG, a média foi de 3,1 pontos (DP=2,4). A mediana de pontos foi de 3,0, com pontuação mínima de 0 e máxima de 11. A variação interquartilica foi de 3,0 pontos e a distribuição dos escores não foi normal.

A Tabela 5 demonstra a relação entre resultado na EDG e sexo, em que se observou prevalência ligeiramente maior de resultado indicativo de depressão para os homens, mas sem diferença significativa entre os sexos.

Tabela 5 - Escala de depressão geriátrica dos idosos, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	EDG		Total n (%)	P
		Normal (0-5) n (%)	Sugestivo depressão (6 a 15) n (%)		
Sexo	Masculino	104 (81,9)	23 (18,1)	127 (48,1)	0,141
	Feminino	121 (88,3)	16 (11,7)	137	

Tabela 5 - Escala de depressão geriátrica dos idosos, Coxilha-RS, 2010.

Variáveis	Categorias	EDG		Total n (%)	P
		Normal (0-5) n (%)	Sugestivo depressão (6 a 15) n (%)		
				(51,9)	
Faixa Etária	60 a 65	87 (82,9)	18 (17,1)	105 (39,8)	0,638
	65 a 71	47 (85,5)	8 (14,5)	55 (20,8)	
	71 e mais	91 (87,5)	13 (12,5)	104 (39,4)	
Escolaridade	Analfabeto	40 (81,6)	9 (18,4)	49 (18,6)	0,170
	De 1 a 3	75 (88,2)	10 (11,8)	85 (32,2)	
	De 4 a 7	91 (86,7)	14 (13,3)	105 (39,8)	
	Mais de 7	15 (78,9)	4 (21,1)	19 (7,2)	
Estado Marital	Divorciado	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	0,412
	Separado	14 (87,5)	2 (12,5)	16 (6,1)	
	Viúvo	44 (77,2)	13 (22,8)	57 (21,6)	
	Casado	141 (86,5)	22 (13,5)	163 (61,7)	
	Amasiado	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (7,2)	
	Solteiro	7 (100,0)	0 (0,0)	7 (2,7)	

Teste qui-quadrado

Na análise entre os resultados na EDG e faixa etária, verifica-se maior frequência de sintomas depressivos para a faixa inferior, seguida pela central, sem associação significativa com a idade.

Quanto ao estado marital predominaram os resultados indicativos de depressão para os viúvos. Não houve associação entre estado marital e resultado na EDG.

Quanto a escolaridade a maior prevalência de sintomas depressivos foi verificada no grupo com mais de 7 anos de estudo, não havendo associação estatística significativa entre escolaridade e resultado indicativo de depressão.

4.5. SEÇÃO E – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A maioria dos idosos desempenha as atividades básicas da vida diária de maneira independente como alimentar-se 322 (97,2%), banhar-se 307 (92,7%), vestir-se, 309 (93,4%), cuidar da aparência 312 (94,2%), deitar e levantar da cama 308 (93,4%), ir ao banheiro a tempo 323 (97,5%) e se locomover 312 (94,5%). A AVD ir ao

banheiro a tempo é a mais realizada sem dificuldade enquanto, banhar-se, é a que menos se realiza sem dificuldade.

Os idosos que apresentam maior comprometimento funcional, conseguindo realizar as AVDs com muita dificuldade, somente com ajuda ou aqueles que não conseguem são: alimentar-se 9 (2,7%), banhar-se 24 (7,2%), vestir-se 22 (6,6%), cuidar da aparência 19 (5,7%), deitar e levantar da cama 22 (6,6%), ir ao banheiro a tempo 8 (2,4%) e se locomover 18 (5,4%).

Na relação entre as AVDs e sexo, não houve associação significativa com as atividades alimentar-se ($p=0,837$), banhar-se ($p=0,472$), vestir-se ($p=0,493$), cuidar da aparência ($p=0,563$), deitar e levantar da cama ($p=0,101$), ir ao banheiro a tempo ($p=0,104$) e locomover-se ($p=0,745$), pelo teste qui-quadrado de Pearson.

As AIVDs são realizadas de forma independente pela maioria dos idosos como: andar no plano 314 (94,9%), subir e descer escadas 275 (83,8%) transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa 253 (95,8%), andar nas proximidades de casa 309 (93,3%), medicar-se na hora certa 281 (87,0%), preparar as refeições 277 (86,8%), cortar as unhas dos pés 211 (63,9%), utilizar o transporte público 243 (82,9%), fazer a limpeza da casa 197 (66,1%), administrar as finanças, 268 (83,0%), sair de casa 297 (90,3%) e realizar tarefas domésticas 221 (73,9%).

Os que sentem muita dificuldade, só realizam mediante ajuda ou não conseguem realizar as AIVDs: andar no plano 17 (5,1%), subir e descer escadas 56 (16,9%), transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa 11 (4,2%), andar nas proximidades de casa 22 (6,6%), medicar-se na hora certa 42 (13,0%), preparar as refeições 42 (13,2%), cortar as unhas dos pés 119 (36,1%), utilizar o transporte público 50 (17,1%), fazer a limpeza da casa 101 (33,9%), administrar as finanças 55 (17,0%) e sair de casa 32 (9,7%).

A Tabela 6 demonstra a relação entre a capacidade funcional para desempenho das AIVDs e o sexo. Houve associação estatisticamente significativa entre sexo e as atividades subir e descer escadas, transporte da cadeira para a cama e vice-versa, medicar-se na hora, cortar as unhas dos pés e administrar as finanças.

Tabela 6 - Avaliação funcional do grau de dependência dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010

Variáveis	Categorias	Sexo		P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Andar no plano	Sem dificuldade	141 (48,1)	152 (51,9)	0,898
	Pouca dificuldade	10 (47,6)	11 (52,4)	
	Muita dificuldade	5 (45,4)	6 (54,6)	
	Só com ajuda	0 (0,0)	1 (100,0)	
	Não consegue	2 (40,0)	3 (60,0)	
Subir e descer escadas	Sem dificuldade	106 (55,2)	86 (44,8)	0,002
	Pouca dificuldade	36 (43,4)	47 (56,6)	
	Muita dificuldade	12 (28,6)	30 (71,4)	
	Só com ajuda	0 (0,0)	6 (100,0)	
	Não consegue	4 (50,0)	4 (50,0)	
Transporte da cadeira para a cama e vice-versa	Sem dificuldade	107 (48,6)	113 (51,4)	0,025
	Pouca dificuldade	10 (30,3)	23 (69,7)	
	Muita dificuldade	4 (100,0)	0 (0,0)	
	Só com ajuda	0 (0,0)	3 (100,0)	
	Não consegue	2 (50,0)	2 (50,0)	
Andar perto de casa	Sem dificuldade	144 (49,5)	147 (50,5)	0,348
	Pouca dificuldade	6 (33,3)	12 (66,7)	
	Muita dificuldade	5 (45,4)	6 (54,6)	
	Só com ajuda	0 (0,0)	2 (100,0)	
	Não consegue	3 (33,3)	6 (66,7)	
Medicar-se na hora	Sem dificuldade	126 (47,7)	138 (52,3)	0,033
	Pouca dificuldade	2 (11,8)	15 (88,2)	
	Muita dificuldade	2 (40,0)	3 (60,0)	
	Só com ajuda	12 (48,0)	13 (52,0)	
	Não consegue	8 (66,7)	4 (33,3)	
Preparar refeições	Sem dificuldade	112 (42,9)	149 (57,1)	0,143
	Pouca dificuldade	9 (56,2)	7 (43,8)	
	Muita dificuldade	5 (71,4)	2 (28,6)	
	Só com ajuda	3 (37,5)	5 (62,5)	
	Não consegue	17 (63,0)	10 (37,0)	
Cortar as unhas dos pés	Sem dificuldade	100 (58,1)	72 (41,9)	<0,000
	Pouca dificuldade	20 (51,3)	19 (48,7)	
	Muita dificuldade	7 (28,0)	18 (72,0)	
	Só com ajuda	9 (31,0)	20 (69,0)	
	Não consegue	21 (32,3)	44 (67,7)	
Usar transporte público	Sem dificuldade	106 (49,1)	110 (50,9)	0,220
	Pouca dificuldade	9 (33,3)	18 (66,7)	
	Muita dificuldade	5 (41,7)	7 (58,3)	
	Só com ajuda	3 (23,1)	10 (76,9)	
	Não consegue	10 (40,0)	15 (60,0)	
Fazer a limpeza da casa	Sem dificuldade	75 (45,4)	90 (54,6)	0,187
	Pouca dificuldade	9 (28,1)	23 (71,9)	
	Muita dificuldade	11 (40,7)	16 (59,3)	
	Só com ajuda	5 (27,8)	13 (72,2)	

Tabela 6 - Avaliação funcional do grau de dependência dos idosos, segundo sexo, Coxilha-RS, 2010

Variáveis	Categorias	Sexo		P
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Administrar finanças	Não consegue	28 (50,0)	28 (50,0)	0,012
	Sem dificuldade	141 (53,6)	122 (46,4)	
	Pouca dificuldade	2 (40,0)	3 (60,0)	
	Muita dificuldade	1 (33,3)	2 (66,7)	
	Só com ajuda	7 (25,9)	20 (74,1)	
Sair de casa	Não consegue	7 (28,0)	18 (72,0)	0,078
	Sem dificuldade	138 (50,9)	133 (49,1)	
	Pouca dificuldade	10 (38,5)	16 (61,5)	
	Muita dificuldade	5 (35,7)	9 (64,3)	
	Só com ajuda	1 (11,1)	8 (88,9)	
Realizar tarefas domésticas	Não consegue	3 (33,3)	6 (66,7)	0,089
	Sem dificuldade	79 (42,9)	105 (57,1)	
	Pouca dificuldade	10 (27,0)	27 (73,0)	
	Muita dificuldade	8 (38,1)	13 (61,9)	
	Só com ajuda	6 (54,5)	5 (45,5)	
Não consegue		26 (56,5)	20 (43,5)	

Teste qui-quadrado

4.6. SEÇÃO F – USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com relação ao uso e acesso aos serviços de saúde os idosos responderam a questões relacionadas às formas utilizadas na busca de soluções para os problemas de saúde.

O serviço procurado em caso de doença, no último ano, foi para a maioria 197 (59,7%) o Posto de saúde, seguido pelo consultório particular 51 (15,5%), e o hospital 48 (14,5%).

Os que procuraram outro tipo de ajuda 5 (1,5%), que não serviços de saúde, e os que não procuraram nenhum tipo de ajuda, mesmo precisando 1 (0,3%), indicaram como motivos a distância 2 (33,3%), a ausência de transporte 1 (20,0%), a falta de tempo 1 (20,0%) e de acompanhante 2 (50,0%). O fato de não ter dinheiro e a precariedade do atendimento não foram indicados por nenhum idoso, como motivo de não procurar serviços de saúde em caso de necessidade.

Quanto à resolução de problemas de saúde em farmácias ou com benzedeiros, não é costume para 162 (48,9%), enquanto que 139 (42,0%) às vezes procuram a

farmácia ou a benzedeira e 30 (9,1%) sempre procuram esse tipo de ajuda para resolver seus problemas de saúde. O profissional que realizou o atendimento, na última vez que precisaram, foi na maioria dos casos, o médico 308 (93,9%), seguido pelo enfermeiro 13 (4,0%), e outros profissionais 2 (0,6%).

Com relação ao tempo de espera entre a solicitação da consulta e o atendimento pelo profissional, 155 (48,9%) esperaram por dias, 70 (22,1%) foram atendidos imediatamente, 52 (16,4%) esperaram minutos, 33 (10,4%) esperaram horas e 7 (2,2%) esperaram meses. Cabe destacar que os idosos atendidos no mesmo dia da solicitação foram 155 (48,9%), e os que esperaram dias ou meses foram 162 (51,1%). O tempo de espera para o atendimento no serviço de saúde foi de minutos para 259 (80,7%) e de horas para 62 (19,3%).

4.7. SEÇÃO G – APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Os idosos de Coxilha, na maioria 318 (96,4%) têm alguém que lhes preste auxílio em caso de doença ou de necessidade. Os cuidadores com mais de 60 anos são 115 (36,1%) e os com idade inferior a 60 anos 204 (63,9%). São predominantemente do sexo feminino 243 (76,2%). Na maioria dos casos 141 (44,2%) o apoio provem dos companheiros, seguidos por 104 (32,6%) filhas, 37 (11,6%) filhos e 17 (5,3%) outros familiares. Profissionais contratados, amigos ou vizinhos e outros foram referidos em frequência inferior a 5,0%. A idade média do cuidador foi de 50,0 anos (DP=15,8) e a mediana foi de 51,0 anos com uma variação mínima de 11 anos e máxima de 102 anos. A amplitude interquartílica apresentou variação de 25 anos.

Os principais cuidados recebidos são relacionados à companhia 312 (98,7%), alimentação 310 (98,1%), medicação 306 (97,1%), locomoção 304 (96,5%), higiene 300 (95,5%) e com as eliminações 251 (80,2%).

Além do cuidador principal 268 (83,8%) dispõe de outro cuidador. O cuidador secundário é na maioria filho 100 (37,3%) e filha 99 (36,9%). Em menor prevalência houve referência à nora, aos vizinhos, aos netos, aos sobrinhos, à esposa, à irmã, ao esposo, à ex-esposa, ao genro, ao irmão, à mãe, a outros familiares, à namorada e ao cunhado. A ajuda recebida é com companhia 264 (98,5%), tarefas domésticas 256 (95,5%), cuidados pessoais 255 (95,5%), com lazer e diversão 243 (91,0%), com transporte 236 (88,4%), com comida 213 (80,4%) e com dinheiro 182 (70,0%).

Quanto ao recebimento de assistência de algum tipo de instituição (igreja, famílias, prefeitura, assistência social, grupos de oração, grupos de terceira idade, etc.) no último ano, a maioria 247 (75,1%) não recebeu. Os que receberam 82 (24,9%), informaram que essa ajuda foi em forma de dinheiro 8 (9,9%), comida 8 (9,9%), tarefas domésticas 2 (2,5%), cuidados pessoais 6 (7,4%), transporte 29 (35,8%), lazer e diversão 13 (16,0%), companhia 24 (29,6%) e com outras coisas para 52 (66,7%).

Quanto à frequência com que recebem ajuda de pessoas que não residem na mesma casa, 89 (28,2%) recebem semanalmente, 73 (23,1%) diariamente, 61 (19,3%) mensalmente e 29 (9,2%) anualmente. Os que nunca recebem ajuda extra-familiar são 64 (20,3%).

5. DISCUSSÃO

O município de Coxilha possui um percentual de idosos de 12,4% no total da população. Portella (2008), em seus estudos, chama atenção para o fato de que na 6ª CRS, 49 dos 58 municípios que a compõem, possuem um percentual de idosos entre 10 e 14% do total da população geral. A proporção de idosos verificada em Coxilha é superior a da região sul e sudeste do Brasil, as quais em 2007 apresentavam as maiores concentrações de idosos do país. Enquanto o percentual de idosos no Brasil era de 10,5%, nas regiões sul e sudeste representavam cerca de 11,5%. (IBGE, 2008).

Segundo dados da última pesquisa censitária do IBGE, realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2010, o município possui uma população de 2826 habitantes, dos quais 260 (9,2%) são idosos, sendo 136 (52,3%) do sexo feminino e 124 (47,7%) do sexo masculino. (IBGE, 2010). No entanto, um dado relevante apontado pelo presente estudo é que, neste município, no período de junho a julho de 2010, foram encontradas 352 (12,4%) pessoas com idade superior a 60 anos. Essa diferença submerge 92 idosos coxilhenses. Outro dado importante é que enquanto as informações da pesquisa censitária do IBGE (2010) indicam a idade mais elevada do município, como sendo 89 anos, este estudo encontrou idosos vivendo na localidade, com idades de até 102 anos.

Essa inconsistência é motivo de preocupação para os gestores, sobretudo para a área da saúde, tendo em vista o fato de que, alguns recursos oriundos do MS, para financiamento da AB em saúde municipal, são calculados por habitante, com base em pesquisas censitárias do IBGE.

A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, traz em seu capítulo 3, determinações quanto ao financiamento da AB no país. As ações e serviços nesse âmbito devem ser financiadas pelas três esferas de governo, sendo a municipal, a estadual e a federal. O piso da atenção básica (PAB), diz respeito ao componente de recursos federais, destinados às ações básicas em saúde nos municípios, estando dividido em PAB fixo e PAB variável. O PAB variável é um repasse financeiro destinado a incentivar a implantação de estratégias de reorganização da AB em saúde, como por exemplo, a ESF, entre outros. O PAB fixo é destinado a todos os municípios e transferido mensalmente de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Os valores da fração fixa do PAB são calculados pela multiplicação de um valor per capita, determinado pelo MS, pela

população de cada município. A população utilizada como base de cálculo é aquela definida pelo IBGE. (BRASIL, 2006c).

Conforme determinado pela Portaria 3.170/GM de 19 de outubro de 2010, o valor mínimo da parte fixa do PAB é de R\$ 18,00 por habitante ao ano. (BRASIL, 2010). A discrepância no número absoluto de idosos de Coxilha, único grupo etário analisado, significa um montante negativo para o município em torno de R\$ 1.656,00. Esse valor, embora pareça pequeno, seria o suficiente para adquirir 82.800 comprimidos de um medicamento, comumente usado para controle da hipertensão arterial, ou para a implementação de ações de prevenção primária no município, que assim como os demais, vivencia dificuldades em termos de recursos financeiros, sobretudo na área da saúde.

Os idosos que atenderam aos critérios de inclusão do presente estudo estão distribuídos em sete micro-áreas, segundo territorialização da ESF, que tem cobertura total sobre o território de Coxilha e está vinculada a uma UBS localizada na sede do município. Três micro-áreas abrangem o meio urbano e quatro representam a área rural.

5.1. INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES

Os idosos que participaram do estudo nasceram na primeira metade do século XX, entre os anos de 1907 e 1949. A média de idade encontrada foi de 69 anos, semelhante à encontrada em estudos feitos em grandes centros urbanos de São Paulo e do Ceará, bem como no meio rural no RS. (LEBRÃO, 2003; SILVA, 2005; VICTOR et al., 2009). Em algumas cidades da América Latina onde a pesquisa SABE foi realizada, encontrou-se médias de idade de 71 anos em Bridgetown, 70 anos em Buenos Aires, Havana, Montevideu e Santiago e 63 anos na Cidade do México. (PALLONI; PELÁEZ, 2002 apud LEBRÃO, 2003).

A mediana da idade foi de 68 anos, com uma variação mínima de 60 anos e máxima de 102 anos. Os idosos do estudo remetem a uma variação que envolve 42 anos. Diante disso, chama atenção a grande heterogeneidade do grupo etário idoso, que, também a nível nacional, acaba por envolver em média 30 anos de vida, demandando desta forma, ações bastante diferenciadas para um mesmo grupo etário. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; VERAS, 2007). No entanto, um dado importante evidenciado pelo estudo é a pequena variação de idade da metade central dos idosos, que foi de

apenas 11 anos, fato relevante principalmente no que concerne à elaboração de políticas de atenção a esse segmento.

Como se esperava, as mulheres idosas de Coxilha predominam sobre os homens. Enquanto elas são 52,3% da população de idosos, os homens somam 47,7%. Esses resultados seguem a tendência observada em outros estudos com idosos. (BATISTA et. al., 2008; BRASIL, 2006a; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; LEBRÃO, 2003; NERI, 2007; VICTOR et. al., 2009; WHO, 2005). A feminização da velhice é um fenômeno observado em diversos países, e também no Brasil. (BATISTA et. al., 2008; BRASIL, 2006a; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; IBGE, 2008; NERI, 2007; WHO, 2005).

Embora tenha se observado um predomínio do sexo feminino, a média de idade de homens e mulheres não diferiu significativamente. Esse dado difere do encontrado por Lebrão (2003) em que as mulheres apresentaram idades mais elevadas que os homens.

A razão de sexos, em Coxilha, é de 91,2%, apresentando semelhança com a encontrada no Brasil que é de 95,3%. (BATISTA et.al., 2008; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Já os achados de Lebrão (2003), demonstram uma razão de sexos de 70,6%, bastante inferior à de Coxilha.

Estudiosos consideram que o predomínio feminino, indicado pela razão de sexos, se deve, em grande parte, a uma maior mortalidade masculina, devido à exposição mais frequente dos homens a fatores de risco, como o uso do álcool e tabaco e situações de violência física e psíquica. (BATISTA et. al., 2008; BRASIL, 2006a, CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; WHO, 2005).

Com relação à cor da pele, mais da metade 68,6% dos idosos se declararam brancos. Estudos realizados no Brasil demonstram resultados semelhantes, apontando para uma maior população idosa de cor branca. (FARINASSO, 2005; LEBRÃO, 2003; MORAIS, 2007; NERI, 2007; SILVA, 2005). A ascendência racial de Coxilha, colonizada por açorianos no século XVIII, ratifica os resultados encontrados com relação à cor da pele. A população do município é constituída de descendentes de imigrantes italianos, portugueses, alemães e de origem afro-brasileira, que povoaram a região do planalto médio do RS. (SARTORI, 1996).

Com relação à localização da moradia atual 57,7% residem em meio urbano e 42,3% na área rural. Essa realidade se diferencia da que é observada a nível nacional,

em que aproximadamente 84% das pessoas com mais de 60 anos residem em meio urbano, contra somente 16% no meio rural. (BATISTA et. al., 2008; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Vale ressaltar que embora a taxa de urbanização, tenha apresentado crescimento tanto a nível nacional quanto estadual, constata-se grandes diferenças regionais. (IBGE, 2008; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Destaca-se que em Coxilha, há um significativo número de idosos morando no campo. Essas informações confirmam a preocupação de Portella (2008) que ao fazer considerações acerca do envelhecimento no RS, em especial na 6ª CRS, da qual os municípios de Passo Fundo e Coxilha são integrantes, salienta que a questão demográfica da população idosa merece atenção, principalmente em termos de atenção à saúde dos mais velhos, por se tratar de uma região onde há concentração de idosos em áreas rurais, locais em que as ações em saúde não acompanham o avanço das áreas urbanas.

Essa inquietação deve também se estender aos gestores, principalmente no que se refere ao cumprimento do princípio da equidade no SUS, pois a ESF atua a partir de uma UBS, que na maioria das vezes, está localizada no meio urbano. Assim as ações em saúde que chegam à população do meio rural, tornam-se limitadas. (PORTELLA, 2010). Cabe destacar que no município de Coxilha, algumas iniciativas se sobressaem no sentido de minimizar essas questões, em especial voltadas à educação para saúde, priorizando os valores das famílias do campo.

A proposta intitulada Prosa em Família se desenvolve através de encontros de famílias, mediados pelo ACS, que atua como interlocutor do processo, consulta sobre o interesse das famílias em receber a equipe de saúde em sua residência; verifica a possibilidade de a família convidar seus vizinhos ou àqueles com quem mantém grau de afinidade para se fazerem presentes; elabora, conjuntamente com o enfermeiro da ESF, o calendário dos encontros e retorna à família o agendamento. Na data combinada a equipe comparece à residência para a realização do encontro. Nesses encontros são tecidas considerações sobre as condições e os problemas de saúde locais. Com o intuito de problematizar e despertar o interesse, a reflexão e o pensamento crítico, a questão do envelhecimento é introduzida, pela equipe, no curso da conversa. Além de otimizar o tempo, possibilita-se o encontro e a troca de conhecimentos entre as gerações, a discussão de assuntos pertinentes às diferentes faixas etárias e a valorização do saber e das necessidades das famílias como um todo e, em especial, dos mais velhos, bem como

dos valores do grupo. A proposta proporciona aos indivíduos tornarem-se sujeitos de seu próprio conhecimento, contribuindo assim para sua autonomia e emancipação. (MASCARELO; PORTELLA, 2009; 2010).

O meio em que os idosos vivem traduz a dimensão dos desafios, que as políticas públicas têm a enfrentar, sobretudo, no que tange à proteção desse grupo populacional. O meio urbano torna mais fácil o acesso à assistência de saúde, à educação, à cultura e aos serviços sociais. Já no meio rural, a dificuldade está no acesso aos serviços de saúde, redes de apoio e outros serviços importantes e necessários. (BATISTA et. al., 2008; RIO GRANDE DO SUL, 2006; WHO, 2005).

Para a OMS, é necessária uma atenção especial para os idosos que moram no meio rural, pois além da deficiência de serviços de saúde nessas áreas, geralmente estes vivem em locais com presença de barreiras físicas, o que os leva muitas vezes, a evitar o afastamento do domicílio, aumentando dessa forma as chances para o desenvolvimento de morbidades físicas e psíquicas. (WHO, 2005).

No presente estudo há evidência de que 40,3% dos idosos que nasceram no meio rural atualmente estão no meio urbano. Esse achado segue o padrão verificado por Batista et. al. (2008) e Neri (2007) em que aproximadamente a metade dos idosos que vivem na cidade, passaram boa parte de suas vidas no campo, e mudaram-se depois de algum tempo. Estudiosos ressaltam que com a chegada da velhice, muitos poderão buscar na cidade maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, pois, para aqueles que vivem no meio rural, as dificuldades de acesso são maiores. (PASKULIN, 2006; VERAS, 2008).

Os idosos de Coxilha vivem na maioria dos casos 82,8% acompanhados. Os que moram sozinhos são 17,2%. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Batista et. al., (2008), Lebrão (2003), Moraes (2007), Neri (2007) e Ramos (2003). Já os estudos realizados utilizando a mesma metodologia do SABE em Buenos Aires e Montevideu apontam diferenças importantes, em que as mulheres que vivem sozinhas excedem os 25%. (PALLONI; PELÁEZ, 2002 apud LEBRÃO, 2003).

Quanto aos arranjos familiares verifica-se um predomínio 52,6% de domicílios unigeracionais. Esses achados diferem dos encontrados por Moraes (2007) e Ramos (2003) nos quais houve predomínio de residências multigeracionais.

Quando questionados sobre a preferência por arranjos familiares, a mais frequente indicação recai sobre residir com cônjuge e filhos. Resultados diferentes são

observados em estudos que demonstram preferência por arranjos familiares independentes. (FARINASSO, 2005; SAAD, 2003). Para. Herédia Cortelletti e Casara (2005), a preferência em residir com familiares próximos fica no desejo, de que eles cumpram papéis socialmente definidos, como o oferecimento do suporte e da ajuda necessária, em uma fase de dificuldades, não muito distante. Por outro lado, Saad (2003) ressalta que a preferência dos idosos por determinados arranjos familiares se dá com base numa avaliação entre os custos e benefícios dessa co-habitação e tem forte relação com a presença ou não de limitação.

Com relação ao estado conjugal houve um predomínio dos casados seguidos por viúvos. Esses resultados seguem os padrões observados nos estudos de Lebrão (2003), Neri (2007), Paskulin (2006), Silva (2005) e Victor et. al. (2009).

A média de filhos encontrada em Coxilha foi semelhante à encontrada nos estudos de Farinasso (2005) e Lebrão (2003) e bastante superior a encontrada no estudo de Paskulin (2006).

Os domicílios com idosos em Coxilha têm, em média, 1,7 pessoas na residência. Esses resultados são semelhantes aos verificados por Silva (2005). Já o estudo de Neri (2007) indicou um número maior de pessoas co-habitando com idosos.

A maioria dos idosos coxilhenses recebe recursos oriundos da aposentadoria. O mesmo foi observado por Batista et. al, (2008), Farinasso (2005), Lebrão (2003), Morais (2007), Neri (2007) e Silva (2005). Esses recursos são predominantemente baixos estando em 81,9% dos casos em no máximo 1 salário mínimo. Assim como em Coxilha, Morais (2007) constatou prevalência de baixas rendas provenientes da aposentadoria entre os idosos de seu estudo.

Cabe salientar que mais da metade dos idosos 60,1%, possui outra fonte de recursos além da aposentadoria. Os achados de Morais (2007) com idosos mais velhos do meio rural indicam uma menor proporção dos que possuem outra fonte de renda, em comparação com a observada entre os idosos coxilhenses.

Quando se considera a renda mensal total dos idosos, constata-se que é predominantemente baixa, com rendimentos de até dois salários mínimos. Na comparação da renda por sexo, constata-se que os homens idosos possuem rendas significativamente maiores que as mulheres. Esses achados se assemelham aos verificados por Neri (2007) e Victor et. al. (2009).

A principal ocupação anterior dos idosos do estudo foi a agricultura seguida pela ocupação dona de casa. O mesmo foi encontrado nos estudos de Farinasso (2005), Morais (2007) e Silva (2005).

A maior parte dos idosos não trabalha atualmente, enquanto 40,9% permanecem trabalhando. A proporção dos economicamente ativos foi semelhante à indicada pela OMS. (WHO, 2005). Já os estudos de Lebrão (2003), Neri (2007) e Veras (2007), evidenciaram percentuais acentuadamente menores de idosos que permanecem trabalhando.

Dos que ainda trabalham quase a metade são agricultores, seguidos por donas de casa. Essas duas ocupações constituem 64,2% das ocupações atuais. A agricultura e o cuidado da casa também foram as ocupações mais prevalentes nos estudos de Morais (2007) e de Silva (2005). A economia do município de Coxilha está baseada na agricultura que se constitui na principal atividade produtiva. A topografia predominantemente plana e o clima propício tornam intensiva a prática agrícola mecanizada nos 42.400 hectares de terras férteis da localidade. (SARTORI, 1996). Segundo dados do IBGE, no ano de 2008 o município contava com 30.000 hectares cultivados, somente com a cultura da soja. (IBGE, 2010).

Os idosos que permanecem trabalhando indicam como principais motivos o gosto pelo trabalho e a necessidade de complementação de renda. Alguns autores salientam que a participação dos idosos tanto no mercado formal de trabalho como no informal, pode se constituir em um canal de reinserção social ou simplesmente na necessidade de sobrevivência, através da complementação de renda, frente aos baixos valores recebidos da aposentadoria. (NERI, 2007; VERAS, 2007).

O destino da maior parte dos recursos financeiros tem sido o custeio da alimentação e de medicamentos, o que é reforçado pelo estudo de Morais (2007) e de Silva (2005).

Com relação à escolaridade verifica-se que maioria 82,1% dos idosos de Coxilha frequentou a escola, semelhantemente ao verificado nos estudos de Lebrão (2003). Dentre esses, houve um predomínio de baixa escolaridade. Os baixos níveis educacionais dos idosos também foram observados por Farinasso (2005), Lebrão (2003), Morais (2007) e Silva (2005).

O analfabetismo entre os idosos de Coxilha está presente para 19,4%. Essa realidade se contrasta com os resultados conferidos por Farinasso (2005), Morais

(2007), Neri (2007) e Silva (2005), em que a proporção de analfabetos foi acentuadamente maior que a observada em Coxilha.

A escolaridade de homens e mulheres não diferiu significativamente entre os idosos coxilhenses. Entretanto, em outros locais essa realidade é diferente, onde se observa níveis educacionais significativamente menores para a população idosa feminina. (LEBRÃO, 2003; MORAIS, 2007). Embora se observe um predomínio de baixos níveis educacionais entre idosos, alguns autores, avaliam positivamente essa questão, apontando para uma melhoria, nesse aspecto, nos últimos anos. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; IBGE, 2008; VERAS, 2007).

O meio de comunicação mais utilizado pelos idosos de Coxilha são os ACSs para 94,5%. Algumas razões podem ser atribuídas à menção do ACS como meio de comunicação, sobretudo pelo fato, de que em seu trabalho, o ACS visita sistematicamente as famílias, frequenta o espaço urbano e está mais próximo dos serviços municipais e da equipe de saúde, atuando como um elo entre a comunidade e o serviço. Somado a isso, o ACS interage com os idosos na medida em que orienta, informa e, sobretudo escuta. Alguns estudos demonstram resultados diferentes quanto aos meios de comunicação mais utilizados pelos idosos em que se verifica com maior frequência o uso da televisão e do rádio, respectivamente. (MORAIS, 2007; NERI, 2007).

Quanto aos meios de transporte, os mais frequentemente indicados foram a locomoção a pé (83,7%), o automóvel (74,0%) e o ônibus (61,6%). No estudo de Morais (2007) os resultados foram semelhantes aos de Coxilha.

Quanto à religião, a católica aparece em primeiro lugar, como se verifica nos estudos de Lebrão (2003), Morais (2007), Neri (2007), Paskulin (2006) e Silva (2005).

5.2. AVALIAÇÃO COGNITIVA

Quando se busca conhecer as condições de saúde dos idosos é mister que se leve em conta as condições de saúde mental dessa população, pelo forte impacto que exercem sobre a independência deste grupo populacional. (CERQUEIRA, 2003). Para a OMS o estado cognitivo é um fator determinante para o envelhecimento ativo. (WHO, 2005).

O MEEM é um teste neuropsicológico utilizado para avaliação do estado cognitivo, sendo o mais frequentemente utilizado para esta finalidade, pois é rápido e de

fácil aplicação. Constitui-se em um método para rastrear alterações na função cognitiva de maneira superficial e, portanto, não substitui uma avaliação mais aprofundada. O teste inclui a avaliação de domínios como orientação no tempo, espaço, memória imediata e de evocação, linguagem, cálculo, repetição, compreensão, escrita e cópia. Os valores dos escores possíveis estão entre zero e trinta pontos. (BRASIL, 2006a).

Os idosos de Coxilha obtiveram média de pontuação no MEEM de 21,9. Estudos como os de Laks et. al. (2003), Machado et. al. (2007) e Morais (2007) demonstram médias de pontuação no MEEM ligeiramente inferiores às encontradas entre os idosos de Coxilha.

Na relação entre sexo e o escore obtido no MEEM, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa, com escores mais elevados para o sexo masculino. Esse resultado se assemelha ao encontrado por Morais (2007). Já os estudos de Lourenço e Veras (2006) e Machado et. al. (2007) demonstram resultados diferentes aos de Coxilha, quando não identificam associação do MEEM com sexo.

Na análise da relação entre faixa etária e pontuação obtida no MEEM, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e os escores obtidos. Verifica-se que quanto maior a idade do grupo em estudo menores são os escores alcançados, indicando relação entre idade e estado cognitivo. Esses achados são reforçados por alguns estudos como o de Laks et. al. (2003) e o de Cerqueira (2003), nos quais houve associação significativa entre MEEM e idade. Já outros estudos mostram resultados diferentes. (LOURENÇO; VERAS, 2006; MORAIS, 2007). Segundo a OMS, é esperado algum declínio da capacidade cognitiva em decorrência da idade, como a redução da velocidade de raciocínio, da memória e da aprendizagem. (WHO, 2005).

Na relação entre anos de estudo e pontuação alcançada no MEEM, houve diferença significativa, sendo que os idosos com melhores níveis educacionais apresentaram pontuação significativamente maior no MEEM, demonstrando que a escolaridade é uma variável que se relaciona com o estado cognitivo. Esse achado segue o padrão observado em outros estudos. (LOURENÇO; VERAS, 2006; MACHADO et. al., 2007; MORAIS, 2007).

5.3. CONDIÇÕES DE MORADIA

Quanto ao local de moradia (38,2%) informaram morar no centro do município, (24,2%) em chácara ou sítio, (19,4%) em bairro, (9,4%) em granja, (4,2%) disseram morar no campo, (2,7%) em vilarejo no interior, (1,2%) em estrada (corredor) e (0,6%) em fazenda. Essas informações são relevantes, sobretudo na avaliação das condições de acesso aos serviços de saúde, a redes sociais e que o ambiente oferece para mobilidade. Segundo a OMS, ambientes adequados podem significar a diferença entre dependência ou independência principalmente para os idosos, pois aqueles que vivem em locais com barreiras físicas, tendem a ficar mais restritos ao domicílio aumentando sobremaneira as chances para o isolamento e problemas relacionados à mobilidade. Aos idosos que moram em locais mais distantes da área urbana devem ser oferecidos meios de transporte seguros e acessíveis para que tenham acesso facilitado aos serviços de saúde e ao convívio social. (WHO, 2005).

Cabe destacar que no município de Coxilha, a população tem acesso ao meio urbano por meio do transporte escolar que liga todas as comunidades do interior com a sede. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um veículo com motorista, em regime de plantão intermitente. A população, ao necessitar de atendimentos de saúde, entra em contato com o plantonista através de um telefone móvel, e o mesmo se desloca até o local dando o encaminhamento necessário.

A maioria 92,7% dos idosos de Coxilha reside em casas próprias. Esses achados são corroborados pelo estudo de Morais (2007) em que mais de 90,0% dos idosos moram em casas próprias. Outros estudos demonstram um predomínio de casas próprias entre os idosos, porém, em frequência inferior à verificada em Coxilha. (NERI, 2007; SILVA, 2005). Os idosos que pagam aluguel constituem uma pequena parcela (2,4%). Já o estudo de Neri (2007) indicou maior frequência de idosos pagando aluguel, cerca de 11,0%.

Quanto ao tipo de construção, houve predomínio de casas mistas. Resultados diferentes foram observados nos estudos de Morais (2007), Paskulin (2006) e Silva (2005) e em que prevaleceram as construções de alvenaria.

O número médio de cômodos nas residências foi de 6,8 e a média de quartos foi de 2,8. Outros estudos realizados no RS encontraram resultados semelhantes. (MORAIS, 2007; PASKULIN, 2006).

Com relação às instalações hidrossanitárias, todos os idosos da pesquisa informaram dispor de água encanada dentro de casa, sendo na maioria dos casos 83,1% provinda da rede pública. Destaca-se que a água da rede pública do município passa por análises de qualidade, e os reservatórios são higienizados periodicamente, o que indica que na maioria dos casos a água consumida é própria e de qualidade ao consumo humano. No estudo de Morais (2007) os resultados foram diferentes, pois o percentual de idosos com água encanada dentro de casa foi 89,1%, sendo proveniente na maioria das moradias de fonte ou vertente.

O destino do esgoto é predominantemente 98,8% a fossa séptica. O mesmo foi observado no estudo de Morais (2007) e de Silva (2005). A maioria dos domicílios onde vivem os idosos possui banheiro dentro de casa com descarga. Os achados de Morais (2007) e Silva (2005) apresentaram semelhança com os encontrados em Coxilha.

Quase a totalidade das residências 99,4% dispõe de energia elétrica. Estudos demonstram que a maioria dos domicílios onde vivem idosos possui energia elétrica (MORAIS, 2007; SILVA, 2005).

O lixo é na maioria dos casos 70,1%, recolhido por um caminhão, disponibilizado pela prefeitura. Embora nas residências não seja feita coleta seletiva, o lixo produzido nos domicílios é destinado a uma empresa, fruto de consórcio intermunicipal, que procede à separação e dá o destino adequado ao lixo. Esses achados diferem dos observados no estudo de Morais (2007) e Silva (2005), em que o principal destino dado ao lixo é a queima.

Quanto a posse de bens duráveis, mais de 90,0% possuem geladeira, televisão, fogão à gás, rádio e fogão a lenha. Os estudos de Morais (2007) e Silva (2005) demonstram resultados semelhantes, porém em frequências ligeiramente inferiores às observadas em Coxilha.

Nas propriedades onde vivem os idosos, se produz frutas e verduras e/ou se cria animais que, na maioria dos casos, são destinados ao consumo próprio. O mesmo foi verificado por Morais (2007).

5.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA

As auto-avaliações de saúde entre os idosos de Coxilha mostraram-se mais negativas, pois ao se agrupar as auto-avaliações regular, ruim e muito ruim, estas apresentaram prevalência de 54,0%. Nesse sentido Lebrão e Laurenti (2003) chamam

atenção para o fato de que a auto-avaliação que os indivíduos fazem de seu estado de saúde é mais do que uma simples impressão, se constituindo em fator determinante das reais condições de saúde do sujeito. Achados semelhantes aos de Coxilha podem ser observados nos estudos de Farinasso (2005), Lebrão e Laurenti (2003) e Morais (2007). Em outros países onde o projeto SABE foi realizado, as auto-avaliações de saúde também se mostraram mais negativas, com exceção de Buenos Aires e Montevideu onde as auto-avaliações positivas ultrapassaram 50,0%. (PALLONI; PELÁEZ, 2002 apud LEBRÃO, 2003).

Quando compararam a sua saúde atual com a de um ano atrás, a maior prevalência foi observada para os que consideram-na igual e melhor 71,6%. Os estudos de Farinasso (2005) e Morais (2007) evidenciaram resultados semelhantes. Da mesma forma, quanto a comparação da saúde atual com a dos pares, houve predomínio dos que a consideraram melhor. Esses achados seguem o padrão observado nos estudos de Farinasso (2005) e Morais (2007). Embora prevaleçam auto-avaliações de saúde negativas entre os idosos do estudo, é importante a representação dos que consideram-na melhor que há um ano e melhor que a de outras pessoas idosas.

Quanto à presença de alguma dor que perdura por mais de três meses, mais da metade 50,3% confirmaram esse sintoma. O estudo de Dellarozza et. al. (2008) e o de Lopes e Oliveira (2004) indicaram prevalências semelhantes. Quanto à localização dessas dores, acometem na maioria dos casos as costas 67,4% e as pernas 40,4%. O mesmo foi verificado no estudo de Dellarozza et. al. (2008). Para Xavier et. al. (2008) as alterações degenerativas da coluna vertebral próprias da idade somadas às sobrecargas de trabalho durante a vida aumentam as chances de o idoso ter lombalgia. A intervenção utilizada com maior frequência é o uso de medicamentos receitados pelo médico. O predomínio dessa intervenção foi também observado por Dellarozza et. al. (2008).

A prevalência de quedas no último ano, entre os idosos de Coxilha foi de 25,4%, semelhante à encontrada por Farinasso (2005), Lebrão e Laurenti (2003) e Morais (2007). Devido à(s) quedas, 26,5% tiveram fraturas. Esses achados diferem dos observados por Farinasso (2005) e Morais (2007), em que foram verificadas frequências menores de fratura entre os idosos que sofreram quedas.

Os problemas auditivos estão presentes em quase a metade 46,5% dos idosos de Coxilha. A frequência de dificuldade auditiva observada em Coxilha é semelhante à encontrada em estudos como de Farinasso (2005) e Morais (2007). Além disso,

reforçando os achados deste estudo, a alta prevalência de problemas auditivos é também citada pela OMS. (WHO, 2005). O declínio auditivo gera nos idosos importantes e incapacitantes distúrbios, dificultando a comunicação com as outras pessoas e levando muitas vezes ao isolamento como forma de evitar situações constrangedoras. (BRASIL, 2006a). Diante disso, ações no sentido de prevenir esse agravo, bem como, de reduzir as dificuldades dos que já possuem devem ser desenvolvidas. O uso de aparelhos auditivos é uma forma frequentemente utilizada para se reduzir essa deficiência. (WHO, 2005).

Em Coxilha, dos idosos que possuem dificuldade auditiva apenas 1,5% usam prótese. Esses dados são semelhantes aos verificados por Morais (2007). A baixa frequência de acesso a dispositivos de auxílio à audição pode indicar uma deficiência no acesso a esses serviços. Além disso, a oferta de aparelhos pelo SUS é recente na CRS a qual o município pertence.

A dificuldade visual apresenta uma prevalência bastante elevada no município 89,1%. Esse resultado encontra fundamentação na literatura nacional e internacional. (BRASIL, 2006a; WHO, 2005). Os estudos de Farinasso (2005) e Morais (2007) evidenciaram frequências ligeiramente inferiores de deficiência visual se comparadas à deste estudo.

Quanto à presença de dentes naturais, 40,5% não possuem nenhum. Farinasso (2005) e Morais (2007) encontraram frequências de edentulismo superiores a 70% em seus estudos. A perda dos dentes tem relação com problemas orgânicos como a desnutrição e doenças não transmissíveis, que elevam os custos para os sistemas e para os idosos como redução da autoconfiança e da qualidade de vida. Além de ações preventivas em saúde bucal, as curativas devem estar disponíveis como o fornecimento de próteses. (WHO, 2005).

A maioria dos idosos de Coxilha dispõe de próteses dentárias. O mesmo foi observado por Farinasso (2005), Morais (2007) e Narvai e Antunes (2003).

Quanto à dificuldade para falar, a maioria 77,3% nega tal dificuldade, assim como se verifica nos trabalhos de Morais (2007) e Narvai e Antunes (2003). Já com relação à mastigação, o percentual dos que sentem dificuldade é mais elevado, cerca de 40,0%. A prevalência de dificuldade na mastigação encontra amparo nos estudos de Farinasso (2005), Morais (2007) e Narvai e Antunes (2003). As condições de saúde bucal dos idosos, sobretudo a capacidade de mastigar os alimentos tem relação direta com o estado nutricional dos idosos. (BRASIL, 2006a).

A dificuldade para engolir foi referida por 12,0% dos idosos coxilhenses. Farinasso (2005) e Morais (2007) encontraram referência a dificuldade de deglutição em percentuais ligeiramente mais elevados que os de Coxilha.

Quanto à realização de mamografia nos últimos dois anos mais da metade 59,6% das idosas de Coxilha não a fizeram. O elevado percentual de mulheres, principalmente idosas que não fazem mamografia é ponderado por Veras (2007). O autor considera a pouca realização de mamografia entre as idosas preocupante, visto que o câncer de mama é a principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil e no RS. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A maioria dos homens idosos 63,3% fez algum tipo de exame de próstata nos últimos dois anos. Esse resultado se diferencia do encontrado na bibliografia que indica uma menor procura masculina por serviços de saúde. (BRASIL, 2009; COUTO et. al., 2010).

Com relação aos hábitos alimentares, quase a totalidade informaram fazer três ou mais refeições diárias. Os resultados são semelhantes aos encontrados por Morais (2007).

O hábito de ingerir bebidas alcoólicas não é comum entre os idosos de Coxilha visto que a maioria 71,3%, não cultiva esse hábito. Os estudos de Farinasso (2005), Morais (2007) e Silva (2005) reforçam a baixa frequência no consumo de bebidas alcoólicas entre os idosos. Silvestre e Costa Neto (2003) apontam prevalências ainda menores de alcoolismo de 10 a 20% entre idosos.

Com relação ao consumo de tabaco, 19% fumam atualmente. A prevalência de tabagismo entre os idosos coxilhenses foi também verificada por Silvestre e Costa Neto (2003). Com relação ao tabagismo entre os idosos, os estudos como o de Farinasso (2005) e Morais (2007) indicaram prevalências acentuadamente menores que as de Coxilha, 11,7% e 5,8%, respectivamente. Já os resultados verificados por Silva (2005) se diferenciam dos encontrados em Coxilha, visto que em seu estudo encontrou frequência de 51,9% para tabagismo.

O uso de medicamentos é uma realidade para a maioria 77,3% dos idosos de Coxilha, com frequência semelhante à observada por Morais (2007). Os resultados são reforçados pelo MS que considera o uso de medicamentos uma realidade no cotidiano dos idosos. (BRASIL, 2006a). Esses medicamentos são, para 39,7% idosos, provindos do SUS ou do Posto de saúde e 21,8% compram e também recebem gratuitamente.

Esses resultados se diferenciam dos verificados por Neri (2007) em que 71% dos idosos precisam comprar os seus medicamentos. A média de medicamentos utilizados pelos idosos foi de 2,3. Segundo o MS a polifarmácia, com a utilização de vários medicamentos ao mesmo tempo pode ser explicada pelas co-morbidades que afetam muitos idosos. (BRASIL, 2006a).

Com relação aos exercícios físicos, 45,0% idosos costumam praticá-los. Esses resultados se diferenciam dos encontrados por Farinasso (2005) e Lebrão e Laurenti (2003) em que a maioria dos idosos não pratica atividades físicas. Já no estudo de Morais (2007) e Silva (2005) a prevalência de atividade física entre idosos se mostrou acentuadamente mais elevada que em Coxilha.

Para os que praticam atividades, a mais frequentemente referida é a caminhada. Igualmente nos estudos de Farinasso (2005), Morais (2007) e Silva (2005) a caminhada foi a atividade física mais referida entre idosos. Esses resultados são reforçados pelo MS, que indica a caminhada como a atividade mais comumente realizada pelos idosos, principalmente por ser uma atividade acessível a todos. (BRASIL, 2006a).

No tempo livre os idosos costumam assistir televisão e ouvir rádio. Essas atividades, comuns ao estilo de vida moderno tendem a estimular o sedentarismo, influenciando as pessoas a não se exercitarem, conforme o MS. (BRASIL, 2006a). As atividades realizadas no tempo livre pelos idosos de Coxilha foram também verificadas em estudos realizados em Encruzilhada do Sul e Arambaré. (MORAIS, 2007; SILVA, 2005).

O principal problema de saúde referido pelos idosos coxilhenses foi o nervosismo 63,0% seguido pelos problemas de coluna 57,8% e a hipertensão arterial 57,1%. Esses resultados diferem dos encontrados por Silva (2005), onde houve maior prevalência de problemas de coluna. Os achados de Coxilha também se diferenciam dos observados em outros estudos que indicam a hipertensão arterial como a doença mais prevalente. (FARINASSO, 2005; LEBRÃO; LAURENTI, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; MORAIS, 2007; NERI, 2007; SILVA, 2005; VICTOR et. al., 2009).

No presente estudo verificou-se associação estatística significativa entre enfisema pulmonar e o sexo masculino. Já os resultados do SABE, embora apontem para uma maior prevalência de doença crônica pulmonar em homens não indicou associação significativa. (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Outros problemas de saúde mostraram associação significativa com o sexo feminino como a hipertensão arterial. O mesmo foi constatado no estudo de Morais (2007).

Na população total da pesquisa que considera que o problema de saúde interfere nas atividades do cotidiano, o problema de coluna está em primeiro lugar, sendo apontado por 42,6%. Os achados de Coxilha são semelhantes aos de Farinasso (2005), mas se diferenciam dos de Morais (2007), em que o problema de saúde que mais interfere no cotidiano dos idosos é o reumatismo. No entanto cabe destacar que os problemas de coluna em Encruzilhada do Sul ocupam a segunda posição em interferência no dia-a-dia dos idosos. (MORAIS, 2007).

Entre os idosos de Coxilha 11,8% apresentaram resultado indicativo de depressão. Esses resultados foram parecidos aos encontrados por Cerqueira (2003) e Paradela, Lourenço e Veras (2005). No entanto alguns estudos evidenciam maiores prevalências de depressão do que as observadas em Coxilha. (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Com relação ao sexo houve um predomínio de homens com resultado indicativo de depressão. Esses achados se diferenciam dos encontrados por Cerqueira (2003) e Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) em que a maior prevalência foi observada para as mulheres.

Quanto a relação entre o diagnóstico de transtorno de humor e faixa etária, sexo, estado marital e anos de estudo, não se verificou associação significativa. Os resultados de Coxilha se assemelham aos de outros estudos em que não se identificou associação entre presença de sintomas depressivos e faixa etária, sexo, estado marital e escolaridade. (VERAS; LOURENÇO; PARADELA, 2005).

5.5. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O processo incapacitante tem origem em fatores de risco que podem ser demográficos, ambientais, sociais, psicológicos, comportamentais e biológicos que, em interação, contribuem para o desenvolvimento de condições crônicas levando a um déficit, limitação funcional e incapacidade. A presença de doenças crônicas exerce papel determinante com relação às capacidades funcionais. (BRASIL, 2006a).

Com base na avaliação da capacidade funcional, é possível classificar os idosos como independentes ou dependentes em maior ou menor grau, quanto à realização de

atividades básicas e instrumentais da vida diária. O reconhecimento da capacidade que os idosos têm ou não de cuidar de si mesmos, possibilita a identificação da necessidade de ajuda a esse idoso, que pode ser parcial, em menor ou maior grau, ou ainda total. As atividades avaliadas estão subdivididas em AVDs e AIVDs. As AVDs são relacionadas ao autocuidado, e no caso de limitações no seu desempenho, pode ser necessária a presença de um cuidador para auxílio ao idoso. As AIVDs são relacionadas à participação do idoso na sociedade e indicam a possibilidade do sujeito levar uma vida independente na comunidade. Ao se tratar de processos incapacitantes, há que se considerar a interação existente entre autonomia (liberdade de tomar decisões), independência (capacidade de realizar ações, sem necessidade de auxílio) e dependência (impossibilidade de realizar atividades sem ajuda). (BRASIL, 2006a).

Nesta seção foram feitas perguntas sobre algumas atividades do cotidiano, no que tange a capacidade de executá-las sem nenhuma necessidade de auxílio ou com ajuda, ou ainda, se há incapacidade em desempenhar essas atividades.

A maioria dos idosos coxilhenses desempenha as AVDs de maneira independente: alimentar-se 90,9%, banhar-se 88,2%, vestir-se, 84,3%, cuidar da aparência 88,5%, deitar e levantar da cama 77,9%, ir ao banheiro a tempo 91,2% e se locomover 84,5%. Esses achados são corroborados pelo estudo de Moraes (2007) que evidenciou a maioria dos idosos realizando as AVDs sem dificuldades, como alimentar-se 87,6%, banhar-se 73,7%, vestir-se 76,6%, cuidar da aparência 79,6%, deitar e levantar da cama 75,9%, ir ao banheiro a tempo 80,3%, e se locomover 67,9%. Os resultados encontrados em Coxilha também são reforçados pelo estudo de e Farinasso (2005) e Duarte (2003), que revelaram a maioria dos idosos desempenhando as AVDs de maneira independente.

A AVD ir ao banheiro a tempo é a mais realizada sem dificuldade, 91,2% enquanto, deitar e levantar da cama são as que menos se realizam sem dificuldade 77,9%. Esses resultados se diferenciam dos encontrados em Encruzilhada do Sul, em que a atividade mais realizada sem dificuldade é alimentar-se, 87,6% e a menos desempenhada sem dificuldade é locomover-se 67,9%. (MORAIS, 2007).

Os que sentem dificuldade (em maior ou menor grau) para realizar essas atividades sem ajuda são: alimentar-se para 8,1%, banhar-se 6,3%, vestir-se 12,1%, cuidar da aparência 7,5%, deitar e levantar da cama 20,3%, ir ao banheiro a tempo 7,5% e se locomover 13,9%. As prevalências dos que sentem dificuldade na realização de

AVDs encontradas em Coxilha, são menores do que aquelas observadas por Moraes (2007), com exceção da atividade deitar e levantar da cama que se mostra mais elevada entre os idosos coxilhenses. Já o estudo de Farinasso (2005) demonstra percentuais acentuadamente menores que os encontrados em Coxilha, dos que sentem algum grau de dificuldade na realização de AVDs.

Quando se analisa a capacidade funcional para as atividades básicas, quanto ao nível máximo de dependência, as prevalências observadas foram banhar-se 5,4%, alimentar-se 0,9%, vestir-se 3,6%, cuidar da aparência 3,9%, deitar e levantar da cama 1,8%, ir ao banheiro a tempo 1,2% e se locomover 1,5%. Percentuais maiores para o nível máximo de dependência nas AVDs foram observados no estudo de Moraes (2007) exceto na atividade alimentar-se, que apresentou menor prevalência de dependência. Farinasso (2005) encontrou maiores percentuais de dependência em nível máximo para todas as AVDs.

Observa-se que a maioria dos idosos não apresenta limitações que impeçam o seu autocuidado. No entanto, aqueles que apresentam, merecem muita atenção, tendo em vista que as atividades em questão estão relacionadas à sobrevivência.

Da mesma forma que nas AVDs, a maioria dos idosos de Coxilha informou realizar as AIVDs de forma independente, porém em frequências ligeiramente menores que as AVDs. A atividade mais realizada independentemente é andar no plano e a menos desempenhada de maneira independente é cortar as unhas dos pés. Os resultados encontrados em Coxilha se assemelham aos de outros estudos, que demonstram a maioria dos idosos desempenhando as AIVDs de maneira independente. (DUARTE, 2003; FARINASSO, 2005; MORAIS, 2007).

Os idosos que apresentam o mais elevado nível de dependência (não consegue ou somente com ajuda) na realização das AIVDs são em ordem de frequência: cortar as unhas dos pés 28,5%, fazer a limpeza da casa 24,8%, administrar as finanças 16,1%, utilizar o transporte público 12,9%, medicar-se na hora certa 11,4%, preparar as refeições 11,0%, sair de casa 5,4%, subir e descer escadas 4,2%, andar nas proximidades de casa 3,3%, transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa 2,6% e andar no plano 1,8%. De maneira geral, os percentuais de idosos de Coxilha que apresentam maior nível de dependência nas AIVDs se assemelham aos encontrados em Encruzilhada do Sul. (MORAIS, 2007). Destaca-se que, entre os idosos coxilhenses, a

maior prevalência, 28,5%, de dependência é verificada para a atividade cortar as unhas dos pés, enquanto no estudo de Moraes (2007) é para administrar as finanças 24,8%.

5.6. USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Cesar e Paschoal (2003), é fundamental investigar as condições de acesso aos serviços de saúde quando se busca conhecer e analisar as condições de vida dos idosos, tendo em vista que a alta prevalência de doenças no grupo idoso tende a aumentar a demanda por serviços de saúde. À medida que se reduz o acesso a esses serviços tornam-se maiores as possibilidades de agravamento das condições crônicas. (WHO, 2005).

Com relação ao uso e acesso aos serviços de saúde os idosos responderam a questões relacionadas às formas utilizadas na busca de soluções para os problemas de saúde.

Quando questionados sobre qual serviço procuraram em caso de doença, no último ano, destaca-se que mais da metade 59,7% procuraram o Posto de saúde. Essa preferência também foi evidenciada pelo estudo de Farinasso (2005), Paskulin (2006) e Silva (2005). Já o trabalho de Moraes (2007), encontrou resultados diferentes, quando a maioria indicou o consultório médico particular.

Aqueles que não procuraram ajuda mesmo precisando, foram 0,3%. Percentuais maiores foram encontrados por Moraes (2007) em que 8,8% não procuraram ajuda mesmo precisando. Quanto aos principais motivos que os levaram a não procurar os serviços de saúde foi indicada a falta de um acompanhante seguido da distância. Esses resultados são diferentes, em parte, aos de outros estudos em que o principal motivo apontado foi a distância seguido pela ausência de transporte adequado. (MORAIS, 2007).

Quanto à resolução de problemas de saúde em farmácias ou com benzedeiros, mais da metade afirmaram procurar esses serviços, com maior ou menor frequência, como forma de resolver seus problemas de saúde. A procura pela farmácia ou benzedeira entre os idosos de Coxilha, é mais frequente se comparada com os idosos de Encruzilhada do Sul. (MORAIS, 2007).

O profissional que realizou o atendimento na última vez em que procuraram atendimento foi, na maioria dos casos, o médico para 93,9%. Esses resultados seguem o

padrão observado em outros estudos dessa natureza. (FARINASSO, 2005; MORAIS 2007).

Com relação ao tempo de espera entre a solicitação da consulta e o atendimento pelo profissional, apenas um quinto dos idosos de Coxilha foram atendidos imediatamente. Esses resultados se contrastam com os achados de Morais (2007) em que quase 70% dos idosos tiveram atendimento imediato. O tempo de espera para o atendimento no serviço de saúde foi para a maioria de minutos, dado semelhante ao encontrado por Morais (2007).

5.7. APOIO FAMILIAR E SOCIAL

A grande maioria 96,4% dos idosos de Coxilha recebe ajuda em caso de doença. Essa prevalência de apoio informal foi idêntica a observada entre os idosos de Encruzilhada do Sul e semelhante a dos idosos de São Paulo (MORAIS, 2007; SAAD, 2003).

Dos cuidadores, a maioria 63,9% possui idade inferior a 60 anos. No entanto há 36,1% que são cuidadores idosos. O estudo de Morais (2007) corrobora esses achados ao evidenciar 32,1% dos cuidadores com idade superior a 60 anos. A média de idade dos cuidadores de idosos em Coxilha foi de 50 anos, semelhante à encontrada no estudo de Gonçalves et. al. (2006) e Ricci, Kubota e Cordeiro (2005).

Esses cuidadores são predominantemente do sexo feminino. O maior percentual de potenciais cuidadores do sexo feminino verificado em Coxilha encontra amparo na literatura, pois segundo a OMS as pessoas que cuidam de idosos são na maioria mulheres. (WHO, 2005). Outros estudos demonstram predomínio de mulheres entre cuidadores de idosos. (GONÇALVES et. al., 2006; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Na maioria dos casos os cuidadores são os companheiros (as) e filhos (as). Esses resultados se assemelham aos de outros estudos realizados no PR e RS. (FARINASSO, 2005; MORAIS, 2007). Os achados do estudo são reforçados por Saad (2003) que destaca a família como sendo a principal fonte de cuidados para os idosos.

Os principais cuidados recebidos são com companhia, com a alimentação, com a medicação, com a locomoção, com a higiene e com as eliminações. Esses resultados se assemelham aos encontrados no estudo de Morais (2007).

Quanto à existência de outra pessoa que preste cuidados, além do cuidador principal, a maioria dos idosos afirmam possuir, sendo na maioria dos casos provinda de familiares e vizinhos. Assim como em Coxilha, em todas as partes do mundo o maior aporte de apoio e assistência aos idosos provém de familiares e vizinhos. (WHO, 2005).

Dos cuidadores secundários, os idosos contam principalmente com ajuda em forma de companhia, nas tarefas domésticas e nos cuidados pessoais. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Morais (2007).

Quanto ao recebimento de assistência de algum tipo de instituição (igreja, famílias, prefeitura, assistência social, grupos de oração, grupos de terceira idade, etc) no último ano, a maioria 75,1% disseram não ter recebido. Resultados diferentes foram observados por Morais (2007) em que nenhum idoso recebeu esse tipo de auxílio.

6. CONCLUSÃO

A transformação na pirâmide etária do país observada nas últimas décadas, ocasionada pela rápida elevação no número de idosos, traz consigo mudanças nos padrões de adoecimento e morte, de modo que os sistemas sociais e de saúde não acompanham essas transformações. A organização dos serviços com vistas ao atendimento de casos agudos, não mais se adapta ao atendimento de uma população que envelhece e sofre de doenças crônicas. Assim, conhecer o envelhecimento nas suas múltiplas dimensões é fundamental, sobretudo quando se busca o desenvolvimento de políticas públicas para esse segmento.

O estudo da população de idosos de Coxilha demonstrou, em alguns aspectos, resultados semelhantes aos que vem sendo apontados por estudiosos da área, e em outros, características peculiares e diferenciadas.

Os idosos de Coxilha têm média de idade de 69 anos, são na maioria mulheres, de cor branca, casados, católicos, com baixa escolaridade e rendimentos. Embora a origem tenha sido o campo, encontram-se mais no meio urbano e vivendo em domicílios unigeracionais. Entretanto é expressiva a concentração de idosos no meio rural. O principal meio de comunicação indicado foi o ACS. Os problemas de saúde foram para a maioria os relacionados com o nervosismo e o que mais interfere no cotidiano é o problema de coluna. A frequência de dor crônica foi elevada, sendo para a maioria na região das costas. O uso de medicamentos se mostrou frequente, mas o acesso a estes gratuitamente mostrou-se baixo. A realização de exames de rastreamento para câncer de mama e colo de útero foi apontada por menos da metade das idosas. Entre os homens, o percentual dos que fizeram exames para rastreio de câncer de próstata foi maior que entre as mulheres. A maioria informou realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária de maneira independente, e na maioria dos casos, dispõe de um cuidador que é com frequência o cônjuge. Entre os cuidadores é notório o percentual dos que são idosos. A rede de apoio formal mostrou-se reduzida. Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a maioria procurou o posto de saúde, e o atendimento foi realizado no mesmo dia da solicitação.

O conhecimento das condições de vida e saúde dos idosos podem fornecer subsídios para a implementação de ações e serviços voltados ao grupo etário idoso, bem como às demais fases da vida no município de Coxilha. Desataca-se em princípio o redimensionamento dos programas e ações com o foco centrado na pessoa idosa, seu

familiar e ou cuidador, a implementação das diretrizes da política nacional de educação permanente em saúde, em especial para os ACSs e com ênfase na questão gerontológica, a promoção de campanhas de sensibilização junto as mulheres idosas acerca da importância da realização da mamografia e exame preventivo do câncer de colo de útero, a programação de ações de promoção da saúde mental para idosos, familiares e/ou cuidadores, a realização de ações articuladas de educação para a saúde entre enfermagem, educador físico e fisioterapeuta, aplicáveis ao grupo de convivência priorizando as queixas de lombalgia e suas intercorrências, o fortalecimento do elenco de medicamentos necessários a este segmento populacional e o desenvolvimento de ferramentas que subsidiem o trabalho dos ACSs, sobretudo no que tange a assistência domiciliar rural.

Além disso, os resultados do estudo podem se constituir em um instrumento de gestão para setores da administração pública, para além da área da saúde, não somente para o município, mas também para a região.

Cabe ressaltar o caráter exploratório deste estudo e o reconhecimento da dimensão do trabalho a ser feito, no sentido de aproveitar o potencial dos dados coletados, para a implementação de ações e serviços para os idosos no município de Coxilha.

REFERÊNCIAS

BATISTA, A. S. et.al. *Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social*. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 – *Política Nacional do Idoso* – PNI, 1994. Disponível em: <www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm> <<http://www.ufrgs.br/3idade/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei8842.html>>. Acesso em: 5 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *12º Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.19), 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 GM de 19 de outubro de 2006 – *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* – PNSPI, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de março de 2006. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 GM de 22 de fevereiro de 2006 – *Pacto pela Saúde*, 2006d. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Protocolo técnico. *Atividade Física*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.170 GM de 19 de outubro de 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3170_19_10_10.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Coxilha, 2010. Banco de dados.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, mai./jun., 2003. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 abr. 2009.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.25-59.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.253-292.

CAMARANO, A. A. et. al.. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.137-168.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de 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: 25 jul. 2010

CESAR, C. L. G; PASCHOAL, S. M. P. Uso dos serviços de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de 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 mai. 2009.

COUTO, M. T. et. al. O homem na atenção primária a saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Revista Interface*. Botucatu, v.14, n.33, p.257-270, abr.-jun., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2011.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev. Associação Médica Brasileira*. São Paulo, vol.54, n.1, p. 36-41, jan.-fev., 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42302008000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 jan. 2011.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de 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 mai. 2009.

FARINASSO, A. L. C. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GONÇALVES, L. H. T. et. al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto e Contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v.15, n.4, p. 570-577, Out.-dez., 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2011.

HAYFLICK, L. *Como e por que envelhecemos*. Tradução Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Abandono na velhice. In: Seminário Internacional “Bioética e Saúde Pública”: Desafios e Perspectivas, 2009, Santa Maria. *Anais*. Universidade Federal de Santa Maria, 2009. Disponível em: <www.ufsm.br/ppgenf/ANAIS_SEMINARIO_BIOETICA_21_12.pdf
<www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. *Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo populacional 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 20 fev. 2011.

LAKS, J. et. al. O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. [online]. São Paulo, v.61, n.3b, p.782-785, Set., 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500015&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jan. 2011.

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 mai. 2009.

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 3 jun. 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, M. S.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 735-743, Jun. 2003. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 jan. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jan.-jun. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 abr. 2009

LOPES, F. A. M.; OLIVEIRA, F. A. Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Patge Textos Didáticos*. 2004. Disponível em: <www.uftm.edu.br/patolo/patge/Idoso_psf.htm>. Acesso em: 9 jan. 2011.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*. [online], v.40, n.4, p. 712-719, 2006. Disponível em: <www.crde-unati.uerj.br/cipi/pdf/meem.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

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

MASCARELO, A.; PORTELLA, M. R. O envelhecimento na prosa em família e a interlocução com a equipe da ESF. In: VI Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia e V Jornada Catarinense de Geriatria e Gerontologia, 2009, Florianópolis. Envelhecimento e Comorbidade. *Anais*. Florianópolis : Oceano Eventos, 2009. p. 88-88.

MASCARELO, A.; PORTELLA, M. R. Cuidado Gerontológico e a capacitação do agente comunitário de saúde: ações educativas utilizadas na estratégia de saúde da família de Coxilha-RS. In: 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2010, Florianópolis. *62 Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Florianópolis, 2010.

MORAIS, E. P. *Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul-RS*. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde Bucal: a auto-percepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.). *Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=70>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. São Paulo: SESC-SP, Fundação Perseu Abramo, 2007.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, F. R. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.40, 2006, n.4, p.734-736, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/cb-4963.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional para o envelhecimento*, 2002/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1), 2003.

PAIM, P. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília: Senado Federal, 2004.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.39, 2005, n.6, Dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102005000600008&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jan. 2011.

PASKULIN, L. M. G. *Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre-RS*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PORTELLA, M. R. A pessoa idosa no contexto rural da 6º CRS In: CREUTZBERG, M. et. al. VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 2008, Porto Alegre, *Anais*. Brasília: ABEn, 2008. CD-ROM

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* (UnATI. Impresso), v. 13, 2010, p. 173-178, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, 2003, n.3, p. 793-798, mai-jun, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf> . Acesso em: 19 jan. 2011.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.39, 2005, n.4, p.655-662, Ago. 2005. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400021>. Acesso em: 2 fev. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. *A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: CEVS, 2006.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. *Estudos Interdiscipl. Envelhecimento*, UFRGS. Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

RODRIGUES, R. A. P., et. al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.16, jul./set. 2007, n.3, p. 536-545. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 set. 2009.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. 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 mai. 2009.

SARTORI, L. *Coxilha conta a sua história*. Passo Fundo: Gráfica Passo Fundo, 1996.

SILVA, J. L. A. *O Idoso do município de Arambaré-RS: um contexto rural de envelhecimento*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, 2003, n.3, p.839-847, Mai-jun, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2010.

TOURINHO FILHO, H. Atividade física e promoção da saúde. In: BETINELLI, L. A., PORTELLA, M. R., PASQUALOTTI, A. (Org.). *Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens*. Passo Fundo: UPF, 2008, p. 189-196.

VERAS, R. FÓRUM. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, 2007, n.10, p.2463-2466, Out.2007. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000020> . Acesso em: 3 abr. 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol.43, 2009, n.3, 17 abr. 2009.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.22, 2009, n.1, p. 49-54, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100008>. Acesso em: 4 fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

XAVIER, A. J., et. al. Lombalgia na Terceira Idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v.11, 2008, n.1, p.1543-1551, 2008. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es> . Acesso em 2 jan. 2011.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 148/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 28/04/10, analisou o protocolo de pesquisa “**Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS**”, CAAE nº 1257.0.000.398-10, de responsabilidade da pesquisadora **Andréia Mascarelo**.

O estudo tem como objetivo geral conhecer as condições de vida e de saúde dos idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Os objetivos específicos são: traçar o perfil sócio-demográfico dos idosos residentes no município de Coxilha – RS; identificar as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos residentes nesse município; analisar dados relativos ao uso e acesso ao serviço de saúde e a rede de apoio social e familiar para o cuidado dos idosos. Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, com cerca de 321 sujeitos de pesquisa, idosos com mais de 60 anos de idade e visa conhecer a realidade local para implementar melhorias nas condições de vida desta população, principalmente na área da saúde do idoso. Os dados serão coletados por meio de um questionário padrão intitulado “Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” – SABE aplicado a domicílio. Os participantes deverão: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir há pelo menos seis meses no território do município de Coxilha-RS, possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas e concordar em participar da pesquisa.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora 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.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: **PROTOCOLO APROVADO**

Passo Fundo, 28 de maio de 2010.

Anexo B. Parecer Favorável do Representante Legal do Município de Coxilha-RS



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Coxilha



Ofício nº 084/2010

Coxilha, 09 de abril de 2010.

Prezadas Senhoras:

Vimos por intermédio deste, conceder a autorização para a realização da pesquisa intitulada “Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS” junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Coxilha-RS.

Certos de termos atendido a solicitação e no aguardo dos resultados da pesquisa, subscrevemo-nos.

CLEMIR JOSÉ RIGO
PREFEITO MUNICIPAL

JÚLIO CÉSAR CENI
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ilma. Sra. Doutora
Marilene Rodrigues Portella
MD. Orientadora PPGEH-UPF
PASSO FUNDO-RS

APÊNDICES

Apêndice A. Instrumento de Coleta de Dados



Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o senhor (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Número do questionário:		
Horário do início:		
Micro-Área		
Endereço:		
Nome completo do (a) entrevistado (a):		
Data da entrevista: dia mês ano 2010		
Nome do (a) entrevistador(a):		
Resultado:*		
*Códigos de resultados:		
<table border="1"><tr><td>01: entrevista completa 02: entrevista completa com informante substituto 03: entrevista completa com informante auxiliar 04: entrevista incompleta (anote em observações) 05: entrevista adiada 06: ausente temporário 07: nunca encontrou a pessoa 08: recusou-se 09: incapacitado e sem informante 10: outros (anote em observações)</td></tr></table>	01: entrevista completa 02: entrevista completa com informante substituto 03: entrevista completa com informante auxiliar 04: entrevista incompleta (anote em observações) 05: entrevista adiada 06: ausente temporário 07: nunca encontrou a pessoa 08: recusou-se 09: incapacitado e sem informante 10: outros (anote em observações)	
01: entrevista completa 02: entrevista completa com informante substituto 03: entrevista completa com informante auxiliar 04: entrevista incompleta (anote em observações) 05: entrevista adiada 06: ausente temporário 07: nunca encontrou a pessoa 08: recusou-se 09: incapacitado e sem informante 10: outros (anote em observações)		
Observações:		
Nome do(a) informante substituto(a) ou auxiliar:		
Parentesco com o(a) entrevistado(a):		

Tempo de conhecimento caso não seja familiar:	
SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES	
<p>A.1 Em que dia, mês e ano o (a) senhor (a) nasceu?</p> <p style="text-align: center;">Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	A.1 _____
<p>A.2 Quantos anos completos o (a) senhor (a) tem?</p> <p style="text-align: center;">Idade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos</p>	A.2 _____
<p>A.3 Sexo:</p> <p>(1) Masculino (2) Feminino</p>	A.3 _____
<p>A.4 Qual destas opções o(a) descreve melhor?</p> <p>(1) branco(a) (2) pardo (a) (combinação de branco e preto) (3) preto(a) (4) indígena (5) amarelo(a) (6) outra (88) NS (99) NR</p>	A.4 _____
<p>A.5 Em que meio o (a) senhor (a) nasceu?</p> <p>(1) Urbano (2) Rural (88) NS (99) NR</p> <p>Cidade: <input type="text"/></p> <p>Estado: <input type="text"/></p> <p>País: <input type="text"/></p>	A.5 _____
<p>A.6 Em que meio o(a) senhor(a) mora atualmente?</p> <p>(1) Urbano (2) Rural (88) NS (99) NR</p>	A.6 _____
<p>A.7 Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora neste local (urbano ou rural) ?</p> <p>(1) menos de um ano</p>	A.7 _____

<p>(2) mais de um ano e menos de cinco anos</p> <p>(3) mais de cinco anos</p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	
<p>A.8 Atualmente o (a) senhor (a) vive sozinho(a) ou acompanhado(a)?</p> <p>(1) sozinho(a)</p> <p>(2) acompanhado(a)</p> <p>(99) NR</p>	<p>A.8 _____</p>
<p>A.9 Em geral o (a) senhor (a) gosta de morar na companhia das pessoas com quem mora hoje (ou sozinho se for o caso)?</p> <p>(1) sim</p> <p>(2) não</p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	<p>A.9 _____</p>
<p>A.10 Se o (a) senhor (a) pudesse escolher, preferiria morar com:</p> <p><i>Instrução: leia as opções e anote todas as afirmativas</i></p> <p>(1) só</p> <p>(2) com esposo (a) ou companheiro (a)</p> <p>(3) com um ou mais filho (a) (s) casado (a) (s)</p> <p>(4) com um ou mais filho (a) (s) solteiro (a) (s)</p> <p>(5) com neto (a)</p> <p>(6) com outro familiar</p> <p>(7) com outra pessoa não familiar remunerada que o ajudava</p> <p>(8) com outra pessoa não familiar não remunerada</p> <p>(9) com uma empregada doméstica</p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	<p>A.10 _____</p>
<p>A.11 Qual a principal razão pela qual o (a) senhor (a) está morando aqui neste local?</p> <p>(1) estar perto de ou com o (a) filho (a)</p> <p>(2) estar perto de ou com familiares ou amigos</p> <p>(3) estar perto dos serviços de saúde</p> <p>(4) medo da violência</p> <p>(5) falecimento do (a) esposo (a) ou companheiro (a)</p> <p>(6) por separação conjugal</p> <p>(7) por união conjugal</p> <p>(8) custo da moradia</p> <p>(9) pelas condições da moradia (barreiras arquitetônicas)</p> <p>(10) outro (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <p>} A.13</p> </div>	<p>A.11 _____</p>
<p>A.12 Por que o(a) senhor(a) está morando com ou perto dos filhos(a), outros familiares ou amigos(a)?</p> <p>(1) Por problemas de saúde</p>	<p>A.12 _____</p>

<p>(2) Por problemas econômicos</p> <p>(3) Porque se sentia só</p> <p>(4) Para ajudar a cuidar dos netos ou outras crianças</p> <p>(5) Porque pensa que os idosos devem morar com a família ou parentes</p> <p>(6) Porque gosta/ prefere</p> <p>(7) Outro (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	
<p>A.13 Qual o seu estado marital hoje?</p> <p>(1) divorciado(a)/desquitado(a)</p> <p>(2) separado(a)</p> <p>(3) viúvo(a)</p> <p>(4) casado(a)</p> <p>(5) amasiado(a) (vivendo maritalmente)</p> <p>(6) solteiro(a)</p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p> <div style="position: absolute; left: 500px; top: 300px; border: 1px solid black; padding: 2px;">A.15</div>	<p><u>A.13</u></p>
<p>A.14 Há quanto tempo é divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a)?</p> <p>(1) menos de um ano</p> <p>(2) mais de um ano e menos de cinco anos</p> <p>(3) mais de cinco anos</p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	<p><u>A.14</u></p>
<p>A.15 Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) senhor(a) teve?</p> <p>Número de filhos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.15a Próprios: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.15b Enteados: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.15c Adotivos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	<p><u>A.15</u></p> <p><u>A.15a</u></p> <p><u>A.15b</u></p> <p><u>A.15c</u></p>
<p>A.16 Quantos filhos e filhas vivos o(a) senhor(a) tem hoje?</p> <p>Número de filhos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.16a Próprios: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.16b Enteados: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>A.16c Adotivos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(88) NS</p> <p>(99) NR</p>	<p><u>A.16</u></p> <p><u>A.16a</u></p> <p><u>A.16b</u></p> <p><u>A.16c</u></p>

<p>A.17 Quantas pessoas moram na mesma casa que o(a) senhor (a)?</p> <p>Número de pessoas <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><u>A.17</u></p>
<p>A.18 Quem são as pessoas que moram com o(a) senhor (a)?</p> <p>(1) Mora sozinho (2) Somente com cônjuge ou companheiro (3) Cônjuge e filhos (4) Somente com filhos (5) Cônjuge, filhos, genro e/ou nora (6) Netos (7) Filhos e netos (8) Cônjuge, filhos, genro e/ou nora e netos</p> <p>(9) Outros especifique: <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.18</u></p>
<p>A.19 O(a) senhor(a) é aposentado?</p> <p>(1) Não } <input type="text" value="A.21"/> (2) Sim, por tempo de serviço (3) Sim, por invalidez (4) Sim, por idade (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.19</u></p>
<p>A.20 Qual é o valor que o(a) senhor(a) recebe da sua aposentadoria?</p> <p>(1) Até 1 salário mínimo (2) De 1 a 2 salários mínimos (3) De 3 a 5 salários mínimos (4) Acima de 5 salários mínimos (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.20</u></p>
<p>A.21 O(a) senhor(a) tem outra renda?</p> <p>(1) sim (2) não (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.21</u></p>
<p>A.22 Qual é sua renda mensal total?</p> <p>(1) Não possui renda (2) Até 1 salário mínimo (3) De 1 a 2 salários mínimos (4) De 3 a 5 salários mínimos (5) Acima de 5 salários mínimos (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.22</u></p>
<p>A.23 Qual é a renda total da sua família?</p> <p>(1) Não possui renda</p>	<p><u>A.23</u></p>

<p>(2) Até 1 salário mínimo (3) De 1 a 2 salários mínimos (4) De 3 a 5 salários mínimos (5) Acima de 5 salários mínimos (88) NS (99) NR</p>	
<p>A.24 Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: <i>Instrução: leia as opções e anote todas as afirmativas</i></p> <p>(1) Salário ou trabalho próprio (2) Aposentadoria e trabalho próprio (3) Pensão (4) Programas governamentais (5) Doação (familiares, amigos, instituições)</p> <p>(6) Outros (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>A.24 _____</p>
<p>A.25 A Com relação a sua ocupação principal, o que o(a) senhor(a) fazia? Diga em 1 palavra</p> <p><input type="text"/></p>	<p>A.25 _____</p>
<p>A.26 O(a) senhor(a) trabalha atualmente?</p> <p>(1) sim (2) não } <input type="text" value="A.30"/></p> <p>(88)NS (99)NR</p>	<p>A.26 _____</p>
<p>A.27 Se trabalha atualmente, o que o(a) senhor(a) faz? Diga em 1 palavra</p> <p><input type="text"/></p>	<p>A.27 _____</p>
<p>A.28 Diga com apenas uma palavra o motivo por que ainda trabalha:</p> <p><input type="text"/></p>	<p>A.28 _____</p>
<p>A.29 Nos últimos seis meses, com que o(a) senhor(a) tem gasto a maioria de seu dinheiro?</p> <p>(1) Alimentação (2) Medicamentos (3) Moradia (4) Lazer (5) Outros (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>A.29 _____</p>
<p>A.30 O (a) senhor (a) sabe ler ou escrever um recado?</p>	<p>A.30 _____</p>

<p>(1) sim (2) não (99) NR</p>																																														
<p>A.31 O (a) senhor (a) foi à escola? (1) sim (2) não (88) NS (99) NR</p>	<p>A.31 _____</p>																																													
<p>A.32 Quantos anos o (a) senhor (a) estudou? (1) analfabeto (2) de 1 a 3 anos (3) 4 a 7 anos (4) 8 a 11 anos (5) 12 ou mais anos (88) NS (99) NR</p>	<p>A.32 _____</p>																																													
<p>A.33 Quais os meios de comunicação que o(a) senhor(a) utiliza?</p> <table border="1" data-bbox="240 925 1171 1182"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.33a Rádio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33b Telefone</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33c Computador (Internet)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33d Vizinhos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33e Agentes de saúde</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33f Televisão</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.33g Outros (especifique) _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	A.33a Rádio	1	2	88	99	A.33b Telefone	1	2	88	99	A.33c Computador (Internet)	1	2	88	99	A.33d Vizinhos	1	2	88	99	A.33e Agentes de saúde	1	2	88	99	A.33f Televisão	1	2	88	99	A.33g Outros (especifique) _____	1	2	88	99	<p>A.33a _____ A.33b _____ A.33c _____ A.33d _____ A.33e _____ A.33f _____ A.33g _____</p>					
	sim	não	NS	NR																																										
A.33a Rádio	1	2	88	99																																										
A.33b Telefone	1	2	88	99																																										
A.33c Computador (Internet)	1	2	88	99																																										
A.33d Vizinhos	1	2	88	99																																										
A.33e Agentes de saúde	1	2	88	99																																										
A.33f Televisão	1	2	88	99																																										
A.33g Outros (especifique) _____	1	2	88	99																																										
<p>A.34 Quais os meios de transporte que o(a) senhor(a) mais utiliza?</p> <table border="1" data-bbox="240 1274 1171 1565"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.34a Automóvel</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34b Ônibus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34c Carroça</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34d Bicicleta</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34e A pé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34f Cavalos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34g Caminhão</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>A.34h Outros (especifique) _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	A.34a Automóvel	1	2	88	99	A.34b Ônibus	1	2	88	99	A.34c Carroça	1	2	88	99	A.34d Bicicleta	1	2	88	99	A.34e A pé	1	2	88	99	A.34f Cavalos	1	2	88	99	A.34g Caminhão	1	2	88	99	A.34h Outros (especifique) _____	1	2	88	99	<p>A.34a _____ A.34b _____ A.34c _____ A.34d _____ A.34e _____ A.34f _____ A.34g _____ A.34h _____</p>
	sim	não	NS	NR																																										
A.34a Automóvel	1	2	88	99																																										
A.34b Ônibus	1	2	88	99																																										
A.34c Carroça	1	2	88	99																																										
A.34d Bicicleta	1	2	88	99																																										
A.34e A pé	1	2	88	99																																										
A.34f Cavalos	1	2	88	99																																										
A.34g Caminhão	1	2	88	99																																										
A.34h Outros (especifique) _____	1	2	88	99																																										
<p>A.35 Qual é sua religião? (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outra (especifique) <input data-bbox="588 1709 1179 1756" type="text"/> (5) Nenhuma (88) NS (99) NR</p>	<p>A.35 _____</p>																																													
<p>A.36 Qual a importância da religião em sua vida? (1) importante (2) regular (3) nada importante</p>	<p>A.36 _____</p>																																													

(88) NS (99) NR	
A.37 Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades? (1) completamente (2) muito (3) não muito (4) nada (88) NS (99) NR	A.37 _____
SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA	
Neste estudo estamos investigando como o (a) senhor (a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.	
Orientação temporal (0 a 5 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B1 anote a soma de pontos.</i> B.1 O (A) senhor (a) pode me dizer em que _____ estamos? Ano: _____ (___) Semestre: _____ (___) Mês: _____ (___) Dia do mês: _____ (___) Dia da semana: _____ (___)	B.1 _____
Orientação espacial (0 a 5 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B2 anote a soma de pontos.</i> B.2 O (A) senhor (a) pode me dizer em que _____ estamos? Estado: _____ (___) Cidade: _____ (___) Meio (urbano ou rural): _____ (___) Localidade ou rua (nome da localidade se interior ou da rua se sede): _____ (___) Local da casa (cozinha, sala, quarto) _____ (___)	B.2 _____
Repetir as palavras (0 a 3 pontos) <i>Instrução: peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda (máximo de 5 repetições). Para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B3 anote a soma de pontos.</i> B.3 Repita as palavras que eu disser e tente memorizá-las pois daqui a pouco vou pedir que as repita novamente. Árvore: _____ (___) Mesa _____ (___) Cachorro _____ (___)	B.3 _____
Cálculo (0 a 5 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B4 anote se será aplicado o teste a ou b. Ao lado do teste aplicado anote a</i>	

<p>soma de pontos.</p> <p>B.4 O senhor (a) faz cálculos? (1) Sim (vá para B.4a) (2) Não (vá para B.4b)</p>	<p>B.4 _____</p>
<p>B.4a Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total de 5 subtrações)</p> <p>93 _____ (___) 86 _____ (___) 79 _____ (___) 72 _____ (___) 65 _____ (___)</p>	<p>B.4a _____</p>
<p>B.4b Soletre (diga as letras) a palavra mundo de trás para frente:</p> <p>O _____ (___) D _____ (___) N _____ (___) U _____ (___) M _____ (___)</p>	<p>B.4b _____</p>
<p>Memorização (0 a 3 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B5 anote a soma de pontos.</i></p> <p>B.5 Repita as TRÊS palavras que lhe eu disse a pouco e pedi que guardasse na memória:</p> <p>Árvore _____ (___) Mesa _____ (___) Cachorro _____ (___)</p>	<p>B.5 _____</p>
<p>Linguagem (0 a 2 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B6 anote a soma de pontos.</i></p> <p>B.6 Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los</p> <p>Relógio _____ (___) Caneta _____ (___)</p>	<p>B.6 _____</p>
<p>Linguagem (0 a 1 ponto) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B7 anote a soma de pontos.</i></p> <p>B.7 Repita a frase: NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ _____ (___)</p>	<p>B.7 _____</p>
<p>Linguagem (0 a 3 pontos) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B8 anote a soma de pontos.</i></p> <p>B.8 Siga uma ordem de três estágios. Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e ponha-o no chão.</p> <p>Pegue o papel com a mão direita _____ (___) Dobre-o ao meio _____ (___)</p>	<p>B.8 _____</p>

<p>Jogue-o no chão _____()</p>	
<p>Linguagem (0 a 1 ponto) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B9 anote a soma de pontos.</i> B.9 Peça ao idoso que leia a ordem e execute. (mostre-o a frase FECHÉ OS OLHOS) Feche os olhos _____()</p>	<p>B.9 _____</p>
<p>Linguagem (0 a 1 ponto) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B10 anote a soma de pontos.</i> B.10 Peça ao idoso para escrever uma frase completa Escrever _____ uma frase _____ _____ _____()</p>	<p>B.10 _____</p>
<p>Linguagem (0 a 1 ponto) <i>Instrução: para cada acerto marque (1) ponto e para cada erro (0) zero ponto. Ao lado de B10 anote a soma de pontos.</i> B.11 Copie o desenho</p> <div data-bbox="274 1160 651 1400" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: right;">()</p>	<p>B.11 _____</p>
<p>A pontuação total é 30 pontos. As notas de corte sugeridas são (de acordo com a escolaridade em anos): Analfabetos: 19 1 a 3 anos: 23 4 a 7 anos: 24 Mais de 7 anos: 28</p> <p>B.12 Soma total</p>	<p>B.12 _____</p>
<p>SEÇÃO C - CONDIÇÕES DE MORADIA</p>	
<p>C.1 Local da moradia (1) Vilarejo no interior</p>	<p>C.1 _____</p>

<p>(2) Campo (3) Fazenda (4) Chácara/sítio (5) Granja (6) Estrada (corredor) (7) Centro (8) Bairro (88) NS (99) NR</p>	
<p>C.2 Esta casa é</p> <p>(1) Própria (2) Alugada (3) Cedida/emprestada (4) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	<p>C.2 _____</p>
<p>C.3 O tipo de construção é:</p> <p>(1) Alvenaria (tijolo/material) (2) Madeira (3) Mista (4) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	<p>C.3 _____</p>
<p>C.4 Quantos cômodos (peças) tem na casa?</p> <p>Número de cômodos <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>C.4 _____</p>
<p>C.5 Quantos cômodos (peças) são utilizados como quartos de dormir?</p> <p>Número de cômodos utilizados como quartos de dormir <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>C.5 _____</p>
<p>C.6 Os moradores desta casa dispõem de água encanada?</p> <p>(1) Sim, dentro de casa (2) Sim, fora de casa, mas no terreno (3) Não dispõem de água encanada (88) NS (99) NR</p>	<p>C.6 _____</p>
<p>C.7 Qual é a fonte da água</p> <p>(1) Rede pública (caixa da prefeitura) (2) Poço (3) Vertente/nascente (88) NS (99) NR</p>	<p>C.7 _____</p>
<p>C.8 O destino do esgoto é</p>	<p>C.8 _____</p>

<p>(1) Fossa séptica (poço negro) (2) Céu aberto (3) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>																																														
<p>C.9 Com relação ao banheiro</p> <p>(1) Não existe banheiro na casa ou fora de casa (2) Há banheiro dentro de casa com descarga (3) Há banheiro dentro de casa sem descarga (4) Há banheiro fora de casa sem descarga (88) NS (99) NR</p>	<p>C.9 _____</p>																																													
<p>C.10 Tem energia elétrica em casa</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>C.10 _____</p>																																													
<p>C.11 Quanto ao destino do lixo:</p> <table border="1" data-bbox="240 927 1173 1122"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C.11a Coletado ou recolhido pelo caminhão</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.11b Queimado</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.11c Depositado a céu aberto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.11d Enterrado</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.11e Outros (especifique) _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	C.11a Coletado ou recolhido pelo caminhão	1	2	88	99	C.11b Queimado	1	2	88	99	C.11c Depositado a céu aberto	1	2	88	99	C.11d Enterrado	1	2	88	99	C.11e Outros (especifique) _____	1	2	88	99	<p>C.11a _____ C.11b _____ C.11c _____ C.11d _____ C.11e _____</p>															
	sim	não	NS	NR																																										
C.11a Coletado ou recolhido pelo caminhão	1	2	88	99																																										
C.11b Queimado	1	2	88	99																																										
C.11c Depositado a céu aberto	1	2	88	99																																										
C.11d Enterrado	1	2	88	99																																										
C.11e Outros (especifique) _____	1	2	88	99																																										
<p>C.12 O(a) senhor(a) possui em sua residência :</p> <table border="1" data-bbox="240 1214 1173 1503"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C.12a Televisão</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12b Geladeira</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12c Fogão à gás</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12d Fogão a lenha</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12e Rádio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12f Automóvel</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12g Aquecedor</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C.12h Computador</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	C.12a Televisão	1	2	88	99	C.12b Geladeira	1	2	88	99	C.12c Fogão à gás	1	2	88	99	C.12d Fogão a lenha	1	2	88	99	C.12e Rádio	1	2	88	99	C.12f Automóvel	1	2	88	99	C.12g Aquecedor	1	2	88	99	C.12h Computador	1	2	88	99	<p>C.12a _____ C.12b _____ C.12c _____ C.12d _____ C.12e _____ C.12f _____ C.12g _____ C.12h _____</p>
	sim	não	NS	NR																																										
C.12a Televisão	1	2	88	99																																										
C.12b Geladeira	1	2	88	99																																										
C.12c Fogão à gás	1	2	88	99																																										
C.12d Fogão a lenha	1	2	88	99																																										
C.12e Rádio	1	2	88	99																																										
C.12f Automóvel	1	2	88	99																																										
C.12g Aquecedor	1	2	88	99																																										
C.12h Computador	1	2	88	99																																										
<p>C.13 O(a) senhor(a) produz na sua propriedade frutas, verduras, criação de animais?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p> <p>} <input type="text" value="D.1"/></p>	<p>C.13 _____</p>																																													
<p>C.14 As frutas produzidas em sua propriedade são:</p> <p>(1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (88) NS (99) NR</p>	<p>C.14 _____</p>																																													
<p>C.15 As hortaliças produzidas em sua propriedade são:</p>	<p>C.15 _____</p>																																													

<p>(1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (88) NS (99) NR</p>	
<p>C.16 Os animais criados em sua propriedade são: (1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (88) NS (99) NR</p>	<p>C.16 _____</p>
<p>SEÇÃO D – CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</p>	
<p>D.1 Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O (a) senhor (a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim? (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) muito ruim (88) NS (99) NR</p>	<p>D.1 _____</p>
<p>D.2 Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) senhor (a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então? (1) melhor (2) igual (3) pior (88) NS (99) NR</p>	<p>D.2 _____</p>
<p>D.3 Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior? (1) melhor (2) igual (3) pior (88) NS (99) NR</p>	<p>D.3 _____</p>
<p>D.4 Nas duas últimas semanas, quantos dias o (a) senhor (a) deixou de realizar as suas atividades habituais por motivo de saúde? Número de dias <input type="text"/> <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	<p>D.4 _____</p>
<p>D.5 O(a) senhor(a) tem alguma dor há mais de três meses, que dói continuamente ou que vai e vem pelo menos uma vez por mês? (1) Sim (2) Não } <input type="text"/> D.9</p>	<p>D.5 _____</p>

<p>(88) NS (99) NR</p>	
<p>D.6 Em que locais o(a) senhor(a) tem essas dores? <i>Instrução: Assinale todas as alternativas citadas pelo idoso.</i></p> <p>(1) Cabeça, face e/ou boca (2) Pescoço (3) Ombros e braços (4) Peito (5) Costas (acima da cintura) (6) Costa (na cintura e abaixo – região lombar) (7) Abdômen (barriga) (8) Pernas (9) Pelve (bacia) (10) Região anal e genital (88) NS (99) NR</p>	<p>D.6 _____</p>
<p>D.7 Pense nessa dor (a que mais o (a) incomoda) e me diga em que ela o (a) prejudica mais</p> <p>(1) Sono (2) Humor (3) Andar (4) Apetite (5) Lazer (6) Trabalho (7) Atividade sexual (8) Relacionamento com as pessoas (9) Fazer compras/ir ao banco (10) Cuidar de si mesmo (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro) (11) Não atrapalha em nada (88) NS (99) NR</p>	<p>D.7 _____</p>
<p>D.8 Pense nessa dor, a que mais o (a) incomoda, e me diga o que o (a) senhor (a) faz para melhorá-la:</p> <p><i>Instrução: leia as opções e anote todas as afirmativas</i></p> <p>(1) Tomo remédio (s) por conta própria (2) Aplico calor e/ou frio no local da dor (3) Faço massagem (4) Pratico exercícios físicos (5) Faço repouso (6) Tomo chá (s) (7) Aplico pomada (s)/ emplastro (8) Procuro a benzedeira (9) Tomo remédio (s) receitado (s) pelo médico</p> <p>(10) Outro (especifique) <input data-bbox="646 1798 1174 1850" type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>D.8 _____</p>
<p>Gostaria agora de lhe fazer algumas perguntas relacionadas à ocorrência de alguns acidentes, especialmente quedas</p>	

<p>D.9 Teve alguma queda no último ano?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p> <p style="text-align: right;">} D.14</p>	<p>D.9 _____</p>																																																							
<p>D.10 Quantas vezes caiu no último ano?</p> <p>(1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes ou mais (88) NS (99) NR</p>	<p>D.10 _____</p>																																																							
<p>D.11 Por causa dessa (s) queda (s) o (a) senhor (a) precisou de atendimento médico?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.11 _____</p>																																																							
<p>D.12 Como consequência dessa (s) queda (s) o (a) senhor (a) fraturou (quebrou) o quadril (bacia) ou o fêmur (osso da coxa)?</p> <p><i>Instrução: relativo a queda no último ano</i></p> <p>(1) Sim, sem necessidade de cirurgia (2) Sim, com necessidade de cirurgia e sem colocação de prótese (3) Sim, com necessidade de cirurgia com colocação de prótese (4) não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.12 _____</p>																																																							
<p>D.13 Como consequência dessa queda o (a) senhor (a) teve alguma outra fratura (quebradura)?</p> <p>(1) Sim Onde ? especifique: </p> <p>(2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.13 _____</p>																																																							
<p>D.14 Agora pense nas últimas duas semanas e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período...</p> <p>Aplicar somente ao idoso(a)</p>																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">sim</th> <th style="width: 10%;">não</th> <th style="width: 10%;">NS</th> <th style="width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D.14a O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14c Sente que sua vida está vazia</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14d Tem estado aborrecido (a) frequentemente</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14f Tem estado preocupado (a) ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14g Sente-se feliz a maior parte do tempo</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14h Com frequência se sente desamparado (a) ou desvalido (a)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>D.14j Tem sentido que tem mais problemas com a</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	D.14a O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida	1	2	88	99	D.14b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores	1	2	88	99	D.14c Sente que sua vida está vazia	1	2	88	99	D.14d Tem estado aborrecido (a) frequentemente	1	2	88	99	D.14e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo	1	2	88	99	D.14f Tem estado preocupado (a) ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer	1	2	88	99	D.14g Sente-se feliz a maior parte do tempo	1	2	88	99	D.14h Com frequência se sente desamparado (a) ou desvalido (a)	1	2	88	99	D.14i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas	1	2	88	99	D.14j Tem sentido que tem mais problemas com a	1	2	88	99	<p>D.14a _____</p>
	sim	não	NS	NR																																																				
D.14a O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida	1	2	88	99																																																				
D.14b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores	1	2	88	99																																																				
D.14c Sente que sua vida está vazia	1	2	88	99																																																				
D.14d Tem estado aborrecido (a) frequentemente	1	2	88	99																																																				
D.14e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo	1	2	88	99																																																				
D.14f Tem estado preocupado (a) ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer	1	2	88	99																																																				
D.14g Sente-se feliz a maior parte do tempo	1	2	88	99																																																				
D.14h Com frequência se sente desamparado (a) ou desvalido (a)	1	2	88	99																																																				
D.14i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas	1	2	88	99																																																				
D.14j Tem sentido que tem mais problemas com a	1	2	88	99																																																				
	<p>D.14b _____</p>																																																							
	<p>D.14c _____</p>																																																							
	<p>D.14d _____</p>																																																							
	<p>D.14e _____</p>																																																							
	<p>D.14f _____</p>																																																							
	<p>D.14g _____</p>																																																							
	<p>D.14h _____</p>																																																							
	<p>D.14i _____</p>																																																							
	<p>D.14j _____</p>																																																							

memória do que outras pessoas de sua idade					
D.14k O (a) senhor (a) acredita que é maravilhoso estar vivo (a)	1	2	88	99	D.14k
D.14l Sente-se (inútil ou) desvalorizado (a) em sua situação atual	1	2	88	99	D.14l
D.14m Sente-se cheio (a) de energia	1	2	88	99	D.14m
D.14n Se sente sem esperança diante da sua situação atual	1	2	88	99	D.14n
D.14o O (a) senhor (a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	1	2	88	99	D.14o
D.15 O(a) senhor(a) sente algum outro desconforto ou mal estar que o(a) incomoda ou interfere no seu dia-a-dia e não foi citado até agora? (1) Sim. O que? <input type="text"/> (2) não (88) NS (99) NR					D.15
Agora gostaria de saber alguns detalhes sobre a saúde dos seus olhos, ouvidos e boca. D.16 O(a) senhor(a) tem problemas para ouvir? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR					D.16
D.17 O(a) senhor(a) usa aparelho de audição (1) Sim, com melhora (2) Sim, sem melhora (3) Não, mas necessitaria (4) Não, não tem necessidade (5) É surdo (88) NS (99) NR					D.17
D.18 O(a) senhor(a) tem problemas de visão (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR					D.18
D.19 O(a) senhor(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar? (1) Sim, com melhora (2) Sim, sem melhora (3) Não, mas necessitaria (4) Não, não tem necessidade (5) É cego(a) (88) NS (99) NR					D.19
Agora vamos falar da boca e dos seus dentes D.20 Quando o(a) senhor(a) foi ao dentista pela última vez? (1) Menos de um ano (2) De um a dois anos (3) Três anos ou mais (4) Nunca foi ao dentista					D.20

<p>(88) NS (99) NR</p>	
<p>D.21 O (a) senhor (a) diria que sua saúde bucal é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim? (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) muito ruim (88) NS (99) NR</p>	<p>D.21 _____</p>
<p>D.22 O(a) senhor(a) sente dificuldade para falar? (1) Nunca (2) Raramente (3) Muito frequentemente (4) Sempre (88) NS (99) NR</p>	<p>D.22 _____</p>
<p>D.23 O(a) senhor(a) possui os dentes naturais? (1) Nenhum (2) Todos (3) Sim, só em cima (4) Sim, só em baixo (5) Sim, alguns ou menos da metade (6) Sim, mais da metade (88) NS (99) NR</p>	<p>D.23 _____</p>
<p>D.24 O(a) senhor(a) usa prótese dentária (dentadura, ponte)? (1) Não (2) Ausência de dentes (3) Sim, em cima (4) Sim, em baixo (5) Sim, em cima e em baixo (88) NS (99) NR</p>	<p>D.24 _____</p>
<p>D.25 O(a) senhor(a) tem dificuldade na mastigação? (1) Não (2) Dificilmente/raramente (3) Apenas para alimentos duros (4) Sempre, para qualquer tipo de alimento (88) NS (99) NR</p>	<p>D.25 _____</p>
<p>D.26 O(a) senhor(a) tem dificuldade para engolir? (1) Não (2) Dificilmente/raramente (3) Apenas para alimentos duros (4) Apenas para alimentos líquidos (5) Sempre, para qualquer tipo de alimento</p>	<p>D.26 _____</p>

<p>(88) NS (99) NR</p>	
<p>D.27 O (a) senhor (a) se engasga com frequência? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (88) NS (99) NR</p>	<p>D.27 _____</p>
<p>As perguntas D.28 à D.33 devem ser feitas somente para os idosos do sexo feminino D.28 Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente(mensalmente), para ver se tinha “nódulos” (bolinhas ou tumores)? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.28 _____</p>
<p>D.29 Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia dos seios (mamas)? (1) Sim } <input type="text" value="D.31"/> (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.29 _____</p>
<p>D.30 Porque a senhora não fez a mamografia ? (1) O médico não indicou (2) Não senti necessidade (3) Não foi ao médico (4) Não tinha como pagar (5) Não tinha quem a levasse (6) Falta de transporte (7) Porque teve medo (do exame/resultado) (8) Não tinha vaga (9) Não tinha serviço disponível funcionando (10) Outro (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	<p>D.30 _____</p>
<p>D.31 Nos dois últimos anos a senhora fez o preventivo do câncer de colo de útero? (1) Sim } <input type="text" value="D.33"/> (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p>D.31 _____</p>
<p>D.32 Porque a senhora não fez? (1) O médico não indicou (2) Não senti necessidade (3) Não foi ao médico (4) Não tinha como pagar</p>	<p>D.32 _____</p>

<p>(5) Não tinha quem a levasse (6) Falta de transporte (7) Porque teve medo (do exame/resultado) (8) Não tinha vaga (9) Não tinha serviço disponível funcionando</p> <p>(10) Outro (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88)NS (99)NR</p>	
<p>D.33 Que idade tinha quando menstruou pela última vez?</p> <p>Idade <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(1) Ainda menstrua (88) NS (99) NR</p>	D.33 _____
<p>As perguntas D.34 à D.36 devem ser feitas somente para os idosos do sexo masculino</p> <p>D.34 Nos últimos dois anos, alguma vez o senhor fez algum exame da próstata?</p> <p>(1) Sim (2) Não } <input type="text" value="D.36"/> (88) NS (99) NR</p>	D.34 _____
<p>D.35 Que tipo de exame o senhor fez (Nos últimos dois anos)?</p> <p>(1) Toque retal (2) Ultrassonografia (3) Exame de sangue (4) Toque retal e ultrassonografia (5) Toque retal e exame de sangue (6) Ultrassonografia e exame de sangue (7) Toque retal, ultrassonografia e exame de sangue (88) NS (99) NR</p>	D.35 _____
<p>D.36 Porque o senhor não fez?</p> <p>(1) O médico não indicou (2) Não sentiu necessidade (3) Não foi ao médico (4) Não tinha como pagar (5) Não tinha quem o levasse (6) Falta de transporte (7) Porque teve medo (do exame/resultado) (8) Não tinha vaga (9) Não tinha serviço disponível funcionando</p> <p>(10) Outro (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	D.36 _____
<p>Alguns estudos feitos mostram que a nutrição e o estilo de vida são fatores muito</p>	

<p>importantes para a saúde. Por isso gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação:</p> <p>D.37 Quantas refeições o(a) senhor(a) faz por dia?</p> <p><i>Instrução: Considere o café da manhã e lanches como uma refeição</i></p> <p>(1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais (88) NS (99) NR</p>	<p>D.37 _____</p>
<p>D.38 Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas?</p> <p>Por exemplo cerveja, vinho, cachaça ou outras bebidas que contenham álcool.</p> <p>(1) Nenhum } <input type="text" value="D.40"/></p> <p>(2) Um dia por semana (3) 2-3 dias por semana (4) 4-6 dias por semana (5) Todos os dias (88) NS (99) NR</p>	<p>D.38 _____</p>
<p>D.39 Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos tomou em média por dia?</p> <p>D.39a Copos de vinho <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.39b Copos de cerveja <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.39c Copos de cachaça <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.39d Copos de outra bebida <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>D.39a _____</p> <p>D.39b _____</p> <p>D.39c _____</p> <p>D.39d _____</p>
<p>D.40 O(a) senhor(a) tem ou teve o hábito de fumar?</p> <p>(1) Fuma atualmente (2) Já fumou mas não fuma mais (3) Nunca fumou (88) NS (99) NR</p> <p>} <input type="text" value="D.42"/></p>	<p>D.40 _____</p>
<p>D.41 Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?</p> <p>Um maço=20 cigarros</p> <p>D.41a Cigarros por dia <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.41b Cachimbos por dia <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.41c Charutos por dia <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>D.41d palheiros por dia <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>	<p>D.41a _____</p> <p>D.41b _____</p> <p>D.41c _____</p> <p>D.41d _____</p>

<p>D.42 No último ano, fez alguma atividade para se distrair, pelo menos uma vez por mês (trabalho manual, artesanato, atividade artística)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>		<p>D.42 _____</p>
<p>D.43 O(a) senhor(a) utiliza alguma medicação (remédio)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>		<p>D.43 _____</p>
<p>D.44 Caso sim</p>		
<p>Nome do medicamento (substância ativa)</p>	<p>Porque está tomando estes medicamentos?</p> <p>(1) Médico receitou (2) Sugestão de um conhecido (3) Propaganda no rádio ou TV (4) Conta própria (5) Sugestão Farmácia</p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p>Como adquiriu este medicamento?</p> <p>(1) Comprou (2) SUS (3) Seguro de saúde (4) Prefeitura (Posto de Saúde) (5) Outras formas</p> <p>(88) NS (99) NR</p>
D.44a		D.44a _____
D.44b		D.44b _____
D.44c		D.44c _____
D.44d		D.44d _____
D.44e		D.44e _____
D.44f		D.44f _____
D.44g		D.44g _____
D.44h		D.44h _____
D.44i		D.44i _____
D.44j		D.44j _____
D.44k		D.44k _____
D.44l		D.44l _____

D.44m						D.44m
<p>D.45 O(a) senhor (a) costuma praticar atividades físicas?</p> <p>(1) Sim (2) Não } D.47 (88) NS (99) NR</p>						D.45
<p>D.46 Se sim, quais?</p>						
		sim	não	NS	NR	
D.46a Caminhada		1	2	88	99	D.46a
D.46b Anda a cavalo		1	2	88	99	D.46b
D.46c Joga bocha		1	2	88	99	D.46c
D.46d Anda de bicicleta		1	2	88	99	D.46d
D.46e Joga futebol		1	2	88	99	D.46e
D.46f Outras (especifique)		1	2	88	99	D.46f
<p>D.47 O que costuma fazer no tempo disponível?</p>						
		sim	não	NS	NR	
D.47a Leitura		1	2	88	99	D.47a
D.47b Assiste televisão		1	2	88	99	D.47b
D.47c Ouve rádio/música		1	2	88	99	D.47c
D.47d Passeio/visita		1	2	88	99	D.47d
D.47e Atividades manuais		1	2	88	99	D.47e
D.47f Dança		1	2	88	99	D.47f
D.47g Joga cartas		1	2	88	99	D.47g
D.47h Outros (especifique ex. caça, pesca)		1	2	88	99	D.47h
<p>D.48 O(a) senhor (a) tem algum destes problemas de saúde que interferem ou não nas suas atividades diárias?</p>						
	Não	Sim	Sim	NS	NR	
		Interfere na vida diária	Não interfere na vida diária			
D.48a Reumatismo	1	2	3	88	99	D.48a
D.48b Asma ou bronquite	1	2	3	88	99	D.48b
D.48c Enfisema pulmonar	1	2	3	88	99	D.48c
D.48d Pressão alta	1	2	3	88	99	D.48d
D.48e Má circulação	1	2	3	88	99	D.48e
D.48f Diabetes	1	2	3	88	99	D.48f
D.48g Obesidade	1	2	3	88	99	D.48g
D.48h Derrame/isquemia cerebral	1	2	3	88	99	D.48h
D.48i Incontinência urinária	1	2	3	88	99	D.48i
D.48j Prisão de ventre	1	2	3	88	99	D.48j
D.48k Problema para dormir	1	2	3	88	99	D.48k
D.48l Catarata	1	2	3	88	99	D.48l
D.48m Problemas de coluna	1	2	3	88	99	D.48m
D.48n Artrite/artrose	1	2	3	88	99	D.48n
D.48o Osteoporose	1	2	3	88	99	D.48o
D.48p Problemas com nervosismo	1	2	3	88	99	D.48p
D.48q Problemas cardíacos	1	2	3	88	99	D.48q

(doença coronária, angina, doença congestiva e outros)							
D.48r Anemia	1	2	3	88	99	D.48r	
D.48s Doença de Parkinson	1	2	3	88	99	D.48s	
D.48t Incontinência fecal	1	2	3	88	99	D.48t	
D.48u Câncer. Qual?	1	2	3	88	99	D.48u	
D.48v Alzheimer	1	2	3	88	99	D.48v	
D.48x Depressão	1	2	3	88	99	D.48x	

SEÇÃO E - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Agora gostaria de perguntar sobre algumas atividades do seu dia-a-dia. Estamos interessados em saber se o(a) senhor(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou ainda se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

E.1 Atividades Básicas da Vida Diária

	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Só com ajuda	Não consegue	NS	NR	
E.1a Alimentar-se	1	2	3	4	5	88	99	E.1a _____
E.1b Banhar-se	1	2	3	4	5	88	99	E.1b _____
E.1c Vestir-se	1	2	3	4	5	88	99	E.1c _____
E.1d Cuidar da aparência	1	2	3	4	5	88	99	E.1d _____
E.1e Deitar/levantar da cama	1	2	3	4	5	88	99	E.1e _____
E.1f Ir ao banheiro a tempo	1	2	3	4	5	88	99	E.1f _____
E.1g Locomover-se	1	2	3	4	5	88	99	E.1g _____

E.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária

	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Só com ajuda	Não consegue	NS	NR	
E.2a Andar no plano	1	2	3	4	5	88	99	E.2a _____
E.2b Subir e descer escadas	1	2	3	4	5	88	99	E.2b _____
E.2c Transporte cadeira para cama e vice-versa	1	2	3	4	5	88	99	E.2c _____
E.2d Andar perto da casa	1	2	3	4	5	88	99	E.2d _____
E.2e Medicação na hora	1	2	3	4	5	88	99	E.2e _____
E.2f Preparar refeições	1	2	3	4	5	88	99	E.2f _____

E.2g Cortar unhas dos pés	1	2	3	4	5	88	99	E.2g _____
E.2h Uso de transporte público	1	2	3	4	5	88	99	E.2h _____
E.2i Fazer limpeza da casa	1	2	3	4	5	88	99	E.2i _____
E.2j Administrar finanças	1	2	3	4	5	88	99	E.2j _____
E.2k Sair de casa (dificuldade para)	1	2	3	4	5	88	99	E.2k _____
E.2l Realizar tarefas domésticas	1	2	3	4	5	88	99	E.2l _____

SEÇÃO F - USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

<p>F.1 Durante o último ano onde o(a) senhor(a) procurou ajuda quando se sentiu doente ou quando precisou consultar</p> <p>(1) Não procurou atendimento, mesmo precisando (2) Não ficou doente, não precisou de nenhuma consulta (3) Consultório particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Emergência do hospital (7) Posto de saúde (8) Outro (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	F.1 _____
--	------------------

F.2 Se precisou e não foi, por que razão?					
	sim	não	NS	NR	
F.2a Distância	1	2	88	99	F.2a _____
F.2b Falta de transporte	1	2	88	99	F.2b _____
F.2c Não tem tempo	1	2	88	99	F.2c _____
F.2d Não tem dinheiro	1	2	88	99	F.2d _____
F.2e O atendimento não é bom	1	2	88	99	F.2e _____
F.2f Não tem quem o leve/acompanhe	1	2	88	99	F.2f _____
F.2g Outro (especifique) _____	1	2	88	99	F.2g _____

<p>F.3 O(a) senhor(a) tem o costume de resolver seus problemas de saúde na farmácia ou com a benzedeira?</p> <p>(1) Não (2) Sim, às vezes (3) Sim, sempre (88) NS (99) NR</p>	F.3 _____
--	------------------

<p>F.4 Em relação a última vez que precisou de atenção em saúde, com quem realizou a consulta?</p> <p>(1) Médico (2) Procurou a farmácia</p>	F.4 _____
--	------------------

<p>(3) Enfermeiro (4) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR</p>	
<p>F.5 Quanto tempo o(a) senhor(a) esperou entre a marcação da consulta e o atendimento, na última vez que precisou? (1) Não precisou esperar (2) Minutos (3) Horas (4) Dias (5) Meses (88) NS (99) NR</p>	F.5 _____
<p>F.6 Na última vez em que o(a) senhor(a) foi consultar, quanto tempo esperou para ser atendido? (1) Minutos (2) Horas (88) NS (99) NR</p>	F.6 _____
<p>SEÇÃO G - APOIO FAMILIAR E SOCIAL</p>	
<p>G.1 O(a) senhor(a) tem alguém que lhe cuide quando está doente? (1) Sim (2) Não } <input type="text" value="G.9"/> (88) NS (99) NR</p>	G.1 _____
<p>G.2 Caso tenha, essa pessoa tem mais de 60 anos? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p>	G.2 _____
<p>G.3 Qual é a idade dessa pessoa? Idade <input type="text"/> <input type="text"/> anos</p>	G.3 _____
<p>G.4 Qual é o sexo dessa pessoa? (1) Masculino (2) Feminino (88) NS (99) NR</p>	G.4 _____
<p>G.5 Esta pessoa é? (1) Esposo(a) ou companheiro(a) (2) Filho (3) Filha (4) Outro familiar</p>	G.5 _____

(5) Amigo(a)/vizinho(a) (6) Profissional contratado (7) Agente comunitário(a) de saúde (8) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR					
G.6 Quais os cuidados que esta pessoa lhe oferece?					
	sim	não	NS	NR	
G.6a Nas atividades de higiene	1	2	88	99	G.6a
G.6b Na alimentação	1	2	88	99	G.6b
G.6c Na locomoção	1	2	88	99	G.6c
G.6d Como companhia	1	2	88	99	G.6d
G.6e Com as eliminações (urina, fezes)	1	2	88	99	G.6e
G.6f Com a medicação	1	2	88	99	G.6f
G.6g Outros(especifique) _____	1	2	88	99	G.6g
G.7 Além dessa pessoa existem mais pessoas que lhe ajudem em caso de doença ou incapacidade? (1) Sim, quem? <input type="text"/> (2) Não } <input type="text" value="G.9"/> (88) NS (99) NR					G.7
G.8 Se sim, quais os tipos de ajuda que estas pessoas prestam?					
	sim	não	NS	NR	
G.8a Dinheiro	1	2	88	99	G.8a
G.8b Comida	1	2	88	99	G.8b
G.8c Ajuda nas tarefas domésticas (ex. fazer comida)	1	2	88	99	G.8c
G.8d Ajuda com cuidados pessoais	1	2	88	99	G.8d
G.8e Transporte	1	2	88	99	G.8e
G.8f Lazer, diversão	1	2	88	99	G.8f
G.8g Companhia	1	2	88	99	G.8g
G.8h Outro (especifique) _____	1	2	88	99	G.8h
G.9 Durante o último ano o(a) senhor(a) recebeu assistência de algum tipo de instituição (igreja, famílias, prefeitura, assistência social, grupo de oração, grupo de terceira idade) em sua comunidade? (1) Sim (2) Não } <input type="text" value="G.11"/> (88) NS (99) NR					G.9
G.10 Caso sim, a ajuda foi de que tipo?					
	sim	não	NS	NR	
G.10a Dinheiro	1	2	88	99	G.10a
G.10b Comida	1	2	88	99	G.10b
G.10c Ajuda nas tarefas domésticas	1	2	88	99	G.10c
G.10d Ajuda com cuidados pessoais	1	2	88	99	G.10d

G.10e Transporte	1	2	88	99	G.10e
G.10f Lazer, diversão	1	2	88	99	G.10f
G.10g Companhia	1	2	88	99	G.10g
G.10h Outro (especifique)	1	2	88	99	G.10h
<p>G.11 Com que frequência o (a) senhor (a) recebe ajuda de pessoas que não moram na mesma casa que o (a) senhor (a)?</p> <p>(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Uma vez por ano (5) Nunca (88) NS (99) NR</p>					G.11
Horário de término:					

