

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

**Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um  
município de pequeno porte no sul do Brasil**

Marcos Paulo Dellani

Passo Fundo  
2012

Marcos Paulo Dellani

**Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil**

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

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Marilene Rodrigues Portella

Co-orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Marlene Doring

Passo Fundo  
2012

CIP – Catalogação na Publicação

---

D357c Dellani, Marcos Paulo  
Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil / Marcos Paulo Dellani. – 2012.  
95 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2012.

Orientação: Profª. Dr. Marilene Rodrigues Portella.

Co-orientação: Profª. Dr. Marlene Doring.

1. Idosos - Saúde e higiene. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde. 4. Envelhecimento. I. Portella, Marilene Rodrigues, orientadora. II. Doring, Marlene, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

# ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO ALUNO

**MARCOS PAULO DELLANI**

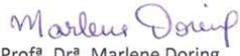
Aos vinte e dois dias do mês de dezembro do ano dois mil e onze, às dezessete horas e trinta minutos, realizou-se, na sala Florence Nightingale do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “**Condições de vida e saúde dos idosos residentes em um município de pequeno porte no sul do Brasil**”, apresentada pelo mestrando Marcos Paulo Dellani, 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, o aluno 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 (Co-orientadora), Luiz Antonio Bettinelli, Adriano Pasqualotti, Julio César Stobbe e Bernadete Maria Dalmolin. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou o candidato **APROVADO**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

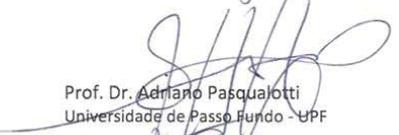
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

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

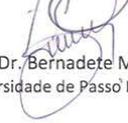
Passo Fundo, 22 de dezembro de 2011.

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Rodrigues Portella  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Doring  
Co-orientadora – UPF

  
Prof. Dr. Adriano Pasqualotti  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Prof. Dr. Bernadete Maria Dalmolin  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Prof. Dr. Julio César Stobbe  
Universidade de Passo Fundo - UPF

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Nair e Celso, que estão sempre ao meu lado, sendo companheiros, amigos, conselheiros, apoiando e incentivando, pessoas de fibra. A vocês muito obrigado por sempre acreditarem no meu potencial.

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final dessa etapa, tenho muito a agradecer. Muitos estiveram ao meu lado, apoiando-me e entendendo-me nos momentos de estresse pelos quais eu estava passando.

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelos amigos e familiares que tenho, por possibilitar-me o livre arbítrio.

Agradeço aos professores do programa de mestrado, que sempre estiveram prontos a esclarecer dúvidas, incentivando em momentos de dificuldades, orientando o melhor caminho, exercendo o verdadeiro sentido da palavra “mestres”.

Agradeço, em especial, à Prof<sup>a</sup>. Dr. Marilene Rodrigues Portella e à Prof<sup>a</sup>. Dr. Marlene Doring, que aceitaram ser minha orientadora e co-orientadora, respectivamente, e não mediram esforços para que eu pudesse concretizar essa conquista.

Aos meus familiares e amigos, agradeço pelo apoio e pela compreensão. Vocês contribuíram com essa vitória.

Agradeço ao Prof. Gilberto, Prof. Eduardo, Prof. Claudécir e Prof. Deisy, amigos que somaram no meu crescimento acadêmico, incentivando e auxiliando no meu trabalho durante as minhas ausências na instituição.

À Faculdade IDEAU e ao Prof. Flávio, agradeço pela compreensão no momento das ausências e pela flexibilização dos horários, que permitiram a conclusão deste projeto de estudo.

Enfim, muitas foram as dificuldades. Este foi um grande desafio que resultou em uma grande conquista. Mas, com bem ressaltou Benjamin Franklin, “grandes navegadores devem sua reputação a grandes tempestades”.

## RESUMO

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

O fenômeno do envelhecimento populacional vem sendo debatido e estudado em vários países, com o intuito de criar condições de atender de forma adequada essa nova geração que está crescendo de maneira expressiva e rápida. A presente pesquisa objetivou identificar as condições de vida e saúde dos idosos do município de Estação – RS. Coletaram-se os dados por meio de um inquérito domiciliar, utilizando-se de uma adaptação do instrumento do projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento e o Mini Exame do Estado Mental para avaliação cognitiva. Consideraram-se as variáveis dependentes relacionadas às condições de saúde, avaliação funcional, estado cognitivo e relacionadas ao uso e acesso aos serviços de saúde. Como variáveis independentes, empregaram-se as demais variáveis que constam no questionário Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento e no Mini Exame do Estado Mental. Realizou-se análise descritiva e inferencial dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Para comparar as variáveis quantitativas foram utilizados os testes t de Student. O nível de significância adotado foi de 5%. Participaram do estudo 419 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, 57% do sexo feminino, a média de idade 69 anos ( $\pm 7,6$ ). Frequentaram a escola 84,3% e 15,7% são analfabetos. O local de nascimento foi a zona rural, 78,5%. Moram acompanhados 68,3% dos entrevistados. Na avaliação cognitiva os idosos apresentaram uma média de 28 pontos ( $\pm 4,5$ ) podendo indicar preservação na avaliação cognitiva. 58% têm saúde muito boa/boa e 42% regular/ruim. A presença de dor contínua há mais de três meses foi referida por 54,6% dos idosos dificultando, principalmente, o andar, sono, cuidado de si mesmo, prejudicando o humor, apetite e/ou o lazer. Sofreram algum tipo de queda 25,1%. Destes 63,8% tiveram uma queda e 36,2% tiveram dois ou mais eventos. O sexo feminino teve maior incidência de quedas, 68,6% ( $p=0,005$ ). Fazem uso de medicação 74,9%. Com relação à capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária, a análise bivariada mostrou associação entre sexo e as variáveis vestir-se, cuidar da aparência, deitar-se e levantar-se da cama ( $p<0,05$ ). Ao analisar a capacidade de realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária, as principais atividades instrumentais associadas ao sexo foram subir e descer escadas, cortar as unhas dos pés, utilizar transporte público e fazer a limpeza da casa ( $p<0,05$ ). Quando necessário, 70,2% procuram consultório particular, 28,6% procuram o posto de saúde/SUS e 1% procura outros locais. Quando adoecem, 95,7% dos idosos contam com alguém que os cuida. O companheiro em 50,8% dos casos é a pessoa responsável por prestar esse cuidado, em 38,2% são os filhos e filhas. Sobre o cuidador, 53,9% são do sexo feminino, com idade superior a 60 anos (47,3%) e média de idade de 61 anos ( $\pm 15,01$ ). Esses resultados apresentam aos gestores municipais informações sobre as condições de vida e saúde dos idosos. Tais informações apontam possibilidades de ações estratégicas em pontos vulneráveis relacionados ao acesso a serviços de saúde, bem como a manutenção e melhoramento das ações e decisões, visando à qualificação da atenção básica à população idosa.

Palavras-chave: **1. Envelhecimento. 2. Velhice. 3. Saúde do idoso. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde Pública.**

## ABSTRACT

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

The phenomenon of population aging has been debated and studied in several countries, aiming to create conditions to attend adequately to the new generation that is growing significantly and quickly. The objective of the research was to identify the elderly life and health conditions in the municipality of Estação – RS. The data was collected through a household survey using an adaptation of the Health, Welfare and Aging project tool and the Mini Exam of Mental State for cognitive assessment. It was taken into consideration the dependent variables related to health conditions, functional assessment, cognitive state and the use and access to health services. As independent variables, it was considered the ones listed in the questionnaire Health, Welfare and Aging and in the Mini Exam of Mental State. It was done a descriptive and inferencial analysis of the data. To investigate the association between the categorical variables, it was applied the Pearson chi-square test and the Fisher exact test. To compare the quantitative variables, it was used the T of Student Tests. The level of significance adopted was 5%. The study included 419 people aged over 60 years old, 57% female. The average age was 69 years old ( $\pm 7.6$ ). Attended school 84.3% and 15.7% are illiterate. The place of birth was 78.5% rural. Living with someone 68.3% of the respondents. In the cognitive assessment the elderly showed an average of 28 points ( $\pm 4.5$ ), which may indicate preservation in cognitive assessment. 58% of them have very good/good health and 42% regular/bad. A presence of continuous pain for more than three months was reported by 54.6% of the elderly, making it difficult, especially, for walking, sleeping, caring for themselves, damaging the mood, appetite, and or leisure. 25.1% suffered some kind of fall. Out of these, 63.8% fell once and 36.2% had two or more events. The females had a higher incidence of falls, 68.6% ( $p = 0.005$ ). 74.9% use medication. Regarding to the ability to perform Activities of Daily Living, the bivariate analysis showed an association between sex and the variables such as dressing, caring for themselves, lying down and getting out of bed ( $p < 0.05$ ). By analyzing the ability to perform Instrumental Activities of Daily Living, the main instrumental activities associated with sex, were going up and down stairs, cutting toenails, using public transportation and cleaning the house ( $p < 0.05$ ). When necessary, 70.2% visit a private doctor's office, 28.6% seek public health and 1% looks elsewhere. When they get sick, 95.7% of the elderly have someone who takes cares of them. The companion, in 50.8% of the cases, is the person responsible for providing this care, in 38.2% of the cases are the sons and daughters. About the caregiver, 53.9% are female, aged over 60 years (47.3%), and the average age is 61 years ( $\pm 15.01$ ). These results present to the municipal managers information about the conditions of life and health of the elderly people. Such information points out possibilities of strategic actions in vulnerable points related to this population access to health, as well as the maintenance and improvement of actions and decisions aiming the qualification of the fundamental attention to the elderly population.

**Key words: 1. Aging. 2. Old age. 3. Elderly Health. 4. Health Services. 5. Public Health.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População de idosos por sexo e zona de moradia em Estação – RS, 2011	32
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos idosos de Estação – RS, 2011	36
Tabela 3 - Recursos financeiros dos idosos por sexo, Estação – RS, 2011	37
Tabela 4 - Avaliação cognitiva dos idosos de Estação – RS, 2011	39
Tabela 5 - Caracterização da moradia dos idosos de Estação – RS, 2011	40
Tabela 6 - Autoavaliação da saúde dos idosos por sexo, Estação – RS, 2011	41
Tabela 7 - Caracterização dos problemas que interferem ou não nas AVDs dos idosos de Estação – RS, 2011	43
Tabela 8 - Caracterização dos problemas pulmonares e vasculares que interferem ou não nas AVDs nos idosos de Estação – RS, 2011	45
Tabela 9 - Capacidade para realizar as AVDs por sexo nos idosos de Estação – RS, 2011	46
Tabela 10 - Caracterização da capacidade em realizar as AIVDs por sexo nos idosos de Estação – RS, 2011	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	Atividades da Vida Diária
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEAU	Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NOAS	Normas Operacionais de Assintência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Agente Comunitário
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSA	Antígeno Prostático Específico
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
2.1. AS TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	15
2.2. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	17
2.3. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL	20
2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO AO IDOSO	23
2.5. SOBRE O CENÁRIO DO ESTUDO	29
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>32</b>
3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO	32
3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL	32
3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
3.5. TREINAMENTO E SUPERVISÃO	35
3.6. ANÁLISE DOS DADOS	35
3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>36</b>
4.1. SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES	36
4.2. SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA	39
4.3. SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE MORADIA	39
4.4. SEÇÃO D – CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	40
4.5. SEÇÃO E – AVALIAÇÃO FUNCIONAL	46
4.6. SEÇÃO F – USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	48
4.7. SEÇÃO G – APOIO FAMILIAR E SOCIAL	48
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>50</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>
ANEXO A. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	70
ANEXO B. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	72

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil está em um processo de transição demográfica acelerado, sendo esse resultado de vários fatores, como a queda da fecundidade e da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida ao nascer e o progressivo envelhecimento da população. Esse fenômeno do envelhecimento populacional não é exclusivamente brasileiro, de modo que vem sendo debatido e estudado em vários países, com o intuito de criar condições de atender adequadamente essa nova geração que cresce de forma significativa e rápida. É uma grande conquista o aumento da expectativa de vida da população, porém, com esse aumento, novas demandas surgem, quer sejam na área da saúde, lazer, educação, ou no campo das políticas que assegurem os direitos desse segmento.

Atribuem-se à evolução das tecnologias na área da saúde o aumento da expectativa de vida – diminuindo a mortalidade, reduzindo as doenças crônicas e as doenças transmissíveis – e a melhoria no acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, a diminuição da taxa da fecundidade incorre no aumento do número de idosos no mundo. Assim, a partir do século XX, a geriatria e a gerontologia têm sua ascensão por meio de trabalhos de pesquisa com foco no envelhecimento humano.

Apesar dos esforços realizados no que concerne ao conhecimento dos aspectos relacionados à multidimensionalidade do envelhecimento humano, as especificidades regionais não estão contempladas na produção científica, em especial, naquela que diz respeito aos municípios de pequeno porte do sul do Brasil, salvos estudos pontuais. Nesse contexto, os maiores desafios na atenção à pessoa idosa, entendidas como aquelas que têm idade de 60 anos ou mais (BRASIL, 2003), referem-se a resultados que possam apontar subsídios para consolidação de políticas públicas, bem como modelos de atenção gerontológica que apontem possibilidades para os longevos viverem sua velhice com saúde e qualidade de vida.

O interesse pela temática do envelhecimento humano é atribuído ao ingresso na docência de nível médio. Na condição de docente e coordenador do curso Técnico de Enfermagem, no Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai (IDEAU), nas atividades em que acompanhava os alunos no campo de prática, nos estágios em Saúde Coletiva, o autor observava a demanda expressiva do segmento longo. Por

outro lado, verificando produções no campo da saúde, em especial, dos cursos de especialização nessa área, constatou poucas informações sobre os idosos da região da 11ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS), que abrange a área geoeeducacional da IDEAU. Por conseguinte, o interesse na área se alia à necessidade de abordar uma temática emergente.

Ao ingressar no Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano, surgiu a oportunidade de desenvolver um estudo cujo resultado pudesse trazer contribuição para o contexto de atuação. Desse modo, como primeira iniciativa, depois de esboçado um projeto de pesquisa sobre as condições de vida e saúde dos idosos, deu-se a apresentação da proposta ao gestor municipal, na pessoa do Secretário de Saúde de Estação – RS, o que foi acolhido prontamente. A escolha do município deve-se ao fato de ser um dos campos de estágio do Curso Técnico de Enfermagem, com o qual este pesquisador tem vínculos fortalecidos, não somente pelas atividades profissionais, mas também, e de modo especial, pela vida social ativa na comunidade.

Observando os pressupostos da política do envelhecimento ativo (WHO, 2005) percebe-se que Estação se configura como um município envelhecido, pois 15,9% do total da população geral é constituída pelo segmento idoso. A 11ª CRS, cuja sede é Erechim – RS, abrange 31 municípios, entre eles Estação, e conta com uma população total de 211.563 habitantes, dos quais 33.232 são idosos (DATASUS, 2011). O município não possui dados sistematizados sobre esse segmento populacional específico.

Como docente da área da saúde, existe a preocupação com a falta de informações, que impede um diagnóstico situacional. Por consequência, quando se pensa na formação de recursos humanos em saúde, sobretudo, em cursos dessa área, é interessante que se investiguem a saúde dos idosos na região e suas condições socioeconômicas. Assim, o problema do estudo traz como questionamento central: quais são as condições de vida e saúde dos idosos residentes em Estação?

Acredita-se na relevância de um estudo desta natureza, por ser pioneiro na região da 11ª CRS, pelo potencial de oferecer subsídios ao gestor que deu crédito à proposta e pela produção do conhecimento no campo da gerontologia, uma área em consolidação.

Assim justificada a pesquisa, seu objetivo geral foi conhecer as condições de vida e saúde dos idosos no município de Estação – RS. Como objetivos específicos foram propostos: traçar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes no município de Estação – 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 à rede de apoio social e familiar para o cuidado dessas pessoas.

A fim de alcançá-los, esta dissertação se compõe dos seguintes capítulos: revisão de literatura, abordando o contexto do assunto; metodologia, descrevendo a população e o método da aplicação da pesquisa; resultados, apresentados por seção A – Informações pessoais e familiares, Seção B – Avaliação cognitiva, Seção C – Condições de moradia, Seção D – Condições de saúde e hábitos de vida, Seção E – Avaliação funcional, Seção F – Uso e acesso ao serviço de saúde e Seção G – Apoio familiar e social; discussão dos resultados, seguindo a mesma estratégia; e conclusões do estudo.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. AS TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Profundas transformações demográficas registram-se no mundo a partir do século XIX, determinando o fenômeno do envelhecimento populacional, um evento que vem se manifestando de forma rápida e distinta nos diferentes contextos. No que diz respeito à América Latina, ao finalizar os anos 1990, está suficientemente documentado pelos censos demográficos o processo de envelhecimento populacional dessa região. Como um produto das recentes mudanças ocorridas na estrutura etária das populações latino-americanas, que apontam uma diminuição dos segmentos mais jovens e, um expressivo incremento da população idosa, surgem grandes desafios para as políticas públicas em assegurar a continuidade do processo de desenvolvimento econômico e social, garantindo a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (OSORIO, 2010; HUENCHUA, 2010).

Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu de modo gradual. Ao longo de mais de 100 anos, acompanhado de um progresso socioeconômico favorável e da melhoria das condições de vida da população, esse segmento esteve ancorado em um sistema de proteção social. No entanto, esse sistema de proteção social, atualmente, sofre cerceamento em sua sustentabilidade financeira, haja vista que na maioria desses países, a parcela populacional que mais cresce é a idosa (WHO, 2005; KALACHE, 2008).

Cabe destacar que, em todo o mundo, a população idosa está envelhecendo, intensificando a heterogeneidade dentro do próprio grupo etário, com a especificidade de que as proporções da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais, são as que mais crescem (CAMARANO, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS), para definir idoso, utiliza o parâmetro de 65 anos ou mais de idade para a população de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países em desenvolvimento. Por outro lado, estabelece que estados e municípios que apresentam um percentual total de sua população geral de 10% a 14% de idosos são classificados como um contexto em franco envelhecimento, sendo, acima disso, considerados envelhecidos. A OMS argumenta que os governos, as organizações internacionais e a

sociedade civil somente poderão custear esse fenômeno se forem implementadas políticas e programas que incentivem o “envelhecimento ativo”, de forma a promover o bem-estar, melhorar a saúde, a participação e segurança dos idosos. Tais iniciativas devem estar baseadas nos direitos, nas necessidades e nas peculiaridades desse segmento populacional (WHO, 2005).

O aumento na expectativa de vida da população é, inicialmente, atribuído às grandes descobertas médicas que determinaram uma redução das doenças infectocontagiosas (WHO, 2005), causando queda da mortalidade. Somam-se a isso a melhoria do padrão de vida da população e a contribuição positiva do desenvolvimento econômico com a elevação da renda e as condições de moradia e nutrição, que influenciaram de forma positiva na diminuição da mortalidade e na elevação da expectativa de vida (CAMARANO, 2005; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005).

De todas as transformações pelas quais a sociedade moderna passou ou vem passando, uma das mais significativas é a autolimitação da fecundidade, cujo resultado aponta para a redução na taxa da fecundidade. Como um fenômeno social, ilustra uma mudança de atitude e comportamento de massas (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004).

De acordo com Alves (2006), nos países europeus, as taxas de fecundidade são baixíssimas há pelo menos três décadas. Aliadas ao processo de envelhecimento secular, elas têm provocado uma mudança na composição étnica e cultural, pois a redução da população em idade economicamente ativa facilitou a grande entrada de imigrantes de outras partes do mundo.

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou gerações, mas a mudanças da estrutura etária da população, produzindo um aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade, definidora do início da velhice, o que dependerá de cada sociedade (CARVALHO; GARCIA, 2003). Como já exposto, a OMS define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (WHO, 2005).

Em números absolutos e relativos, verifica-se que o crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes, embora, de acordo com Silva et. al. (2005), durante muito tempo, o envelhecimento populacional tenha estado associado aos países desenvolvidos. Em 1950, a população idosa somava cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1,9 milhões de pessoas (WHO, 2005).

O número de idosos no mundo nunca foi tão grande em toda a história. Projeções indicam que, em 2020, o Japão terá a população mais velha do mundo, com 31% acima de 60 anos de idade, seguido pela Itália, Grécia e Suíça; cinco das dez maiores populações idosas estarão em países em desenvolvimento: China, Índia, Indonésia, Brasil e Paquistão (WHO, 2005).

Segundo Papaléo Netto (2007), o envelhecimento tem um início relativamente precoce, ao final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo, de modo pouco perceptível. O aumento do número de idosos nas últimas décadas e o fato de grande número deles permanecer em atividade e produzindo levaram a que o interesse pelo estudo do envelhecimento fosse se desenvolvendo progressivamente em todo o mundo, buscando identificar as principais características dessa população.

## 2.2. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil, com a queda das taxas de fecundidade e de mortalidade, houve um acréscimo de um grande contingente de pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2010). Esses mesmos dados informam que a população idosa é predominantemente feminina, com maiores proporções nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, e que o crescimento da população idosa é bem maior que o crescimento da população em geral.

As elevadas taxas de crescimento populacional no Brasil ocorreram até o final dos anos 1970. As estimativas demográficas indicam que, em 2050, o Brasil será o sexto país, no mundo, com maior número de idosos. De fato, o crescimento populacional mostrou-se muito elevado nas últimas décadas e, possivelmente, como poucos no mundo, no mesmo período (MENEZES, 2010).

O processo de transição demográfica ocorre de forma acelerada. Nesse processo, a longevidade é uma importante conquista social que marcou o século XX em quase todo o mundo, mas tal conquista gera impactos e novas demandas para o sistema de saúde e o grupo familiar (BRASIL, 2002a; VERAS, 2003; KALACHE, 2008).

O envelhecimento populacional é uma preocupação de dimensões globais. Observa-se que, nos países em desenvolvimento, os maiores índices de mudanças incidem na composição etária do segmento idoso. Nesse sentido, no Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, em termos tanto absolutos quanto proporcionais, determinando desafios em várias esferas. Esse novo padrão demográfico brasileiro, cuja dinâmica populacional é clara, inexorável e irreversível, representa a consequência de mudanças que aconteceram em curto espaço de tempo. Enquanto na França foi preciso um século para que a proporção de pessoas com mais de 60 anos passasse de 8% para 15%, no Brasil esse fenômeno ocorreu em três décadas, de maneira muito desigual, com implicações sociais relevantes (VERAS, 2003; VONO, 2007).

Conforme Ramos (2010), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), relativa ao ano de 2007, mostra que o crescimento da população pode fazer do Brasil um país com mais da metade de sua população idosa a partir de 2030. Em vista dessa tendência, a pirâmide social brasileira está “engordando” e começa a ficar parecida com os índices europeus. A base, formada por jovens, diminui, e o topo, representativo dos adultos, cresce. Esse fenômeno é explicado pela queda da natalidade em todas as camadas sociais brasileiras, aliada também à diminuição da mortalidade. Ou seja, há menos pessoas nascendo e morrendo. De acordo com o Censo de 2000, a população idosa brasileira, no início da década, representava 7,3% da população total, ao passo que, em 2009, essa proporção atingia 11,3% (PNAD, 2009).

Os dados do Censo de 2010 referem que a população idosa vem crescendo de forma significativa e compara que, em 1999, o percentual de idosos de 60 anos ou mais era de 9,2%, e o de 65 anos, de 6,2%, em 2009. Esse percentual aumentou a 11,3% com idosos de 60 anos ou mais e 7,8% com idosos de 65 anos ou mais (IBGE, 2010). As

informações obtidas com o Censo auxiliam na formação do perfil dos idosos, contribuindo para realizar ações específicas para essa população.

No entendimento de Pereira (2006), o processo de envelhecimento no Brasil diferencia-se do dos países desenvolvidos. Enquanto nesses contextos ele ocorreu de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, aqui acontece rapidamente e num quadro de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente.

Dessa forma, o aumento da população idosa, embora seja um fenômeno global, no caso brasileiro é particularmente complexo e possui características únicas, pois essa população vem aumentando rapidamente em um cenário que contempla pobreza e iniquidades. De acordo com o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008), existem evidentes desigualdades socioeconômicas em praticamente todos os indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos, o que se estende às gestantes e, também, à população adulta. Essas desigualdades configuram um quadro de iniquidade, por serem evitáveis e injustas, impedindo que as pessoas atinjam seu potencial de saúde, crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, por conseguinte, sua condição de velhice.

A transição demográfica requer, na verdade, novas estratégias que façam frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, devido às comorbidades e fragilidade adquirida pela própria idade, e ao baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional dos recursos destinados à saúde (GORDILHO, 2001; ALVES, 2006). Tão importante quanto a preocupação com as consequências e o impacto sofrido pela sociedade, advindos das questões relacionadas às transições demográfica e epidemiológica, é a investigação da percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar, no intuito de avaliar a qualidade dos anos adicionais de vida e sugerir condutas e políticas que favoreçam um envelhecimento bem-sucedido (ROACH, 2003).

Segundo Vono (2007), a criação de leis e portarias, as mudanças na estrutura física dos espaços públicos, o aumento de grupos de convivência, a criação de espaços destinados aos idosos são exemplos de mecanismos que buscam a promoção da qualidade de vida desse grupo etário. Todavia, vale repetir, recursos humanos qualificados são indispensáveis à execução dessas ações.

De acordo com Cauduro (2009), é preciso buscar novas alternativas para lidar com o processo de envelhecimento, pois é necessário atender às demandas crescentes de uma população idosa que necessita de cuidados, de políticas públicas mais eficazes, de tal forma a não permitir que o atual quadro de descaso e desamparo em relação aos idosos se agrave ainda mais. Isso porque, em breve, o país estará mais envelhecido, com uma massa relativamente pequena de trabalhadores ativos que terão a incumbência de gerenciar com sabedoria as riquezas nacionais em benefício de todos, em especial, dos idosos.

### 2.3. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul (RS) apresenta, em seu contexto demográfico, baixa natalidade, com tendência a estacionamento do crescimento populacional nos próximos 20 anos, mas com aumento da população de idosos em todas as regiões. É, assim, necessário que cada município desenvolva uma investigação detalhada das necessidades populacionais e, com base nisso, construa políticas públicas que introduzam modelos de vigilância à saúde, adequando à realidade da população investigada, estabelecendo estratégias próprias na busca do controle e diminuição das comorbidades nas próximas décadas.

O RS é o segundo estado brasileiro em número de idosos e o terceiro em expectativa de vida, com média de 75 anos ao nascer para ambos os sexos (IBGE, 2008), vivendo os homens menos (71,38 anos) que as mulheres (78,81 anos). Esses idosos representam 13,5% (1.431.000) da população total do estado (11.103.000) (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

As pirâmides populacionais apresentam uma diminuição do contingente de adultos jovens (emigração), número de idosos superior ao de pré-escolares, aumento da

expectativa de vida ao nascer e de sobrevivência após os 60 anos de idade, bem como crescimento da razão de dependência de idosos e dos custos da seguridade social.

A sobrevivência da mulher é superior à do homem, diferença que aumenta à medida que a idade avança, e o número de idosos acima de 75 anos ganha mais evidência na distribuição da população idosa. Isso impõe a enorme responsabilidade de criar condições sociais e políticas públicas capazes de dar respostas às necessidades dos idosos e de suas famílias (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A população do RS, segundo publicação da Secretaria Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006), demonstra que, se forem mantidos os patamares de nascimentos e de óbitos, em 2024, passarão a morrer mais gaúchos do que a nascer. Essa inversão é prevista pelo IBGE para o Brasil apenas para o ano de 2060, ou seja, quatro décadas depois do Rio Grande do Sul. Nesse estado, houve aumento da expectativa de vida de 66 anos, no início da década de 70, para 73 anos atualmente (GONZATTO, 2006; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A proporção de idosos entre 1998 e 2008 aumentou de 8,8% para 11,1%, apresentando o Rio Grande do Sul um índice de 13,5% de sua população idosa, sendo esse um dos estados que mais reúne população igual ou acima de 60 anos (IBGE, 2010).

A população idosa residente no estado estaria distribuída nos 496 municípios na seguinte proporção: 69 municípios (13,91%) com 10% de pessoas com 60 anos ou mais; 268 municípios (54,03%) entre 10 e 13%; 136 municípios (27,41%) entre 14 e 17%; 15 municípios (3,03%) entre 18 e 21%; e 8 municípios (1,62%) acima de 22% (IBGE, 2010).

O Plano Estadual de Saúde 2009-2011, ao traçar o perfil de morbidade e mortalidade, divulga que um terço dos indivíduos que chegam aos 70 anos no Brasil apresenta doenças crônicas não transmissíveis e que, pelo menos, 20% desses idosos terão algum grau de incapacidade associada, implicando diminuição da capacidade física e restrições à autonomia e à independência (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Em relação às causas que determinam o processo saúde e doença da população idosa, observam-se mudanças nos indicadores epidemiológicos, isto é, aumento das

taxas de morbidade e mortalidade referentes aos agravos crônico-degenerativos não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças neuropsíquicas, neoplasias, doenças respiratórias, endocrinometabólicas e causas externas como confirma a OMS (WHO, 2005).

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar de causas de mortalidade no estado. Por sua vez, doenças respiratórias ocupam o terceiro grupo de causas de mortalidade do estado e o primeiro de causas de internações hospitalares. Dentre as doenças respiratórias, a pneumonia, doença potencialmente curável, é a de maior frequência e ocorre, principalmente, como complicação de infecções virais com maior reincidência nos meses de inverno. As ações desenvolvidas por meio de campanhas de vacinação a idosos contra o vírus influenza estão ajudando a diminuir a taxa de hospitalizações dos idosos, ainda que haja resistência à vacinação (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Além disso, a Aids é uma realidade que vem se tornando cada vez mais frequente entre os idosos. De acordo com os dados apresentados no Plano Estadual de Saúde 2009-2011, o número de pessoas com 50 anos ou mais infectadas com HIV, no período de 2001 a 2008, foi de 29.393; destes, 63% eram homens e 37%, mulheres. A mortalidade de idosos por Aids no estado, em 2004, foi de 5,8/100.000, índice inferior apenas ao do Rio de Janeiro. O mesmo documento cita que, entre as causas de internação hospitalar, as quedas representam 60% e estão relacionadas ao ambiente físico, aos obstáculos, às calçadas irregulares ou à sua ausência e falta de iluminação, por exemplo. Quanto mais idosa a pessoa, mais graves serão as conseqüências dessas quedas (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Conforme Gordilho (2001), as mudanças no perfil epidemiológico resultam em mais despesas com tratamentos médicos e hospitalares, representando um desafio para as autoridades sanitárias, no que diz respeito a novas maneiras e métodos para enfrentar esses problemas. O idoso utiliza mais os serviços da saúde, as internações hospitalares para essa população são mais frequentes e o tempo de utilização do leito é maior. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, necessitando de mais prazo para tratamento e acompanhamento médico, com intervenções contínuas.

Por tudo isso, a crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige políticas adequadas, cuja falta pode causar importantes aumentos dos custos. As políticas que propiciam a saúde durante toda a vida, inclusive as de promoção da saúde e de prevenção de doenças; a tecnologia de assistência; os cuidados para a reabilitação, quando indicados; os serviços de saúde mental; a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e obter economias orçamentárias.

#### 2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO AO IDOSO

No plano internacional, no que se refere à atenção à saúde da pessoa idosa, encontram-se referências indicativas da necessidade de realização de programas tanto no Plano de Ação Internacional de Viena, resultado da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento Humano, realizado em 1982 em Viena, na Áustria, quanto no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizado em abril de 2002 em Madri, ambos promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2003). Os documentos enfatizam, ainda, a necessidade de eliminação da violência e da discriminação, a igualdade de sexos, a importância vital da família, a assistência médica e a proteção social das pessoas idosas (ABREU FILHO, 2004).

O Brasil, nas últimas décadas, vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, ocorre gradativamente sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

De acordo com Gordilho (2001), o crescimento demográfico brasileiro apresenta características particulares. No seu entendimento, o cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro e o sistema nem sempre consegue dar conta das medidas necessárias. Em vista disso, é interessante, nessa conjuntura, estudar a realidade brasileira, haja vista que o modelo assistencial, ainda forte no país, é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes,

apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Obter profissionais aptos a trabalharem nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de promoção da saúde não se constitui uma tarefa fácil. Conforme Cutolo (2000), essa dificuldade acontece como reflexo do modelo de formação desses profissionais: hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado.

O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível, e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também com intervenções sociais, econômicas e ambientais. Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração à comunidade.

Nessa direção, são evidentes as questões sociais e de saúde: as pessoas idosas brasileiras, em sua maioria, vivem em condições de desigualdade, são economicamente pobres e precisam de ajuda do poder público para sobreviver. Além disso, sofrem com a dupla carga das doenças crônicas não transmissíveis, com a insuficiência familiar, e sem contar que muitas ficam expostas à violência e à segregação social (WHO, 2005).

A política pública de atenção ao idoso se relaciona com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. A partir da Constituição brasileira de 1988, procurou-se adequar a proteção social aos idosos, embora ainda falem algumas medidas. Diante desse quadro, em 1994, ocorreu a primeira articulação impressiva por parte do poder público: a criação da Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências (BRASIL, 1994). O principal objetivo dessa política era garantir os direitos sociais das pessoas idosas, promovendo sua independência e inserção social; inclusive, define-se a idade padrão para que se possa considerar um indivíduo idoso, ou seja, decide-se que idosa é qualquer pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, independentemente do gênero, padrão socioeconômico ou etnia. Essa lei propôs, também, a instituição dos Conselhos Nacionais, Estaduais, do Distrito

Federal e Municipais do Idoso, tendo estes como função principal a formulação, coordenação, supervisão e avaliação do caráter político-administrativo da PNI.

Em que pesem as ações circundantes à saúde, a lei em questão objetivava, prioritariamente, a certificação da atenção à saúde da pessoa idosa, a partir das diversas esferas de gestão propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se desde a atenção primária até os serviços terciários e quaternários. Uma provocação importante proposta pela Lei nº 8.842, Capítulo IV, Art. 10, Inciso Segundo, é a inclusão da Geriatria e da Gerontologia como especialidades imprescindíveis para a prestação de assistência, inclusive com a determinação da realização de concursos públicos com a finalidade de inserir esses profissionais em equipes para que se pudessem realizar as primeiras ações de saúde em nível social com vistas ao atendimento dessas populações (BRASIL, 1994).

A PNI criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões ocorridas. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Algumas de suas deficiências são: a falta de especificação da lei no sentido de contribuir para criminalizar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas; dificuldades em tipificar o abandono do idoso em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; ausência de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las e qual a punição para os infratores.

Em fevereiro de 2006, foram publicadas, por meio da Portaria nº 399/GM, as Diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d), que contemplam o Pacto pela Vida. Nesse documento, a saúde do idoso aparece como a primeira dentre as seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentadas várias ações com vistas à implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa um avanço importante, no sentido de oferecer respostas

efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 2528 de outubro de 2006 aprova a PNSPI. Em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, prioriza todas as pessoas que possuem 60 ou mais anos, buscando medidas de saúde em âmbitos coletivo e individual, com finalidade de manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. A PNSPI objetiva a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à pessoa idosa, o estímulo a ações intersetoriais, o apoio ao desenvolvimento de pesquisas na área, dentre outros (BRASIL, 2006a).

Considerando-se isso, as principais diretrizes traçadas foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, bem como a estudos e pesquisas sobre o tema. De acordo com a PNSPI, cabe ao setor de saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público; e a realização de estudos e pesquisas na área.

Ainda, no ano 2006, é publicada a Portaria nº 648/GM de 28 de março, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PAC). A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006c). Vale ressaltar que:

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006c).

Desse modo, a ESF visa a reorganizar a atenção básica com os preceitos do SUS. A equipe, multiprofissional, é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, nela podendo ser incluídos, entre outros, os profissionais da saúde bucal. Recentemente, com vistas à consolidação e ao aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora de atenção à saúde no Brasil, foi publicada a Portaria nº 2488 de outubro de 2011, revogando a 648 e estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para ESF e o PAC (BRASIL, 2011).

A referida portaria soma às funções da rede de atenção à saúde um cuidado integral e direcionado às necessidades da população, seguindo as diretrizes do SUS, de modo a configurar um processo singular que considera e inclui as especificidades locais regionais. Ainda, define a organização de Redes de Atenção à Saúde como estratégia para esse cuidado (BRASIL, 2011).

A preocupação sobre as especificidades que envolvem o segmento idoso encontra-se expressa na seguinte referência:

O sistema de saúde terá que fazer frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e neurodegenerativas, e a uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental. Será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional (RAMOS, 2003, p. 797).

Nesse sentido, vale ressaltar a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS de 2003, bem como a Portaria MS/GM nº 1820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seu artigo 3º assim promulga: “Toda pessoa tem o direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” (BRASIL, 2009a). Destaca, ainda, que esse atendimento deve se dar com qualidade e garantia de continuidade.

Conforme Martins et al. (2007), de acordo com a lei, cabe aos setores de saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, à recuperação e à proteção da saúde. É necessário, pois, desenvolver a cooperação entre as esferas de

governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem ao ser que envelhece.

Para tanto, a Portaria nº 2488, quando traz as Redes de Atenção à Saúde, contempla uma das possibilidades da efetiva atenção à pessoa idosa, haja vista a multidimensionalidade que envolve o processo de viver e envelhecer do ser humano, as comorbidades frequentes no segmento dos longevos, as necessidades de atenção à família cuidadora e/ou seu cuidador. A rede pode dar conta, por constituir-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, desde que cumpra algumas das seguintes funções: ser resolutiva e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011).

A propósito, destaca-se o Estatuto do Idoso, que, após tramitar durante sete anos no Congresso, foi aprovado em setembro de 2003, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos, instituindo penas severas para quem desrespeitá-los ou abandoná-los. O referido instrumento legal passou a regularizar direitos para com o cidadão que envelhece, em níveis municipal, estadual e federal, por meio de garantias previstas de proteção à velhice. De acordo com seu artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Consta, no Estatuto, a garantia ao idoso do atendimento preferencial imediato e individualizado, junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviço à população, priorizando-se o cuidado por sua própria família, em detrimento do acolhimento asilar. Entre outros direitos, são assegurados aos idosos a preferência de atendimento no SUS e remédios gratuitos, especialmente os de uso continuado, sendo os planos de saúde impedidos de reajustar as mensalidades, de acordo com o critério da idade (ABREU FILHO, 2004).

Nota-se que esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país, uma vez que, a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e

os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.

Torna-se, assim, imprescindível para as políticas públicas de saúde elaborar estratégias voltadas para a prevenção da instalação de incapacidade, para manutenção e recuperação da capacidade funcional dos idosos, estabelecendo a integração dos modelos médico e social por meio de uma aproximação biopsicossocial. Afinal, essa parece ser a visão mais coerente para o entendimento das relações entre as condições de saúde e a incapacidade durante o processo de envelhecimento.

## 2.5. SOBRE O CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi empreendido no município de Estação, região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O marco do início do desenvolvimento do município de Estação foi a construção da estrada de ferro – inaugurada em 03 de maio de 1910 com extensão inicial de 4.567 metros, 8 metros de largura e 12 metros de derrubada –, pela qual os primeiros imigrantes colonizadores chegaram. A localidade (hoje Estação) recebeu o nome de Estação Erechim, o qual durou até o ano de 1935, quando foi denominada de Estação Getúlio Vargas.

Em 21 de abril de 1988, por meio da Lei nº 8.572, o Governo do Estado criou o município de Estação, desligando-o do de Getúlio Vargas e dando-lhe autonomia política e administrativa. Situa-se no Alto Uruguai, na microrregião de Erechim e na mesorregião do Noroeste Rio-Grandense, a 256,17 km da capital Porto Alegre. Sua altitude é de 680 metros acima do nível do mar.

Grande parte da renda da população tem origem direta ou indireta na atividade agropecuária, haja vista que as indústrias existentes são de transformação de produtos agrícolas ou pecuários. O reflexo sobre a economia é tão grande que, em anos de frustração de safras, o comércio se ressentiu, caindo significativamente as vendas. A população é composta por descendentes de imigrantes italianos em sua maioria, destacando-se a presença em menor quantidade de descendentes das etnias alemã, polonesa e africana.

Conforme as informações da Secretaria de Saúde, Estação possui uma área de 100,27 km<sup>2</sup>. Seus limites territoriais são a leste com o município de Getúlio Vargas, ao sul com o município de Sertão, ao oeste com os municípios de Sertão e Ipiranga do Sul, ao norte com o município de Erebango. O município de Estação possui uma população total de 6253 habitantes, dos quais 992 têm idade igual ou superior a 60 anos, representando 15,9% da população total, segundo a mesma fonte.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Estação dispõe de um ambulatório, que atua na prestação de assistência básica à saúde da população. Essa unidade ambulatorial abriga a ESF, com cobertura de 100% (cem por cento) de suas microáreas, um hospital de pequeno porte com fins lucrativos que mantém convênio com o município. A cidade que é em serviços de saúde para o município, que exigem infraestrutura com maior tecnologia, está localizada a uma distância de 31 km. A Secretaria Municipal de Saúde oferece atendimento médico nas especialidades básicas, assistência de enfermagem, atendimento odontológico, psicológico, ginecológico, pediátrico e clínica geral. A Unidade de Saúde dispõe, ainda, de farmácia de medicamentos básicos e especiais.

A coordenação e gestão da prestação de serviços de saúde, no município, estão a cargo da Secretária Municipal de Saúde. Na prestação de serviços assistenciais, dispõe-se de um médico de clínica geral, dois médicos de ESF, um médico pediatra, um médico ginecologista, três cirurgiões-dentistas, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um psicólogo e doze agentes comunitários de saúde. Como já mencionado, o município constitui uma área com 100% de cobertura da ESF, a qual está dividida em doze microáreas, das quais oito são urbanas, duas são rurais e duas abrangem partes localizadas tanto em uma quanto em outra (mista). A equipe responsável pela ESF é a mesma que atua em nível ambulatorial.

O município de Estação possui contratos de prestação de serviço terceirizado para procedimentos, exames laboratoriais e consultas médicas, os quais não são contemplados na assistência básica (ESTAÇÃO, 2010). De acordo com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, os municípios podem realizar convênios com entidades com ou sem fins lucrativos por meio de licitações ou não, de acordo com a Lei nº 8.666/93, Art. 24.

Esta prevê casos que são dispensados a licitação, contratando serviço de assistência à saúde ou especialidades médicas que não estão contemplados na rede do município (BRASIL, 2002b).

O processo de terceirização é realizado por empresa ou instituições públicas e/ou privadas que visam a alcançar melhor qualidade, redução de custos na execução de determinado serviço, repassando-o a outra empresa do segmento (BRASIL 2002b). Nesse contexto, o município realiza a terceirização de alguns serviços de exames laboratoriais, procedimentos e consultas médicas de forma terceirizada, procurando atender à demanda de seus munícipes por essas necessidades. Estação possui, ainda, convênio com municípios considerados referência no atendimento de urgência e emergência.

Nessa conjuntura, sendo descentralizados do posto de saúde ou da equipe da ESF, os serviços prestados pela gestão pública passam a ter caráter privado, ou seja, deixam de se constituir como públicos e gratuitos.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes nas zonas urbana e rural do município de Estação – RS, no ano de 2011.

#### 3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

A população do estudo é composta por indivíduos residentes em Estação – RS, em meios urbano, rural e misto, com idade igual ou superior a 60 anos. Foi utilizado como fonte de informação populacional o sistema da Secretaria de Saúde do referido município (ESTAÇÃO, 2011).

Conforme os dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, há 992 idosos residentes em 12 microáreas de saúde no município. Destas, oito são localizadas na zona urbana, com um total de 654 idosos; duas, na zona rural, com 155 idosos; e duas estão distribuídas de forma mista (parte está localizada na zona urbana e parte, na zona rural), com 183 idosos. Do total dessa população, representada em 57% pelo sexo feminino e 43% pelo sexo masculino, 66% vivem na zona urbana, 16 % na zona rural e 18% na zona mista (Tabela 1).

Tabela 1 - População de idosos por sexo e zona de moradia em Estação – RS, 2011

Microárea – Zona	Masculina		Feminina		População total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	283	43	371	53	654	66
Rural	72	46	83	54	155	16
Mista	74	39	109	61	183	18
Total	429	43	563	57	992	100

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

proporção de idosos por zona, mantendo o percentual de 57% para o sexo feminino e 43% para o sexo masculino. Dos 277 idosos da zona urbana, 158 são do sexo feminino e 119, do sexo masculino; na zona rural, dos 67 idosos, 38 são do sexo feminino e 29, do masculino; na zona mista, dos 76 idosos, 43 são do sexo feminino e 33, do masculino.

Os idosos foram selecionados, aleatoriamente, com base nos registros da ESF. Inicialmente, foram listados por zonas de residência e sexo e, a seguir, foram selecionados por amostragem aleatória, mantendo as proporções estipuladas pela amostra.

Os critérios de inclusão foram:

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

Foram consideradas as possíveis perdas, isto é, indivíduos que não responderam as questões e não tinham a presença de uma familiar ou cuidador para auxiliar nessa tarefa; mudança de residência para outro município; por óbito no período da coleta; indivíduos elegíveis que se recusaram a participar.

### 3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2011, entre os meses de fevereiro e maio, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo.

A coleta de dados foi realizada por meio de inquérito domiciliar, utilizando-se um questionário estruturado adaptado do instrumento empregado pela Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), preservando ajustes realizados por Mascarello (2011).

O teste piloto foi realizado pelo entrevistador para averiguar se as instruções estavam claras na aplicação do instrumento aos respondentes. As observações em relação ao tempo de aplicação por questionário (mais ou menos 50 minutos), as dificuldades no agendamento de horários com idosos determinaram o período da coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas mediante visitas nos domicílios de forma individual, podendo ter mais de um idoso por residência. As entrevistas foram agendadas em horário e local convenientes para o entrevistado.

### 3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Consideraram-se variáveis dependentes as relacionadas a condições de saúde, avaliação funcional, estado cognitivo, bem como ao uso e acesso aos serviços de saúde.

Como variáveis independentes foram observados: sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação atual, estado marital, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, local de moradia e condições de moradia.

Consideraram-se, ainda, as variáveis que constam no questionário SABE, o qual inclui sete seções: A) Informações pessoais e familiares, B) Avaliação cognitiva, C) Condições de moradia, D) Condições de saúde e hábitos de vida, E) Avaliação funcional, F) Uso e acesso aos serviços de saúde e G) Apoio familiar e social.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), teste neuropsicológico, rápido e de fácil aplicação, foi utilizado na avaliação do estado cognitivo. Serve para rastreamento de alterações, porém não substitui exames mais complexos e detalhados para diagnósticos finais. Nesse teste, os valores vão de zero a 30 pontos e estão relacionados com o grau de escolaridade para pontuação mínima aceitável. Nessa avaliação, os idosos são questionados sobre a orientação no tempo e no espaço, memória imediata e de evocação, linguagem, cálculos, repetição, compreensão, escrita e cópia. A pontuação que pode indicar a preservação cognitiva do entrevistado se organiza da seguinte forma: para analfabetos, a pontuação mínima é 19 pontos; de um a três anos de estudos, pontuação mínima de 23 pontos; de quatro a sete anos de estudo, pontuação mínima de 24 pontos; e mais de sete anos de estudos, pontuação mínima de 28 pontos (BRASIL, 2006b).

### 3.5. TREINAMENTO E SUPERVISÃO

O entrevistador consistiu em um profissional treinado pelos responsáveis pela pesquisa, tendo como critério único possuir formação de nível superior na área da saúde e tempo disponível para aplicar os questionários.

O treinamento aconteceu em duas etapas: A) apresentação do projeto de pesquisa, com explicação de como proceder à coleta, aplicação e ao preenchimento do questionário, com o detalhamento de cada seção e abordagem dos entrevistados; B) realização de um encontro após a aplicação do teste piloto (quinze dias) para sanar dúvidas em relação ao projeto, à aplicação do questionário e do instrumento MEEM.

O pesquisador foi responsável pela supervisão do entrevistador. Durante o período de coleta dos dados, foram realizadas reuniões semanais e quando havia necessidade de esclarecer eventuais dúvidas.

### 3.6. ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados e, posteriormente, analisadas, utilizando estatística descritiva e inferencial.

As variáveis qualitativas foram apresentadas empregando-se distribuições de frequências, bem como tabelas de contingência e bivariadas. As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central e variabilidade. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Para comparar as variáveis quantitativas, foram utilizados os testes t de Student. O nível de significância adotado foi de 5%.

### 3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o Parecer nº 017/2011, CAAE nº 0281.0.398.000.11 (Anexo A) e observou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## 4. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados por seções.

### 4.1. SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES

Participaram do estudo 419 idosos residentes no município de Estação – RS, excluído um participante por não atender aos critérios de inclusão. A maioria é do sexo feminino, possui entre 60 e 69 anos (50,1%) com idade média de 69 ( $\pm 7,6$ ) e de cor branca (86,6%). Frequentaram a escola, de 4 a 7 anos, 44,8% dos idosos, e 15,7% são analfabetos. A zona de nascimento predominante foi a rural (78,5%), tendo o município apresentado maior migração da população de Getúlio Vargas (56,1%) e em menor proporção de Sertão (8,6%), com a maioria nascida no Rio Grande do Sul (98,3%). Moram acompanhados 85,4% dos participantes, e 68,3% são casados. A religião predominante é a católica, e a questão religiosa foi considerada muito importante por 96,9% dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos idosos de Estação – RS, 2011

Características	n (419)	%
Sexo		
Masculino	180	43
Feminino	239	57
Grupo etário		
60-69 anos	210	50,1
70-79 anos	158	37,7
80 e mais	51	12,2
Cor		
Branca	363	86,6
Outra	56	13,4
Escolaridade		
Analfabeto	66	15,7
1 a 3 anos	116	27,6
4 a 7 anos	188	44,8
8 a 11 anos	45	10,7
12 e mais anos	3	0,7
Não respondeu	1	0,4

Estado marital

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos idosos de Estação – RS, 2011

Características	n (419)	%
Separado	10	2,4
Viúvo	90	21,5
Casado	287	68,3
Amasiado	20	4,8
Solteiro	11	2,6
Não respondeu	1	0,2
Reside		
Sozinho	57	13,6
Acompanhado	358	85,4
Não respondeu	4	1,0
Microárea residência		
Urbana	277	66,1
Mista	76	18,1
Rural	66	15,8
Zona de nascimento		
Urbana/Mista	90	21,5
Rural	329	78,5

Predomina, entre os entrevistados, o histórico de trabalho na agricultura (39,7%). Moram no município há mais de cinco anos 90,9% dos idosos. Como principal motivo para morar nesse local, 33,4% apontaram a presença de familiares e amigos; 20,7%, o trabalho; 22,1%, a união conjugal e/ou viuvez; e 23,8%, outros motivos. A média de filhos vivos foi 3,84 ( $\pm 2,18$ ), hoje com média de 3,65 ( $\pm 2,08$ ) filhos, entre biológicos, enteados e/ou adotados. A tabela 3 versa sobre a origem dos recursos financeiros atuais e sua destinação de gastos.

Tabela 3 - Recursos financeiros dos idosos por sexo, Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo		Total	p
	Masculino	Feminino		
Aposentadoria	n° (%)	n° (%)	n° (%)	
Sim	171 (95%)	175 (73,2%)	346 (82,6%)	0,000
Não	9 (5%)	64 (26,8%)	73 (17,4%)	

Renda

Tabela 3 - Recursos financeiros dos idosos por sexo, Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo		Total	p
	Masculino	Feminino		
Não possui	1 (0,6%)	29 (12,1%)	30 (7,2%)	
Até 1 salário	34 (18,9%)	110 (46%)	144 (34,4%)	
De 1 a 2 salários	74 (41,1%)	74 (31%)	148 (35,3%)	0,000
De 3 a 5 salários	62 (34,4)	25 (10,5%)	87 (20,8%)	
Acima de 5 salários	9 (5%)	1 (0,4%)	10 (2,4%)	
Trabalho atual				
Sim	55 (30,6%)	16 (6,7%)	71 (16,9%)	
Não	125 (69,4%)	223 (93,3%)	348 (83,1%)	0,000
Destino dos recursos				
Alimentação	160 (89,4%)	210 (87,9%)	370 (88,5%)	
Medicamentos	13 (7,3%)	26 (10,9%)	39 (9,3%)	0,376
Outros	6 (3,3%)	3 (1,2%)	9 (5,2%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

Do total, 82,6% estão aposentados, 69,7% têm renda total da família de até 2 salários mínimos e 7,2% não possuem renda. Continuam trabalhando 16,9%. Destes, 30,6% são do sexo masculino, 25,4% continuam na agricultura. A faixa etária que está mais ativa no trabalho é de 60-69 anos (25,7%). O principal motivo alegado pelos idosos sobre essa situação foi a necessidade de complementar a renda familiar. Consomem seus recursos com a alimentação 88,5%, e apenas 9,3% os gastam com medicamentos.

Para manterem-se atualizados, as informações são obtidas por meio de rádio (99%), telefone (89,7%), televisão (98,8%), agente comunitário (98,8%), com a vizinhança (99%); 13,4% utilizam o computador e a internet; e 24,8% recorrem a outra forma. O principal meio de transporte é o automóvel, indicado em 82,9% das vezes, e em 66,9%, o ônibus.

#### 4.2. SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA

Na avaliação cognitiva utilizando o MEEM, 44,9% obtiveram até 28 pontos e 55,1%, acima de 29 pontos, com uma média de 26,4 pontos ( $\pm 3,7$ ). Esse escore sofre influência da idade e da escolaridade, com pontuação máxima de 30 pontos.

A Tabela 4 mostra que houve associação entre avaliação cognitiva (escore MEEM) e sexo, faixa etária e escolaridade ( $p < 0,05$ ). Os idosos do sexo feminino obtiveram pior desempenho na pontuação.

Tabela 4 - Avaliação cognitiva dos idosos de Estação – RS, 2011

Variáveis	Escore MEEM		P
	Média de pontos	DP	
Sexo			
Masculino	26,8	$\pm 3,9$	0,002
Feminino	25,5	$\pm 4,9$	
Faixa etária			
60-69 anos	27,6	$\pm 2,9$	0,000
70-79 anos	25,8	$\pm 4,6$	
80 e mais anos	21,4	$\pm 6,4$	
Escolaridade			
Analfabeto	21,8	$\pm 5,7$	0,000
1 a 3 anos	25,4	$\pm 4,5$	
4 a 7 anos	27,5	$\pm 3,4$	
8 e mais anos	28,7	$\pm 1,7$	

*Teste t de Student significativo para  $p \leq 0,05$*

A faixa etária mostrou associação com a pontuação obtida pelo MEEM, de modo que quanto maior a faixa etária menor é a pontuação. A escolaridade é determinante nesse escore, pois quanto maior o grau de instrução melhor é a pontuação.

#### 4.3. SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE MORADIA

Dos idosos participantes, 83,7% residem em bairros e no centro da cidade, 91,2% têm casa própria, 99,8% têm água encanada dentro de suas residências, e, em 86,9% dos casos, a água é proveniente da rede pública. O destino do esgoto em 53,2% é

em fossa séptica e céu aberto e/ou esgoto pluvial. Possuem banheiro dentro de suas residências 99,3%, e têm luz elétrica em suas casas 99,8% dos idosos (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da moradia dos idosos de Estação – RS, 2011

Moradia	n (419)	%
<b>Local</b>		
Vilarejo	22	5,3
Chácara/sítio	39	9,3
Estrada	7	1,7
Centro	115	27,4
Bairro	236	56,3
<b>Casa</b>		
Própria	382	91,2
Alugada	12	2,9
Cedida	25	6,0
<b>Construção</b>		
Alvenaria	8	1,9
Madeira	48	11,5
Mista	362	86,4
Outros	1	0,2
<b>Água</b>		
Rede pública	364	86,9
Poço	55	13,1
<b>Esgoto</b>		
Fossa séptica	191	45,6
Fossa séptica e céu aberto	139	33,2
Fossa séptica e esgoto pluvial	84	20,0
Outros	5	1,2

A maioria tem televisão e geladeira (99,5%), fogão à lenha (95,7%), e 34,4% possuem aquecedor. O rádio está presente em 99% das residências, 67,1% possuem automóvel, 19,8% têm computador em suas casas, 85% produzem frutas e hortaliças para seu consumo e 29,4% criam animais para seu próprio consumo.

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

A autoavaliação de saúde foi realizada por meio da percepção do entrevistado como caracterizava sua saúde no atual momento e comparada há um ano. As respostas

muito boa e boa foram agrupadas em muito boa/boa; e regular, ruim e muito ruim, como regular/má, conforme tabela 6.

Tabela 6 - Autoavaliação da saúde dos idosos por sexo, Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo		Total	P
	Masculino	Feminino		
Autoavaliação de saúde	n° (%)	n° (%)	n° (%)	
Muito boa/boa	120 (66,7%)	123 (51,5%)	243 (58%)	0,002
Regular/má	60 (33,3%)	116 (48,5%)	176 (42%)	
Em relação a 1 ano atrás				
Melhor	36 (20%)	40 (16,7%)	76 (18,1%)	0,212
Igual	104 (57,8%)	128 (53,6%)	232 (55,4%)	
Pior	40 (22,2%)	71 (29,7%)	111 (26,5%)	
Dor				
Sim	80 (44,4%)	147 (62,3%)	227 (54,6%)	0,000
Não	100 (55,6%)	89 (37,3%)	189 (45,4%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

A maioria dos idosos referiu ter saúde muito boa/boa (58%), embora uma parcela considerável (42%) a tenha relatado como regular ou má, com maior prevalência no sexo feminino. Em comparação a um ano atrás, 73,5% referiram que está igual, ou melhor. Dentre as mulheres, 29,7% responderam que está pior. Quando comparados às outras pessoas da mesma idade, 77,4% informaram ter saúde melhor ou igual e 22,6%, pior. A presença de dor contínua há mais de três meses foi mencionada por 54,6% dos idosos, com prevalência nas regiões dos membros inferiores (82,5%), lombar (74,8%), membros superiores (55,8%), pescoço (32,3%), cabeça (31,3%), abdômen (19%) e no tórax (11,9%), dificultando, principalmente, o andar (70,9%), o sono (13,7%), o cuidar de si mesmo (3,5%), e prejudicando o humor, o apetite e/ou o lazer (11,9%).

Sofreram algum tipo de queda 25,1% dos idosos. Destes, 63,8% tiveram apenas uma queda e 36,2% tiveram dois ou mais eventos. O sexo feminino apresentou maior incidência de quedas, somando 68,6% ( $p=0,011$ ). A proporção de quedas na faixa etária de 80 e mais anos foi 41,2%; na faixa dos 70-79 anos, 24,8%; e entre 60-69 anos, 21,4% ( $p=0,014$ ).

Apresentaram queixa de dificuldades auditivas 29,4% dos idosos. Destes, 31,9% informaram não utilizar aparelhos. O sexo feminino em 39% ( $p=0,009$ ) referiu ter problemas auditivos. Mencionaram dificuldades visuais 79,7% ( $p=0,000$ ), dos quais 3,1% não utilizam lentes. O sexo feminino é o que mais utiliza óculos, totalizando 85,7% ( $p=0,007$ ).

No que se refere à percepção dos idosos sobre a saúde bucal, 86,9% relataram ser muito boa/boa, 12,9% regular/má, e 0,2% não responderam a questão. Informaram ausência de todos os dentes naturais 59,7%, sendo a maioria mulheres 63,2% ( $p=0,046$ ). Relataram dificuldades na mastigação 70,2%, e 92,5% acusaram dificuldades para engolir. Não procuram serviço odontológico há mais de um ano 78,2% dos idosos.

O autoexame das mamas foi realizado por 71,5% das mulheres. Não têm o hábito de fazer 28,5% ( $p=0,000$ ); destas, 25% são do grupo etário de 60 a 69 anos, 42,6% têm de 70 a 79 anos, e 32,4% têm 80 e mais anos. Nos últimos dois anos, 27,6% das mulheres ( $p=0,000$ ) não fizeram mamografia; destas, 37,9% são do grupo etário de 70 a 79 anos. Não acharam necessário realizar o exame 88,8%, e 3,2% não o fizeram porque o médico não indicou.

Quanto ao exame preventivo do colo uterino nos últimos dois anos, 31,4% não o fizeram ( $p=0,000$ ). Destas, 40% são do grupo etário de 70 e 79 anos. Não acharam necessário realizar o exame 80,9% das mulheres, e 2,9% relataram que o médico não indicou. A idade média da última menstruação foi 48 anos ( $\pm 4,2$ ), sendo a idade mínima de 33 anos e a máxima, de 58 anos.

O exame da próstata foi realizado por 88,9% dos entrevistados. O método mais utilizado foi Antígeno Prostático Específico (PSA) (85,7%), toque retal e PSA 9,3%, ultrassonografia com PSA e toque retal, 5%. Entre os idosos que não fizeram exames preventivos, 60% são da faixa etária entre 60 e 69 anos; 30% de 70 a 79 anos; e 10% têm mais de 80 anos. O motivo alegado é por não julgar necessário.

Responderam não ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos três meses 66,1% dos idosos, e 33,9% admitiram ingerir álcool no mínimo uma vez na semana. A bebida mais ingerida foi o vinho (média de um copo por dia), 69,9% nunca fumaram, 19,9% são ex-fumantes, e 10,2% fumam em média três cigarros por dia.

No que diz respeito ao uso de medicamentos, 74,9% relataram a média de 3,63 ( $\pm 2,2$ ); destes, 26,4% são comprados, 16,6% são adquiridos no SUS/posto de saúde, e 57% adquirem em ambos os locais. As mulheres utilizam mais medicamentos, somando 60,5% ( $p=0,013$ ). Em ambos os sexos, a utilização de medicamentos corresponde a 68,6% na faixa etária de 60 a 69 anos, 79,1% entre 70 a 79 anos e 88,2% com 80 e mais anos ( $p=0,005$ ).

Dos participantes, 56,1% praticam atividade física; destes, 52,3% são do sexo feminino ( $p=0,028$ ). Os idosos que mais praticam essas atividades têm entre 60 e 69 anos (54,5%), 38,7% têm entre 70 e 79 anos, e 6,8% têm 80 e mais anos ( $p=0,001$ ).

Dentre as atividades físicas citadas, a caminhada é a mais praticada (49,2%). As atividades como andar a cavalo (3,3%), andar de bicicleta (2,4%), jogar bocha (13,1%), jogar futebol (1,7%) e outras (1,4%) são praticadas com menor frequência. Para ocupar o tempo livre, os idosos referiram que assistem à televisão (96,4%), ouvem rádio (96,4%), jogam cartas (32,8%), realizam atividades manuais (72,1%), fazem passeios/visitas (92,1%), leituras (47%) e dança (40,6%).

Entre os fatores que interferem nas atividades da vida diária (AVDs), os mais citados foram problemas de coluna, artrite/artrose, problemas para dormir, depressão, nervosismo, osteoporose, catarata, com maior prevalência no sexo feminino, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização dos problemas que interferem ou não nas AVDs dos idosos de Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo (n=419)		Total	P
	Masculino	Feminino		
Reumatismo	n° (%)	n° (%)	n° (%)	
Não	159 (88,3%)	198 (82,8%)	357 (85,2%)	0,231
Sim, interfere	21 (11,7%)	40 (16,7%)	61 (14,6%)	
Sim, não interfere	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (0,2%)	
Problemas para dormir				
Não	162 (90%)	190 (79,5%)	352 (84%)	0,004
Sim, interfere	18 (10%)	49 (20,5%)	67 (16%)	
Catarata				
Não	178 (98,9%)	222 (92,9%)	400 (95,5%)	0,014
Sim, interfere	2 (1,1%)	16 (6,7%)	18 (4,3%)	
Sim, não interfere	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (0,2%)	

Variáveis	Sexo (n=419)		Total	P
	Masculino	Feminino		
Problemas de coluna	n° (%)	n° (%)	n° (%)	0,231
Não	136 (75,6%)	150 (62,8%)	286 (68,3%)	0,001
Sim, interfere	41 (22,8%)	89 (37,2%)	130 (31%)	
Sim, não interfere	3 (1,7%)	0 (0%)	3 (0,7%)	
Artrite/Artrose				
Não	159 (88,3%)	170 (71,1%)	329 (78,5%)	0,000
Sim, interfere	21 (11,7%)	69 (28,9%)	90 (21,5%)	
Osteoporose				
Não	180 (100%)	197 (82,4%)	377 (90%)	0,000
Sim, interfere	0 (0%)	41 (17,2%)	41 (9,8%)	
Sim, não interfere	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (0,2%)	
Nervosismo				
Não	166 (92,2%)	200 (83,7%)	366 (87,4%)	0,009
Sim, interfere	14 (7,8%)	39 (16,3%)	53 (12,6%)	
Anemia				
Não	178 (98,9%)	233 (97,5%)	411 (98,1%)	0,505
Sim, interfere	2 (1,1%)	5 (2,1%)	7 (1,7%)	
Sim, não interfere	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (0,2%)	
Parkinson				
Não	179 (99,4%)	234 (97,9%)	413 (98,6%)	0,190
Sim, interfere	1 (0,6%)	5 (2,1%)	6 (1,45)	
Câncer				
Não	179 (99,4%)	234 (97,9%)	413 (98,6%)	0,190
Sim, interfere	1 (0,6%)	5 (2,1%)	6 (1,4%)	
Alzheimer				
Não	177 (98,3%)	237 (99,2%)	414 (98,8%)	0,439
Sim, interfere	3 (1,7%)	2 (0,8%)	5 (1,2%)	
Depressão				
Não	165 (91,7%)	190 (79,5%)	355 (84,7%)	0,002
Sim, interfere	14 (7,8%)	48 (20,1%)	62 (14,8%)	
Sim, não interfere	1 (0,6%)	1 (0,4%)	2 (0,5%)	
Incontinência urinária				
Não	180 (100%)	235 (98,3%)	415 (99%)	0,219
Sim, interfere	0 (0%)	3 (1,3%)	3 (0,7%)	
Sim, não interfere	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (0,2%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

A análise bivariada mostrou que os problemas de saúde relacionados aos sistemas vascular e pulmonar não apresentaram valores significativos associados ao sexo, não interferindo de forma expressiva nas AVDs (Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização dos problemas pulmonares e vasculares que interferem ou não nas AVDs nos idosos de Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo (n=419)		Total	p
	Masculino	Feminino		
Asma ou bronquite	nº (%)	nº (%)	nº (%)	
Não	174 (96,7%)	235 (98,3%)	409 (97,6%)	0,271
Sim, interfere	6 (3,3%)	4 (1,7%)	10 (2,4%)	
Enfisema pulmonar				
Não	169 (93,9%)	232 (97,1%)	401 (95,7%)	0,171
Sim, interfere	7 (3,9%)	6 (2,5%)	13 (3,1%)	
Sim, não interfere	4 (2,2%)	1 (0,4%)	5 (1,2%)	
Pressão alta				
Não	79 (43,9%)	81 (33,9%)	160 (38,2%)	0,064
Sim, interfere	36 (20%)	67 (28%)	103 (24,6%)	
Sim, não interfere	65 (36,1%)	91 (38,1%)	156 (37,2%)	
Má circulação				
Não	141 (78,3%)	183 (76,6%)	324 (77,3%)	0,844
Sim, interfere	37 (20,6%)	52 (21,8%)	89 (21,2%)	
Sim, não interfere	2 (1,1%)	4 (1,7%)	6 (1,4%)	
Diabetes				
Não	159 (88,9%)	211 (88,3%)	370 (88,3%)	0,647
Sim, interfere	14 (7,8%)	22 (9,2%)	36 (8,6%)	
Sim, não interfere	7 (3,9%)	6 (2,5%)	13 (3,1%)	
Obesidade				
Não	174 (96,7%)	226 (94,6%)	400 (95,5%)	0,305
Sim, interfere	6 (3,3%)	13 (5,4%)	19 (4,5%)	
Isquemia cerebral				
Não	170 (94,4%)	231 (96,7%)	401 (95,7%)	0,497
Sim, interfere	8 (4,4%)	7 (2,9%)	15 (3,6%)	
Sim, não interfere	2 (1,1%)	1 (0,4%)	3 (0,7%)	
Problemas cardíacos				
Não	151(83,9%)	206 (86,2%)	357 (85,2%)	0,473
Sim, interfere	27 (15%)	28 (11,7%)	55 (13,1%)	
Sim, não interfere	2 (1,1%)	5 (2,1%)	7 (1,7%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

#### 4.5. SEÇÃO E – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

As AVDs e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) foram agrupadas em: sem incapacidade e com incapacidade. O grupo sem incapacidade corresponde às respostas sem dificuldade e/ou pouca dificuldade em realizar as atividades; como com incapacidade agruparam-se as respostas com muita dificuldade, só com ajuda e não consegue realizar as atividades. O sexo feminino apresenta maior incapacidade em realizar as AVDs. Em média, 7,1% ( $\pm 1,6$ ) dos idosos do sexo feminino não conseguem realizar as atividades (Tabela 9).

Tabela 9 - Capacidade para realizar as AVDs por sexo nos idosos de Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo		Total	p
	Masculino	Feminino		
Alimentar-se	n° (%)	n° (%)	n° (%)	
Sem incapacidade	177 (98,3%)	229 (95,8%)	406 (96,9%)	0,141
Com incapacidade	3 (1,7%)	10 (4,2%)	13 (3,1%)	
Banhar-se				
Sem incapacidade	172 (95,6%)	218 (91,2%)	390 (93,1%)	0,083
Com incapacidade	8 (4,4%)	21 (8,8%)	29 (6,9%)	
Vestir-se				
Sem incapacidade	175 (97,2%)	222 (92,9%)	397 (94,7%)	0,049
Com incapacidade	5 (2,8%)	17 (7,1%)	22 (5,3%)	
Cuidar da aparência				
Sem incapacidade	176 (97,8%)	224 (93,7%)	400 (95,5%)	0,048
Com incapacidade	4 (2,2%)	15 (6,3%)	19 (4,5%)	
Deitar/levantar da cama				
Sem incapacidade	172 (95,6%)	216 (90,4%)	388 (92,6%)	0,045
Com incapacidade	8 (4,4%)	23 (9,6%)	31 (7,4%)	
Ir ao banheiro a tempo				
Sem incapacidade	174 (96,7%)	223 (93,3%)	397 (94,7%)	0,127
Com incapacidade	6 (3,3%)	16 (6,7%)	22 (5,3%)	
Locomover-se				
Sem incapacidade	173 (96,1%)	222 (92,9%)	395 (94,3%)	0,160
Com incapacidade	7 (3,9%)	17 (7,1%)	24 (5,7%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

Com relação à capacidade para realizar as AIVDs, a análise bivariada mostrou associação entre sexo e as variáveis vestir-se, cuidar da aparência, deitar e levantar-se da cama ( $p < 0,05$ ) (Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização da capacidade em realizar as AIVDs por sexo nos idosos de Estação – RS, 2011

Variáveis	Sexo		Total	p
	Masculino	Feminino		
Andar no plano	n° (%)	n° (%)	n° (%)	
Sem incapacidade	173 (96,1%)	220 (92,1%)	393 (93,8%)	0,088
Com incapacidade	7 (3,9%)	19 (7,9%)	26 (6,2%)	
Subir e descer escadas				
Sem incapacidade	159 (88,3%)	194 (81,2%)	353 (84,2%)	0,046
Com incapacidade	21 (11,7%)	45 (18,8%)	66 (15,8%)	
Transporte cadeira/cama				
Sem incapacidade	171 (95%)	217 (90,8%)	388 (92,6%)	0,104
Com incapacidade	9 (5%)	22 (9,2%)	31 (7,4%)	
Andar perto de casa				
Sem incapacidade	170 (94,4%)	222 (92,9%)	392 (93,6%)	0,520
Com incapacidade	10 (5,6%)	17 (7,1%)	27 (6,4%)	
Medicar-se na hora certa				
Sem incapacidade	162 (90%)	213 (89,1%)	375 (89,5%)	0,771
Com incapacidade	18 (10%)	26 (10,9%)	44 (10,5%)	
Preparar as refeições				
Sem incapacidade	164 (91,1%)	212 (88,7%)	376 (89,7%)	0,421
Com incapacidade	16 (8,9%)	27 (11,3%)	43 (10,3%)	
Cortar as unhas dos pés				
Sem incapacidade	172 (95,6%)	215 (90%)	387 (92,4%)	0,033
Com incapacidade	8 (4,4%)	24 (10%)	32 (7,6%)	
Usar transporte público				
Sem incapacidade	158 (87,8%)	182 (76,2%)	340 (81,1%)	0,003
Com incapacidade	22 (12,2%)	57 (23,8%)	79 (18,9%)	
Fazer limpeza na casa				
Sem incapacidade	150 (83,3%)	171 (71,5%)	321 (76,6%)	0,005
Com incapacidade	30 (16,7%)	68 (28,5%)	98 (23,4%)	
Administrar as finanças				
Sem incapacidade	168 (93,3%)	212 (88,7%)	380 (90,7%)	0,106
Com incapacidade	12 (6,7%)	27 (11,3%)	39 (9,3%)	
Dificuldades em sair de casa				
Sem incapacidade	166 (92,2%)	210 (87,9%)	376 (89,7%)	0,146
Com incapacidade	14 (7,8%)	29 (12,1%)	43 (10,3%)	
Realizar tarefas domésticas				
Sem incapacidade	158 (87,8%)	194 (81,2%)	352 (84%)	0,068
Com incapacidade	22 (12,2%)	45 (18,8%)	67 (16%)	

*Teste qui-quadrado significativo para  $p \leq 0,05$*

Ao relacionarem a capacidade de realizar as AIVDs, as mulheres apresentaram maior percentual de incapacidade, com média de 14,1% ( $\pm 6,4$ ). A análise bivariada mostrou que as principais atividades instrumentais associadas ao sexo foram subir e descer escadas, cortar as unhas dos pés, utilizar transporte público e fazer a limpeza da casa ( $p < 0,05$ ).

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

No que se refere ao acesso à saúde, 70,2% utilizam o consultório particular, 28,6% procuram o posto de saúde/SUS e 1% procura outros locais. O profissional procurado com maior frequência é o médico (99,8%). O atendimento é realizado de acordo com a urgência. Dessa forma, em 19,9% a marcação e o atendimento foram imediatos ou demorou minutos; 46,3% esperaram horas para a marcação e o atendimento; 33,6% esperaram dias entre a marcação e o atendimento, e apenas 0,2% esperaram mais de um mês para o atendimento. Por ocasião do atendimento, 32,5% esperaram minutos e 67,5% esperaram horas.

#### 4.7. SEÇÃO G – APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Ao ficarem doentes, 95,7% dos idosos contam com cuidador. A pessoa responsável por prestar esse cuidado em 50,8% dos casos é o companheiro, e em 38,2%, são os filhos e as filhas. A maioria são mulheres (53,9%) com idade superior a 60 anos (47,3%) e média de idade de 56,3 anos ( $\pm 15$ ).

Os principais cuidados oferecidos pelo cuidador são relacionados às atividades de higiene, alimentação, companhia, auxílio nas eliminações, medicação e locomoção (cerca de 99,5%). Existem mais pessoas, além do cuidador, que auxiliam em caso de doença ou incapacidade (40,4%) com algum tipo de ajuda, entre elas financeira, com alimentação, tarefas domésticas, transporte, lazer, diversão e/ou companhia.

Durante o último ano, 60,6% receberam algum tipo de auxílio de instituições em sua comunidade, 23,9% com dinheiro, 21,8% com alimentação, 39,1% nas tarefas domésticas, 17,1% com os cuidados pessoais, 50,4% com transporte, 28,6% com lazer e

diversão. Tiveram companhia 86,8% dos idosos, e 48,9% receberam ajuda extrafamiliar diariamente.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A proporção de idosos residentes em Estação é maior que a divulgada para o RS (13,6%), todavia se assemelha à da 11<sup>o</sup> CRS (15,7%). Essa Coordenadoria reforça o aspecto do envelhecimento no estado do RS, pois, dos 31 municípios que a integram, três estão em franco envelhecimento e 28 são envelhecidos, de acordo com a classificação da OMS (2005). Entre eles, está o município de Estação.

Chama a atenção que os dados do município apresentados pela Secretaria de Saúde mostram um total de 992 idosos, diferentemente do que registra o Censo de 2010, onde a população é de 957, havendo uma subtração de 35 indivíduos, apenas, no grupo estudado. No que concerne à população geral, a diferença é de 242 habitantes (6011 informado no Censo de 2010 e 6253 informado pela Secretaria Municipal de Saúde). Tal fato tem implicação direta no repasse dos recursos financeiros ao município, conforme determinado pela Portaria nº 3.170/GM de 19 de outubro de 2010, o valor mínimo fixado do Piso da Atenção Básica (PAB) é de R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano para ser utilizado como base dos cálculos dos recursos a serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao município (BRASIL, 2010). Nessa circunstância, o valor de perda estimada para o município gira em torno de R\$ 4.356,00 (quatro mil trezentos e cinquenta e seis reais). A diferença de informações entre o que consta no Censo e que se aplica à realidade populacional, de município de pequeno porte, foi objeto de observação no estudo de Mascarelo (2011).

Os idosos participantes do estudo em sua maioria nasceram na zona rural, mas residem em maior proporção na zona urbana. A migração urbana também foi observada por Silva (2005) e Victor (2009). A idade média de 69 anos ( $\pm 7,6$ ) foi semelhante à encontrada por Santos e Mattos (2011), Mascarelo (2011) em municípios de pequeno porte, e por Silva (2005) e Victor et al. (2009) com estudos em municípios de grande porte.

A maior proporção de idosos do sexo feminino encontrada no estudo também foi observada por outros autores (LEBRÃO, 2003; BATISTA et al., 2008; MASCARELO, 2011), corroborando os dados do IBGE (2010). De acordo com Lebrão (2003) e a OMS (2005), a maior proporção de mulheres pode estar relacionada à

exposição do homem a fatores de riscos, a situações de violência, ao abuso de álcool e tabaco, entre outros motivos.

A cor da pele declarada, em sua maioria branca, pode estar relacionada à colonização, predominantemente europeia. Esses resultados estão de acordo com os estudos de Lebrão (2003), de Farinasso (2005) e de Mascarelo (2011). A média encontrada, de filhos por casal, foi semelhante aos achados de Paskulin (2006) e Mascarelo (2011). Os recursos financeiros são provenientes em sua maioria da aposentadoria, achados semelhantes ao de Mascarelo (2011). Victor et al. (2009) e Santos e Mattos (2011), por sua vez, encontraram resultados diferentes.

Com o aumento da idade, as pessoas podem apresentar dificuldades cognitivas. É importante observar essas alterações que interferem no envelhecimento ativo (WHO, 2005). Cerqueira (2003) alerta sobre a necessidade de se conhecer as condições de saúde mental dos idosos, com implicações na sua independência e autonomia e com repercussões nos serviços sociais e de saúde (BATISTA et al., 2008).

Os resultados do MEEM podem sofrer interferência das variáveis escolaridade e idade, na medida em que, quantos mais anos frequentou a escola e quanto menor a idade, a tendência é ter melhor resultado no teste. A pontuação inferior a 19 pode indicar algum déficit cognitivo do idoso. A OMS (2005) refere que a idade pode influenciar na avaliação do desempenho, panorama já esperado, pois, com o passar dos anos, pode ocorrer um declínio da capacidade cognitiva, diminuindo o raciocínio, a memória e a aprendizagem.

A escolaridade e o avanço da idade podem ter interferido na pontuação obtida pelos idosos na avaliação MEEM. Isso também foi observado por Lourenço e Veras (2006), Morais (2007) e Mascarelo (2011).

O escore médio dos idosos no MEEM indica que a cognição está preservada, corroborando os achados de Mascarelo (2011), diferentemente do estudo de Morais (2007) e Machado et al. (2007), que encontraram pontuação menor que a obtida pelos idosos de Estação – RS.

Os resultados do MEEM relacionados ao sexo mostraram associação significativa, e os homens obtiveram uma média maior. Mascarelo (2011) obteve resultados semelhantes, ao contrário de Lourenço e Veras (2006), que não encontraram associação entre os sexos em seus resultados, embora em seu trabalho a proporção de mulheres seja maior (mais de 71%).

A concentração maior de idosos ocorre na zona urbana. Os idosos da zona rural vivem em pequenas propriedades, e, independentemente do contexto, residem em casa própria. Mesmo que pequena parcela se encontre nessa condição, tais informações são relevantes para identificar as dificuldades que possam ter em relação ao acesso ao serviço de saúde municipal. A distância pode se tornar um fator de isolamento, bem como restringir a visitação dos agentes comunitários de saúde em razão do longo trajeto a ser percorrido e pelo fato de a Unidade Básica de Saúde estar sediada no espaço urbano (PORTELLA, 2010). Como recomenda a OMS (2005), aos idosos que residem em locais distantes deve ser oferecido meio de locomoção acessível até o serviço de saúde e convívio social de forma segura a todos.

Com relação aos bens duráveis, os resultados do estudo estão de acordo com os achados de Mascarelo (2011). Ainda, Kachar (2010) refere que a maioria possui automóvel e que o computador é uma realidade de poucos, no espaço urbano, corroborando nossos resultados.

Água encanada oriunda da rede pública está presente na totalidade das residências urbanas, enquanto, no meio rural, a água encanada é proveniente de poços e vertentes. Estudos que analisaram realidades rurais confirmam esses achados (MORAIS, 2007; MASCARELO, 2011).

A luz elétrica e banheiro dentro de casa foram encontrados em todas as residências, o que proporciona maior conforto e pode reduzir os riscos de quedas ou agravos, melhorando a qualidade de vida.

O destino do esgoto no meio urbano para a fossa séptica e/ou rede pluvial e no meio rural para fossa séptica e/ou céu aberto constitui um sério problema de saúde, pois pode ser fator determinante de epidemias de vetores e/ou doenças provenientes de

animais e micro-organismos que encontram nesses locais ambientes adequados à sua proliferação (BRASIL, 2009b).

Na percepção dos idosos em relação à autoavaliação de saúde, a maioria referiu ter boa ou muito boa saúde, o que difere dos resultados de Lebrão (2003), Morais (2007) e Mascarelo (2011), em que a maioria dos idosos respondeu ter saúde regular ou ruim. A autoavaliação positiva, no segmento idoso é encontrada no relatório de Lebrão (2003) que trata do estudo multicêntrico envolvendo Brasil, Uruguai e Argentina. Os contextos de Montevideú e Buenos Aires acusam tal semelhança.

Quando comparada a um ano atrás, a maior parte dos idosos considerou sua saúde igual, ou melhor, na autoavaliação, corroborando os resultados de Farinasso (2005) e Mascarelo (2011). Em relação aos outros idosos da mesma idade, a maioria referiu ter condições de saúde igual, ou melhor. Esses achados evidenciam que os idosos estão com uma boa saúde em sua percepção, resultados semelhantes aos obtidos por Santos e Mattos (2011) e Mascarelo (2011).

A maioria dos idosos referiu dor contínua há mais de três meses. A dor dificulta principalmente o andar, o sono, o cuidar de si mesmo, prejudicando o humor, o apetite e/ou o lazer. Dellaroza et al. (2008) e Mascarelo (2011) obtiveram resultados semelhantes. Ainda, prevalência da localização das dores nos membros inferiores, região lombar e membros superiores também foi encontrada pelos mesmos autores.

A prevalência de quedas no último ano foi semelhante aos achados de Morais (2007) e Mascarelo (2011). De acordo com Santos e Mattos (2011), as quedas podem estar relacionadas às dores nos membros inferiores e à dificuldade de andar, pautadas igualmente com as fraturas que ocorrem nesses eventos. O sexo e a idade são fatores que podem aumentar a incidência de quedas. Tais resultados encontrados coincidem com os observados por outros autores (LEBRÃO, 2003; MACHADO, 2010; MASCARELO, 2011).

A dificuldade auditiva apresentada pelos idosos de Estação – RS é menor que a encontrada em outros estudos (WHO, 2005; MORAIS, 2007; MASCARELO, 2011). De acordo com a OMS (2005), é natural ocorrer diminuição na audição que, por vezes, pode ocasionar o isolamento pela dificuldade de comunicar-se com as demais pessoas,

passando por situações de constrangimento. Dessa forma, é relevante observar as dificuldades auditivas e propor a utilização de aparelhos que possam auxiliar na melhora desse sentido.

A proporção de idosos com dificuldades visuais e que utilizam lentes é inferior aos resultados obtidos por Mascarelo (2011). Já Farinasso (2005) e Moraes (2007) encontraram resultados semelhantes a essa condição. Cabe ressaltar que a diminuição da capacidade visual com a perda da motricidade pode indicar fator de risco para quedas nos idosos (MACHADO, 2010).

A percepção sobre a saúde bucal, muito boa e boa em sua maioria, corrobora o estudo de Lebrão (2003), mesmo que mais da metade não possua mais dentes naturais e tenha referido dificuldade na mastigação e ao engolir. Mascarelo (2011) encontrou resultados menores em relação à ausência de dentes naturais. Farinasso (2005) e Moraes (2007), por seu turno, obtiveram resultados semelhantes para a dificuldade de mastigação.

Mesmo apresentando dificuldades de mastigação, a maioria não procura o serviço odontológico há mais de um ano. Por vezes, esse fator interfere na qualidade da alimentação, podendo trazer outras consequências, como a desnutrição. A OMS (2005) recomenda ações em saúde bucal que auxiliam em atividades preventivas e curativas, como o fornecimento de próteses dentárias, observando que essa é uma das situações que interferem na qualidade de vida dos idosos.

A maioria das idosas realiza o autoexame das mamas. Um percentual pequeno não realizou o exame de mamografia quando comparado com outros estudos (VERAS, 2007; MASCARELO, 2011). No RS, a razão de mamografias pelo SUS é de 0,08 por mulheres acima de 40 anos. Quanto a isso, destaca-se que a 11ª CRS e 14ª CRS alcançaram razão de 0,12 e 0,16, respectivamente, números superiores à média do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Ainda que o município tenha apresentando uma pequena porcentagem de mulheres que não realizaram o exame de mamografia, devem-se manter as orientações para a realização do exame, pois esse tipo de neoplasia vem aumentando no RS, sendo o segundo estado que mais apresenta casos no Brasil. (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

O exame preventivo do colo uterino foi realizado pela maioria das idosas, resultado diferente do encontrado por Neri (2007) e Mascarelo (2011), em que mais da metade não o fizeram. O principal motivo alegado foi não achar necessário. O Plano Estadual de Saúde 2009-2011 chama atenção para o diagnóstico precoce dessa neoplasia, o que reduz de forma significativa a mortalidade, tornando uns dos eixos prioritários da seção da saúde da mulher.

A maior parcela dos idosos do sexo masculino fez algum tipo de exames de diagnóstico do câncer de próstata. Mascarelo (2011) relatou valores um pouco menores. Ressalta-se que as questões culturais podem diminuir a procura pelo exame (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A maioria dos idosos usa algum tipo de medicamento, corroborando resultados encontrados por Moraes (2007) e Mascarelo (2011). A média de medicamentos utilizados foi superior ao observado no estudo de Mascarelo (2011). Em relação à aquisição dos medicamentos, cerca da metade é adquirida pelo SUS e os demais são comprados, diferentemente do que verificou Mascarelo (2011). A grande quantidade de medicamentos utilizados pode ser explicada pelas comorbidades que surgem com o avançar da idade (BRASIL, 2006e).

A prática de exercícios foi referida por mais da metade dos idosos, dados semelhantes aos de Mascarelo (2011), diferentes dos resultados de Lebrão e Laurenti (2003) e Farinasso (2005), em que a maioria não pratica exercícios. A atividade física mais praticada é a caminhada, igualmente aos estudos de Silva (2005), de Moraes (2007) e de Mascarelo (2011). O tempo livre dos idosos era utilizado, na maioria das vezes, para assistir à televisão, ouvir rádio, jogar cartas, atividades que contribuem, via de regra, ao sedentarismo (BRASIL, 2006e).

Interferem nas AVDs, segundo os idosos, problemas de coluna, artrite/artrose, problemas para dormir, depressão. Esses achados são semelhantes aos de Silva (2005). Outros estudos mostram que a hipertensão tem maior incidência do que aqui se apresenta (LEBRÃO, 2003; FARINASSO, 2005; MORAIS, 2007). Já Mascarelo (2011) observou que o nervosismo foi o fator mais referido.

O sexo feminino apresentou mais associações com os problemas supracitados. Porém, quando comparados com problemas respiratórios, mesmo não apresentando associação entre os sexos, a maior incidência foi no masculino, corroborando o estudo de Mascarelo (2011).

Em relação às AVDs, os idosos, em sua maioria, as desempenham sem incapacidades, reiterando os resultados de Morais (2007) e Mascarelo (2011). Comparados aos dos estudos de Lebrão (2003) e de Mascarelo (2011), os resultados apresentaram percentuais menores quanto às incapacidades para realizar as AVDs. Houve semelhança com os percentuais do estudo de Farinasso (2005).

A maioria dos idosos consegue realizar as AIVDs sem incapacidade. Contudo, comparando com a AVDs, o percentual com incapacidade foi maior em relação às AIVDs, resultados semelhantes aos achados de Farinasso (2005), Morais (2007) e Mascarelo (2011). As atividades instrumentais envolvendo incapacidade de desempenho em maior percentual foram subir e descer escadas, cortar as unhas dos pés, usar transporte público e fazer a limpeza da casa. Morais (2007) observou maior frequência de incapacidades em administrar as finanças; Mascarelo (2011), em cortar as unhas dos pés; e, neste estudo, a maior recorrência está em fazer a limpeza da casa.

Com o avançar da idade, podem surgir dificuldades em buscar os serviços de saúde que auxiliam na prevenção, no diagnóstico e no tratamento. Por consequência, esse fato pode agravar algumas situações crônicas, por vezes aumentando a demanda e o custo no tratamento (WHO, 2005). Ao questionar os idosos sobre o acesso à saúde a maioria busca consultório particular, diferentemente dos resultados encontrados por Farinasso (2005), Silva (2005), Paskulin (2006) e Mascarelo (2011), que evidenciaram maior procura pelo posto de saúde. Salienta-se que o município terceiriza alguns serviços, por meio de convênio com clínicas privadas, auxiliando na complementação do valor da consulta, nas especialidades não contempladas na rede de atenção básica. Dessa maneira, a referência de serviços públicos passa a ser entendida pelos idosos como particular. Ainda, deve ser considerada a possibilidade de o município oferecer esse serviço na atenção básica, reduzindo custos e mantendo a qualidade no atendimento.

De acordo com Nogueira e Mioto (2006), não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais do indivíduo com o meio físico, social e cultural. Assim, tal definição ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos.

Nessa perspectiva, considerando o direito legal de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, preconizado pela Constituição de 1988 e princípio básico do SUS, uma questão merece destaque, referindo-se, mais precisamente, ao tipo de acesso que se disponibiliza à população de Estação: qual é o modelo de assistência à saúde implementado e em que medida as demais políticas vêm contribuindo para garantir a sustentação necessária para o atendimento das necessidades sociais e de saúde da população idosa nesse município?

Ao que parece, o sistema de saúde de Estação caminha em sintonia com o sistema de saúde brasileiro, que, segundo Scherer et al. (2005), se encontra em transição, na luta entre o velho e o novo. Afinal, ao mesmo tempo em que tenta se consolidar a atenção básica, respeitando princípios e diretrizes, a exemplo da implantação da ESF, mantém resquício do modelo dominante, destacado pelo autor como clínico/biológico/flexneriano.

Chamam atenção, no estudo, as situações de urgência e emergência que são direcionadas para a unidade de referência que se constitui em um hospital conveniado com o município vizinho, Getúlio Vargas – RS, distante apenas três quilômetros. Isso, em certa medida, justifica tal conjuntura, uma vez que Estação se desmembrou, todavia a proximidade não requer outro investimento de tal envergadura. Dessa forma, na análise dos dados, no que concerne à participação do município, há que se considerar tal situação.

O atendimento, na forma de consultas, é realizado de acordo com a urgência em ambos os locais ou sob agendamento. Na maioria das vezes, relatou-se que o atendimento ocorre no mesmo dia, resultado semelhante ao encontrado por Morais (2007). Em quase sua totalidade, as consultas foram realizadas pelo médico, corroborando os trabalhos de Farinasso (2005), Morais (2007) e Mascarelo (2011).

Os idosos, ao ficarem doentes, em sua maioria, contam com um cuidador. Os responsáveis por esses cuidados são o(a) companheiro(a) e os(a) filhos(as), com maior porcentagem do sexo feminino. A média de idade é de 56,3 anos, tendo a maior parte dos cuidadores idade superior a 60 anos. Corroborando os achados de Mascarelo (2011), houve, ainda, semelhança nos resultados de Ricci, Kubota e Cordeiro (2005). O sexo feminino tem a propensão de ser o cuidador, e o cuidado executado pelo companheiro e/ou filhos é corroborado por outros estudos (SOMMERHALDER; NERI, 2002; FARINASSO, 2005; OMS, 2005; PORTELLA et al., 2006).

Os cuidados oferecidos estão relacionados a higiene, alimentação, companhia, auxílio nas eliminações, medicação e locomoção, semelhantemente ao observado por Portella et al. (2006), Morais (2007) e Mascarelo (2011). Outros cuidadores auxiliam em caso de doenças ou incapacidades, corroborando a OMS (2005), quando mostra que esse apoio assistencial é realizado por familiares e vizinhos.

Os idosos, em mais da metade dos casos, receberam auxílio de instituições de sua comunidade, achados semelhantes aos de Mascarelo (2011). Já Morais (2007) não obteve o mesmo resultado, na medida em que não ocorreu essa assistência.

## 6. CONCLUSÃO

Concluída esta pesquisa, constatou-se o perfil dos idosos do município estudado, que mostra uma população envelhecida, a maioria nascida na zona rural, mas vivendo na zona urbana, com maior proporção do sexo feminino e de cor branca. Os recursos financeiros de que dispõem, em grande parte, são provenientes da aposentaria.

No que diz respeito à saúde mental, verificou-se que os idosos mostraram preservação na avaliação cognitiva, sendo esse fator importante na realização de atividades do cotidiano, por vezes mantendo-os inseridos no contexto familiar.

Outro aspecto importante a ser considerado é a presença de dor há mais de três meses, que pode interferir negativamente no desempenho de atividades rotineiras, limitando ou desestimulando o convívio na comunidade. As quedas também se mostraram frequentes, com maior associação no sexo feminino. Ações de prevenção de acidentes domésticos, incluindo as quedas, junto à ESF, podem ser implementadas, tais como orientações de cuidados com tapetes, escadas, suportes de apoio, adequações arquitetônicas nas residências.

As dificuldades auditivas e visuais estão, igualmente, presentes nos idosos, podendo prejudicar a comunicação ou, até mesmo, impossibilitar algumas atividades de forma independente, diminuindo a qualidade de vida. Além disso, mais da metade dos pesquisados não possuem dentes naturais e apresentam dificuldade em mastigar e engolir. Apesar disso, essa população não tem o hábito de fazer consultas odontológicas. Isso sugere que haja maior atenção por parte da gestão pública na questão da saúde bucal.

Em relação aos exames preventivos de câncer de mama, de colo do útero e de próstata, disponibilizados gratuitamente, observou-se necessidade de maior orientação e esclarecimento aos idosos, estimulando-os à realização como medida de prevenção e diagnóstico precoce, especialmente no gênero feminino.

Esse serviço é realizado na unidade básica de saúde, por meio da ESF, oferecendo suporte para promoção, prevenção e diagnóstico de saúde. Ainda, casos que requerem as especialidades que não estão contempladas na unidade são encaminhados a clínicas particulares conveniadas. Essa peculiaridade do serviço pode ajudar a suprir a

demanda; da mesma forma, as situações de urgência e emergências são encaminhadas ao hospital referência da microrregião.

A terceirização dos serviços de saúde pode trazer conotações distorcidas na prestação de atendimento à população. Cria-se o cenário de um atendimento particular, mesmo que tenha sido firmado entre o município e as clínicas privadas. O estudo não contemplava como objetivo analisar a qualidade dos serviços, mas o acesso. Em vista disso, considera-se pertinente uma análise direcionada à gestão de custos, ficando como sugestão para trabalhos futuros.

Um dado positivo encontrado neste estudo é que a família está presente, de forma expressiva, quando há necessidade de prestação de cuidados. Esses estão relacionados a atividades que auxiliam no cotidiano dos idosos, sendo predominantes no sexo feminino, bem como nos filhos.

Assim, os resultados do estudo poderão contribuir para preencher lacunas existentes no que se refere às informações detalhadas sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município pesquisado. Para tanto, é necessário que sejam observados como subsídios para consolidação das políticas públicas, bem como direcionamento de novas estratégias que melhorem os pontos vulneráveis e fortaleçam os pontos assertivos do sistema de saúde local.

Como produto deste estudo, fica, ainda, a contribuição para os docentes de cursos direcionados à saúde, na região envolvida, haja vista que, nas proximidades desse município, existe uma faculdade que se destaca por oferecer cursos na área e em áreas afins. Isso porque outro aspecto importante a ser considerado é a formação de recursos humanos em saúde em congruência com as necessidades regionais.

Seguindo essa linha de pensamento, outro ponto relevante é o pioneirismo do tema abordado na região da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, que até o momento não possuía trabalhos que examinassem o assunto de forma específica. Agora sistematizados, os dados podem ser comparados aos de outras regiões do Brasil, ou ser utilizados como referências para estudos que objetivam a comparação da situação dos idosos em cenários com características semelhantes às desse município. Todavia, essa

condição se apresenta como limitante, de modo que sua utilização requer cautela nas generalizações.

Ao término do estudo, destacam-se alguns pontos merecedores de atenção pelos gestores do município: a) proceder a uma análise mais detalhada da terceirização dos serviços, por meio de pesquisas que indiquem novas alternativas, bem como evidenciem a eficácia e eficiência da aplicabilidade dos recursos na gestão pública; b) repensar a terceirização dos serviços de saúde em detrimento dos investimentos no fortalecimento da atenção básica, o que exige definição de novas estratégias e políticas, a fim de minimizar custos e manter os serviços aos seus munícipes com qualidade e satisfação.

Finalmente, este trabalho contribui ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, tornando-se base de aprimoramento de outros estudos que produzirão informações sobre o perfil sociodemográfico dos idosos do Sul do Brasil. Por vezes, poderá servir de estímulo aos acadêmicos, para que desenvolvam pesquisas com vistas à consolidação de políticas públicas na atenção à pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

ABREU FILHO, H. (Org.). *Comentários sobre o Estatuto do Idoso*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

ALVES, J. E. D. População, bem-estar e tecnologia: debate histórico e perspectivas. *Revista Multiciência*, Campinas, Unicamp, 2006. Disponível em: <<http://www.multiciencia.unicamp.br>>. Acesso em: 18 jun. 2010.

BATISTA, A. S. et al. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS/SPPS, 2008.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. *Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000*. Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), 14, Caxambu/MG, 2004. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2528 de outubro de 2006*. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica Departamento de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v. 4. (Série “Pactos pela Saúde”). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 8 set. 2010.

\_\_\_\_\_. 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>>. Acesso em: 25 set. 2011.

---

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399 MS/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Pacto pela Saúde 2006 – Consolida o SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. v. 19. (Série A - “Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica”). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final. Rio de Janeiro: CNDSS, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 1820 de 13 de agosto de 2009*. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. 2009a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: zoonoses*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 3170 de 19 de outubro de 2010*. Atualiza o repasse de recursos Piso de Atenção Básica, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2488 de outubro de 2011*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 02 nov. 2011.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República/Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733. maio/jun. 2003.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics, fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CAUDURO, M. H. F. *Estudo comparativo das condições de vida e de saúde entre idosos de Porto Alegre e Manaus*. 2009. 90p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Orgs.). *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: 31 de out. 2011.

---

CUTOLO, L. R. A. *Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC*. 2000. Tese (Doutorado) – UFSC, Florianópolis, 2000.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2011*. Brasília, Ministério da Saúde. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

ESTAÇÃO. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano de gestão 2009-2012*. Estação, 2010.

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.

GONZATTO, M. Menos gaúchos a partir de 2024. *Zero Hora*, Porto Alegre, p. 43, 1 mar. 2006.

GORDILHO, A. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001.

HUENCHUA, S. Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales. In: BATTYANY, K. et al. (Orgs.). *Envejecimiento, género y políticas públicas: coloquio regional e expertos*. San Martín, Uruguay: ZONALIBRO, 2010. p. 15-32.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

KACHAR, V. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 131-147, 2010.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

LEBRÃO, M. L. O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). *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>>. Acesso em: 15 out. 2011.

---

\_\_\_\_\_.; LAURENTI, R. Condições de Saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). *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>>. Acesso em: 15 out. 2011.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006. Disponível em: <<http://www.crde-unati.uerj.br/cipi/pdf/meem.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 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, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso: 12 dez. 2010.

MACHADO, F. N. *Capacidade e desempenho das atividades básicas de vida diária* [manuscrito]: um estudo com idosos dependentes. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?>>. Acesso em: 29 mar. 2011.

MASCARELO, A. Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha/RS. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

MENEZES, E. F. de. *O crescimento da população brasileira*. Disponível em: <<http://www.frigoletto.com.br/GeoPop/ocrescim.htm>>. Acesso em: 12 maio 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.

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

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; Recife: ABEPSS, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002*. Tradução de Arlene Santos. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

---

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Resolução CE122*. R9 - Saúde das pessoas idosas, 2005. Disponível em: <[http://amro.who.int/portuguese/gov/ce/ce122\\_fr.pdf](http://amro.who.int/portuguese/gov/ce/ce122_fr.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2011.

OSORIO, P. Envejecimiento, género y políticas en Chile. In: BATTYANY, K. et al. (Orgs.). *Envejecimiento, género y políticas públicas: coloquio regional e expertos*. San Martin, Uruguay: ZONALIBRO, 2010. p. 59-70.

PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: \_\_\_\_\_. et al. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005.

\_\_\_\_\_. *Tratado de Geriatria*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASKULIN, L. M. Fatores associados a qualidade de vida de Idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre – RS/LisianeManganelliGirardi (Tese Doutorado) – São Paulo, 2006.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010181082006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082006000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – PNAD. 2009. Brasília: IPEA, 2010.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, p. 173-178, 2010.

\_\_\_\_\_. et al. Cuidar de um familiar idoso: repercussões no curso da vida. In: \_\_\_\_\_.; PASQUALOTTI, A.; GAGLIETTI, M. (Orgs.). *Envelhecimento humano: saberes e fazeres*. Passo Fundo/RS: UPF Editora, 2006. p. 19-31.

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

RAMOS, R. *Rio Grande do Sul: Estado Amigo do Idoso*. Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social. Disponível em: <<http://www.sjds.rs.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

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*, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400021>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

---

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *A saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul*, 2005. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov>>. Acesso em: 18 maio 2010.

\_\_\_\_\_. *Plano Estadual de Saúde 2009-2011*. Instrumento elaborado pelo Grupo de Trabalho estabelecido na Portaria nº 67/2009 de 21 de janeiro de 2009, publicada no DOE em 23 de janeiro de 2009.

ROACH, S. S. R. N. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, M. A.; MATTOS, I. E. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga/CE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SCHERER, M. D. A. et al. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 3, n. 3, p. 391-397, jun. 2005.

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. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

SOMMERHALDER, C.; NERI A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI A. L. (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2001. p. 93-134.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-715; maio/jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

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, n. 1, p. 49-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

VONO, Z. E. *Enfermagem e gerontologia: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Editora Senac, 2007. (“Apontamentos Saúde”).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

## **ANEXOS**

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



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

**PARECER Nº 017/2011**

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 19/01/11, analisou o protocolo de pesquisa “**Condições de Vida e Saúde dos Idosos no Município de Estação – RS**”, CAAE nº 0281.0.398.000.11, de responsabilidade do pesquisador **Marcos Paulo Dellani**.

O projeto tem como objetivo identificar as condições de vida e saúde dos Idosos no município de Estação – RS. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quanti e qualitativo, envolvendo 440 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que residam há pelo menos seis meses no território do município de Estação – RS. A coleta de dados será realizada através de inquérito domiciliar utilizando um questionário estruturado, uma adaptação do questionário da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE. O questionário inclui sete seções: A) Informações pessoais e familiares, B) Avaliação cognitiva, C) Condições de moradia, D) Condições de saúde e hábitos de vida, E) Avaliação funcional, F) Uso e acesso aos serviços de saúde e G) Apoio familiar e social. Os dados obtidos na pesquisa constituirão um instrumento de gestão para setores da administração pública, para além da área da saúde, não somente para o município, como também para a região.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

**Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.**

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

**Situação: PROTOCOLO APROVADO**

Passo Fundo, 20 de janeiro de 2011.

## Anexo B. Instrumento de coleta de dados



## Condições de vida e saúde dos idosos no município de Estação - 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:	
Microárea ( 1 ) Urbana ( 2 ) Mista ( 3 ) Rural	
Endereço:	
Nome completo do (a) entrevistado (a):	
Data da entrevista: dia                      mês                      ano 2011	
Nome do (a) entrevistador(a):	
Observações:	
Nome do (a) informante auxiliar:	
Parentesco com o (a) entrevistado(a):	
Tempo de conhecimento caso não seja familiar:	
<b>SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES</b>	
<b>A.1</b> Em que dia, mês e ano o (a) senhor (a) nasceu? (Confirmar com a RG)	<b>A.1</b> _____
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"/>	
<b>A.2</b> Quantos anos completos o (a) senhor (a) tem?	<b>A.2</b> _____
Idade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	

<p><b>A.3</b> Sexo:</p> <p>(1) Masculino (2) Feminino</p>	<p><u>A.3</u></p>
<p><b>A.4</b> 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>	<p><u>A.4</u></p>
<p><b>A.5</b> Em que meio o (a) senhor (a) nasceu?</p> <p>(1) Urbano (2) Rural (3) Mista (88) NS (99) NR</p> <p>Cidade: A.5a <input type="text"/></p> <p>Estado: A.5b <input type="text"/> País: <input type="text"/></p>	<p><u>A.5</u></p> <p><u>A.5a</u></p> <p><u>A.5b</u></p>
<p><b>A.6</b> Em que meio o(a) senhor(a) mora atualmente?</p> <p>(1) Urbano (2) Rural (3) Mista (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.6</u></p>
<p><b>A.7</b> Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora neste local (urbano, misto ou rural) ?</p> <p>(1) menos de um ano (2) mais de um ano e menos de cinco anos (3) mais de cinco anos (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.7</u></p>
<p><b>A.8</b> Atualmente o (a) senhor (a) mora sozinho (a) ou acompanhado(a)?</p> <p>OBS: Não se refere ao estado conjugal.</p> <p>(1) sozinho(a) (2) acompanhado(a) (99) NR</p>	<p><u>A.8</u></p>
<p><b>A.9</b> 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 (2) não (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.9</u></p>
<p><b>A.10</b> 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 (2) com esposo (a) ou companheiro (a) (3) com um ou mais filho (a) (s) casado (a) (s) (4) com um ou mais filho (a) (s) solteiro (a) (s) (5) com neto (a) (6) com outro familiar (7) com outra pessoa não familiar remunerada que o ajudava (8) com outra pessoa não familiar não remunerada (9) com uma empregada doméstica (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.10-1</u></p> <p><u>a.10-2</u></p> <p><u>a.10-3</u></p> <p><u>a.10-4</u></p> <p><u>a.10-5</u></p> <p><u>a.10-6</u></p> <p><u>a.10-7</u></p> <p><u>a.10-8</u></p> <p><u>a.10-9</u></p>

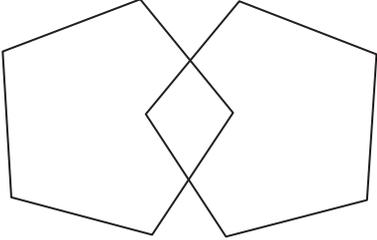
<p><b>A.11</b> Qual a <b>principal</b> razão pela qual o (a) senhor (a) está morando aqui neste local?</p> <p>(1) estar perto de ou com o (a) filho (a)  (2) estar perto de ou com familiares ou amigos  (3) estar perto dos serviços de saúde  (4) medo da violência  (5) falecimento do (a) esposo (a) ou companheiro (a)  (6) por separação conjugal  (7) por união conjugal  (8) custo da moradia  (9) pelas condições da moradia (barreiras arquitetônicas)  (10) Trabalho  (11) Educação para os filhos  (12) Outro (especifique) <input type="text"/>  (88) NS  (99) NR</p>	<p><b>A.11</b> _____</p>
<p><b>A.12</b> 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  (2) Por problemas econômicos  (3) Porque se sentia só  (4) Para ajudar a cuidar dos netos ou outras crianças  (5) Porque pensa que os idosos devem morar com a família ou parentes  (6) Porque gosta/ prefere  (7) Outro (especifique) <input type="text"/>  (88) NS  (99) NR</p>	<p><b>A.12</b> _____</p>
<p><b>A.13</b> Qual o seu estado marital hoje?</p> <p>(1) divorciado(a)/desquitado(a)  (2) separado(a)  (3) viúvo(a)  (4) casado(a)  (5) amasiado(a) (vivendo maritalmente)  (6) solteiro(a)  (88) NS  (99) NR</p>	<p><b>A.13</b> _____</p>
<p><b>A.14</b> Há quanto tempo é divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a)?</p> <p>(1) menos de um ano  (2) mais de um ano e menos de cinco anos  (3) mais de cinco anos  (88) NS  (99)NR</p>	<p><b>A.14</b> _____</p>
<p><b>A.15</b> Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) senhor(a) <b>teve</b>?</p> <p>Número total de filhos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p><b>A.15a</b> Próprios: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p><b>A.15b</b> Enteados: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p><b>A.15c</b> Adotivos: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(88) NS  (99) NR</p>	<p><b>A.15</b> _____</p> <p><b>A.15a</b> _____</p> <p><b>A.15b</b> _____</p> <p><b>A.15c</b> _____</p>
<p><b>A.16</b> Quantos filhos e filhas vivos o(a) senhor(a) tem <b>hoje</b>?</p> <p>Número total de filhos: <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p><b>A.16</b> _____</p>

<p><b>A.16a</b> Próprios: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>A.16b</b> Enteados: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>A.16c</b> Adotivos: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p><b>A.16a</b> _____</p> <p><b>A.16b</b> _____</p> <p><b>A.16c</b> _____</p>
<p><b>A.17</b> Quantas pessoas moram na mesma casa que o(a) senhor (a)? Número de pessoas <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>A.17</b> _____</p>
<p><b>A.18</b> 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 (9) Outros especifique: <input type="text"/> (10) Filhos, netos, nora/genro (88) NS (99) NR</p>	<p><b>A.18</b> _____</p>
<p><b>A.19</b> O(a) senhor(a) é aposentado?</p> <p>(1) Não } <input type="text"/> A.21 (2) Sim, por tempo de serviço (3) Sim, por invalidez (4) Sim, por idade (5) Sim, por tempo de serviço e idade (88) NS (99) NR</p>	<p><b>A.19</b> _____</p>
<p><b>A.20</b> 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><b>A.20</b> _____</p>
<p><b>A.21</b> O(a) senhor(a) tem outra renda?</p> <p>(1) sim (2) não (88) NS (99) NR</p>	<p><b>A.21</b> _____</p>
<p><b>A.22</b> 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><b>A.22</b> _____</p>
<p><b>A.23</b> Qual é a renda total da sua família?</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</p>	<p><b>A.23</b> _____</p>

<p>(88) NS (99) NR</p>	
<p><b>A.24</b> 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) (6) Aposentadoria</p> <p>(7) Outros (especifique) <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.24-1</u> <u>a.24-2</u> <u>a.24-3</u> <u>a.24-4</u> <u>a.24-5</u> <u>a.24-6</u> <u>a.24-7</u></p>
<p><b>A.25</b> 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><u>A.25</u></p>
<p><b>A.26</b> O(a) senhor(a) trabalha atualmente?</p> <p>(1) sim (2) não } <input type="text" value="A.29"/></p> <p>(88)NS (99)NR</p>	<p><u>A.26</u></p>
<p><b>A.27</b> Se trabalha atualmente, o que o(a) senhor(a) faz? Diga em 1 palavra</p> <p><input type="text"/></p>	<p><u>A.27</u></p>
<p><b>A.28</b> Diga com apenas uma palavra o motivo por que ainda trabalha:</p> <p><input type="text"/></p>	<p><u>A.28</u></p>
<p><b>A.29</b> 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><u>A.29</u></p>
<p><b>A.30</b> O (a) senhor (a) sabe ler ou escrever um recado?</p> <p>(1) sim (2) não (99) NR</p>	<p><u>A.30</u></p>
<p><b>A.31</b> O (a) senhor (a) foi à escola?</p> <p>(1) sim (2) não (88) NS (99) NR</p>	<p><u>A.31</u></p>
<p><b>A.32</b> Quantos anos o (a) senhor (a) estudou?</p> <p>(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><u>A.32</u></p>

<b>A.33</b> Quais os meios de comunicação que o(a) senhor(a) utiliza?					
	sim	não	NS	NR	
<b>A.33a</b> Rádio	1	2	88	99	<b>A.33a</b> _____
<b>A.33b</b> Telefone	1	2	88	99	<b>A.33b</b> _____
<b>A.33c</b> Computador (Internet)	1	2	88	99	<b>A.33c</b> _____
<b>A.33d</b> Vizinhos	1	2	88	99	<b>A.33d</b> _____
<b>A.33e</b> Agentes de saúde	1	2	88	99	<b>A.33e</b> _____
<b>A.33f</b> Televisão	1	2	88	99	<b>A.33f</b> _____
<b>A.33g</b> Outros (especifique) _____	1	2	88	99	<b>A.33g</b> _____
<b>A.34</b> Quais os meios de transporte que o(a) senhor(a) mais utiliza?					
	sim	não	NS	NR	
<b>A.34a</b> Automóvel	1	2	88	99	<b>A.34a</b> _____
<b>A.34b</b> Ônibus	1	2	88	99	<b>A.34b</b> _____
<b>A.34c</b> Carroça	1	2	88	99	<b>A.34c</b> _____
<b>A.34d</b> Bicicleta	1	2	88	99	<b>A.34d</b> _____
<b>A.34e</b> A pé	1	2	88	99	<b>A.34e</b> _____
<b>A.34f</b> Cavalos	1	2	88	99	<b>A.34f</b> _____
<b>A.34g</b> Caminhão	1	2	88	99	<b>A.34g</b> _____
<b>A.34h</b> Outros (especifique) _____	1	2	88	99	<b>A.34h</b> _____
<b>A.35</b> Qual é sua religião?					<b>A.35</b> _____
(1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outra (especifique) <input type="text"/> (5) Nenhuma (88) NS (99) NR					
<b>A.36</b> Qual a importância da religião em sua vida?					<b>A.36</b> _____
(1) importante (2) regular (3) nada importante (88) NS (99) NR					
<b>A.37</b> Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades?					<b>A.37</b> _____
(1) completamente (2) muito (3) não muito (4) nada (88) NS (99) NR					
<b>SEÇÃO B – AVALIAÇÃO COGNITIVA</b>					
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>B.1</b> O (A) senhor (a) pode me dizer em que _____ estamos?					<b>B.1</b> _____
Ano: _____ (____)					
Semestre: _____ (____)					
Mês: _____ (____)					
Dia do mês: _____ (____)					
Dia da semana: _____ (____)					

<p>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>B.2</b> 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) _____ (____)</p>	<p><b>B.2</b> _____</p>
<p>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>B.3</b> Repita as palavras que eu disser e tente memorizá-las pois daqui a pouco vou pedir que as repita novamente.  Árvore: _____ (____)  Mesa _____ (____)  Cachorro _____ (____)</p>	<p><b>B.3</b> _____</p>
<p>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 soma de pontos.</i>  <b>B.4</b> O senhor (a) faz cálculos?  (1) Sim (<b>vá para B.4a</b>)  (2) Não (<b>vá para B.4b</b>)</p>	<p><b>B.4</b> _____</p>
<p><b>B.4a</b> Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total de 5 subtrações)  93 _____ (____)  86 _____ (____)  79 _____ (____)  72 _____ (____)  65 _____ (____)</p>	<p><b>B.4a</b> _____</p>
<p><b>B.4b</b> Soletre (diga as letras) a palavra mundo de trás para frente:  O _____ (____)  D _____ (____)  N _____ (____)  U _____ (____)  M _____ (____)</p>	<p><b>B.4b</b> _____</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>  <b>B.5</b> Repita as TRÊS palavras que lhe eu disse a pouco e pedi que guardasse na memória:  Árvore _____ (____)  Mesa _____ (____)  Cachorro _____ (____)</p>	<p><b>B.5</b> _____</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>  <b>B.6</b> Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los  Relógio _____ (____)  Caneta _____ (____)</p>	<p><b>B.6</b> _____</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>  <b>B.7</b> Repita a frase: NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ _____ (____)</p>	<p><b>B.7</b> _____</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>  <b>B.8</b> Siga uma ordem de três estágios. Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e ponha-o no chão.  Pegue o papel com a mão direita _____ (___)  Dobre-o ao meio _____ (___)  Jogue-o no chão _____ (___)</p>	<p><b>B.8</b> _____</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>B.9</b> Peça ao idoso que leia a ordem e execute. (mostre-o a frase FECHÉ OS OLHOS)  Feche os olhos _____ (___)</p>	<p><b>B.9</b> _____</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>B.10</b> Peça ao idoso para escrever uma frase completa  Escrever _____ uma  frase _____  _____  _____ (___)</p>	<p><b>B.10</b> _____</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 B11 anote a soma de pontos.</i>  <b>B.11</b> Copie o desenho</p>  <p style="text-align: right;">(___)</p>	<p><b>B.11</b> _____</p>
<p>A pontuação total é 30 pontos.  As notas de corte sugeridas são (de acordo com a escolaridade em anos):  ( 1 ) Analfabetos: 19  ( 2 ) 1 a 3 anos: 23  ( 3 ) 4 a 7 anos: 24  ( 4 ) Mais de 7 anos: 28  <b>B.12</b> Soma total</p>	<p><b>B.12</b> _____</p>
<p><b>SEÇÃO C - CONDIÇÕES DE MORADIA</b></p>	
<p><b>C.1</b> Local da moradia  (1) Vilarejo no interior  (2) Campo  (3) Fazenda  (4) Chácara/sítio  (5) Granja  (6) Estrada (corredor)</p>	<p><b>C.1</b> _____</p>

<p>(7) Centro  (8) Bairro  (88) NS  (99) NR</p>	
<p><b>C.2</b> Esta casa é</p> <p>(1) Própria  (2) Alugada  (3) Cedida/emprestada  (4) Outros (especifique) <input type="text"/>  (88) NS  (99) NR</p>	<b>C.2</b> _____
<p><b>C.3</b> 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>	<b>C.3</b> _____
<p><b>C.4</b> Quantos cômodos (peças) tem na casa?</p> <p>Número de cômodos <input type="text"/><input type="text"/>  (88) NS  (99) NR</p>	<b>C.4</b> _____
<p><b>C.5</b> 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"/>  (88) NS  (99) NR</p>	<b>C.5</b> _____
<p><b>C.6</b> 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>	<b>C.6</b> _____
<p><b>C.7</b> Qual é a fonte da água</p> <p>(1) Rede pública (caixa da prefeitura)  (2) Poço  (3) Vertente/nascente  (4) Vertente/rede pública  (88) NS  (99) NR</p>	<b>C.7</b> _____
<p><b>C.8</b> O destino do esgoto é</p> <p>(1) Fossa séptica (poço negro)  (2) Céu aberto  (3) Outros (especifique) <input type="text"/>  (4) Fossa séptica/céu aberto  (5) Fossa séptica e esgoto pluvial  (88) NS  (99) NR</p>	<b>C.8</b> _____
<p><b>C.9</b> 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>	<b>C.9</b> _____
<p><b>C.10</b> Tem energia elétrica em casa</p> <p>(1) Sim  (2) Não  (88) NS</p>	<b>C.10</b> _____

(99) NR								
<b>C.11</b> Quanto ao destino do lixo:								
	sim	não	NS	NR				
<b>C.11a</b> Coletado ou recolhido pelo caminhão	1	2	88	99	<b>C.11a</b> _____			
<b>C.11b</b> Queimado	1	2	88	99	<b>C.11b</b> _____			
<b>C.11c</b> Depositado a céu aberto	1	2	88	99	<b>C.11c</b> _____			
<b>C.11d</b> Enterrado	1	2	88	99	<b>C.11d</b> _____			
<b>C.11e</b> Outros (especifique)	1	2	88	99	<b>C.11e</b> _____			
<b>C.12</b> O(a) senhor(a) possui em sua residência :								
	sim	não	NS	NR				
<b>C.12a</b> Televisão	1	2	88	99	<b>C.12a</b> _____			
<b>C.12b</b> Geladeira	1	2	88	99	<b>C.12b</b> _____			
<b>C.12c</b> Fogão à gás	1	2	88	99	<b>C.12c</b> _____			
<b>C.12d</b> Fogão a lenha	1	2	88	99	<b>C.12d</b> _____			
<b>C.12e</b> Rádio	1	2	88	99	<b>C.12e</b> _____			
<b>C.12f</b> Automóvel	1	2	88	99	<b>C.12f</b> _____			
<b>C.12g</b> Aquecedor	1	2	88	99	<b>C.12g</b> _____			
<b>C.12h</b> Computador	1	2	88	99	<b>C.12h</b> _____			
<b>C.13</b> O(a) senhor(a) produz na sua propriedade frutas, verduras, criação de animais? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR					<b>C.13</b> _____			
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">           (1) Sim            (2) Não            (88) NS            (99) NR         </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D.1</td> </tr> </table>					(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR	}	D.1	
(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR	}	D.1						
<b>C.14</b> As frutas produzidas em sua propriedade são: (1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (77) NA (88) NS (99) NR					<b>C.14</b> _____			
<b>C.15</b> As hortaliças produzidas em sua propriedade são: (1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (77) NA (88) NS (99) NR					<b>C.15</b> _____			
<b>C.16</b> Os animais criados em sua propriedade são: (1) Para consumo próprio (2) Para vender (3) Para consumo próprio e para vender (77) NA (88) NS (99) NR					<b>C.16</b> _____			
<b>SEÇÃO D – CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</b>								
<b>D.1</b> 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					<b>D.1</b> _____			

<p>(88) NS (99) NR</p>	
<p><b>D.2</b> 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?</p> <p>(1) melhor (2) igual (3) pior (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.2</b> _____</p>
<p><b>D.3</b> Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?</p> <p>(1) melhor (2) igual (3) pior (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.3</b> _____</p>
<p><b>D.4</b> Nas duas últimas semanas, quantos dias o (a) senhor (a) deixou de realizar as suas atividades habituais por motivo de saúde? (OBS: máximo 14 dias)</p> <p>Número de dias <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.4</b> _____</p>
<p><b>D.5</b> 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?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR</p> <p style="margin-left: 200px;">} <input type="text"/> D.9</p>	<p><b>D.5</b> _____</p>
<p><b>D.6</b> 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, braços e mãos (4) Peito (5) Costas (acima da cintura) (6) Costa (na cintura e abaixo – região lombar) (7) Abdomem (barriga) (8) Pernas e pés (9) Pelve (bacia) (10) Região anal e genital (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.6-1</b> _____ <b>d-6-2</b> _____ <b>d.6-3</b> _____ <b>d.6-4</b> _____ <b>d.6-5</b> _____ <b>d.6-7</b> _____ <b>d.6-8</b> _____ <b>d.6-9</b> _____ <b>d.6-10</b> _____</p>
<p><b>D.7</b> Pense nessa dor (<b>a que mais o (a) incomoda</b>) 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><b>D.7</b> _____</p>
<p><b>D.8</b> Pense nessa dor, <b>a que mais o (a) incomoda</b>, e me diga o que o (a) senhor (a) faz</p>	

<p>para melhorá-la:  <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 type="text"/></p> <p>(88) NS  (99) NR</p>	<p><u>D.8-1</u>  <u>d.8-2</u>  <u>d.8-3</u>  <u>d.8-4</u>  <u>d.8-5</u>  <u>d.8-6</u>  <u>d.8-9</u>  <u>d.8-10</u></p>																									
<p>Gostaria agora de lhe fazer algumas perguntas relacionadas à ocorrência de alguns acidentes, especialmente quedas</p> <p><b>D.9</b> Teve alguma queda no último ano?</p> <p>(1) Sim  (2) Não  (88) NS  (99) NR</p> <p style="text-align: center;">} <input type="text" value="D.14"/></p>	<p><u>D.9</u></p>																									
<p><b>D.10</b> 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><u>D.10</u></p>																									
<p><b>D.11</b> 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><u>D.11</u></p>																									
<p><b>D.12</b> 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><u>D.12</u></p>																									
<p><b>D.13</b> Como consequência dessa queda o(a) senhor(a) teve alguma outra fratura(quebradura)?</p> <p>(1) Sim  Onde ? especifique: <input type="text"/></p> <p>(2) Não  (88) NS  (99) NR</p>	<p><u>D.13</u></p>																									
<p><b>D.14</b> Agora pense nas últimas duas semanas e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período...</p> <p><b>Aplicar somente ao idoso(a)</b></p> <table border="1" data-bbox="213 1821 1161 2040"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>D.14a</b> O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>D.14b</b> Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>D.14c</b> Sente que sua vida está vazia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>D.14d</b> Tem estado aborrecido(a) freqüentemente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		sim	não			<b>D.14a</b> O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida	1	2			<b>D.14b</b> Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores	1	2			<b>D.14c</b> Sente que sua vida está vazia	1	2			<b>D.14d</b> Tem estado aborrecido(a) freqüentemente	1	2			<p><u>D.14a</u>  <u>D.14b</u>  <u>D.14c</u>  <u>D.14d</u></p>
	sim	não																								
<b>D.14a</b> O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida	1	2																								
<b>D.14b</b> Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores	1	2																								
<b>D.14c</b> Sente que sua vida está vazia	1	2																								
<b>D.14d</b> Tem estado aborrecido(a) freqüentemente	1	2																								

<b>D.14e</b> Tem estado de bom humor a maior parte do tempo	1	2			<b>D.14e</b> _____
<b>D.14f</b> Tem estado preocupado (a) ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer	1	2			<b>D.14f</b> _____
<b>D.14g</b> Sente-se feliz a maior parte do tempo	1	2			<b>D.14g</b> _____
<b>D.14h</b> Com frequência se sente desamparado (a) ou desvalido (a)	1	2			<b>D.14h</b> _____
<b>D.14i</b> Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas	1	2			<b>D.14i</b> _____
<b>D.14j</b> Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade	1	2			<b>D.14j</b> _____
<b>D.14k</b> O (a) senhor (a) acredita que é maravilhoso estar vivo (a)	1	2			<b>D.14k</b> _____
<b>D.14l</b> Sente-se (inútil ou) desvalorizado (a) em sua situação atual	1	2			<b>D.14l</b> _____
<b>D.14m</b> Sente-se cheio (a) de energia	1	2			<b>D.14m</b> _____
<b>D.14n</b> Se sente sem esperança diante da sua situação atual	1	2			<b>D.14n</b> _____
<b>D.14o</b> O (a) senhor (a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	1	2			<b>D.14o</b> _____
<b>D.15</b> 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? D.15a <input type="text"/> (2) não (88) NS (99) NR					<b>D.15</b> _____ <b>D.15a</b> _____
Agora gostaria de saber alguns detalhes sobre a saúde dos seus olhos, ouvidos e boca. <b>D.16</b> O(a) senhor(a) tem problemas para ouvir? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR					<b>D.16</b> _____
<b>D.17</b> 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					<b>D.17</b> _____
<b>D.18</b> O(a) senhor(a) tem problemas de visão (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR					<b>D.18</b> _____
<b>D.19</b> 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					<b>D.19</b> _____
Agora vamos falar da boca e dos seus dentes <b>D.20</b> 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 (88) NS					<b>D.20</b> _____

(99) NR	
<p><b>D.21</b> O (a) senhor (a) diria que sua saúde bucal é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?</p> <p>(1) muito boa  (2) boa  (3) regular  (4) ruim  (5) muito ruim  (88) NS  (99) NR</p>	<b><u>D.21</u></b>
<p><b>D.22</b> O(a) senhor(a) sente dificuldade para falar?</p> <p>(1) Nunca  (2) Raramente  (3) Muito freqüentemente  (4) Sempre  (88) NS  (99) NR</p>	<b><u>D.22</u></b>
<p><b>D.23</b> O(a) senhor(a) possui os dentes naturais?</p> <p>(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>	<b><u>D.23</u></b>
<p><b>D.24</b> O(a) senhor(a) usa prótese dentária (dentadura, ponte)?</p> <p>(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>	<b><u>D.24</u></b>
<p><b>D.25</b> O(a) senhor(a) tem dificuldade na mastigação?</p> <p>(1) Não  (2) Dificilmente/raramente  (3) Apenas para alimentos duros  (4) Sempre, para qualquer tipo de alimento  (88) NS  (99) NR</p>	<b><u>D.25</u></b>
<p><b>D.26</b> O(a) senhor(a) tem dificuldade para engolir?</p> <p>(1) Não  (2) Dificilmente/raramente  (3) Apenas para alimentos duros  (4) Apenas para alimentos líquidos  (5) Sempre, para qualquer tipo de alimento  (88) NS  (99) NR</p>	<b><u>D.26</u></b>
<p><b>D.27</b> O(a) senhor(a) se engasga com freqüência?</p> <p>(1) Sim  (2) Não  (3) Às vezes  (88) NS  (99) NR</p>	<b><u>D.27</u></b>
<p><b>SEXO MASCULINO IR À QUESTÃO 34</b></p> <p>As perguntas <b>D.28 a D.33</b> devem ser feitas somente para os idosos do <b>sexo feminino</b></p> <p><b>D.28</b> Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente(mensalmente), para ver se tinha “nódulos” (bolinhas ou tumores)?</p> <p>(1) Sim</p>	<b><u>D.28</u></b>

<p>(2) Não (88) NS (99) NR</p>	
<p><b>D.29</b> Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia dos seios (mamas)?</p> <p>(1) Sim } <input type="text" value="D.31"/> (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.29</b> _____</p>
<p><b>D.30</b> Porque a senhora não fez a mamografia ?</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 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><b>D.30</b> _____</p>
<p><b>D.31</b> Nos dois últimos anos a senhora fez o preventivo do câncer de colo de útero?</p> <p>(1) Sim } <input type="text" value="D.33"/> (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.31</b> _____</p>
<p><b>D.32</b> Porque a senhora 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 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><b>D.32</b> _____</p>
<p><b>D.33</b> Que idade tinha quando menstruou <b>pela última vez?</b></p> <p>Idade <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/> (1) Ainda menstrua (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.33</b> _____</p>
<p><b>SEXO FEMININO IR À QUESTÃO 37</b></p>	
<p>As perguntas <b>D.34 à D.36</b> devem ser feitas somente para os idosos do <b>sexo masculino</b></p>	
<p><b>D.34</b> Nos últimos dois anos, alguma vez o senhor fez algum exame da próstata?</p> <p>(1) Sim } <input type="text" value="D.36"/> (2) Não (88) NS (99) NR</p>	<p><b>D.34</b> _____</p>
<p><b>D.35</b> Que tipo de exame o senhor fez (Nos últimos dois anos)?</p> <p>(1) Toque retal (2) Ultrassonografia</p>	<p><b>D.35</b> _____</p>

<p>(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>	
<p><b>D.36</b> Porque o senhor não fez? (Responder se a resposta for não à questão D. 34)</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>	<p><b>D.36</b> _____</p>
<p>Alguns estudos feitos mostram que a nutrição e o estilo de vida são fatores muito importantes para a saúde. Por isso gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação:</p> <p><b>D.37</b> Quantas refeições o(a) senhor(a) faz por dia?  <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><b>D.37</b> _____</p>
<p><b>D.38</b> Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas?  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><b>D.38</b> _____</p>
<p><b>D.39</b> Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos tomou em média por dia?</p> <p><b>D.39a</b> Copos de vinho <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>D.39b</b> Copos de cerveja <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>D.39c</b> Copos de cachaça <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>D.39d</b> Copos de outra bebida <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(88) NS  (99) NR</p>	<p><b>D.39a</b> _____</p> <p><b>D.39b</b> _____</p> <p><b>D.39c</b> _____</p> <p><b>D.39d</b> _____</p>
<p><b>D.40</b> O(a) senhor(a) tem ou teve o hábito de fumar?</p> <p>(1) Fuma atualmente</p>	<p><b>D.40</b> _____</p>

(2) Já fumou mas não fuma mais (3) Nunca fumou (88) NS (99) NR	} <input type="text" value="D.42"/>	
<b>D.41</b> Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia? Um maço=20 cigarros  <b>D.41a</b> Cigarros por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>D.41b</b> Cachimbos por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>D.41c</b> Charutos por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>D.41d</b> palheiros por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>D.41a</b> _____ <b>D.41b</b> _____ <b>D.41c</b> _____ <b>D.41d</b> _____
<b>D.42</b> No último ano, fez alguma atividade para se distrair, pelo menos uma vez por mês (trabalho manual, artesanato, atividade artística)? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR		<b>D.42</b> _____
<b>D.43</b> O(a) senhor(a) utiliza alguma medicação (remédio)? (1) Sim (2) Não } <input type="text" value="D.45"/> (88) NS (99) NR		<b>D.43</b> _____
<b>D. 43a</b> Quanto tipos de remédio você utiliza? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>D. 43a</b> _____
<b>D.44</b> Caso sim <span style="margin-left: 150px;"><b>D.44a</b></span> <span style="margin-left: 150px;"><b>D.44b</b></span>		
Nome do medicamento (substância ativa)	Porque está tomando estes medicamentos? (1) Médico receitou (2) Sugestão de um conhecido (3) Propaganda no rádio ou TV (4) Conta própria (5) Sugestão Farmácia (88) NS (99) NR	Como adquiriu este medicamento? (1) Comprou farmácia hospital (2) SUS/Posto de saúde (3) Ambos os locais (4) Outras formas <input type="text"/> (88) NS (99) NR
<b>D.44d</b>		
<b>D.44e</b>		
<b>D.44f</b>		
<b>D.44g</b>		
<b>D.44h</b>		
<b>D.44i</b>		
<b>D.44d</b> _____	<b>D.44e</b> _____	<b>D.44f</b> _____
<b>D.44g</b> _____	<b>D.44h</b> _____	<b>D.44i</b> _____

<u>D.44j</u>						<u>D.44j</u>	
<u>D.44k</u>						<u>D.44k</u>	
<u>D.44l</u>						<u>D.44l</u>	
<u>D.44m</u>						<u>D.44m</u>	
<u>D.44n</u>						<u>D.44n</u>	
<u>D.44o</u>						<u>D.44o</u>	
<u>D.44p</u>						<u>D.44p</u>	
<p><b>D.45</b> O(a) senhor (a) costuma praticar atividades físicas?  (1) Sim  (2) Não  (88) NS  (99) NR</p>						<u>D.45</u>	
<p><b>D.46</b> Se sim, quais?</p>							
		sim	não	NS	NR		
<u>D.46a</u>	Caminhada	1	2	88	99	<u>D.46a</u>	
<u>D.46b</u>	Anda a cavalo	1	2	88	99	<u>D.46b</u>	
<u>D.46c</u>	Joga bocha	1	2	88	99	<u>D.46c</u>	
<u>D.46d</u>	Anda de bicicleta	1	2	88	99	<u>D.46d</u>	
<u>D.46e</u>	Joga futebol	1	2	88	99	<u>D.46e</u>	
<u>D.46f</u>	Outras (especifique)	1	2	88	99	<u>D.46f</u>	
<p><b>D.47</b> O que costuma fazer no tempo disponível?</p>							
		sim	não	NS	NR		
<u>D.47a</u>	Leitura	1	2	88	99	<u>D.47a</u>	
<u>D.47b</u>	Assiste televisão	1	2	88	99	<u>D.47b</u>	
<u>D.47c</u>	Ouve rádio/música	1	2	88	99	<u>D.47c</u>	
<u>D.47d</u>	Passeio/visita	1	2	88	99	<u>D.47d</u>	
<u>D.47e</u>	Atividades manuais	1	2	88	99	<u>D.47e</u>	
<u>D.47f</u>	Dança	1	2	88	99	<u>D.47f</u>	
<u>D.47g</u>	Joga cartas	1	2	88	99	<u>D.47g</u>	
<u>D.47h</u>	Outros (especifique ex. caça, pesca)	1	2	88	99	<u>D.47h</u>	
<p><b>D.48</b> 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			
<u>D.48a</u>	Reumatismo	1	2	3	88	99	<u>D.48a</u>
<u>D.48b</u>	Asma ou bronquite	1	2	3	88	99	<u>D.48b</u>
<u>D.48c</u>	Enfisema pulmonar	1	2	3	88	99	<u>D.48c</u>
<u>D.48d</u>	Pressão alta	1	2	3	88	99	<u>D.48d</u>
<u>D.48e</u>	Má circulação	1	2	3	88	99	<u>D.48e</u>
<u>D.48f</u>	Diabetes	1	2	3	88	99	<u>D.48f</u>
<u>D.48g</u>	Obesidade	1	2	3	88	99	<u>D.48g</u>
<u>D.48h</u>	Derrame/isquemia cerebral	1	2	3	88	99	<u>D.48h</u>
<u>D.48i</u>	Incontinência urinária	1	2	3	88	99	<u>D.48i</u>
<u>D.48j</u>	Prisão de ventre	1	2	3	88	99	<u>D.48j</u>
<u>D.48k</u>	Problema para dormir	1	2	3	88	99	<u>D.48k</u>

<b>D.48l</b> Catarata	1	2	3	88	99	<b>D.48l</b>
<b>D.48m</b> Problemas de coluna	1	2	3	88	99	<b>D.48m</b>
<b>D.48n</b> Artrite/artrose	1	2	3	88	99	<b>D.48n</b>
<b>D.48o</b> Osteoporose	1	2	3	88	99	<b>D.48o</b>
<b>D.48p</b> Problemas com nervosismo	1	2	3	88	99	<b>D.48p</b>
<b>D.48q</b> Problemas cardíacos (doença coronária, angina, doença congestiva e outros)	1	2	3	88	99	<b>D.48q</b>
<b>D.48r</b> Anemia	1	2	3	88	99	<b>D.48r</b>
<b>D.48s</b> Doença de Parkinson	1	2	3	88	99	<b>D.48s</b>
<b>D.48t</b> Incontinência fecal	1	2	3	88	99	<b>D.48t</b>
<b>D.48u</b> Câncer. Qual?	1	2	3	88	99	<b>D.48u</b>
<b>D.48v</b> Alzheimer	1	2	3	88	99	<b>D.48v</b>
<b>D.48x</b> Depressão	1	2	3	88	99	<b>D.48x</b>

**D.48u 1** Qual o local do foco do Câncer?

### 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	
<b>E.1a</b> Alimentar-se	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1a</b>
<b>E.1b</b> Banhar-se	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1b</b>
<b>E.1c</b> Vestir-se	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1c</b>
<b>E.1d</b> Cuidar da aparência	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1d</b>
<b>E.1e</b> Deitar/levantar da cama	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1e</b>
<b>E.1f</b> Ir ao banheiro a tempo	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1f</b>
<b>E.1g</b> Locomover-se	1	2	3	4	5	88	99	<b>E.1g</b>

#### **E.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária**

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

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

### SEÇÃO F - USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

<b>F.1</b> Durante o último ano onde o(a) senhor(a) procurou ajuda quando se sentiu doente ou quando precisou consultar (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					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">F3</div>	<b>F.1</b> _____
<b>F.2</b> Se precisou e não foi, por que razão?						
	sim	não	NS	NR		
<b>F.2a</b> Distância	1	2	88	99	<b>F.2a</b> _____	
<b>F.2b</b> Falta de transporte	1	2	88	99	<b>F.2b</b> _____	
<b>F.2c</b> Não tem tempo	1	2	88	99	<b>F.2c</b> _____	
<b>F.2d</b> Não tem dinheiro	1	2	88	99	<b>F.2d</b> _____	
<b>F.2e</b> O atendimento não é bom	1	2	88	99	<b>F.2e</b> _____	
<b>F.2f</b> Não tem quem o leve/acompanhe	1	2	88	99	<b>F.2f</b> _____	
<b>F.2g</b> Outro (especifique)	1	2	88	99	<b>F.2g</b> _____	
<b>F.3</b> O(a) senhor(a) tem o costume de resolver seus problemas de saúde na farmácia ou com a benzedeira? (1) Não (2) Sim, às vezes (3) Sim, sempre (88) NS (99) NR						<b>F.3</b> _____
<b>F.4</b> Em relação a última vez que precisou de atenção em saúde, com quem realizou a consulta? (1) Médico (2) Procurou a farmácia (3) Enfermeiro (4) Outros (especifique) <input type="text"/> (88) NS (99) NR						<b>F.4</b> _____
<b>F.5</b> Quanto tempo o(a) senhor(a) esperou entre a marcação da consulta e o atendimento, na última vez que precisou? (1) Não precisou esperar						<b>F.5</b> _____

(2) Minutos (3) Horas (4) Dias (5) Meses (88) NS (99) NR																																									
<b>F.6</b> 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	<b>F.6</b> _____																																								
<b>SEÇÃO G - APOIO FAMILIAR E SOCIAL</b>																																									
<b>G.1</b> O(a) senhor(a) tem alguém que lhe cuide quando está doente? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR	<b>G.1</b> _____																																								
} <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G.9</span>																																									
<b>G.2</b> Caso tenha, essa pessoa tem mais de 60 anos? (1) Sim (2) Não (88) NS (99) NR	<b>G.2</b> _____																																								
<b>G.3</b> Qual é a idade dessa pessoa?  Idade <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<b>G.3</b> _____																																								
<b>G.4</b> Qual é o sexo dessa pessoa? (1) Masculino (2) Feminino (88) NS (99) NR	<b>G.4</b> _____																																								
<b>G.5</b> Esta pessoa é? (1) Esposo(a) ou companheiro(a) (2) Filho (3) Filha (4) Outro familiar (5) Amigo(a)/vizinho(a) (6) Profissional contratado (7) Agente comunitário(a) de saúde  (8) Outros (especifique) <input style="width: 200px;" type="text"/> (88) NS (99) NR	<b>G.5</b> _____																																								
<b>G.6</b> Quais os cuidados que esta pessoa lhe oferece?																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>sim</th> <th>não</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>G.6a</b> Nas atividades de higiene</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6b</b> Na alimentação</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6c</b> Na locomoção</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6d</b> Como companhia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6e</b> Com as eliminações (urina, fezes)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6f</b> Com a medicação</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td><b>G.6g</b> Outros(especifique) _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>88</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		sim	não	NS	NR	<b>G.6a</b> Nas atividades de higiene	1	2	88	99	<b>G.6b</b> Na alimentação	1	2	88	99	<b>G.6c</b> Na locomoção	1	2	88	99	<b>G.6d</b> Como companhia	1	2	88	99	<b>G.6e</b> Com as eliminações (urina, fezes)	1	2	88	99	<b>G.6f</b> Com a medicação	1	2	88	99	<b>G.6g</b> Outros(especifique) _____	1	2	88	99	<b>G.6a</b> _____ <b>G.6b</b> _____ <b>G.6c</b> _____ <b>G.6d</b> _____ <b>G.6e</b> _____ <b>G.6f</b> _____ <b>G.6g</b> _____
	sim	não	NS	NR																																					
<b>G.6a</b> Nas atividades de higiene	1	2	88	99																																					
<b>G.6b</b> Na alimentação	1	2	88	99																																					
<b>G.6c</b> Na locomoção	1	2	88	99																																					
<b>G.6d</b> Como companhia	1	2	88	99																																					
<b>G.6e</b> Com as eliminações (urina, fezes)	1	2	88	99																																					
<b>G.6f</b> Com a medicação	1	2	88	99																																					
<b>G.6g</b> Outros(especifique) _____	1	2	88	99																																					
<b>G.7</b> Além dessa pessoa existem mais pessoas que lhe ajudem em caso de doença ou incapacidade?	<b>G.7</b> _____																																								

(1) Sim, quem? G.7a <input type="text"/>					<b>G.7a</b>
(2) Não } <input type="text"/> G.9 (88) NS (99) NR					
<b>G.8</b> Se sim, quais os tipos de ajuda que estas pessoas prestam?					
	sim	não	NS	NR	
<b>G.8a</b> Dinheiro	1	2	88	99	<b>G.8a</b>
<b>G.8b</b> Comida	1	2	88	99	<b>G.8b</b>
<b>G.8c</b> Ajuda nas tarefas domésticas (ex. fazer comida)	1	2	88	99	<b>G.8c</b>
<b>G.8d</b> Ajuda com cuidados pessoais	1	2	88	99	<b>G.8d</b>
<b>G.8e</b> Transporte	1	2	88	99	<b>G.8e</b>
<b>G.8f</b> Lazer, diversão	1	2	88	99	<b>G.8f</b>
<b>G.8g</b> Companhia	1	2	88	99	<b>G.8g</b>
<b>G.8h</b> Outro (especifique)	1	2	88	99	<b>G.8h</b>
<b>G.9</b> 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?					<b>G.9</b>
(1) Sim (2) Não } <input type="text"/> G.11 (88) NS (99) NR					
<b>G.10</b> Caso sim, a ajuda foi de que tipo?					
	sim	não	NS	NR	
<b>G.10a</b> Dinheiro	1	2	88	99	<b>G.10a</b>
<b>G.10b</b> Comida	1	2	88	99	<b>G.10b</b>
<b>G.10c</b> Ajuda nas tarefas domésticas	1	2	88	99	<b>G.10c</b>
<b>G.10d</b> Ajuda com cuidados pessoais	1	2	88	99	<b>G.10d</b>
<b>G.10e</b> Transporte	1	2	88	99	<b>G.10e</b>
<b>G.10f</b> Lazer, diversão	1	2	88	99	<b>G.10f</b>
<b>G.10g</b> Companhia	1	2	88	99	<b>G.10g</b>
<b>G.10h</b> Outro (especifique)	1	2	88	99	<b>G.10h</b>
<b>G.11</b> Com que frequência o(a) senhor(a) recebe ajuda de pessoas que não moram na mesma casa que o(a) senhor(a)?					<b>G.11</b>
(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Uma vez por ano (5) Nunca (88) NS (99) NR					
Horário de término:					

