

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**

Juliana Wilborn Pilger

**Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da
Família em Veranópolis - RS**

Porto Alegre

2006

JULIANA WILBORN PILGER

**Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da
Família em Veranópolis - RS**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-
graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Emilio H. Moriguchi

Porto Alegre

2006

P638p

Pilger, Juliana Wilborn

Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Veranópolis – RS / Juliana Wilborn Pilger; orient. Emilio H. Moriguchi. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

153f.: il. gráf. táb.

Dissertação(Mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. SAÚDE DO IDOSO. 2. ESTILO DE VIDA. 3. CONDIÇÕES DE VIDA. 4. ENVELHECIMENTO. 5. SAÚDE DA FAMÍLIA. 6. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. 7. IDOSO. 8. GERIATRIA. 9. GERONTOLOGIA. 10. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Moriguchi, Emilio H. II. Título.

C.D.D. 618.97

C.D.U. 614:616-

053.9(816)(043.3)

N.L.M. WT 31

JULIANA WILBORN PILGER

**Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da
Família em Veranópolis - RS**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-
graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 30 de março de 2006.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza - PUCRS

Prof. Dr. João Feliz Duarte de Moraes - PUCRS

Prof. Dr. Sergio Antônio Sirena - HC

Dedico este trabalho ao meu amigo de todos os
momentos, que com sua maneira leve de ver e
viver a vida me acompanha em todas
as vitórias e derrotas:
Alexandre – meu amado marido

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Emilio H. Moriguchi, meu orientador, pela confiança e apoio dispensados.

Ao Sr. Valdemar de Carli, prefeito Municipal da cidade de Veranópolis que possibilitou a realização deste trabalho.

À Sra. Simone Reali Zanette, Secretária de Saúde da Cidade de Veranópolis – RS, pela confiança que em mim depositou.

À Sra Raquel, assessora da secretária de saúde, pela gentil acolhida e pelo apoio dispensado.

À Sra. Simone de Moura, enfermeira do Posto Santo Antônio, pela valiosa contribuição na coordenação das agentes e pelo acolhimento caloroso.

Às Agentes Comunitárias: Eloísa Gioto, Silvania Nardi, Terezinha Luvison, Diva dos Santos e Marineide Diogo, pelo excelente desempenho na coleta de dados.

À Ana Maria Ribeiro, pela simpatia e generosidade.

Ao Felipe, assessor de imprensa da prefeitura municipal de Veranópolis, pelo seu apoio e presteza.

Ao prof. Dr. Luiz Glock, pelos conselhos e auxílios, sem eles seria muito difícil chegar ao fim.

À Jussara e Joice, minhas irmãs, pelo apoio e por cobrirem com benevolência minhas ausências.

À todos os meus familiares por compreenderem meus momentos de ausência e sobretudo pelo constante apoio.

À Cristiane Weber Wittmann, minha amiga e colega de muitas batalhas.

À todos os idosos de Veranópolis que participaram deste estudo pela excelente acolhida.

Obrigada!!!

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

Mario Lago

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil multidimensional de idosos de 60 anos ou mais atendidos por um programa de saúde da família na cidade de Veranópolis-RS.

Métodos: A coleta de dados foi feita mediante um questionário, elaborado pela Equipe de Pesquisa de Conselho Estadual de Idoso, que incluía questões sobre variáveis demográficas, qualificação da moradia e infra-estrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, renda, aspectos socioculturais, envelhecimento, sexualidade, saúde, vida de relação, atividades da vida diária e hábitos de vida. A amostra foi composta pelos 232 idosos com 60 anos ou mais cadastrados no posto Santo Antônio, na cidade de Veranópolis.

Resultados: Os resultados mostraram uma maioria (56,9%) de idosos do gênero feminino, predomínio da cor branca (90,1%), mais da metade eram casados (56,5%), baixa escolaridade (77,1%), 81,9% referiram ter consultado médico nos últimos seis meses, 35,3% trabalhavam em atividades relacionadas à agricultura, 90,5% tinham participação econômica na família, 91,8% auto-avaliaram a saúde entre regular e boa, 97% dos idosos consideravam-se felizes na maior parte do tempo.

Conclusões: O estudo revelou que os idosos pesquisados eram pessoas de origem humilde que, na maior parte de suas vidas exerceram atividades de baixa qualificação profissional, pertencentes a classes econômicas baixas, e exerciam um papel importante na economia familiar, no entanto, se consideravam felizes.

Palavras-Chave: Saúde do Idoso, Estilo de Vida, Condições de Vida, Envelhecimento, Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Idoso, Geriatria, Gerontologia, Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To identify the multi-dimensional profile of elderly people at or over 60 years old assisted by a family health program in the city of Veranópolis – RS.

Methods: The data collection was done through a questionnaire, prepared by the Research Group of State Counselling for the Elderly (Equipe de Pesquisa de Conselho Estadual de Idoso), which included questions about the demographic variables, housing qualification and facilities, family composition and social relationships, occupation, income, socio-cultural aspects, aging, sexuality, relationship with others, daily activities and life habits. The sample was composed by the 232 elderly people at or over 60 years old registered at Posto Santo Antônio in the city of Veranópolis.

Results: The results showed a majority (56,9%) as being elderly women, predominantly white (90,1%), more than half were married (56,5%), had low education (77,1%), 81,9% reported having visited the doctor in the last six months, 35,3% performed activities related to agriculture, 90,5% gave some economic contribution to the family, 91,8% self evaluated health as being between regular and good, 97% of these elderly people considered themselves happy most of the time.

Conclusions: The study revealed that the analysed elderly people were of humble origins, performed activities of low professional qualification, belonged to low classes and played an important role in the family's economic situation. Nonetheless, these people rated themselves as being happy.

Keywords: Aging Health, Life Style, Living Conditions, Aging, Family Health, Family Health Program, Aged, Geriatrics, Gerontology, Cross-sectional Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Pirâmides etárias do Brasil - 1940,1970, 1990, 2000 e 2002.....	25
Quadro 1 – Expectativa de vida ao nascer	28
Gráfico 1 – Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o Gênero. Veranópolis – RS	45
Gráfico 2 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a Cor. Veranópolis – RS	46
Gráfico 3 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o Estado Civil. Veranópolis – RS	49
Gráfico 4 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a Participação Econômica na Família. Veranópolis – RS	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a faixa etária. Veranópolis – RS, 2005.....	46
Tabela 2 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o meio em que nasceram. Veranópolis – RS, 2005.....	47
Tabela 3 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o município em que nasceram. Veranópolis – RS, 2005.....	47
Tabela 4 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a escolaridade e o gênero. Veranópolis – RS, 2005	50
Tabela 5 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a escolaridade de acordo com as micro-áreas. Veranópolis – RS, 2005.....	50
Tabela 6 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a condição de moradia e terreno. Veranópolis – RS, 2005	51
Tabela 7 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o material da moradia. Veranópolis – RS, 2005.....	52
Tabela 8 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o acesso a infra-estrutura. Veranópolis – RS, 2005	52
Tabela 9 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o número de filhos nascidos vivos e os ainda vivos. Veranópolis – RS, 2005	54
Tabela 10 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo com quem residem atualmente. Veranópolis – RS, 2005.....	55
Tabela 11 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as relações familiares. Veranópolis – RS, 2005	55
Tabela 12 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo de quem recebem auxílio. Veranópolis – RS, 2005	56
Tabela 13 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o tipo de auxílio. Veranópolis – RS, 2005	56
Tabela 14 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o setor econômico da ocupação pregressa e atual. Veranópolis – RS, 2005	57
Tabela 15 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a aposentadoria relacionada com a faixa etária. Veranópolis – RS, 2005	58

Tabela 16 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o motivo da aposentadoria. Veranópolis – RS, 2005.....	59
Tabela 17 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o início do trabalho remunerado. Veranópolis – RS, 2005	59
Tabela 18 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a renda individual. Veranópolis – RS, 2005.....	60
Tabela 19 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a origem da renda individual. Veranópolis – RS, 2005.....	61
Tabela 20 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a principal despesa. Veranópolis – RS, 2005	61
Tabela 21 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a renda familiar. Veranópolis – RS, 2005	62
Tabela 22 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a ocupação do tempo livre. Veranópolis – RS, 2005	63
Tabela 23 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a preferência de ocupação tempo livre. Veranópolis – RS, 2005.....	64
Tabela 24 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o tipo de associação que participa. Veranópolis – RS, 2005	64
Tabela 25 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a religião. Veranópolis – RS, 2005	65
Tabela 26 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo os praticantes da religião. Veranópolis – RS, 2005.....	65
Tabela 27 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a religiosidade com o passar dos anos. Veranópolis – RS, 2005	66
Tabela 28 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo os atributos para uma vida longa. Veranópolis – RS, 2005	66
Tabela 29 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo sua opção com quem viver na impossibilidade de viver só. Veranópolis – RS, 2005.....	67
Tabela 30 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo os valores mais importantes na vida. Veranópolis – RS, 2005.....	67

Tabela 31 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo os problemas sociais que gostariam de ver resolvidos. Veranópolis – RS, 2005	68
Tabela 32 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as formas de manifestação da afetividade. Veranópolis – RS, 2005	68
Tabela 33 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as formas de manifestação da sexualidade. Veranópolis – RS, 2005	69
Tabela 34 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as mudanças observadas na manifestação da sexualidade. Veranópolis – RS, 2005	70
Tabela 35 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a opinião sobre sexo na velhice. Veranópolis – RS, 2005	70
Tabela 36 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a percepção pessoal de saúde. Veranópolis – RS, 2005.....	71
Tabela 37 – Saúde percebida: satisfatória ou insatisfatória versus outras variáveis. Veranópolis – RS, 2005	72
Tabela 38 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a realização de consulta médica nos últimos seis meses. Veranópolis – RS, 2005	73
Tabela 39 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o local da última consulta. Veranópolis – RS, 2005.....	73
Tabela 40 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a aquisição de medicamentos. Veranópolis – RS, 2005	74
Tabela 41 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a internação hospitalar no último ano. Veranópolis – RS, 2005.....	74
Tabela 42 - - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as doenças em tratamento nos últimos seis meses relacionadas com o gênero. Veranópolis – RS, 2005	75
Tabela 43 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a presença de cefaléia. Veranópolis – RS, 2005.....	76
Tabela 44 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a consulta ao ginecologista após a menopausa. Veranópolis – RS, 2005.....	76

Tabela 45 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a existência de tratamento de próstata nos últimos seis meses. Veranópolis – RS, 2005	77
Tabela 46 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as condições da visão. Veranópolis – RS, 2005	77
Tabela 47 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a atribuição da visão deficiente percebida. Veranópolis – RS, 2005	78
Tabela 48 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo condições percebidas de audição. Veranópolis – RS, 2005.....	79
Tabela 49 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as atribuições da dificuldade da audição. Veranópolis – RS, 2005.....	79
Tabela 50 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as dificuldades mastigatórias. Veranópolis – RS, 2005	80
Tabela 51 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o controle esfinteriano. Veranópolis – RS, 2005.....	80
Tabela 52 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, por faixa etária, segundo o controle esfinteriano. Veranópolis – RS, 2005.....	81
Tabela 53 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a realização da atividade física. Veranópolis – RS, 2005.....	81
Tabela 54 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o estado atual da deambulação. Veranópolis – RS, 2005.....	82
Tabela 55 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a dificuldade de deambulação. Veranópolis – RS, 2005	83
Tabela 56 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a ocorrência de fratura sem ter sido por acidente de trânsito. Veranópolis – RS, 2005	84
Tabela 57 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo a necessidade de auxílio para as atividades de vida diária. Veranópolis – RS, 2005	85
Tabela 58 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo o consumo de álcool e tabaco. Veranópolis – RS, 2005	85
Tabela 59 - Distribuição dos idosos com 60 anos ou mais, segundo as variáveis psicogerítricas. Veranópolis – RS, 2005.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PIB – Produto Interno Bruto

AVD – Atividades da Vida Diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2.REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Envelhecimento Populacional	23
2.2 O Idoso e as Políticas de Saúde	31
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo Geral	37
3.2 Objetivos Específicos	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Delineamento do Estudo	38
4.2 Local do Estudo.....	39
4.3 População	41
4.4 Amostra	41
4.5 Critério de Inclusão	42
4.6 Critério de Exclusão	42
4.7 Instrumentos e Procedimentos.....	42
4.8 Análise dos Dados	43
5 RESULTADOS	44
5.1 População de Estudo	44
5.2 Dados Gerais dos Idosos	45
5.3 Qualificação da Moradia e Infra-estrutura	51

5.4 Composição Familiar e Relações Sociais	54
5.5 Aspectos Sócio-Econômicos	57
5.6 Aspectos Sócio-Culturais	63
5.7 Aspectos da Saúde	71
6 DISCUSSÃO	88
7 CONCLUSÃO.....	106
8 RECOMENDAÇÕES.....	109
9 REFERÊNCIAS.....	110
10 ANEXOS	117
Anexo A – Questionário	118
Anexo B – Manual de Instruções - Treinamento	140
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	153

INTRODUÇÃO

Os países desenvolvidos e muitos dos países em desenvolvimento, estão sendo confrontados com a realidade de um franco crescimento no processo de envelhecimento populacional. Os idosos constituem um dos segmentos da sociedade que mais cresce em todo o mundo e esta constatação, embora seja vista com satisfação pelo aumento da expectativa de vida, revela-se também preocupante, visto que essa mudança na composição populacional provoca conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas inquietantes hoje, e talvez alarmantes no futuro.

Considerando que a conseqüência epidemiológica de maior expressão é a transição epidemiológica, fenômeno responsável pela mudança do perfil das doenças, onde doenças infecto-contagiosas cedem lugar gradativamente às doenças crônicas não-transmissíveis, mais complexas e onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas, percebe-se uma necessidade de reformulação na atenção à saúde, de maneira que o alvo a ser atingido possa ser uma velhice livre de incapacidades.

Embora o envelhecimento não seja uma enfermidade em si, e a idade avançada não seja necessariamente sinônima de fragilidade e doenças, o aumento das demandas do setor da saúde torna-se um fato inegável, havendo necessidade de adequação, principalmente dos serviços de saúde, de maneira que as carências dessa população sejam atendidas.

O delineamento de políticas de saúde específicas para pessoas idosas se faz indispensável, tornando-se imprescindível o conhecimento da realidade do idoso, sendo este o objetivo deste trabalho, de conhecer o perfil do idoso que é atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis.

Durante o curso de Mestrado em Gerontologia Biomédica, houveram várias referências à Veranópolis pela longevidade apresentada pelo idosos que lá residem e neste contexto, surgiu o anseio de conhecer a realidade de uma porção mais específica desta população. Por ser Veranópolis uma cidade diferenciada das demais neste aspecto de idosos longevos, teve-se como finalidade conhecer quem são, como vivem e de certo modo o que pensam os idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família.

Diante da rapidez com que aumenta a proporção de idosos no Brasil, o estudo em questão torna-se relevante porque ainda são poucos os estudos epidemiológicos que indicam o perfil da população de sessenta anos ou mais. Com a finalidade de apropriar as atuações do PSF às reais necessidades dos idosos, faz-se necessário conhecer melhor o idoso que utiliza o PSF, traçando o seu perfil, identificando suas características em vários aspectos, incluindo suas condições de vida, de saúde, suas habilidades quanto às atividades de vida diária, identificando ainda seus aspectos sociais e econômicos.

Quando se estuda o perfil de uma determinada população, procura-se através dos achados, contribuir para o conhecimento e enfrentamento de determinadas situações, objetivando a promoção de ações futuras que possam intervir na melhor qualidade de vida desses sujeitos.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável e antes de se iniciar qualquer discussão sobre esse tema, torna-se importante conceituar este fenômeno. Estudos sobre o envelhecimento partem da natureza em que o processo ocorre, podendo ser classificados em teorias “biológicas, psicológicas e sociais”.¹ Considerando estes aspectos, o que chama mais a atenção é o caráter biológico do envelhecimento, devido ao fato de mostrar-se mais visível.

Dentro deste contexto, o envelhecimento pode ser definido como um:

processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.²

O envelhecimento da população tem se tornado um dos grandes desafios a ser enfrentado neste século. O período compreendido entre 1975 a 2025 está sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde como a era do envelhecimento, dado o crescimento acentuado da população idosa sobre a população total.³

Entre o final do século passado e o início deste (1980 a 2020), a população mundial deverá crescer 80%, enquanto que a população de idosos crescerá 160%.⁴ Embora o limite biológico de idade do ser humano não ter se modificado, houve um aumento expressivo de pessoas que vivem até próximo deste limite.⁵

Existe uma dificuldade na definição cronológica no limite entre o indivíduo adulto e o idoso, pois dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perda de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas.⁶ A Organização das Nações Unidas determina que, para os países desenvolvidos, os indivíduos com idade a partir 65 anos são considerados idosos e para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população.^{6, 7} Sob alguns aspectos, principalmente legais, o limite é de 65 anos também em nosso país.⁷

Dentro deste aspecto cronológico, Camarano afirma que a partir de determinada idade, onde o indivíduo consome mais do que produz, convencionou-se chamá-lo de idoso.⁸

Esse envelhecimento da população, onde ocorre o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população às custas da diminuição de jovens nesta mesma população, denomina-se transição demográfica e este fato se torna evidente ao se analisar a pirâmide etária de uma determinada região.

A pirâmide populacional do Brasil conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, observada na Figura 1, mostra claramente um abaulamento no formato da pirâmide ocorrido com o passar das décadas, representando uma diminuição das faixas etárias mais jovens e o aumento das faixas etárias mais velhas. Observa-se uma base alargada no ano de 1940, com poucas pessoas atingindo o ápice da pirâmide, configurando um país de jovens. No ano de 1990 há um estreitamento da base e uma maior proporção de pessoas atingindo seu ápice. A tendência é de transformar ainda mais, assumindo a forma de um “barril”, um “cone”, semelhante aos países que já sofreram o processo de envelhecimento populacional.⁵

Pirâmides Etárias

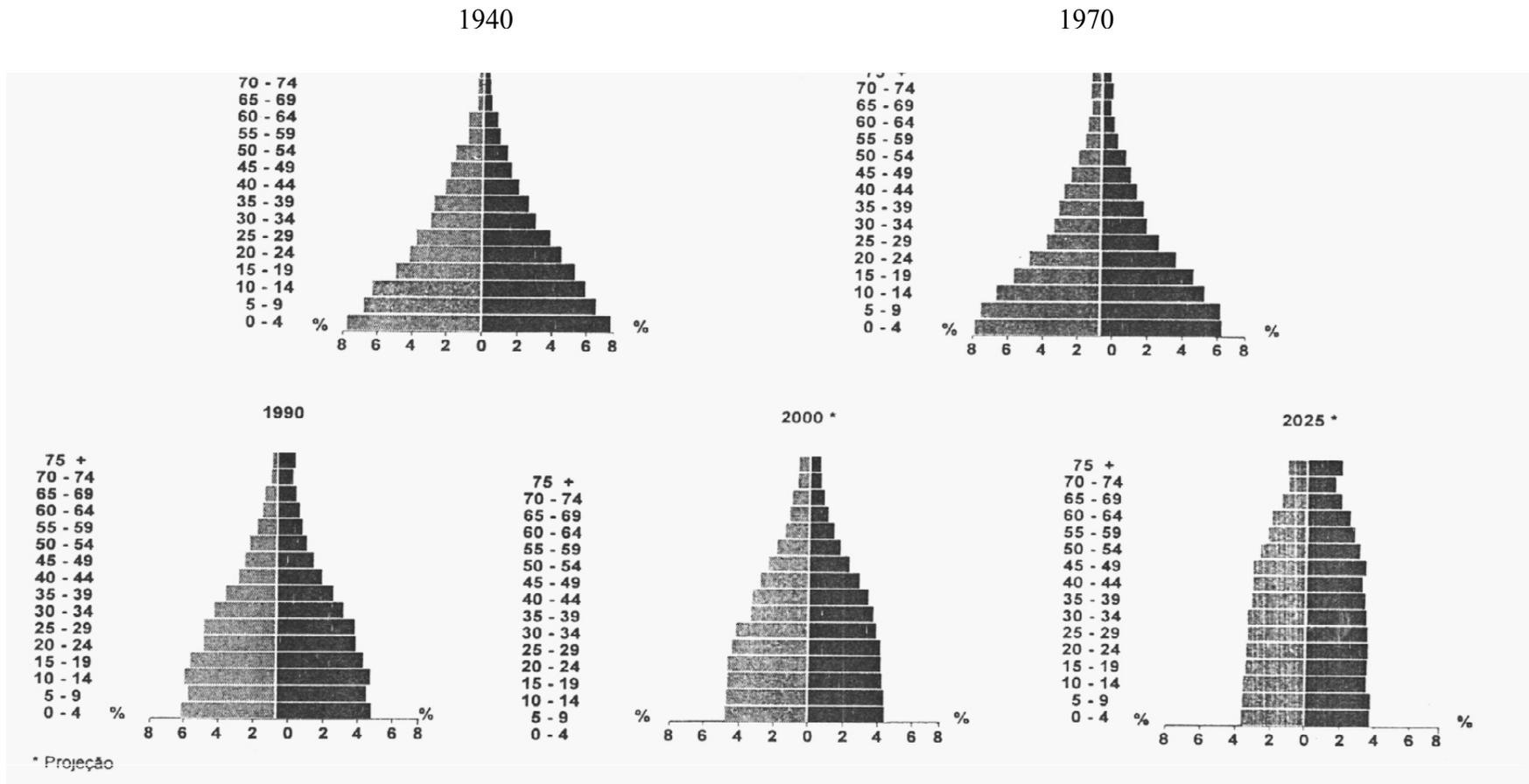


Figura 1 – Pirâmides etárias do Brasil - 1940, 1970, 1990, 2000 e 2025.
 Fonte: NETTO, P. M. (2005 p. 29)

O problema do envelhecimento populacional é um fato concreto que está presente em todos os países, no entanto se torna um desafio de maiores proporções nos países em desenvolvimento, onde a atenção a este fato e a busca de soluções é menor, como também há uma submissão a esse processo, uma vez que ocorre de forma muito mais rápida do que nos países hoje desenvolvidos que passaram por essas mudanças de forma mais lenta, num período de vários anos. Na França, passaram-se 115 anos para que a proporção de idosos crescesse de 7% para 14%, o que na China ocorreu em apenas 27 anos.⁹

As discussões em torno do envelhecimento populacional têm tomado elevadas dimensões devido ao alto crescimento de idosos no contexto mundial. Este crescimento populacional ocorre em dois segmentos: países pobres, onde o número de idosos é elevado; e países ricos onde a população idosa é moderada. Neste contexto, Wong & Moreira salientam que no conjunto de países subdesenvolvidos, os maiores de 65 anos, em 2000, representavam 5,1% da população total. Nos países desenvolvidos este contingente representava 14,4% da população total.¹⁰

A transição demográfica, no Brasil, acontece de forma rápida e intensa, diferente dos países desenvolvidos, onde essa ocorreu de maneira lenta e gradativa. A proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4% em 1940 para 9% em 2000 e, projeções recentes indicam que este segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020.⁸

Outro aspecto que chama a atenção é a feminilização da velhice. O predomínio de mulheres em relação aos homens na população idosa deve-se a vários fatores, entre eles, a menor exposição a riscos, vivendo assim por mais tempo. Embora a longevidade seja maior no sexo feminino, as mulheres idosas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais quando comparadas aos homens.⁸ As mulheres idosas que em 1970 eram 3,5% em 2050 passarão a ser 19,5%.¹⁰

Ramos e colaboradores, realizaram um estudo na cidade de São de Paulo, onde foi encontrado um predomínio de mulheres idosas na população, viúvas,

convivendo em domicílios multigeracionais e apresentando maior prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e inabilidade física.¹¹ Em estudo realizado por Lebrão¹², na mesma cidade, a população de idosas compreendia 58,6% da população estudada.

A expectativa média de vida do brasileiro aumentou quase 25 anos nos últimos 50 anos. Até 2000 a expectativa de vida ao nascer era de 63 anos para os homens e 65 para as mulheres, sem que concomitantemente, tenha melhorado as condições de vida.⁵

Um instrumento importante para a identificação da diversidade da dinâmica demográfica regional, com as diferenças sociais existentes no interior do país, é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹. É a partir dele que pode se dizer que o Haiti se encontra distante de outros países da região; e o Brasil e o México se destacam pela velocidade com que ocorreu a queda da fecundidade, ou seja, quase 50% nos últimos 20 anos.¹⁰

Uma análise do desenvolvimento dos componentes do IDH mostra que a melhora dos níveis de mortalidade de um determinado país é um fator de extrema relevância para aumentar o IDH. Dentre estes países destaca-se a Argentina, o Brasil, a Colômbia, o México e o Peru.

O Índice de Desenvolvimento Humano acompanha a regionalização do país. Deste modo, as regiões Nordeste e Norte apresentaram os índices mais baixos. Em contrapartida, há uma desigualdade nas regiões com relação ao desenvolvimento humano, ou seja, a média do IDH para as regiões sul e Sudeste é superior à região Nordeste.

Diante do incontrolável crescimento da população idosa, estima-se que para 2025 o número de idosos será de 31,8 milhões de pessoas, colocando o Brasil na sexta posição em número de idosos no mundo.¹³ Em 2000 a proporção de idosos ainda foi modesta (19ª posição) e o número de idosos foi alto (11ª

¹ O IDH é uma medida relativa de comparação internacional. É composto de indicadores sociais (educação), econômicos (PIB per capita) e demográficos (níveis de mortalidade). (Wong & Moreira 2000,p. 07).

posição), para 2050 a população idosa se manterá na 20ª posição, enquanto o volume de idosos se expande e passa para a 5ª posição.

Estima-se que para 2020 a expectativa de vida ao nascimento se aproxime de 75,5anos e que se tenha cerca de 34 milhões de cidadãos com 60 anos ou mais.¹⁵ Esse perfil da população faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, principais geradoras de incapacidades e dependências, ocasionando um aumento na demanda de recursos de saúde.¹

O Brasil dobrou sua expectativa de vida ao longo do século. É fundamental destacar que a melhoria nas condições de vida de uma população juntamente com mudanças no processo de saúde e doença são fatores que contribuem para essa condição.

No quadro 1 se observa o desenvolvimento da expectativa de vida da população brasileira desde o início do século passado, com projeções para 2025.

ANOS	EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER
1900	33,7
1910	34
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2
1960	55,9
1970	57,1
1980	63,5
2000	68,6
2020	72,1
2025	75,3

Quadro 1 – Expectativa de Vida ao Nascer

Fonte: Veras, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso No Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994. p. 224.

Enquanto ocorrem mudanças na esfera demográfica mundial, alterações nos padrões de morbi-mortalidade também são observadas. Este fenômeno conhecido por transição epidemiológica, focaliza a complexidade de mudanças nos padrões de saúde, doença, mortalidade, fecundidade e estrutura etária, aliados aos determinantes sócio-econômicos, ecológicos, de estilo de vida e de cuidado em saúde.¹⁶

A transição epidemiológica descrita por Omran¹⁶, apresenta 5 estágios ou eras, expostas a seguir:

1 – Era das Pestes e da Fome: caracterizada por altíssima mortalidade, alta fecundidade e crescimento intenso da população. A expectativa de vida varia entre 20 e 40 anos. Como exemplo, tem-se as quatro primeiras décadas do século passado no Brasil.

2 – Era do Retrocesso nas Pandemias: declínio progressivo das pandemias e epidemias locais, tanto na frequência como na magnitude, resultam em queda da mortalidade. Esta fase foi observada nos séculos XVIII e XIX nos países desenvolvidos e ainda ocorre em alguns países da África.

3 – Era das Doenças Degenerativas e causadas pelo homem: o aumento na prevalência e mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis e de causas externas, são as principais características dessa fase. A expectativa de vida sobe para 70 a 79 anos e as taxas de fecundidade mantêm-se decrescentes. Atualmente, alguns países em desenvolvimento encontram-se nesta fase, como é o caso do Brasil.

4- Era do declínio da mortalidade por doenças cardio-vasculares, envelhecimento, modificação do estilo de vida e emergência e reemergência de doenças: esta fase iniciou-se em alguns países como o Japão, Austrália, Canadá e países da Europa após 1960. Neste estágio, a mortalidade mantém níveis baixos, com aumentos ocasionais em determinados grupos etários e sociais. A fertilidade mantém-se baixa, resultando num crescimento negativo da população. A expectativa média de vida é de 85 a 90 anos de idade. A emergência de novas

doenças como a AIDS, e o ressurgimento de antigas doenças como a tuberculose, coincidiu com este estágio de transição nos países desenvolvidos e, simultaneamente, nos países envolvidos nos estágios antecedentes.

5 - Era da longevidade paradoxal, morbidade enigmática emergente e tecnologia para sobrevivência com incapacidade: é um estágio futuro para os países que já experimentam a quarta fase. A esperança de vida continuará a crescer vagarosamente até os 90 anos ou pouco mais, próximo ao limite máximo de vida, devido ao avanço tecnológico nos procedimentos médicos e na mudança nos hábitos de vida. No entanto, esta longevidade está aliada ao aumento das doenças crônicas, a prejuízos físicos e psicológicos, isolamento, separação, depressão e declínio do “status”. Novas doenças poderão aparecer caracterizando uma morbidade enigmática.

Num trabalho sobre estilo de vida, longevidade e morbidade, Burini¹⁷, afirma que embora vivendo mais, a população tem adoecido mais e, portanto, está usufruindo de pior qualidade de vida, o que acaba por acelerar o processo de envelhecimento orgânico.

É importante observar que essa maior expectativa de vida também possa acrescentar qualidade a esses anos adicionais, dessa maneira, o grande desafio está em “adicionar mais vida aos anos e não simplesmente anos à vida.”¹⁸ Prolongar a vida não é suficiente para se considerar que o padrão de saúde um povo está melhorando, é imprescindível que se dê um mínimo de condições para que as pessoas vivam mais, mas com autonomia e sem doenças que limitem sua capacidade funcional.

Para que se possa diminuir essa morbidade, é necessário que se procure conhecer e interferir nos principais fatores que levam a um declínio mais acelerado da capacidade funcional desses idosos, através de estudos epidemiológicos específicos para essa faixa etária, procurando se estudar também diferentes realidades vivenciadas por essa população, já que cerca de 70% dos indivíduos vivem hoje em países em desenvolvimento.¹⁹

Diante deste enfoque de modificação no cenário demográfico e epidemiológico mundial e brasileiro, contempla-se a necessidade de revisão de alguns conceitos relacionados com o envelhecimento, principalmente aos que dizem respeito à concepção do processo saúde/doença.

2.2 O IDOSO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Hipócrates há séculos atrás, já referia que “a cidade e o tipo de vida influenciavam a saúde dos habitantes”. Segundo ele, “as doenças deveriam ser tratadas de acordo com as particularidades locais”. As idéias de Hipócrates cruzaram os séculos perdurando até os tempos atuais, principalmente a noção de que a doença é algo palpável, com causalidade natural, conceito ainda utilizado pela medicina contemporânea.²⁰

Ao idoso não se aplica o conceito de doença “única”, uma vez que geralmente apresenta a soma dos sinais e sintomas de uma ou mais doenças agudas, subagudas e crônicas.²¹

Dentre os principais fatores causadores da fragilidade no idoso (incapacidade funcional, cognitiva e situação social), o estado nutricional e a nutrição são parâmetros predominantes para uma melhor avaliação do estado de saúde do idoso.²²

Com o aumento da idade, a manifestação de uma ou mais doenças são maiores, no entanto, não há a necessidade dos idosos de viverem com limitações. Seguindo nesta abordagem, Ramos⁵ salienta que na velhice o importante é ter autonomia e independência.

A capacidade do indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos é denominada Função, e é avaliada baseada na execução das atividades de vida

diária subdividida em duas categorias: atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária.²³ A maioria das doenças crônicas que ocorrem com envelhecimento, e que não são transmissíveis, resultam em perda das funções físicas e mentais, interferindo nas atividades diárias e, conseqüentemente, na capacidade funcional do idoso.

Diante do exposto, surge a necessidade de se conhecer a população de idosos enfocando-se os aspectos funcionais e a qualidade de vida destes, o que servirá de base para os profissionais que trabalham com idosos, de maneira que estes busquem prestar sempre o melhor atendimento ao idoso. Neste sentido, as ações e estratégias de saúde devem se voltar para a manutenção da capacidade funcional do idoso, para que se procure como conseqüência, o envelhecimento saudável.

O marco teórico-referencial de Saúde foi redigido em 26 de julho de 1946. O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão da ONU, refere que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.²⁰

A OMS, no entanto, ampliou o conceito de saúde que estava resignado aos aspectos “curativos” e “preventivos”. Adentra na chamada promoção da saúde e propõe que esta não seja apenas a ausência de doenças, mas também um completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo o artigo 196, seção II, da Legislação Federal e Estadual “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção e recuperação.”²⁴

No campo das políticas públicas, a preocupação com os idosos é recente no Brasil. Somente após a Constituição Federal de 1988, os idosos tiveram algumas conquistas sociais importantes, entre as quais destaca-se a adesão da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), promulgada em dezembro

de 1993, através da Lei 8.742, que deu origem ao benefício de 01 (um) salário mínimo mensal ao idoso.²⁵

No Brasil, os anos 90 passam a experimentar um processo de reformulação do setor de saúde, como a revalorização do tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde.

A lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 pode ser considerada um marco inicial nas formulações das estratégias e ações sociais, legais e de saúde para amparo ao idoso. Esta lei e, posteriormente, o Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 constituem a Política Nacional do Idoso (PNI) que regulamenta e direciona as competências dos diversos setores da administração pública, com intuito de assegurar os direitos sociais dos idosos.

Baseada na PNI, foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da portaria 1.395 de dezembro de 1999, objetivando o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida da melhor forma possível.²⁶ A partir disso, a PNSI formula as seguintes diretrizes:

1º – Promoção do Envelhecimento Saudável: compreende ações que visam a adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

2º – Manutenção de Capacidade Funcional: paralelamente a promoção de hábitos saudáveis, a prevenção de agravos à saúde e a detecção de problemas de saúde instalados ou potenciais, visam à prevenção de perdas funcionais nos idosos. Neste item uma ação que merece destaque é a vacinação para pessoas com 60 anos ou mais de idade, medida que já está consolidada em crianças, porém recente nos idosos.

3º – Assistência às necessidades de saúde do idoso: estas ações devem compreender os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar, com a utilização rotineira de escalas para rastreamento de depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional.

4º – Reabilitação da capacidade funcional comprometida: envolve o trabalho interdisciplinar da medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outras profissões com o objetivo de prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente.

5º – Capacitação de recursos humanos especializados: tanto na formação profissional como na educação permanente, por meio dos Centros Colaboradores em Geriatria e Gerontologia, localizados em instituições de ensino superior.

6º – Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais: desenvolvendo parcerias entre profissionais da saúde e pessoas próximas responsáveis pelos cuidados diretos dos idosos. Configura-se na estratégia mais atual e menos onerosa para promover a melhoria da capacidade funcional neste segmento populacional.

7º – Apoio a estudos e pesquisas, que deverá concentrar-se em quatro grandes linhas de pesquisa, a saber: 1) estudos de perfil de idosos, em diferentes regiões do país; 2) avaliação da capacidade funcional, prevenção de agravos, vacinações e instrumentos de rastreamento; 3) modelos de cuidado; 4) hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

As políticas sociais, tanto para os idosos quanto para a população em geral, têm-se estruturado de forma fragmentada, dirigindo-se ao atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e comunitário. Esta fragmentação das políticas proporciona o surgimento de novas propostas, o que faz crescer internacionalmente a visão de que as unidades de atuação “família” e “comunidade” são pontos importantes da estratégia de integração destas políticas.²⁷

No tocante a este ponto, Elsen²⁸, avalia a família como um sistema de saúde para os seus membros, fazendo parte de um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações das quais a família se utiliza na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

A importância da família no contexto nacional de saúde teve como consequência a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994, que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.²⁹

O PSF, segundo Sousa³⁰, assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. É importante ressaltar também que o processo saúde-doença, compõem momentos referentes à vida das pessoas, que por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver à vida, seja a moradia, a alimentação, a saúde, o lazer, etc.³¹

O PSF, ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo para os serviços assistenciais e permitir que os responsáveis pela oferta de serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem seguir.³²

Atualmente, não se denomina o PSF como um Programa e sim como uma estratégia de prática de saúde. Estratégia importante para a reorganização básica do SUS, com aspectos de agilização da descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população.³³ Apesar de ser perceptível o potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças, há quem afirme que sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso e não tem garantido de forma sistemática o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura.³⁴

Com a finalidade de apropriar as atuações do PSF às reais necessidades dos idosos, faz-se necessário conhecer melhor o idoso de Veranópolis que utiliza o PSF, traçando o seu perfil, identificando suas características em vários aspectos, incluindo suas condições de vida, de saúde, suas habilidades quanto às atividades de vida diária, identificando ainda seus aspectos sociais e econômicos.

O envelhecimento bem-sucedido está relacionado à maneira pela qual um idoso consegue se adaptar às inúmeras situações de ganhos e perdas com as quais se depara em sua vida. Neste aspecto, o apoio familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde do idoso.

O cuidado do idoso deve estar situado na família e na atenção básica de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente as que possuem a ESF, representando para o idoso o vínculo com o sistema de saúde.³⁵

É essencial termos a percepção de que o problema maior não está em envelhecer, visto que envelhecer faz parte do processo de desenvolvimento natural do ser humano, mas sim, a incompreensão total desta dimensão, porque os idosos apresentam características, necessidades e interesses diferentes das pessoas mais jovens.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Identificar o perfil do idoso que é atendido pelo Sistema Único de Saúde dentro do Programa de Saúde da Família de Veranópolis.

3.2 Objetivos Específicos:

Identificar aspectos específicos dos idosos de 60 anos ou mais, atendidos por um Programa de Saúde da Família de Veranópolis, a saber:

1. Traçar o perfil demográfico, social e econômico dessa população.
2. Identificar a qualificação de moradia e infra-estrutura e a composição familiar dessa população.
3. Identificar a principal atividade profissional durante a maior parte da vida e a ocupação atual dessa população.
4. Calcular a prevalência de alguns hábitos de vida: hábito de fumar, uso de álcool, atividade física habitual, aspectos socioculturais.
5. Identificar a morbidade referida prevalente nessa população.
6. Buscar a opinião dessa população sobre o envelhecimento: o que faz uma pessoa ter vida longa, o que é mais importante na vida.
7. Traçar o perfil dessa população quanto à sexualidade.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do Estudo

A presente investigação foi delineada através por meio de um Estudo Descritivo Transversal.

Os estudos descritivos têm como objetivo principal a descrição das características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.³⁸ A pesquisa descritiva pretende descrever uma realidade, dando-lhe um determinado perfil, ou a incidência de determinadas características.³⁹

Este estudo caracteriza-se pela entrevista direta das pessoas cujo perfil e comportamento se deseja conhecer através de questionários padronizados. Possuem como vantagens o conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e a possibilidade de quantificação e análise estatística.

4.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Veranópolis – RS, que ocupa uma superfície de 276,6 km², e está localizada na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, estado este o mais meridional do Brasil. Seus limites municipais são os seguintes: ao norte Vila Flores, a nordeste Antônio Prado, a leste Nova Roma do Sul, Ao sul Bento Gonçalves, a oeste Cotiporã e a noroeste Fagundes Varela. O mapa da cidade de Veranópolis pode ser visto no Anexo.

A forma do município lembra um quadrado que teve seus lados transformados em linhas curvas, já que grande parte de seus limites é representada por rios de curso serpenteado, como é o caso do rio das Antas.

Trata-se de um município de pequeno porte, com 21.064 habitantes segundo estimativas do IBGE⁴⁰ cuja colonização teve seu início em 1884, por uma leva de imigrantes italianos e após algum tempo por um grupo de famílias polonesas. Os primeiros imigrantes italianos que chegaram em Veranópolis eram provenientes de das províncias de Vicenza, Pádua, Treviso, Cremona, Mântua, Belluno e Tirol.

Inicialmente, com o nome de colônia Alfredo Chaves, Veranópolis pertenceu ao município de Lagoa Vermelha. Após a etapa do desbravamento, a agricultura toma logo grande impulso. Em meados da década de 40, o morador da região, Sr. Mansuetto Dal Prá, nomeou o lugar de Veranópolis, sendo Verano = Verão que deriva de uma palavra latina e Polis = cidade, palavra de origem grega, por acreditar que aquele lugar poderia ser favorável para o descanso, devido a sua beleza e pelo clima agradável.

Em maio de 1981, na página 52 da revista Geográfica Universal, médicos e sociólogos de diversas nacionalidades, dedicados ao estudo da gerontologia, fazem referência à Veranópolis como um dos locais mundiais considerados

favoráveis à longevidade, surgindo o título “Terra da Longevidade” que foi prontamente utilizado como apelo turístico.

O acontecimento chamou a atenção de pesquisadores que em 1994 iniciaram uma série de pesquisas na cidade com o intuito de desvendar o mistério dessa vida longa. A partir disso, Veranópolis foi projetada no cenário nacional e internacional como o lugar onde a vida longa é aliada a uma notável qualidade de vida.

De acordo com os dados da Famurs⁴¹, obtidos entre 1996 e 2000, sabe-se que, em números redondos, a média de expectativa de vida registrada é:

Brasil – 68 anos Rio Grande do Sul – 72 Veranópolis – 78 anos

Vários foram os estudos até o momento e, dentre muitos resultados importantes, cita-se a descoberta de que não foram encontrados efeitos genéticos responsáveis pelo aumento da longevidade, apontando o estilo de vida saudável como fator preponderante para uma maior longevidade.⁴² O estilo de vida se destacaria devido as seguintes causas:

- níveis de estresse menores que em outras cidades;
- atividades físicas mais intensas;
- número de fumantes menor do outras cidades;
- refeições regulares;
- alto grau de satisfação com a vida;
- socialmente inseridos na sociedade;
- alimentação saudável;
- ingestão de vinho

Por Veranópolis possuir, de maneira geral, um diferencial na longevidade e na qualidade de vida, objetiva-se com este trabalho conhecer especificamente o perfil dos idosos atendidos no Programa de Saúde da Família, identificando suas condições de vida, de acordo com suas referências, sua habilidade quanto às atividades de vida diária, identificando ainda o perfil social e econômico deste idoso.

Somente em 2002 ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família em Veranópolis, com 05 agentes comunitárias, direcionando o atendimento para as populações carentes, concentrando mais suas atividades para a periferia da cidade. Embora atualmente o PSF seja denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), neste estudo optou-se por continuar utilizar PSF, como é conhecido em Veranópolis.

O posto de Saúde Santo Antônio, onde os sujeitos da pesquisa estão cadastrados, foi inaugurado em 24 de abril de 2004.

4.3 População:

A população foi constituída por idosos com 60 anos ou mais, atendidos pelo Sistema Único de Saúde, dentro do Programa de Saúde da Família, instituído no município de Veranópolis.

4.4 Amostra:

A amostra foi constituída por todos os idosos com 60 anos ou mais cadastrados no Programa de Saúde da Família, do Posto Santo Antônio, no município de Veranópolis.

Todos os idosos do estudo são residentes em área urbana. Optou-se pela área urbana pelo fácil acesso aos sujeitos para a coleta de dados e ainda pela inexistência de cadastros referentes à zona rural, onde não há atuação das agentes comunitárias.

4.5. Critério de Inclusão:

Foram incluídos na amostra os sujeitos com 60 anos ou mais, que concordaram em participar da pesquisa, tendo os próprios ou seus responsáveis assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo – C).

4.6. Critério de Exclusão:

Foram excluídos os sujeitos que, na ocasião da entrevista não foram localizados após três visitas consecutivas ou que não tinham, os próprios ou seus responsáveis, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 Instrumentos e Procedimentos:

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário (anexo-A), elaborado pela Equipe de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso que foi empregado para a obtenção dos dados do trabalho intitulado “*Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida*”, em 1997.⁴³ Este questionário contém 121 questões, que estão aglutinadas em blocos, abrangendo variáveis demográficas, qualificação da moradia e infra-estrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, renda, aspectos socioculturais, envelhecimento, sexualidade, saúde, vida de relação e atividades da vida diária, fumo e álcool e questões na área psicogerátrica.

Após o levantamento do cadastro junto ao Posto Santo Antônio, os idosos foram divididos de acordo com as microrregiões de responsabilidade de cada agente comunitária.

A entrevista foi realizada por meio de visitas domiciliares, pela pesquisadora, com o auxílio das cinco agentes comunitárias de saúde que participaram previamente de um treinamento (anexo-B), onde receberam instruções sobre o comportamento ético a ser desenvolvido e ainda sobre a melhor forma de se obter as informações e transcrevê-las. O treinamento também serviu para prepará-las no sentido de enfrentar possíveis obstáculos como dificuldades de entendimento dos quesitos por parte dos entrevistados. O treinamento foi administrado pela pesquisadora com auxílio da enfermeira do posto, previamente familiarizada com o questionário.

O treinamento das agentes que colaboraram na coleta de dados totalizou uma carga horária de 8 horas e foi realizado no mês de outubro de 2005. Durante a prática cada questão foi discutida separadamente e após a verificação das dúvidas o questionário foi aplicado entre as agentes, onde uma simulava ser o entrevistador e a outra o(a) idoso(a). Nesta simulação foram observados a postura do entrevistador, a abordagem ao idoso, a clareza e o entendimento das questões, e a fidelidade à metodologia do trabalho. A entrevista domiciliar foi aplicada no mês de novembro de 2005.

4.8. Análise dos Dados:

Os dados foram processados em planilhas do Excel e analisados pelo sistema SPSS versão 11,5. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Utilizou-se a estatística descritiva para efetuar a apresentação dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas em termos de frequência e porcentagem, enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas em termos de média, desvio padrão. Verificou-se a associação entre a saúde percebida pelos idosos (satisfatória ou insatisfatória) com outras variáveis de interesse por meio do teste de Qui-Quadrado.

RESULTADOS

5.1 População do Estudo

A amostra do estudo foi composta pelos idosos, com 60 anos ou mais, cadastrados no Posto Santo Antônio, que recebiam atendimento do Programa de Saúde da Família, na cidade de Veranópolis, num total de 239 sujeitos. Desse total, sete foram excluídos por não apresentarem condições de responder ao questionário, sendo que destes, dois apresentavam seqüelas de Esclerose Múltipla, um Parkinson, uma idosa apresentava surdez total, um Retardo Mental, um idoso estava hospitalizado para intervenção cardíaca e ainda um idoso negou-se a responder o questionário.

Os resultados deste trabalho são apresentados aglutinados segundo os blocos estruturais do instrumento de pesquisa empregados para a coleta de dados:

Dados Gerais do Idoso (Bloco A)

Qualificação da Moradia e Infra-estrutura (Bloco B)

Composição Familiar e Relações Sociais (Bloco C)

Aspectos Sócio-Econômicos (Bloco D e E)

Aspectos Sócio-Culturais (Bloco F, G e H)

Aspectos de Saúde (Blocos I, J e K)

5.2. Dados Gerais dos Idosos

Do universo de idosos entrevistados 132 são mulheres (56,9%) e 100 homens (43,1%), com média de idade de 69,4 anos. A idade média entre as mulheres é de aproximadamente 70 anos (dp=7,1) e entre os homens 68,6 anos (dp=68,7). Observa-se que estes idosos correspondem a pessoas que nasceram entre 1915 e 1945.

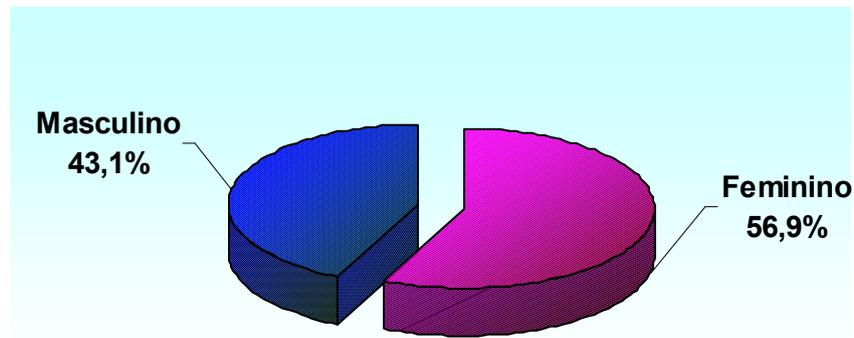


Gráfico 1 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Gênero.
Veranópolis -RS - 2005

De acordo com a tabela 1, verifica-se que 31,9% dos idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Veranópolis está na faixa entre 60 a 64 anos, distribuídos em 42 mulheres e 32 homens.

Tabela 1 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a Faixa Etária.
Veranópolis-RS - 2005

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
60-64 anos	74	31,9	42	31,8	32	32
65-70 anos	68	29,3	35	26,5	33	33
71-74 anos	35	15,1	19	14,4	16	16
75-80 anos	33	14,2	23	17,4	10	10
81-84 anos	14	6	8	6,1	6	6
85-90 anos	8	3,4	6	3,8	3	3
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Há uma predominância da cor branca 209 (90,1%), seguida da parda 19 idosos (8,2%), e uma minoria 4 (1,7%) de cor preta.

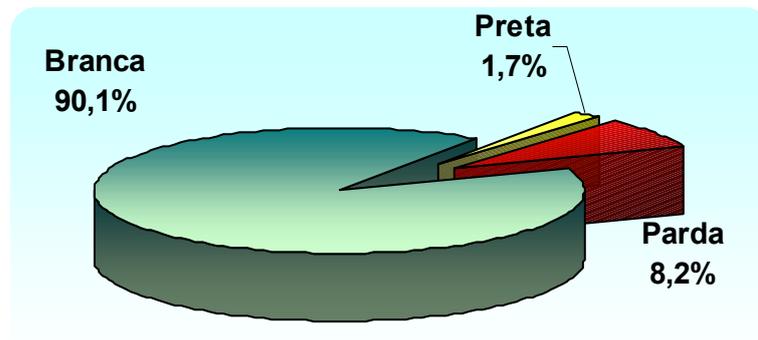


Gráfico 2 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a Cor.
Veranópolis-RS - 2005

Observou-se que 190 (81,9%) idosos nasceram em meio rural e somente 42, ou seja, 18,1% nasceram no meio urbano.

Tabela 2 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Meio em que Nasceram. Veranópolis-RS – 2005

LOCAL DE NASCIMENTO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Urbano	42	18,1
Rural	190	81,9
TOTAL	232	100

Dos idosos entrevistados, 86 (37,1%) nasceram em Veranópolis, 17 (7,3%) em Nova Prata e 16 (6,9%) nasceram em Lagoa Vermelha. Observa-se que somente quatro idosos nasceram fora do estado do Rio Grande do Sul: três em Santa Catarina e um idoso em São Paulo.

Tabela 3 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Município em que nasceram. Veranópolis-RS – 2005

MUNICÍPIOS	ESTADO	FREQÜÊNCIA	
		N	%
Água Doce	SC	2	0,9
Antônio Prado	RS	3	1,3
Bento Gonçalves	RS	2	0,9
Boqueirão	RS	1	0,4
Camaquã	RS	1	0,4
Campo do Meio	RS	1	0,4
Carlos Barbosa	RS	1	0,4
Casca	RS	1	0,4
Caxias do Sul	RS	2	0,9
Cotiporã	RS	12	5,2
Cruz Alta	RS	1	0,4
Curitibanos	SC	1	0,4
Estrela	RS	1	0,4
Fagundes Varela	RS	13	5,6
Farroupilha	RS	1	0,4
Garibaldi	RS	1	0,4

Continuação da Tabela 3:

Getúlio Vargas	RS	2	0,9
Gramado	RS	1	0,4
Guabiju	RS	2	0,9
Guaporé	RS	5	2,2
Ibiraiaras	RS	4	1,7
Lajeado	RS	1	0,4
Lagoa Vermelha	RS	16	6,9
Nova Prata	RS	17	7,3
Osório	RS	1	0,4
Paraí	RS	1	0,4
Passo Fundo	RS	8	3,4
Porto Alegre	RS	1	0,4
Protásio Alves	RS	2	0,9
Roca Sales	RS	1	0,4
Sananduva	RS	3	1,3
Santa Cruz	RS	1	0,4
Santa Maria	RS	1	0,4
Santiago	RS	2	0,9
Santo Espedito	RS	1	0,4
São Jorge	RS	2	0,9
São José do Ouro	RS	1	0,4
São Paulo	SP	1	0,4
São Pedro do Sul	RS	1	0,4
São Sepé	RS	1	0,4
Soledade	RS	2	0,9
Triunfo	RS	3	1,3
Tubarão	SC	1	0,4
Tupanciretã	RS	3	1,3
Tuparendi	RS	2	0,9
Vacaria	RS	6	2,6
Veranópolis	RS	86	37,1
Vila Flores	RS	6	2,6
Vista Alegre do Prata	RS	3	1,3
TOTAL		232	100

Quanto ao estado civil atual, 131 (56,5%) dos entrevistados são casados, 70 (30,2%) viúvos, 15 (6,5%) solteiros, 9 (3,9%) divorciados e 7 (3,0%) separados. Ao analisarmos esta variável por sexo, observa-se que dos casados 73 sujeitos são homens e 59 são mulheres, dos viúvos 56 são mulheres e 14 são homens, dos desquitados/divorciados 3 são mulheres e 4 são homens, entre os solteiros, 11 são mulheres e 4 são homens.

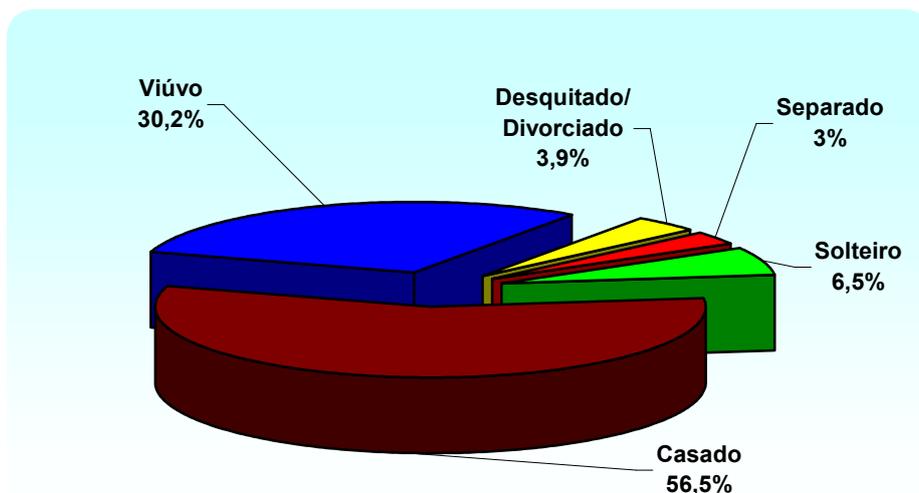


Gráfico 3 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Estado Civil.

Veranópolis-RS - 2005

Aglutinando-se os dados das respostas referentes à escolaridade, observa-se que a maioria dos idosos, 179 (77,2%) apresenta um nível baixo de escolaridade (analfabeto, alfabetizado fora da escola ou primário incompleto), 43 pessoas ou 18,5% tem escolaridade média (primário completo até ginásial incompleto – atual ensino fundamental) e 10 (4,3%) com nível mais alto de escolaridade (ginásial completo ou mais). Considerando o gênero, observa-se que 102 (77,2%) dos idosos entrevistados caracterizados como baixo nível de escolaridade são do sexo feminino e 77 (77%) são do sexo masculino, quanto aos que possuem escolaridade média, 25 (19%) são mulheres e 18 (18%) são homens. Seis mulheres (4,6%) e 5 (5%) homens possuem um nível mais alto de escolaridade.

Tabela 4 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a escolaridade e o gênero. Veranópolis-RS – 2005

ESCOLARIDADE	GÊNERO					
	FREQÜÊNCIA		MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	44	19	14	14	30	22,7
Alfabetizado fora da Escola	13	5,6	5	5	8	6,1
Primário Incompleto	122	52,6	58	58	64	48,4
Primário Completo	29	12,5	12	12	17	12,9
Ginasial Incompleto	14	6	6	6	8	6,1
Ginasial Completo	3	1,3	1	1	2	1,5
Complementar	2	0,9	-	-	2	1,5
Secundário Incompleto	1	0,4	1	1	1	0,8
Secundário Completo	3	1,3	2	2	1	0,8
Superior Incompleto	-	-	-	-	-	-
Superior Completo	1	0,4	1	1	-	-
TOTAL	232	100	100	100	132	100

Analisando o nível de escolaridade de acordo com as micro-áreas, observa-se que em termos de porcentagem, na micro-área 1 encontra-se o maior número de idosos (19,4%) com baixo nível de escolaridade, embora a micro área 2 compreenda mais analfabetos (7,3%), a escolaridade de nível médio foi mais encontrada na micro-área 4 (5,2%) e o nível mais alto de escolaridade (2,1%) foi verificado na micro-área 5.

Tabela 5 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a escolaridade de acordo com as micro-áreas. Veranópolis-RS - 2005

ESCOLARIDADE	MICROÁREAS									
	micro 1		micro 2		micro 3		micro 4		micro 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	6	2,6	17	7,3	5	2,2	9	3,9	7	3
Alfabetizado fora da Escola	1	0,4	5	2,2	4	1,7	3	1,3	-	-
Primário Incompleto	38	16,4	4	1,7	30	13	25	10,8	25	10,8
Primário Completo	6	2,6	3	1,3	9	3,9	7	3	4	1,7
Ginasial Incompleto	4	1,7	-	-	-	-	5	2,2	5	2,2
Ginasial Completo	2	0,9	-	-	1	0,4	-	-	-	-
Complementar	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,9
Secundário Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4
Secundário Completo	1	0,4	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4
Superior Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Superior Completo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4
TOTAL	58	25	29	12,5	49	21,2	50	21,6	46	19,8

5.3. Qualificação da Moradia e Infra-Estrutura

Dos idosos entrevistados, todos eles, ou seja, os 232 (100%) tem casa como tipo de moradia, sendo que destas, 186 (80,2%) possuem mais de quatro peças, 31 (13,4%) tem quatro peças, 6 (2,6%) tem três, 7 (3,0%) duas peças e dois entrevistados (0,9%) moram em uma única peça. Em 207 (89,2%) dos casos a moradia é própria, cedida em 16 (6,9%) e 9 (3,9%) dos idosos possuem casa alugada.

Tabela 6 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a condição de moradia e terreno. Veranópolis-RS – 2005

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO	MORADIA		TERRENO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	N	%	N	%
Próprio(a)	207	89,2	156	67,2
Alugada(a)	9	3,9	8	3,4
Cedido(a)	16	6,9	68	29,3
TOTAL	232	100	232	100

Quanto ao terreno, mais da metade, 67,2% dos idosos afirmam possuir terreno de sua propriedade.

Em relação ao material em que a casa foi construída, a grande maioria dos idosos, 129, que representam 55,6%, moram em casas de alvenaria, 58 (25%) em casas de constituição mista (material e madeira) e 45 (19,4%) em casas fabricadas de madeira.

Dos idosos entrevistados, 226 (97,4%) possuem uma peça privativa (quarto) para dormir enquanto que 2,6%, dormem na única peça da moradia que serve de quarto, sala e cozinha. Quanto à privacidade para dormir, constatou-se que 137 (59,1%) dormem com o cônjuge ou companheiro(a), enquanto que 69 (29,7%) dormem sozinhos, 15 (6,5%) com os netos, 7 (3%) com os filhos e 4 (1,7%) com outras pessoas.

5.4. Composição Familiar e Relações Sociais

Oitenta e nove pessoas entrevistadas (38,4%) tiveram seis filhos ou mais, 34 (14,7%) tiveram cinco filhos, 30 (12,9%) quatro filhos, 28 idosos tiveram três filhos (12,1%), 27 (11,6%) tiveram dois filhos, 16 idosos (6,9%) tiveram um único filho e 8 idosos, que correspondem a 3,4%, não possuem filhos. A média de filhos por idosos mostrou-se alta, sendo 5 filhos por idoso.

Tabela 9 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o número de filhos nascidos vivos e os ainda vivos. Veranópolis-RS – 2005

FILHOS	NASCIDOS VIVOS		AINDA VIVOS	
	N	%	N	%
Um Filho	16	6,9	15	6,5
Dois Filhos	27	11,6	33	14,2
Três Filhos	28	12,1	35	15,1
Quatro Filhos	30	12,9	29	12,5
Cinco Filhos	34	14,7	33	14,2
Seis Filhos ou Mais	89	38,4	75	32,3
Não tem Filhos	8	3,4	-	-
TOTAL	232	100	220	94,8

No que se refere à convivência familiar, dos 232 idosos entrevistados, apenas um referiu morar atualmente com uma pessoa sem vínculo familiar (empregada), 35 (15,1%) moram sozinhos, 71 (30,6%) moram exclusivamente com cônjuge/companheiro(a), os demais 125 (53,9%), moram com algum familiar.

Tabela 10 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo com quem residem atualmente. Veranópolis-RS – 2005

RESIDE ATUALMENTE	FREQUÊNCIA	
	N	%
Sozinha(o)	35	15,1
Cônjuge	71	30,6
Companheiro e Filho(s)	38	16,4
Filho(s)	16	6,9
Filho(s) e neto(s)	34	14,7
Companheiro(a), filho(s) e neto(s)	22	9,5
Parentes (irmãos, tios, sobrinhos)	7	3
Netos	3	1,3
Empregada	1	0,4
Cônjuge e Neto(s)	4	1,7
Filho(s) e Nora	2	0,4
TOTAL	232	100

A grande maioria dos entrevistados 227 (97,8%) demonstra-se satisfeita com suas relações familiares enquanto que 4 (1,7%) referem insatisfação e uma pessoa afirmou não possuir relações familiares de nenhuma natureza.

Tabela 11 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as relações familiares. Veranópolis-RS – 2005

RELAÇÕES FAMILIARES	GÊNERO					
	FREQUÊNCIA		FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Satisfatórias	227	97,8	130	98,5	97	97
Insatisfatórias	4	1,7	2	1,5	2	2
Sem relações Familiares	1	0,4	-	-	1	1
TOTAL	232	100	132	100	100	100

5.5 Aspectos Sócio-Econômicos

Ao se analisar a principal atividade profissional pregressa, exercida durante a maior parte da vida dos entrevistados, constata-se que 16,8% dos sujeitos encontrava-se fora da população economicamente ativa. No setor agrícola encontrou-se 35,3% dos idosos e 17,7% no setor de serviços. O setor pertinente a serviços, corresponde a alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares, etc), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleireiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de prédios e estiva.

Tabela 14 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o setor econômico da ocupação pregressa e atual. Veranópolis-RS – 2005

SETOR ECONÔMICO	MAIOR PARTE DA VIDA		ATUAL	
	FREQÜÊNCIA		FREQÜÊNCIA	
	N	%	N	%
Agrícola	82	35,3	11	4,6
Indústria de Transformação	26	11,2	5	2,2
Indústria de Construção Civil	17	7,3	3	1,3
Outras Atividades industriais	3	1,3	-	-
Comércio de Mercadorias	1	0,4	-	-
Serviços	41	17,7	13	5,6
Serviços Auxiliares de Ativ. Econômicas	1	0,4	-	-
Transportes e Comunicações	5	2,2	2	0,9
Social	2	0,9	-	-
Administração Pública	11	4,7	2	0,9
Outras Atividades ou Setores	4	1,7	2	0,9
Indivíduos fora da PEA	39	16,8	194	83,6
TOTAL	232	100	232	100

A maioria dos idosos, 83,6%, encontra-se atualmente fora da população economicamente ativa, seguidos de serviços (5,6%). Cabe salientar ainda que 4,6% dos idosos desenvolvem atividades ocupacionais no setor agrícola, 2,2% no setor da indústria de transformação que compreende metalúrgica, indústria mecânica, de móveis, de papel e celulose, indústria de couros e peles, indústria de vestuário e sapatos, indústria química, plástica, farmacêutica, petróleo, têxteis,

editorial e gráfica. No setor econômico com vínculo na indústria da construção civil encontrou-se 1,3% dos sujeitos da pesquisa.

No que se refere à aposentadoria, 68 (29,3%) dos idosos entrevistados ainda não se aposentaram. Analisando-se esta variável por gênero, observa-se que os homens que não se aposentaram correspondem a 10% do seu total e as mulheres, 43,9% do total de mulheres.

Em relação a idade em que se aposentaram, conforme a tabela 15, 21,1% estava na faixa etária de 57 a 60 anos, 16,9% na faixa de 53 a 56 anos e 13,4% na faixa de 61 a 64 anos.

Tabela 15 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a aposentadoria relacionada com a faixa etária. Veranópolis-RS – 2005

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	
	Absoluta	Percentual
41 a 44 anos	3	1,3
45 a 48 anos	5	2,2
49 a 52 anos	13	5,6
53 a 56 anos	39	16,9
57 a 60 anos	49	21,1
61 a 64 anos	31	13,4
65 a 68 anos	20	8,6
Acima de 68 anos	4	1,7
Não se aposentou	68	29,3
TOTAL	232	100

Como motivo para a aposentadoria obteve-se primeiramente o tempo de serviço (28,4%), seguido da idade (25,9%) e problemas de saúde (13,8%).

Tabela 16 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o motivo da aposentadoria. Veranópolis-RS – 2005

MOTIVO DA APOSENTADORIA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Tempo de Serviço	65	28,4
Idade	61	25,9
Problemas de Saúde	32	13,8
Acidente	2	0,9
Aposentadoria Especial	4	1,7
Não está Aposentado	68	29,3
TOTAL	232	100

Torna-se curioso observar que a maioria dos idosos (40,1%) teve seu início de trabalho remunerado entre 11 a 14 anos, 18,1% entre 15 a 18 anos e 15,5% iniciaram com menos de 10 anos de idade. Uma soma de doze idosos (5,2%), nunca teve uma atividade laboral em que fossem remunerados.

Tabela 17 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o início do trabalho remunerado. Veranópolis-RS – 2005

INÍCIO TRABALHO REMUNERADO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Menos de 10 anos	36	15,5
De 11 a 14 anos	93	40,1
De 15 a 18 anos	42	18,1
De 19 a 22 anos	22	9,5
Acima de 23 anos	23	9,9
Não se aplica	12	5,2
Não sabe	4	1,7
TOTAL	232	100

Na análise da última renda mensal, em termos de salários mínimos, observa-se que 56% dos idosos entrevistados recebem entre um salário mínimo e menos que dois salários mínimos, visto a maior concentração de sujeitos está na micro-área 1 (um), 20,2% recebem entre dois e menos que três salários, cujas micro-áreas mais representativas são a 1(um) e a 4 (quatro), 7,4% recebem entre três salários e menos que 4 salários mínimos, prevalência maior na micro-área 5 (cinco). Cabe ressaltar que entre seis até quase nove salários mínimos não houve registro de nenhum sujeito que recebesse essa quantia. Constatou-se ainda que 9,5% dos idosos não têm renda própria.

Tabela 18 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a renda individual. Veranópolis-RS – 2005

RENDA INDIVIDUAL	MICROÁREAS									
	micro 1		micro 2		micro 3		micro 4		micro 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 salário mínimo	1	0,4	1	0,4	1	0,4	-	-	3	1,3
1 a menos de 2 salários mínimos	34	14,7	20	8,6	25	10,8	25	10,8	26	11,2
2 a menos de 3 salários mínimos	13	5,6	4	1,7	10	4,3	13	5,6	7	3
3 a menos de 4 salários mínimos	3	1,3	-	-	3	1,3	5	2,2	6	2,6
4 a menos de 5 salários mínimos	-	-	-	-	2	0,9	1	0,4	2	0,9
5 a menos de 6 salários mínimos	1	0,4	-	-	2	0,9	-	-	-	-
6 a menos de 7 salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 a menos de 8 salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 a menos de 9 salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 salários mínimos ou mais	-	-	-	-	1	0,4	-	-	1	0,4
Não tem renda	6	2,6	4	1,7	5	2,2	6	2,6	1	0,4
TOTAL	58	25	29	12,5	49	21,1	50	21,6	46	19,8

A principal origem da fonte de renda de mais da metade da população está baseada na aposentadoria 56,5%, quase 13% é proveniente de pensão e 10,8% de pensão e aposentadoria.

Tabela 19 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a origem da renda individual. Veranópolis-RS – 2005

ORIGEM DA RENDA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Aposentadoria	131	56,5
Salário (serviços eventuais e permanentes)	21	9,1
Pensão	29	12,5
Pensão e Aposentadoria	25	10,8
Auxílio Doença	3	1,3
Aluguel	1	0,4
Não tem Renda	22	9,5
TOTAL	232	100

A principal despesa salientada pelos entrevistados é disparada a alimentação (54,7%), remédios 15,9% e saúde 10,8%. Entende-se por despesas com saúde os gastos hospitalares, psicólogos, dentistas, despesas ambulatoriais, exames clínicos, consultas, despesas com planos de saúde e fisioterapia.

Tabela 20 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a principal despesa. Veranópolis-RS – 2005

PRINCIPAL DESPESA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Saúde	25	10,8
Habitação	6	2,6
Alimentação	127	54,7
Ajuda Familiar	19	8,2
Remédios	37	15,9
Não se aplica	17	7,3
Não sabe	1	0,4
TOTAL	232	100

Em relação à renda familiar, 28% dos sujeitos relatam que somam entre dois salários e menos que três salários mínimos, 22,8% entre três e menos que quatro salários mínimos, 16,8% entre um salário e menos que dois salários mínimos. É interessante observar que dos entrevistados, apenas dois (0,9%) têm renda familiar entre nove ou mais salários mínimos.

Tabela 21 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a renda familiar. Veranópolis-RS – 2005

RENDA FAMILIAR	GÊNERO			
	FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Menos que 1 salário	1	0,4	-	-
1 a menos de 2 salários	25	10,8	14	6,0
2 a menos de 3 salários	35	15,1	30	12,9
3 a menos de 4 salários	27	11,6	26	11,2
4 a menos de 5 salários	18	7,8	13	5,6
5 a menos de 6 salários	13	5,6	7	3,0
6 a menos de 7 salários	3	1,3	3	1,3
7 a menos de 8 salários	3	1,3	3	1,3
8 a menos de 9 salários	1	0,4	2	0,9
9 salários mínimos ou mais	1	0,4	1	0,4
Não sabe	5	2,2	-	-
Não respondeu	-	-	1	0,4
TOTAL	132	56,9	100	43,1

Do ponto de vista de participação econômica na família, mais da metade, 53%, dividem responsabilidades, 20,3% são os maiores responsáveis e 17,7% são os únicos responsáveis pela economia familiar. Os idosos que não tem participação econômica na família somam 9,1%.

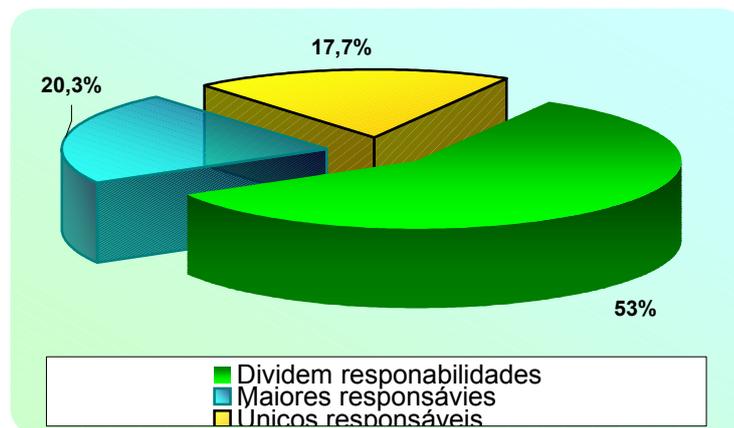


Gráfico 4 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a participação econômica na família. Veranópolis-RS - 2005

5.6 Aspectos Sócio-Culturais

Observa-se que a população idosa investigada ocupa o seu tempo livre conversando com amigos (80,2%), assistindo televisão (67,8%) e ouvindo rádio (60,8%). Salienta-se ainda que 49,6% realizam atividades físicas em seu tempo livre, leitura (24,1%), atividades manuais (20,7%) e 19% participam de atividades sócio-recreativas, como passeios, visitas e bailes. Essa questão, por ser uma questão de escolha múltipla oportunizou uma ou mais respostas que relevasse como o idoso ocupa seu tempo livre.

Tabela 22 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a ocupação do tempo livre. Veranópolis-RS – 2005

OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE	FREQUENCIA	
	N	%
Assistir TV	162	67,8
Conversar com Amigos	186	80,2
Ouvir Rádio	141	60,8
Leitura	56	24,1
Ouvir Música	76	32,8
Trabalhos Manuais	48	20,7
Atividade Física	115	49,6
Atividade Sócio-Recreativa	44	19,0

Ao serem questionados sobre como gostariam de ocupar o tempo livre, houve uma preferência em passear (19,8%), viajar (16,5%), trabalhar na terra 10,8%, conversar com amigos 10,2%. Essa questão, por ser uma pergunta aberta oportunizou qualquer resposta que manifestasse a vontade ou expectativa do idoso em relação ao seu tempo livre. Todas as respostas foram consideradas válidas, obtendo-se na maioria dos casos, mais que uma resposta na questão. As respostas foram aglutinadas de acordo com áreas afins.

Tabela 23 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a preferência de ocupação do tempo livre. Veranópolis-RS – 2005

OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE	APONTAMENTO DA OCUPAÇÃO	PERCENTUAL
Passear	passear, ir à praia, visitas à amigos	19,8
Viajar	viajar, excursão com clube de idosos	16,5
Conversar com Amigos	conversar com amigos	10,2
Trabalhos Artesanais	fazer crochê, fazer tricô, costurar, bordar	7,8
Trabalhar	cortar lenha, trabalhar	5,8
Trabalhar na Terra	cuidar da horta, cuidar do jardim, cuidar da roça, cuidar de animais	10,6
Atividades Físicas	caminhar, caminhadas, jogar bola	6,2
Diversão	assistir televisão, bailes, folhar revistas, jogar baralho, jogar carta, ler, leitura, namorar, ouvir música, tomar chimarrão, brincar com os netos, participar de grupo de idosos, pescar.	13,3
Outros	olhar pela janela, visitar doentes, rezar, estar com a família, dormir, descansar	9,8

Do total de idosos entrevistados, 180 (77,6%) afirmaram participar de pelo menos uma atividade associativa. Essa questão, por ser de escolha múltipla, possibilitou a escolha de mais de uma alternativa.

Dos entrevistados que participam de alguma associação, a maioria (72%) atua em associação religiosa, seguida de associação recreativa (10,3%) e associação sindical (4,7%). Destaca-se ainda que 3% participam de atividade política, 2,6% de associação esportiva e 2,6% de associação assistencial.

Tabela 24 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o tipo de associação que participam. Veranópolis-RS – 2005

ATIVIDADE ASSOCIATIVA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Cultural	3	1,3
Esportiva	6	2,6
Recreativa	24	10,3
Religiosa	167	72
Assistencial	6	2,6
Sindical	11	4,7
Política	7	3
TOTAL	224	96,5

Quanto ao aspecto religioso, 87,1%, ou seja, a grande maioria dos idosos se considera católicos, 12,5% evangélicos e um idoso não soube responder. Analisando-se do ponto de vista do gênero, não houve diferença significativa entre os idosos. Observa-se que as outras religiões (espírita, judaica e afro-brasileira) não foram referenciadas.

Tabela 25 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a religião. Veranópolis-RS – 2005

RELIGIÃO	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Católica	202	87,1	113	85,6	89	89
Evangélica	29	12,5	19	14,4	10	10
Não sabe	1	0,4	-	-	1	1
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Da totalidade destes idosos, 96,3% afirmam ser praticantes de sua religião, sendo que mais da metade do total de idosos entrevistados (60,3%), afirmam terem se tornados mais religiosos com o passar dos anos. Analisando-se de acordo com o gênero, apenas duas mulheres idosas (1,5%) afirmam não serem praticantes da religião.

Tabela 26 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo os praticantes da religião. Veranópolis-RS – 2005

PRÁTICA SUA RELIGIÃO	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
SIM	221	96,3	91	91	130	98,5
NÃO	11	4,7	9	9	2	1,5
TOTAL	232	100	100	100	132	100

Tabela 27 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a religiosidade com o passar dos anos. Veranópolis-RS – 2005

FICOU MAIS RELIGIOSO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Mais religioso	140	60,3
Menos religioso	15	6,5
Não mudou	76	32,8
Não respondeu	1	0,4
TOTAL	232	100

Como resposta ao que faz uma pessoa ter vida longa, 35,3% dos idosos afirmam que gostar de viver seria mais importante, enquanto que 30,2% considera a alimentação e 15,9% identifica que hábitos saudáveis são importantes para se alcançar à longevidade. Salienta-se ainda que 5,2% acreditam no trabalho, 4,7% no destino, 4,7% numa vida organizada e 3,4% que a ocupação é o que auxilia na conquista da longevidade.

Tabela 28 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo os atributos para uma vida longa. Veranópolis-RS – 2005

ATRIBUTOS PARA A LONGEVIDADE	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
	N	%	FEMININO		MASCULINO	
			N	%	N	%
Alimentação	70	30,2	35	26,5	35	35
Destino	11	4,7	7	5,3	4	4
Hábitos Saudáveis	37	15,9	18	13,6	19	19
Vida Organizada	11	4,7	8	6,1	3	3
Trabalho	12	5,2	2	1,5	10	10
Ocupação	8	3,4	4	3	4	4
Gostar de Viver	82	35,3	57	43,2	25	25
Fé em Deus	1	0,4	1	0,8	-	-
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Quando perguntados com quem gostariam de viver na impossibilidade de viver só ou com a família, os idosos preferiram predominantemente a possibilidade de viver com outros parentes (57,8%). O percentual de idosos que tem preferência por casa geriátrica é de 22% e viver com amigos seria a vontade de 12,1%.

Tabela 29 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo sua opção com quem viver na impossibilidade de viver só. Veranópolis-RS – 2005

GOSTARIA DE VIVER	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Com Amigos	28	12,1
Com Parentes	134	57,8
Casa Geriátrica	51	22
Hospital	3	1,3
Com uma Mulher	2	0,9
Não Sabe	11	4,7
Não respondeu	3	1,3
TOTAL	232	100

A saúde destaca-se como um dos fatores de maior importância na vida dos idosos entrevistados (58,2%), e a família em segundo lugar com 28,9%. Seguiram-se a religião, o amor, a educação, o dinheiro e o respeito.

Tabela 30 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo os valores mais importantes na vida. Veranópolis-RS – 2005

MAIS IMPORTANTE NA VIDA	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
	N	%	MASCULINO		FEMININO	
			N	%	N	%
Dinheiro	4	1,7	-	-	4	3
Educação	4	1,7	3	3	1	0,8
Família	67	28,9	25	25	42	31,8
Religião	10	4,3	5	5	5	3,8
Respeito	3	1,3	1	1	2	1,5
Segurança	2	0,9	1	1	1	0,8
Amor	6	2,6	2	2	4	3
Saúde	135	58,2	63	63	72	54,5
Não Sabe	1	0,4	-	-	1	0,8
TOTAL	232	100	100	100	132	100

Dos principais problemas que os entrevistados gostariam de ver resolvidos no país destaca-se a falta de assistência à saúde 47 (20,3%), seguida da corrupção dos políticos 42 (18,1%) e o desemprego 38 (16,4%).

Tabela 31 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo os problemas sociais que gostariam de ver resolvidos. Veranópolis-RS – 2005

PROBLEMAS SOCIAIS	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
			MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
Corrupção dos Políticos	42	18,1	26	26	16	12,1
Falta de Assistência à Saúde	47	20,3	20	20	27	20,5
Crianças Marginalizadas	6	2,6	1	1	5	3,8
Crise dos Valores Religiosos	3	1,3	1	1	2	1,5
Crise de Valores Éticos	2	0,9	2	2	-	-
Crise da Família	14	6	3	3	11	8,3
Desemprego	38	16,4	16	16	22	16,7
Alcoolismo e Drogas	28	12,1	11	11	17	12,9
Concentração de Renda	2	0,9	2	2	-	-
Destruição dos Recursos e do Meio Ambiente	-	-	-	-	-	-
Criminalidade, Violência e Corrupção	34	14,7	11	11	23	17,4
Política Educacional Inadequada	2	0,9	1	1	1	0,8
Incompetência do Governo	11	4,7	5	5	6	4,5
Inflação	3	1,3	1	1	2	1,5
TOTAL	232	100	232	100	232	100

A afetividade dos idosos é demonstrada predominantemente através de carinhos (36,2%) de companheirismo (33,2%), de conversas (17,7%) e de atenção e cuidados (12,5%), todas elas observadas mais entre os casados.

Tabela 32 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as formas de manifestação da afetividade. Veranópolis-RS – 2005

MANIF. AFETIVIDADE	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CASADO	VIÚVO	DESQUITADO	TOTAL
		%	%	%	DIVORCIADO SEPARADO%	
Companheirismo		2,6	20,3	7,3	3,0	33,2
Atenções e Cuidados		0,9	7,3	3,0	1,3	12,5
Carinhos		2,6	18,1	12,9	2,6	36,2
Conversas		-	10,8	6,9	-	17,7
Presentes		-	-	-	-	-
Não Respondeu		0,4	-	-	-	0,4
TOTAL		6,5	56,5	30,2	6,9	100

Em relação à sexualidade, 98 idosos (42,2%) identificaram os carinhos e toques como sua principal manifestação, 92 (39,7%) atenções especiais e 17 (7,3%) relações sexuais. Ressalta-se que 5,2%, 12 idosos, não responderam a questão e 5,6% (13 idosos) afirmaram não saber responder. Ao se analisar esta questão quanto ao gênero, observa-se que 53 (40,2%) dos sujeitos que responderam carinhos e toques, 55 (41,7%) que responderam atenções especiais e 5 (3,8%) que responderam relações sexuais são mulheres. Nove mulheres (6,8%) não responderam a questão e 10 idosas afirmaram não saber responder. A relação sexual destacou-se mais entre os homens e não responder ou não saber responder foi a opção mais encontrada em mulheres.

Tabela 33 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as formas de manifestação da sexualidade. Veranópolis-RS – 2005

MANIFESTAÇÃO DA SEXUALIDADE	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Atenções Especiais	92	39,7	55	41,7	37	37
Carinhos e Toques	98	42,2	53	40,2	45	45
Relações Sexuais	17	7,3	5	3,8	12	12
Não Sabe	13	5,6	10	7,6	3	3
Não Respondeu	12	5,2	9	6,8	3	3
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Quando perguntados se haviam observado mudanças na forma de manifestar sua sexualidade 68,5% afirmaram que haviam observado, sendo estas mudanças atribuídas a idade (33,2%), doença (17,7%) e perda do companheiro (10,8%). A referência de perda do companheiro foi predominante nas mulheres.

Tabela 34 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo mudanças observadas na manifestação da sexualidade. Veranópolis-RS – 2005

MOTIVO	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Doença	41	17,7	20	15,2	21	21
Perda de Interesse	4	1,7	2	1,5	2	2
Idade	77	33,2	43	32,6	34	34
Diminuição do Afeto	2	0,9	1	0,8	1	1
Perda do Companheiro	25	10,8	23	17,4	2	2
Falta de Diálogo	4	1,7	2	1,5	2	2
Menopausa	5	2,2	5	3,8	-	-
Superação de Preconceitos	1	0,4	1	0,8	-	-
Aumento de Afeto	4	1,7	1	0,8	3	3
Maiores Esclarecimentos	1	0,4	-	-	1	1
Não Observa Mudanças	49	21,1	21	15,9	28	28
Não Sabe	9	3,9	8	6,1	1	1
Não Respondeu	10	4,3	5	3,8	5	5
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Para 29,3% do total dos idosos entrevistados, sexo na velhice é considerado natural, enquanto que 17,2% consideram sexo na velhice desnecessário. Salienta-se que 15,1% consideram o sexo muito importante, embora 13,8% acreditam que seja menos intenso na velhice. Para 8,6% dos idosos, o sexo na velhice é igual do que em outras idades, em contrapartida 3,4% afirmam ser diferente. Nove idosos (3,9%) não responderam a questão enquanto que 2,6% afirmaram não saber responder.

Tabela 35 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a opinião sobre sexo na velhice. Veranópolis-RS – 2005

OPINIÃO	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Muito importante	35	15,1	14	10,6	21	21
Natural	68	29,3	36	27,3	32	32
Necessário	14	6	5	3,8	9	9
Menos Intenso	32	13,8	17	12,9	15	15
Desnecessário	40	17,2	37	28	3	3
Diferente	8	3,4	4	3	4	4
Igual às outras Idades	20	8,6	10	7,6	10	10
Não Sabe	6	2,6	5	3,8	1	1
Não Respondeu	9	3,9	4	3	5	5
TOTAL	232	100	132	100	100	100

5.7 Aspectos da Saúde

De acordo com a própria percepção, 64,2%, ou seja, 149 idosos consideram a saúde regular, 27,6% consideram a saúde como ótima ou boa e 8,1% como má ou péssima.

Tabela 36 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a percepção pessoal de saúde. Veranópolis-RS – 2005

PERCEPÇÃO DA SAÚDE	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Ótima	15	6,5	10	7,6	5	5
Boa	49	21,1	28	21,2	21	21
Regular	149	64,2	83	62,9	66	66
Má	8	3,4	6	4,5	2	2
Péssima	11	4,7	5	3,8	6	6
TOTAL	232	100	132	100	100	100

Para a aplicação do teste qui-quadrado as variáveis da saúde percebida foram aglutinadas da seguinte forma: saúde percebida ótima ou boa foi considerada como satisfatória e saúde percebida regular, má ou péssima foi considerada como insatisfatória.

No cruzamento com as variáveis observou-se associação da saúde com a escolaridade, consulta médica nos últimos seis meses, internação hospitalar, hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, AVC, úlcera, infecção urinária, sensação de inutilidade, de fraqueza e dor de cabeça.

Tabela 37 - Saúde Percebida: satisfatória ou insatisfatória versus outras variáveis.
Veranópolis-RS – 2005

Variável	Valor de p
Gênero	p=0,638
Cor	p=0,453
Estado Civil	p=0,361
Idade	p=0,374
Escolaridade	p=0,009
Tipo de Moradia	p=0,104
Relação Familiar	p=0,820
Aposentadoria	p=0,225
Crença de Vida Longa	p=0,092
Sexo na Velhice	p=0,212
Consulta nos últimos seis meses	p=0,001
Satisfação com último Atendimento	p=0,385
Internação Hospitalar	p=0,015
Atividade Física Regular	p=0,553
Hipertensão	p=0,012
Diabetes	p=0,011
Problemas Cardíacos	p=0,025
AVC	p=0,022
Úlcera, Gastrite	p=0,002
Infecção Urinária	p=0,001
Uso de Tabaco	p=0,183
Acontecimentos Interessantes nas AVDs	p=0,865
Sensação de ninguém o(a) entende	p=0,848
Sono Agitado	p=0,106
Felicidade	p=0,424
Sensação de Inutilidade	p=0,045
Sentir-se bem	p=0,359
Cefaléia	p=0,006
Sensação de Fraqueza	p<0,001
Teste de Qui-Quadrado	

Dos idosos entrevistados, 81,9% consultou médico nos últimos seis meses, sendo que destes 81 (81%) são homens e 109 (82,6%) são mulheres.

Tabela 38 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a realização de consulta médica nos últimos seis meses. Veranópolis-RS – 2005

CONSULTA MÉDICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
SIM	190	81,9	109	82,6	81	81
NÃO	42	18,1	23	17,4	19	19
TOTAL	232	100	132	100	100	100

O local em que a maior parcela de idosos consultou a última vez foi apontado como sendo o posto de saúde do bairro (47,8%), seguido de consultório médico particular (30,2%). Na ocasião da consulta 85,3% dos idosos receberam prescrição e/ou orientação médica.

Tabela 39 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o local da última consulta. Veranópolis-RS – 2005

LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Posto do Bairro	111	47,8	60	45,5	51	51
Outro Posto de Saúde	18	7,8	11	8,3	7	7
Consultório Médico Particular	70	30,2	43	32,6	27	27
Ambulatório do Hospital	7	3	4	3	3	3
Ambulatório de Faculdade	1	0,4	-	-	1	1
Ambulatório de Policlínica	2	0,9	2	1,5	-	-
Atendimento Domiciliar	4	1,7	2	1,5	2	2
Não Consultou	19	8,2	10	7,6	9	9
TOTAL	232	100	132	100	100	100

A medicação prescrita foi comprada por 44,8% dos indivíduos. Outros 32,8% ganharam a medicação e 7,8% dos idosos ganharam uma parte da medicação e compraram o restante. Não se aplica se refere aos idosos que não conseguiram a medicação e aos não receberam prescrição médica.

Tabela 40 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a aquisição dos medicamentos . Veranópolis-RS – 2005

AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Comprou	104	44,8
Ganhou	76	32,8
Comprou e Ganhou	18	7,8
Não se aplica	34	14,7
TOTAL	232	100

A grande maioria dos idosos (87,9%) mostrou-se satisfeita com o último atendimento médico recebido.

No último ano, 27,6% do total de idosos entrevistados tiveram internação hospitalar, sendo que destes 15,5% tiveram uma única internação, 5,2% duas vezes, 2,2% três vezes e 4,7% mais de três internações hospitalares.

Tabela 41 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a internação hospitalar no último ano. Veranópolis-RS – 2005

INTERNAÇÃO HOSPITALAR	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Sim, uma vez	36	15,5
Sim, duas vezes,	12	5,2
Sim, três vezes	5	2,2
Sim, mais de três vezes	11	4,7
Não	168	72,4
TOTAL	232	100

Analisando os problemas de doenças mais freqüentes apresentados pelos indivíduos nos últimos seis meses encontrou-se, na totalidade dos idosos pesquisados, a hipertensão arterial com maior freqüência (59,5%), em segundo lugar está o reumatismo articular ou artrose (30,2%) e em terceiro obteve-se bronquite com tosse e expectoração (27,6%), vindo a seguir 24,1% com problemas de coluna, 22,5% problemas de úlcera ou gastrite, 19,8% osteoporose, 16,4% de problema de infecção urinária, 14,7 problemas cardíacos, 14,2% relataram diabetes.

Tabela 42 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as doenças em tratamento nos últimos seis meses relacionadas com o gênero. Veranópolis-RS – 2005

DOENÇA	SEXO	SIM		NÃO	
		N	%	N	%
Reumatismo	M	30	28	70	70
	F	40	30,2	92	69,7
Bronquite	M	34	34	66	66
	F	30	22,7	102	77,3
Hipertensão	M	53	53	47	47
	F	85	64,4	47	35,6
Coração	M	13	13	87	87
	F	21	15,9	111	84,1
Varizes	M	4	4	96	96
	F	11	8,3	121	91,7
Diabetes	M	15	15	85	85
	F	18	13,7	114	86,4
Isquemia, AVC	M	5	5	95	95
	F	8	6,1	124	93,9
Doença de Pele	M	2	2	98	98
	F	10	7,6	122	92,4
Coluna	M	21	21	79	79
	F	35	26,5	97	73,5
Gastrite	M	14	14	86	86
	F	37	28	5	72
Infecção Urinária	M	15	15	85	85
	F	23	17,4	109	82,6
Pneumonia	M	9	9	91	91
	F	5	3,8	127	96,2
Rins	M	4	4	96	96
	F	8	6,1	124	93,9
Osteoporose	M	9	9	91	91
	F	37	28	95	72
Câncer	M	6	6	93	93
	F	5	3,8	127	96,2

Numa questão aberta onde se investigava sobre a ocorrência de algum outro problema em tratamento nos últimos seis meses, que não houvesse sido perguntado anteriormente, houve a referência de depressão em 2,9% dos idosos, 1,3% relatou anemia e dois idosos (0,8%) mencionaram enxaqueca em tratamento.

Sobre a presença de cefaléia, 34,1% do total de idosos responderam positivamente. Considerando-se o gênero observou-se que, a incidência de cefaléia em mulheres é praticamente o dobro do total de homens idosos.

Tabela 43 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a presença de cefaléia. Veranópolis-RS – 2005

CEFALÉIA	FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Sim	57	43,2	22	22
Não	75	56,8	78	78
TOTAL	132	100	100	100

Em uma questão realizada exclusivamente às mulheres, onde se investigava a ocorrência de consulta a um ginecologista após a menopausa, a metade, 50% delas, respondeu afirmativamente. Foi significativa a quantidade de mulheres que não consultaram após a menopausa.

Tabela 44 - Distribuição das Idosas com 60 anos ou mais, segundo a consulta ao ginecologista após a menopausa. Veranópolis-RS – 2005

CONSULTA A GINECOLOGISTA	FREQUÊNCIA	
	N	%
SIM	66	50
NÃO	64	48,5
NÃO SABE	2	1,5
TOTAL	132	100

Para os homens questionou-se sobre o aparecimento de problemas relacionados à próstata nos últimos seis meses, obtendo-se resposta afirmativa em 15% do total de indivíduos do gênero masculino.

Tabela 45 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a existência de tratamento de próstata nos últimos seis meses. Veranópolis-RS – 2005

DOENÇA DE PRÓSTATA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
SIM	15	15
NÃO	83	83
NÃO SABE	2	2
TOTAL	100	100

Quanto à percepção da visão, mais da metade dos idosos, 65,1%, a consideram regular, 10,8% avaliaram como ruim, 6,0% como má ou péssima e 17,7% afirmam que a visão está boa. Nenhum sujeito entrevistado percebe a visão como excelente.

Tabela 46 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as condições de visão. Veranópolis-RS – 2005

CONDIÇÕES DA VISÃO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Cega	1	0,4
Péssima	14	6
Ruim	25	10,8
Regular	151	65,1
Boa	41	17,7
Excelente	-	-
TOTAL	232	100

Para os sujeitos que afirmaram que a visão não está boa, 42,7% ressaltaram a idade como causa da deficiência visual, não havendo diferença significativa entre os gêneros. Quase dez por cento dos idosos atribuíram a deficiência à catarata e 8,6% à falta ou problema de óculos. O uso de óculos ou lente de contato foi averiguado em 66,5% dos entrevistados.

Tabela 47 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a atribuição da visão deficiente percebida. Veranópolis-RS – 2005

ATRIBUIÇÕES	FREQÜÊNCIA		GÊNERO			
			FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Falta ou Problema de Óculos	20	8,6	13	9,8	7	7
Catarata	22	9,5	17	12,9	5	5
Glaucoma	3	1,3	2	1,5	1	1
Diabete	13	5,6	6	4,5	7	7
Pressão Alta	7	3	5	3,8	2	2
Idade	99	42,7	55	41,7	44	44
Falta de Dinheiro	17	7,3	8	6,1	9	9
Não se aplica	43	18,5	24	18,2	19	19
Acidente de Trabalho	4	1,7	1	0,8	3	3
Inflamação Ocular	1	0,4	1	0,8	-	-
Catarata e Diabete	1	0,4	-	-	1	1
Não Sabe	2	0,9	-	-	2	2
TOTAL	232	100	132	100	100	100

A grande maioria dos idosos (59,9%) afirma não apresentar problemas relacionados à audição, 22,4 % refere ouvir com alguma mínima dificuldade, 12,9% ouvem com dificuldade e uma parcela de 4,7% afirma ouvir com muita dificuldade.

Tabela 48 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as condições percebidas da audição. Veranópolis-RS – 2005

CONDIÇÕES DE AUDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Surdo Total	-	-
Ouve com muita Dificuldade	11	4,7
Ouve com Dificuldade	30	12,9
Ouve com alguma Dificuldade (mínima)	52	22,4
Sem problemas	139	59,9
TOTAL	232	100

A maioria 49 (21,1%) dos idosos que apresenta dificuldade de audição atribui este fato à idade, 12,5% salientam como causa de doença do ouvido e 5,2% acreditam ser por falta de condições financeiras para o tratamento ou aos ruídos da profissão a que se dedicaram ao longo da vida. Dos idosos entrevistados, 11,2% utiliza aparelho auditivo.

Tabela 49 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as atribuições da dificuldade da audição. Veranópolis-RS – 2005

ATRIBUIÇÕES DA DIFICULDADE DE AUDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Idade	49	21,1
Doença do Ouvido	29	12,5
Falta de Aparelho	2	0,9
Falta de Dinheiro para tratamento	6	2,6
Profissão	6	2,6
Não se Aplica	140	60,3
Total	232	100

Quanto à mastigação, mais da metade dos idosos afirmam não terem problemas, 16,4% raramente apresentam dificuldade para mastigar enquanto que 10,8% freqüentemente têm dificuldade e 5,6% alegaram que sempre apresentam dificuldade para mastigar. Da totalidade de indivíduos entrevistados, 67,3% utilizam prótese dentária.

Tabela 50 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as dificuldades mastigatórias percebidas. Veranópolis-RS – 2005

DIFICULDADE PARA MASTIGAR	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Nunca	156	67,2
Raramente	38	16,4
Freqüentemente	25	10,8
Sempre	13	5,6
TOTAL	232	100

No que diz respeito ao controle esfinteriano, 89,2% responderam que controlam normalmente a urina e fezes, 10,3% responderam que controlam com dificuldade e 0,4%, um sujeito, afirma não ter controle esfinteriano.

Tabela 51 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o controle esfinteriano. Veranópolis-RS – 2005

CONTROLE ESFINCTERIANO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Controla Normalmente	207	89,2
Controla com Dificuldade	24	10,3
Não Controla	1	0,4
TOTAL	232	100

Os idosos que apresentam dificuldades com o controle esfincteriano concentram-se com maior frequência na faixa etária de 75 a 80 anos. Registrou-se somente um caso onde não há controle de esfíncter. As mulheres apresentam mais dificuldades de controle do que os homens.

Tabela 52 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, por faixa etária segundo o controle esfincteriano. Veranópolis-RS – 2005

CONTROLE ESFINCTERIANO	FAIXA ETÁRIA						
	60-64	65-70	71-74	75-80	81-84	85-90	90 OU MAIS
	%	%	%	%	%	%	%
Controla Normalmente	90,5	92,7	85,7	81,8	85,7	100	-
Controla com Dificuldades	8,1	7,4	14,3	18,2	14,3	-	-
Não Controla	1,4	-	-	-	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100	100	100	-

No que se refere à atividade física, dos 232 idosos entrevistados, 57,4% afirmaram praticar, pelo menos uma vez por semana, algum tipo de atividade física regular. Destes, 21,6% pratica mais de três vezes por semana. Observa-se que, em termos de gênero e porcentagem, os homens afirmam praticar atividade mais de três vezes por semana e que uma quantidade maior de mulheres afirma não praticar atividade física regular.

Tabela 53 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a realização da atividade física. Veranópolis-RS – 2005

ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	FREQUÊNCIA		GÊNERO			
	N	%	FEMININO		MASCULINO	
			N	%	N	%
Sim, uma vez por semana	39	16,8	25	18,9	14	14
Sim, duas vezes por semana	19	8,2	11	8,3	8	8
Sim, três vezes por semana	25	10,8	13	9,8	12	12
Sim, mais de três vezes por semana	50	21,6	22	16,7	28	28
Não Praticou	99	42,7	61	46,2	38	38
TOTAL	232	100	132	100	100	100

A atividade física destacada por 116 (50%) dos idosos foi a caminhada, ficando as demais entre a ginástica 5,2%, pedalar 0,9%, jogar futebol 0,9% e hidroginástica 0,9%. Noventa e nove idosos (42,7%) não praticam nenhuma atividade física regular. Analisando a atividade física de acordo com o gênero, observou-se que da soma total de homens entrevistados 62% tinham uma atividade física, pelo menos uma vez por semana enquanto do total de mulheres obteve-se 71 idosas (53,7%).

A dificuldade para movimentar-se, por ocasião da entrevista, foi citada por 22,3% dos idosos sendo que destes, 8,6% caminha, mas não sobe escadas ou meio-fio, 7,3% caminha sob a supervisão de alguém, caminha 3,4%, sem supervisão, porém, utilizando meios artificiais, 1,7% caminha com meios artificiais e com supervisão. Um indivíduo (0,4%), desloca-se em cadeira de rodas, geralmente sem auxílio e 0,9% (2 indivíduos) deslocam-se em cadeira de rodas, necessitando auxílio. A grande maioria (77,6%) afirma deslocar-se sem nenhum problema, inclusive subir escadas.

Tabela 54 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o estado atual da deambulação. Veranópolis-RS – 2005

ESTADO ATUAL DA DEAMBULAÇÃO	FREQUÊNCIA		FAIXA ETÁRIA					
	N	%	60-64	65-70	71-74	75-80	81-84	85-90
Caminha sem problemas, inclusive sobe escadas	180	77,6	28	24,6	11,6	8,2	3,9	1,3
Caminha, mas não sobe escadas ou meio-fio	20	8,6	2,2	3	0,9	2,6	-	-
Caminha sob supervisão	17	7,3	0,9	0,9	1,7	1,7	0,9	1,3
Caminha com meios artificiais sem supervisão	8	3,4	0,4	0,4	0,9	1,3	0,4	-
Caminha com meios artificiais com supervisão	4	1,7	0,4	0,4	-	0,4	-	0,4
Desloca-se em cadeira de rodas, geralmente sem auxílio	1	0,4	-	-	-	-	0,4	-
Desloca-se em cadeira de rodas, com auxílio	2	0,9	-	-	-	-	0,4	0,4
Restrito ao leito ou à cadeira	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	232	100	31,9	29,3	15,1	14,2	6	3,4

Entre as causas mais freqüentes citadas pelos idosos relacionadas à dificuldade de movimentação, encontra-se o reumatismo articular, relatado por 9,9% deles, distúrbios da visão (3,9%), derrame cerebral (3,0%), vertigem (2,6%). Dentre as causa menos comuns constatou-se acidente de trânsito (1,7%), queda com fratura (1,3%), problemas circulatórios (0,9%), falta de interesse ou recusa a movimentar-se (0,4%),e amputação de membro(s) (0,4%).

Tabela 55 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a dificuldade de deambulação. Veranópolis-RS – 2005

CAUSA DA DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Derrame Cerebral	7	3
Distúrbios da Visão	9	3,9
Reumatismo Articular	23	9,9
Queda com Fratura	3	1,3
Acidente de Trânsito	4	1,7
Mal de Parkinson	1	0,4
Vertigem	6	2,6
Falta de Interesse ou Recusa a Movimentar-se	1	0,4
Problema Circulatório	2	0,9
Amputação de Membro(s)	1	0,4
TOTAL	57	24,5

Quando perguntados sobre a ocorrência de fratura após os 50 anos sem ter sido por acidente de trânsito, 27,9% responderam afirmativamente, sendo a maior ocorrência em costelas representando 7 idosos (3,0%). Em termos de freqüência relacionada ao gênero, constatou-se uma maior ocorrência de fratura de punho, costelas, pés, e cóccix em mulheres enquanto que em homens idosos prevaleceram as fraturas de mão, fêmur, quadril, clavícula e joelho.

Tabela 56 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a ocorrência de fratura sem ter sido por acidente de trânsito. Veranópolis-RS – 2005

LOCAL DA FRATURA	GÊNERO	FREQUÊNCIA		FAIXA ETÁRIA
		N	%	
MÃO	Masculino	2	2	66; 85
	Feminino	1	0,8	63
PUNHO	Masculino	1	1	69
	Feminino	3	2,8	64; 67; 84
FÊMUR	Masculino	3	3	60; 62; 78
	Feminino	2	1,5	61; 72
COSTELA	Masculino	3	3	66; 73; 74
	Feminino	4	3	66; 67; 72; 81
PÉS	Masculino	1	1	66
	Feminino	2	1,5	63; 64
CÓCCIX	Masculino	-	-	-
	Feminino	2	1,5	63; 74
QUADRIL	Masculino	1	1	80
	Feminino	-	-	-
CLAVÍCULA	Masculino	3	3	64; 64; 78
	Feminino	-	-	-
JOELHO	Masculino	1	1	70
	Feminino	-	-	-
BRAÇO	Masculino	1	1	68
	Feminino	1	0,8	61

Quanto à necessidade de auxílio para atividades de vida diária constatou-se o seguinte: 30,6% dos idosos necessitam de auxílio para as atividades da casa (limpeza, manutenção, preparo das refeições); 9,1% necessitam de auxílio para tomar remédios, enquanto que sete idosos (3,0%) não tomam remédios; 7,3% necessitam de auxílio para realizar sua higiene e 4,3% carecem de ajuda para alimentar-se. Quando as variáveis são cruzadas em termos de gênero, verifica-se uma frequência maior de homens idosos (8%), necessitando de ajuda na alimentação e tomar remédios (11%). As mulheres nesta questão referiram necessidade de auxílio em 1,5% e 7,6% respectivamente. As demais variáveis (cuidar da casa e higiene pessoal) revelaram percentuais similares entre os gêneros.

Tabela 57 - Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo a necessidade de auxílio para as atividades de vida diária. Veranópolis-RS – 2005

NECESSIDADE DE AUXÍLIO	CUIDAR DA CASA		TOMAR REMÉDIOS		HIGIENE PESSOAL		ALIMENTAR-SE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	71	30,6	21	9,1	17	7,3	10	4,3
não	161	69,4	204	87,9	215	92,7	222	95,7
TOTAL	232	100	225	97	232	100	232	100

O hábito de consumir bebidas alcoólicas foi afirmado em 34% dos homens idosos, caindo para 6,1% entre as mulheres idosas. A prevalência total do uso de álcool é de 18,1%.

Tabela 58- Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo o consumo de álcool e tabaco. Veranópolis-RS – 2005

CONSUMO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Álcool	Sim	8	6,1	34	34	42	18,1
	Não	124	93,8	66	66	190	81,9
	TOTAL	132	100	100	100	232	100
Tabaco	Sim	6	4,5	23	23	29	12,5
	Não	126	95,5	77	77	203	87,5
	TOTAL	132	100	100	100	232	100

Verificou-se o hábito de usar tabaco em 12,5% dos idosos entrevistados, distribuídos em 4,5% do total de mulheres e 23% do total de homens.

A maioria dos indivíduos entrevistados (85,8%), relatou acordar bem e descansados na maioria das manhãs. Destes 109 (82,9%) são mulheres e 90 (90%) são homens. Sono agitado foi revelado por 39,7% sendo mais freqüente nas mulheres.

Vontade de abandonar o lar foi relatado por 15,5% e 16,4% dos sujeitos sentem freqüentemente a sensação de ninguém os entende. Analisando por gênero, os homens apresentam mais este sentimento do que as mulheres. A sensação de que o mundo ou as pessoas estão contra o idoso é notificada por 9,8% das mulheres e 8,0% dos homens.

O sentimento de inutilidade, às vezes, é sentido por 15,5% dos idosos. Dores de cabeça são referidas por 34,1% dos idosos, sendo que nas mulheres a proporção praticamente dobra. A fraqueza é referida por 19,4% dos idosos entrevistados.

Uma vida cheia de acontecimentos interessantes foi afirmada por 90,1% dos idosos. Quando questionados se nos últimos anos, sentiram-se bem durante a maior parte do tempo, 90,9% responderam afirmativamente. Quase a totalidade dos idosos afirma ser felizes a maior parte do tempo.

Tabela 59- Distribuição dos Idosos com 60 anos ou mais, segundo as variáveis psicogerítricas. Veranópolis-RS – 2005

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA		MASCULINO		FEMININO	
		N	%	N	%	N	%
Acorda bem e descansado na maioria das manhãs?	Sim	199	85,8	90	90	109	82,9
	Não	33	14,2	10	10	23	17,4
Sua vida é cheia de acontecimentos interessantes?	Sim	209	90,1	89	89	120	90,9
	Não	23	9,9	11	11	12	9,1
Já teve vontade de abandonar o lar?	Sim	36	15,5	16	16	20	15,2
	Não	196	84,5	84	84	112	84,8
Tem freqüentemente a sensação de que ninguém o entende?	Sim	38	16,4	20	20	18	13,6
	Não	194	83,6	80	80	114	86,4
Sono agitado ou conturbado?	Sim	92	39,7	37	37	55	41,7
	Não	140	60,3	63	63	77	58,3
É feliz na maior parte do tempo?	Sim	225	97	98	98	127	96,2
	Não	7	3,0	2	2,0	5	3,8
Sente que o mundo ou as pessoas estão contra o senhor?	Sim	21	9,1	8	8,0	13	9,8
	Não	211	90,9	92	92	119	90,2
Se sente por vezes, inútil	Sim	36	15,5	16	16	20	15,2
	Não	196	84,5	84	84	112	84,8
Nos últimos anos, tem se sentido bem na maior parte do tempo?	Sim	211	90,9	92	92	119	90,2
	Não	21	9,1	8	8,0	13	9,8
Dor de cabeça	Sim	79	34,1	22	22	57	43,2
	Não	153	65,9	78	78	75	56,8
Se sente fraco a maior parte do tempo?	Sim	45	19,4	18	18	27	20,5
	Não	187	80,6	82	82	105	79,5

DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo, dos 232 idosos entrevistados, a maioria são mulheres, confirmando o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento. De acordo com Berquó, a feminização vem ocorrendo desde o final da década de 80, mas há muito tempo tem sido superior no país o número absoluto de mulheres idosas, quando comparado ao de homens idosos.⁴⁴ A maior proporção de mulheres e a prevalência de viuvez entre as mesmas também é um achado típico do envelhecimento. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer tem sido maior no gênero feminino por estar associada a fatores como, proteção cardiovascular produzida pelos hormônios femininos, condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos no trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde com melhor conhecimento destes, maior utilização dos serviços de saúde.⁴⁵

O grupo etário majoritário está na faixa de 60 a 70 anos, semelhante aos resultados encontrados em outros estudos como de Araújo et al ⁴⁶, Pacheco e Santos ⁴⁷ e Monteiro.⁴⁸

Dos idosos atendidos por um Programa de Saúde de Veranópolis, 90,1% são da cor branca e 81,9% são provenientes do meio rural. A região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, onde está localizado o município de Veranópolis, foi colonizada, em 1884, por uma leva de imigrantes italianos, provenientes das províncias de Vincenza, Pádua, Treviso, Cremona, Mântua, Belluno e Tirol. Após a etapa do desbravamento, a agricultura toma logo grande impulso.⁴⁹ Este fluxo imigratório foi determinante na formação étnica da população residente atualmente na região.

No início deste processo de colonização, a busca por terras e o desenvolvimento da produtividade agrária como meio de sobrevivência, determinou a concentração da maioria da população na zona rural, o que explica o predomínio dos idosos nascidos nesta região. Apesar da maioria dos idosos terem nascido na zona rural, atualmente, todos os idosos entrevistados residem na zona urbana. De acordo com dados divulgados pelo IBGE, a distribuição urbana-rural da população de idosos insere-se no contexto do processo de crescente urbanização do Brasil. A proporção de idosos residentes em áreas rurais passou de 23,3% em 1991 para 18,6% em 2000.⁵⁰ Este “confronto” entre o estilo de vida urbano e rural e as mudanças advindas desse processo de urbanização deve ser considerado na atenção prestada pelos profissionais da Saúde da Família.

A cultura migratória é importante na definição de valores e estilo de vida dos idosos, sendo esta uma variável a ser considerada na composição do perfil, uma vez que esclarece a relação desses idosos com o setor agrícola, como principal fator econômico ao qual estiveram vinculados, a maior parte de suas vidas.⁵¹

Em relação ao estado conjugal, os idosos casados foram predominantes (56,5%), demonstrando o valor do matrimônio na vida desses sujeitos. Percebe-se que as mulheres ficam solteiras e permanecem viúvas mais dos que os homens, em relação a essa questão, Veras, afirma que é incomum o casamento nos maiores de 60 anos, porém os homens têm mais possibilidade de realizá-lo do que as mulheres.⁵²

Analisando-se o fato das mulheres apresentarem uma tendência maior de ficarem sozinhas, elas passam a adotar o papel de chefe de família e cuidadoras. Seu apoio torna-se restrito aos filhos e a eventualmente algum parente a quem possam na minoria das vezes, prestar algum tipo de ajuda. Desse ponto de vista, a viuvez das mulheres aliada a dependência são fatores importantes a serem considerados no suporte prestado pelas equipes de saúde da família.

Quanto à escolaridade, a população estudada revelou um baixo nível de escolaridade, 77,2% são representados por todos os analfabetos, alfabetizados

fora da escola ou primário incompleto. Essa proporção, embora alta, foi menor que a encontrada em um estudo realizado por Monteiro.⁴⁸

No estudo de Monteiro, realizado com idosos usuários do SUS no município de Alambari-SP, a proporção de idosos encontrada com baixa escolaridade foi de 87%.

A taxa de analfabetos corresponde a um índice significativo de 19% do total de idosos, onde o contingente de mulheres analfabetas é maior do que o de homens. Segundo dados do IBGE, nas décadas de 1930 até meados de 1950, o ensino fundamental era restrito a frações sociais específicas, sendo o baixo nível de escolaridade da população idosa um reflexo desse acesso desigual.⁵³ Aliada a inacessibilidade ao sistema educacional no século passado, estão os valores culturais e sociais, pertencendo para a mulher um papel mais “doméstico” .

Ao serem cruzados os dados quanto à procedência dos idosos e a relação com a escolaridade, verifica-se que dos 44 analfabetos, 41 são de procedência rural e dos 13 alfabetizados fora da escola, 10 são da mesma procedência, confirmando a premissa.

O baixo nível de escolaridade torna-se preocupante sobretudo por poder contribuir tanto para o aparecimento de doenças quanto no déficit de conscientização para as necessidades e os cuidados com a saúde ao longo da vida. A adesão aos tratamentos também pode ser comprometida principalmente em relação às ações educativas e orientações oferecidas em consultas nas unidades sanitárias.

Em relação ao tipo de moradia, todos os idosos afirmaram morar em casa. Destes, a grande maioria, (89,2%) possuem casa própria e mais da metade dos entrevistados afirmaram possuir terreno de sua propriedade. É importante salientar que 97% dos idosos utilizam rede pública com canalização e na quase totalidade de residências (99,6%) encontra-se banheiro com vaso sanitário e chuveiros (tabela 8 p. 52). Diante destes dados observa-se que a maioria dos

idosos atendidos por um programa de saúde da família em Veranópolis, possuem as condições básicas de moradia e infra-estrutura.

No que diz respeito à convivência familiar, a grande maioria dos idosos 84,5%, mora com pelo menos um membro da família, 15,1% moram sozinhos mas mantêm vínculos familiares e somente um idoso reside com uma pessoa que não é do círculo familiar. Essa alta proporção de idosos que vivem com familiares confirma os dados encontrados sobre a satisfação nas relações familiares. Essa proporção de idosos que residem sozinhos é menor quando comparados com dados do censo demográfico de 2000, onde apontam que 17,9% dos idosos vivem em domicílios unipessoais.⁴⁹ Farinasso, encontrou 17,4% da sua amostra de idosos morando sozinhos.⁵⁴ Este achado reflete nesta parcela de idosos uma situação de independência e aptidão de exercer o auto-cuidado de maneira satisfatória. É importante não perdermos de vista que o idoso pesquisado vive em domicílio, no meio urbano e possui autonomia.

Segundo os resultados da pesquisa, pode-se constatar que os idosos de Veranópolis atendidos por um programa de saúde da família são gratos pelo auxílio que recebem do posto de saúde local, fato esse registrado pelo reconhecimento dos mesmos ao salientar que a ajuda mais expressiva para eles é recebida pelo posto de saúde em forma de remédios. Pode-se também atribuir este resultado ao fato das agentes comunitárias terem auxiliado na coleta de dados.

Na visão de cuidado com a saúde, Bós, afirma que há duas opções no atendimento à saúde: o idoso pode utilizar a rede pública ou a rede privada, dependendo das suas condições econômicas. O SUS não comporta custos financeiros explícitos. Comparado com o provedor privado o SUS é tipicamente caracterizado como sendo um provedor de baixa qualidade, que demanda um tempo longo para conseguir atendimento sem a garantia da disponibilidade deste atendimento.⁵⁶ Antagonicamente Monteiro⁵⁷, salienta que a saúde primária não deve ser confundida com atenção precária, e que é necessária a definição de políticas e planejamentos de ações adequadas para os problemas da população. Bós comprova em seu estudo que a renda familiar, mais do que a renda individual do idoso, influi na opção e decisão pelo local de atendimento.⁵⁵ Dessa

maneira, qualquer que seja a política de saúde para o idoso, deve além de conhecer as características desse sujeito, levar em consideração a inclusão desse idoso no contexto familiar.

Atualmente, a maioria dos idosos, encontram-se fora da população economicamente ativa. Este fato provavelmente é devido a cobertura do benefício previdenciário que a maioria afirma receber. A diferença significativa encontrada entre homens e mulheres aposentadas se ajusta com os resultados obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998, onde 77,6% dos homens idosos eram aposentados e enquanto que para as mulheres esta proporção foi de 53,1%.⁵⁹

A proporção total de idosos aposentados deste estudo coincide com o encontrado por Pacheco & Santos, em usuários do SUS, no estado de Pernambuco.⁴⁷

Quanto à profissão ou ocupação exercida pelos idosos antes da aposentadoria, 35,3% indicou o setor agrícola como principal atividade. Este resultado pode ser considerado reflexo das características da região, que ao longo da sua evolução histórica teve a agricultura como principal opção. A ocupação da terra na Mesoregião Nordeste é importante na análise do perfil do idoso desta região. Essa região teve um processo econômico-político diferenciado das demais regiões da sociedade rio-grandense, devido à influência colonizadora que propiciou ao imigrante o acesso à pequena propriedade.⁵¹ Essa presença da cultura de imigração européia se expressa no município de Veranópolis, além do trabalho, através de uma série de valores culturais, morais, religiosos, e econômicos que marcaram a construção de sua identidade. Veranópolis é também conhecida como o berço da maçã, o que vem a reforçar o trabalho na área agrícola.

No que se refere à renda individual observou-se que uma grande proporção de idosos, 56,5%, tem a origem da renda vinculada à aposentadoria, e recebe entre um e menos que dois salários mínimos. Uma parcela de 20,3% possui uma renda de dois a menos que três salários mínimos. Esses resultados corroboram com os encontrados na variável nível de escolaridade, percebendo-

se a influência desta na profissão ao longo da vida e logo também no salário. Num estudo realizado com os idosos do Rio Grande do Sul, observou-se que 49,08% dos 7.821 idosos recebem entre um salário mínimos e menos de dois salários mínimos.⁴³ É interessante ressaltar que dos 9,5% dos idosos referiram não ter renda pessoal somente dois (0,9%) são homens.

Quando perguntados sobre a renda familiar, 16,8% afirmaram arrecadar entre um a menos de dois salários mínimos (de R\$ 300,00 a R\$ 599,99), a maior concentração de idosos situou-se entre dois a menos de três salários mínimos (28%), entre R\$ 600,00 e R\$ 899,99. O salário mínimo vigente na ocasião da entrevista era de R\$ 300,00. Segundo o DIEESE, o salário mínimo, de acordo com o preceito constitucional deve ser capaz de atender às necessidades vitais básicas do indivíduo e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo (Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV).⁵⁸ Uma avaliação feita pelo DIEESE, do salário mínimo necessário para uma família de dois adultos e duas crianças, estima um valor de R\$ 1.458,42. O Brasil se destaca no cenário mundial pela sua elevada desigualdade na distribuição de renda e os idosos entrevistados parecem não ser exceção.

A principal despesa referida pelo idoso foi a alimentação, que mesmo não sendo sofisticada, tem-se a necessidade diária, gerando gastos mais perceptíveis, uma vez que 91% dos idosos afirmou ter participação econômica na família.

Os resultados demonstram que os idosos atendidos por um programa de saúde da família em Veranópolis são pessoas de origem humildade que, na maior parte de suas vidas exerceram atividades de baixa qualificação profissional, que pertencem a classes econômicas baixas e que tem um papel importante na economia familiar.

Fica evidente a importante contribuição do idoso no contexto financeiro da família, embora tenha se percebido também que a cultura local valoriza o idoso pela sua vivência e sabedoria.

Na terceira idade, com a segurança da aposentadoria, há uma possibilidade para a prática do lazer decorrente de uma disponibilidade maior de tempo livre. Dependendo da filosofia de vida, dos valores individuais e sociais, para alguns o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; já para outros pode ser um tempo de liberdade, de desligamento de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer, de aproveitar a vida.⁵⁹

As opções de como ocupar o tempo livre e de como gostaria de ocupar o tempo livre variam de pessoa para pessoa, uma vez que se diferenciam dependendo o sexo, a situação socioeconômica, a faixa etária, a aptidão física, a saúde e o ambiente em que se vive. A questão, de escolha múltipla, possibilitou que cada sujeito colocasse mais do que uma opção, de acordo com seu estilo de vida.

O idoso entrevistado, em sua grande maioria (80,2%) ocupa seu tempo livre conversando com amigos, 67,8% assistindo televisão e 60,8% ouvindo rádio. Pode-se observar que ocupar o tempo despendido conversando com amigos pode ser uma maneira de evitar o isolamento, de se socializar. O fato de assistir televisão e ouvir rádio pode ser uma maneira de se atualizar, de modo a encontrar assuntos e até argumentos para as conversas entre amigos.

Quando questionados sobre como gostariam de ocupar seu tempo livre, houve uma preferência por sair (viajar, passear) de 36,3%. É possível que este dado expresse o desejo de conhecer outros lugares, ou visitar parentes mais distantes, no entanto, a falta de condições financeiras de passear/viajar pode estar sendo um fator limitante. Trabalhar na terra, cortar lenha, demonstra que embora fossem pessoas acostumadas ao trabalho mais braçal, suas condições atuais de força e agilidade já não lhes permitem fazer o que faziam outrora. O grupo caracterizado como diversão, bem como os que prefeririam conversar com amigos, evidenciam atividades que exigem pouco ou nenhum esforço físico, demonstrando a satisfação pelas coisas simples da vida ou até a falta de expectativas ou condições financeiras para fazer algo diferente. O anseio por praticar atividades físicas pode estar associado ao conceito do lazer como algo pessoal, em benefício próprio. Não se pode afirmar que o fato de que querer ou

não desenvolver uma atividade física, esteja relacionado a dificuldades de ordem física, sócio-econômicas ou falta de oportunidades. No entanto, dos idosos entrevistados, constatou-se que a maioria não apresenta restrições físicas para a prática de lazer ou físicas e no município estudado existem grupos onde o idoso pode participar gratuitamente de atividades de recreação e mesmo físicos.

Não surpreende o fato de mais da metade dos idosos entrevistados (72%) participarem de uma associação religiosa, visto que 87,1% dos sujeitos são católicos e 96,3% dos idosos se dizem praticantes e ainda 60,3% afirmam terem ficado mais religiosos com o passar dos anos. O forte apego à religião demonstrada pelos idosos da região Nordeste do Rio Grande do Sul foi divulgada em pesquisa de divulgação nacional, onde confirmou-se que o idoso desta região é mais católico e religioso que o brasileiro em geral, pois nesta pesquisa 72% se disseram católicos e 11% evangélicos, e no estado o percentual de católicos é de 74,9%.⁵¹ Semelhante a isso, Monteiro⁴⁸, encontrou em seu estudo, 81,5% de católicos entre os idosos usuários de SUS em Alambarí-SP, enquanto que Araújo⁴⁶, encontrou resultados diferentes em estudo realizado com idosos atendidos por Programa de Saúde da Família em Goiânia, apontando 46,8% católicos e 42,3% evangélicos.

O aspecto religioso não foi muito modificado no idoso, embora a tecnologia atual possa explicar antigos mistérios que eram atribuídos exclusivamente a Deus. A religião também está fortemente associada à saúde e alguns fatores que podem contribuir para esta relação são a urbanização crescente, principalmente com as migrações e imigrações, significando, às vezes, a perda do seu lugar de origem e a procura da identidade com o local; o refúgio da crise e da desordem que as classes populares procuram nas igrejas.

A longevidade para os sujeitos entrevistados de Veranópolis está associada principalmente com o fato de se gostar de viver (35,3%) e em seguida a alimentação (30,2%). É curioso observar que ao comparar esta variável entre os gêneros, as mulheres idosas se sobressaíram na primeira questão mais referenciada, ocorrendo o inverso na segunda alternativa onde o destaque da opção foi maior entre os homens idosos. Resultados semelhantes são encontrados na pesquisa com os idosos do Rio Grande do Sul, onde gostar de

viver foi apontado por 26,71% e a alimentação adequada por 19,28%, não sendo feita referência quanto ao gênero. Pode se especular que, principalmente em relação ao sexo feminino, as doenças degenerativas e psicológicas são mais evidências até por se viver mais, e a convivência com as limitações que a idade pode impor, resta como alternativa o gosto pela vida, ou ainda pode demonstrar a satisfação dessas idosas perante vida que tem.

Os estudos realizados em Veranópolis apontam a alimentação como um fator importante na longevidade, onde se enfatizou que a dieta, os exercícios e o comportamento são considerados como “receitas de bem viver”.⁴²

O destaque e a importância que os idosos atribuem a família pôde ser novamente comprovado quando mais da metade escolheram os parentes como opção de convivência na impossibilidade de um dia viverem sozinhos. A família passa a ser o suporte do idoso na velhice.

Analisando que o envelhecimento pode manifestar uma diminuição da mobilidade e a possibilidade da ocorrência de doenças, a saúde mereceu destaque (58,2%), dentre as demais opções, quando perguntados sobre o valor mais importante na vida. A família é reverenciada novamente nesta questão, sendo a segunda opção mais valorizada pelos sujeitos.

A falta de assistência à saúde (20,3%) foi o primeiro problema social que o idoso gostaria de ver resolvido no país, seguido da corrupção dos políticos (18,1%) mais apontada pelos homens, e do desemprego (16,4%). Estas opções demonstram um idoso bem informado, conectado com a realidade, uma vez que estas questões correspondem à atualidade e são visões mais coletivas, onde a saúde não tem recebido a atenção necessária das autoridades, a corrupção dos políticos é vexatória e cada vez mais notória e o desemprego passou a ser um fantasma indesejado mas, presente na vida das pessoas, alterando o seu padrão de vida.

Nas questões onde se abordavam a sexualidade, por se tratar de um tema bastante íntimo, observou-se elevado constrangimento principalmente por parte das mulheres, fato observado no número de respostas não sabe (5,6%) e não

respondeu (5,2%) das mesmas em comparação com os homens. Esta questão foi a que mais produziu esta opção de resposta em todo o questionário. Quando perguntadas sobre o sexo na velhice, 28% das mulheres o acham desnecessário. A questão da sexualidade há anos atrás tinha uma abordagem muito diferente dos nossos dias, principalmente para as mulheres. Herédia e Casara ⁵¹, destacam que o sexo era visto como se não fosse algo natural do ser humano ou como se o indivíduo fosse um ser assexuado.

Atenções especiais e toques tiveram resultados semelhantes e as relações sexuais foram referidas somente por 7,3% dos idosos, com predomínio dos homens, fato que se observou também quando manifestaram a opinião individual sobre o sexo. Pode-se especular que enquanto a “educação sexual” foi mais reprimida e discriminatória para a mulher, para o homem foi mais permissiva, determinando comportamentos diferenciados entre os gêneros.

Os resultados da pesquisa dos idosos no Rio Grande do Sul, na opinião sobre sexo na velhice, apontam 6,7% enquanto os idosos atendidos pelo PSF em Veranópolis somam mais que o dobro, 15,1%. Quanto ao fato de achar sexo natural também houve uma diferença de 18,3% para 29,3% respectivamente. Dados semelhantes foram encontrados na opinião do sexo ser natural na velhice, sendo 8,9% na pesquisa com os idosos do RGS e 8,6% no estudo dos idosos de Veranópolis.⁴³

Entre os motivos mais apontados para as mudanças na manifestação da sexualidade estão a idade 33,2% e 17,7% salientam as doenças. Essas variáveis, idade e doenças podem estar associadas se considerarmos que com a idade podem surgir doenças como diabetes, hipertensão, cardiopatias que influenciam diretamente na sexualidade, diminuindo a capacidade sexual.

A perda do companheiro, também é um fator importante de mudança na sexualidade, principalmente da mulher idosa, que frente aos seus tabus e mitos inibe o desejo sexual, às vezes por medo ou vergonha, de maneira que para a viúva a sexualidade passa a não existir, como se perdesse esse direito com a morte do marido.

Enquanto que 78,9% observaram mudanças na forma de manifestar sua sexualidade, 21,1%, afirma não ter observado mudanças à nível sexual com o passar dos anos. Possivelmente esses sujeitos estão satisfeitos com sua sexualidade, uma vez que, ocorrem alterações da resposta sexual em aspectos qualitativos e quantitativos com a passagem dos anos, as quais não se separam do contexto geral das outras funções orgânicas que se alteram com o tempo. As perdas quantitativas da vida sexual são inevitáveis, no entanto pode-se ganhar em qualidade, através das experiências de vida.⁶⁰

No que se refere a auto percepção da saúde, os idosos atendidos pelo PSF de Veranópolis percebem sua saúde como regular 64,2%, boa ou ótima 27,6% e 8,1% como má ou péssima. Lima-Costa; Firmo; Uchôa⁶, encontraram a média da avaliação boa ou ótima semelhante (26,1%) em uma amostra representativa dos idosos brasileiros acima de 60 anos, no entanto, as freqüências da avaliação ruim encontradas neste estudo mostram-se bem superiores, 26,1% e a regular mostra-se inferior: 49,2%. As avaliações auto-referidas de saúde não são mais consideradas meramente impressões relacionadas a condições reais de saúde.¹² Marcelini et. Al. ⁶², salientam que muitos estudos têm encontrado uma forte associação entre a auto-percepção de saúde e as diversas causas de mortalidade.

De acordo com a tabela 37, onde se relaciona a saúde percebida com uma série de variáveis, observa-se que o idoso estudado avalia a saúde pessoal mais em relação as co-morbidades, como por exemplo, a hipertensão, diabetes, úlcera, cefaléia. A alta proporção idosos que referiram sua saúde como regular, demonstra que eles têm consciência de seus problemas de saúde.

A interpretação de dados isolados torna-se difícil quando há associação entre vários tipos de doença, processo freqüente em indivíduos idosos. Deste modo, na análise da tabela 42, de acordo com a percepção de doenças pelo idoso, ressalta-se a hipertensão arterial (59,5%), o reumatismo articular (30,2%), e a bronquite com tosse e expectoração (27,6%).

Chama a atenção a alta prevalência de hipertensão arterial referida por estes idosos, maior que os resultados encontrados por Monteiro⁴⁸ (41,8%), menor do que os encontrados na pesquisa com os idosos do RGS⁴³ (80,2%) e semelhante aos encontrados por Lebrão¹², 53%.

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente por acometimento cardíaco, cerebral, renal, e vascular periférico. É responsável por 25 a 40 % da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.⁶³ Considerando a possibilidade de seu controle em nível de atenção primária à saúde, este fato deve ser levado em conta e com prioridade, no planejamento das ações de saúde onde o idoso está inserido.

No projeto Bambuí⁶⁴, a sensibilidade e a especificidade da hipertensão auto-referida foram 72,1% e 86,4 respectivamente, mostrando que a hipertensão auto-referida é um indicador apropriado da prevalência da hipertensão arterial, mesmo em uma população residente fora de grandes centros urbanos, como é o caso de Veranópolis.

Observa-se que as doenças cardiovasculares não tiveram uma prevalência tão significativa quanto às encontradas por Ruiz et al.⁶⁴ e Monteiro⁴⁸, onde estas foram a principal morbidade referida. A ingestão de vinho, hábito comum entre os italianos, pela influência do resveratrol encontrado em altos teores nos vinhos de Veranópolis e a ingestão de maçã, e seus derivados consumidos rotineiramente, podem estar auxiliando no risco de doenças cardiovasculares como sugerem alguns estudos.⁴²

O problema respiratório salientado por aproximadamente um quarto dos idosos é um resultado que difere de outros estudos. No entanto, deve se levar em conta que a resposta surgiu referente ao questionamento sobre a presença de

bronquite com tosse e expectoração em tratamento nos últimos seis meses. Considerando que a pesquisa foi feita no mês de setembro, percebe-se que os meses anteriores representam a estação do inverno e o município localiza-se em região serrana, portanto mais frio. Outro aspecto relevante é a dificuldade para o idoso na definição de bronquite. Analisando de acordo com o recebimento de prescrição ou orientação médica obteve-se 22,4% (52 casos), onde a diferença de gênero é pouco significativa e a faixa etária mais acometida foi 65 a 70anos.

Durante o processo do envelhecimento ocorrem importantes modificações físicas que reduzem a velocidade e a qualidade das funções dos órgãos e dos sistemas corporais como o sistema musculoesquelético, o nervoso, o endócrino, o cardiovascular e o respiratório, sendo que os tecidos vão perdendo a flexibilidade e a sua capacidade de recuperação.¹⁸ A osteoartrose é a mais freqüente das doenças articulares, afetando cerca de um quinto da população mundial, e sua elevada prevalência a torna causa de considerável morbidade e incapacidade entre os idosos.⁶⁵

Do ponto de vista da interferência na vida diária, a referência de algias articulares deve servir de alerta aos profissionais de saúde envolvidos com idosos, uma vez que alertam negativamente o cotidiano no idoso. A detecção precoce de agravos, juntamente com a prática de medidas preventivas, enfocando a melhora dos hábitos de vida e de postura, devem ser rotineiros nas equipes de saúde da família.

O uso regular dos serviços de saúde foram referidos por 81,9% dos idosos, havendo semelhança entre os gêneros, sendo o posto de saúde do bairro o local da última consulta mais procurado. Embora o estudo tenha sido realizado com usuários do SUS, surpreendeu a proporção de idosos que procuraram o consultório médico particular. Em ambos os casos, a maioria dos idosos entrevistados afirmou satisfação com o último atendimento médico recebido.

Quanto ao recebimento de prescrição de medicação, somente 14,6% não a receberam na última consulta. Esse dado é significativo se observarmos que 27,6% do total de idosos tiveram pelo menos uma internação hospitalar.

A referência de cefaléia foi verificada em praticamente o dobro das mulheres idosas em comparação entre os gêneros.

A consulta ao ginecologista após a menopausa foi confirmada pela metade das idosas. Resultados semelhantes foram encontrados na mulher idosa gaúcha (54,86%)⁴³. Este fato deve ser levado em consideração pelas equipes de saúde, através de campanhas a fim de buscar essas idosas para uma rotina de prevenção, inibindo pudores e preconceitos. Para os homens a pergunta foi relacionada sobre o aparecimento de problemas de próstata, onde a maioria afirmou não apresentar. No entanto, este é outro fator que exige prevenção, não é possível afirmar que não existe a doença em razão da falta de sintomas.

O controle esfinteriano é controlado com maior dificuldade nas faixas entre 70 a 80 anos, embora 1,4% dos idosos de 60 a 64 anos não controla os esfíncteres.

A maioria dos idosos afirma praticar atividades físicas pelo menos uma vez por semana, encontrou-se a maior proporção de idosos afirmando que praticam mais de três vezes por semana. A caminhada foi relatada como a atividade mais utilizada. Comparando os gêneros, observa-se que os homens caminham mais vezes por semana do que as mulheres. A caminhada provavelmente é a atividade que mais se destaca pelo baixo custo, por ser acessível a todos e pelo grande apelo dos meios de comunicação e dos profissionais de saúde, enfatizando seus benefícios. O sedentarismo atingiu quase 50% dos idosos entrevistados. Este fato é preocupante e exige atenção especial no planejamento de ações voltadas a esses idosos, visando a melhoria da capacidade funcional, melhorando a qualidade de vida. Diversos estudos têm demonstrado que o exercício físico regular é fundamental para a manutenção da massa muscular, manutenção da massa óssea, melhora de flexibilidade, redução na freqüência de quedas. Lemura et al⁶⁶, afirma que a atividade física provoca adaptações favoráveis na capacidade funcional cardio-respiratória, mesmo após os 70 ou 80 anos de vida. Logo, nunca é tarde para se começar uma atividade física. Os idosos que não fazem atividades físicas e os que fazem mas com pouca freqüência argumentam

que o local onde residem não é apropriado para caminhadas, por ser uma região montanhosa, com aclives e declives acentuados, relatando o temor de quedas.

Analisando sob o ponto de vista dos benefícios que a atividade física traz para o organismo, e ainda o baixo custo na execução e adaptação na vida dos idosos, fica implícita a importância da atividade física em qualquer programa de atenção aos idosos e também à população em geral, uma vez que os jovens de hoje serão os velhos de amanhã.

A grande maioria dos idosos entrevistados não manifesta dificuldades de deambulação, e os que referem dificuldades não apresentam imobilidade total, mas, dificuldade de subir escadas, caminham com supervisão e/ou fazem uso de meios artificiais como bengalas ou muletas. Observa-se que dos 70 aos 80 anos há uma maior necessidade supervisão ao caminhar. A situação de deambulação do idoso é importante porque determina diretamente o grau de autonomia e independência deste sujeito, interferindo na qualidade de vida. A causa mais freqüente da dificuldade de deambulação relatada foi o reumatismo articular, confirmando a segunda queixa mais freqüente de doenças relatadas pelos idosos.

Identificou-se uma ocorrência de 27,9% de idosos que apresentaram fratura após os 50 anos sem ter sido acidente de trânsito. Dentro das doenças que aumentam a carga da morbidade, tem-se a osteoporose. A osteoporose e as fraturas a ela associadas são um importante problema de Saúde Pública devido à morbidade, incapacidade física, diminuição de qualidade de vida e mortalidade relacionadas a esta doença, além do alto custo financeiro e social do tratamento.

A osteoporose é mais freqüente em mulheres, e além da idade, existem diversos fatores que podem aumentar o risco da mulher vir a desenvolvê-la no período pós-menopáusic. Entre estes podemos citar: (1) etnia: mulheres caucasianas e asiáticas são mais suscetíveis a osteoporose; (2) baixo peso corporal: perda de peso pode se refletir em perda de massa óssea e menor armazenamento de gorduras associadas a produção de estrógeno também aumentando a suscetibilidade a osteoporose; (3) menopausa precoce e menarca tardia estão associadas a um baixo pico de massa óssea, também em função da

modulação hormonal do estrogênio; (4) sedentarismo; (5) história prévia de fratura após 50 anos; (6) história familiar de osteoporose, indicando influência genética; (7) patologias como o hiperparatireoidismo; (8) uso de medicamentos como os corticóides; (8) ingestão deficiente de vitamina D e cálcio; (9) baixa exposição solar.⁶⁷

O local da fratura mais acometido, segundo referência dos entrevistados, foram as costelas 3% e em seguida o fêmur, com 4,5% dos casos. Essas fraturas, em idosos geralmente são causadas por quedas, no entanto, torna-se arriscado imputar sua origem apenas à osteoporose, uma vez que no idoso as deficiências visuais e de equilíbrio, a hipotensão postural e o uso de certas medicações também contribuem como fator de risco.

A grande maioria dos idosos percebe a visão deficiente e aponta a idade como a maior causa. O uso de óculos foi confirmado em mais da maioria dos entrevistados. Os problemas auditivos referidos foram encontrados em proporção menor, no entanto, ambos merecem uma atenção maior das políticas de saúde, visto que podem estar relacionados à déficits cognitivos, isolamento social, diminuição da autonomia, aumento do risco de quedas e fraturas.⁴⁸ A superioridade da deficiência visual sobre a auditiva merece uma maior investigação, uma vez que a deficiência visual é fruto de uma percepção maior por ser mais limitante nas atividades diárias dos idosos. A segunda maior causa de dificuldade de deambulação registrada nesta pesquisa diz respeito a problemas visuais.

Os problemas mastigatórios foram referidos por 32,8% dos idosos, e o uso de prótese dentária confirmado por mais da metade dos idosos. A implementação de um serviço de atenção primária no setor público é uma medida viável, segundo Colussi e Freitas⁶⁸, devendo ser encarada como profilática, pois a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes piorando a qualidade de vida da população idosa.

O hábito de fumar registrado foi três vezes maior em homens do que em mulheres. Dados semelhantes foram encontrados por Lebrão²², inclusive

considerando o gênero. Monteiro⁴⁸, contrariamente encontrou uma maior prevalência de mulheres fumantes.

No que se refere à necessidade de auxílio nas atividades de vida diária, observa-se que um percentual de 30,2% afirmou precisar de ajuda. Contrastando com as dificuldades de movimentação (22,3%), observa-se uma proporção maior que diz necessitar de ajuda com a casa. Observando de acordo com o gênero, verifica-se uma proporção semelhante entre os sexos neste aspecto. Nos demais requisitos houve apenas uma diferença considerável em relação a alimentação. Os homens referiram precisar de mais ajuda. O motivo dessa diferença pode estar no simples ato de cozinhar, ofício mais delegado as mulheres e pouco comum aos homens idosos.

Embora 39,7% afirmem ter um sono conturbado, a maioria dos indivíduos assegura acordar bem e descansado pela manhã. Já é tradicional a afirmação de que passamos dois terços de nossa vida dormindo. Além da eventual sensação de cansaço durante o dia que segue uma noite mal dormida, outros problemas musculares e articulares podem surgir com as alterações do sono. As equipes de saúde devem estar atentas a esse achado, afinal as alterações de sono podem estar mascarando outras doenças.

As referências de que ninguém entende o idoso, de ter vontade de abandonar o lar, de que o mundo ou as pessoas estão contra o sujeito pode ser um indicativo de depressão, podendo levar o idoso ao isolamento. Este fato também é de grande importância para os profissionais que assistem o idoso.

Apesar dos idosos pertencerem a classes econômicas de nível baixo, possuírem uma escolaridade baixa, terem trabalhado em serviços árduos a maior parte da vida, e sentirem momentos de “desânimo”, a maioria dos idosos atendidos por um programa de saúde de Veranópolis têm uma concepção positiva de suas vidas, uma vez que 90,9% deles sentem-se bem na maior parte do tempo, 90,1% referem uma vida cheia de acontecimentos interessantes e quase a totalidade dos idosos considera-se feliz na maior parte do tempo, semelhante aos resultados encontrados em outros dois estudos.^{36,48}

Essa atitude positiva diante da vida, apresentada pelos sujeitos da pesquisa, diante de tantas carências, pode ser analisada do seguinte ponto de vista: embora a renda mensal, proveniente de aposentadoria seja escassa, ela é permanente e vitalícia, conferindo uma situação de estabilidade superior a de grande parcela de jovens, que convivem com o fantasma do desemprego e a instabilidade dos empregos, eles moram em casa simples, mas a maioria é proprietária de sua moradia, convivem com os familiares, rodeados de amigos e moram num local de grande tranquilidade, onde a natureza é farta e o ar é puro. Nada na cidade lembra uma grande metrópole. Em Veranópolis, o tempo não é inimigo, é aliado.

CONCLUSÃO

O envelhecimento deve ser alvo urgente de novas pesquisas, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de novas políticas públicas principalmente nos países em desenvolvimento onde o processo de envelhecimento apresenta características diferenciadas, no entanto, vale lembrar que o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, hábitos e de comportamento durante toda a vida. As metas para se alcançar uma velhice saudável, e comprimir a morbidade são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo.

Os Programas de Saúde da Família são um grande avanço no sentido de conhecer melhor os idosos e caracteriza-los dentro do contexto em que vivem, no entanto, não basta somente chegar até o idoso, é preciso estar preparado e capacitado para antever possíveis agravos e moléstias.

Delinear o perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Veranópolis, trouxe algumas peculiaridades que podem estar relacionadas ao tamanho da amostra ou ainda pelas próprias características da região. Este perfil não pode ser generalizado, nem mesmo dentro da mesma população, pois as características são exclusivas da amostrada estuda.

Dos resultados encontrados podem ser estabelecidas as seguintes conclusões:

- A maioria dos idosos que participaram deste estudo é composta por mulheres sendo que em todas as categorias por faixa etária as mulheres prevalecem. Os idosos são em sua maioria de cor branca e embora a

maioria seja originária do meio rural, todos vivem atualmente na zona urbana.

- A média de filhos é alta por idoso. O nível de escolaridade é baixo e mais evidente nas mulheres. A maioria dos idosos tem acesso à infra-estrutura e o tipo de moradia dominante foi casa. A grande maioria mora com algum familiar. Elevado índice de satisfação nas relações familiares. São muito religiosos.
- Início trabalho remunerado entre 11 e 14 anos, tendo o setor agrícola como principal atividade. Baixa renda mensal, proveniente de pensão na maioria. Principal despesa está na alimentação. Quase todos os idosos têm participação econômica na família.
- A longevidade está associada a gostar de viver e a saúde é o mais importante na vida. Mais da metade dos idosos avaliam sua saúde como regular. A grande maioria consultou médico nos últimos seis meses, proporção semelhante entre os gêneros. O posto do bairro foi o local escolhido pela maior parcela dos idosos. A hipertensão foi à patologia mais referida, e quase a metade das mulheres tem cefaléia.
- Quase a metade das mulheres não consultou um ginecologista após a menopausa. Poucos idosos avaliam a visão como boa, considerável índice de sedentários embora a maioria não apresenta dificuldade de deambulação.
- Carinhos e toques foram as maneiras mais citadas para manifestarem a sexualidade. A maioria dos idosos observou mudanças na forma de manifestar a sexualidade com o passar dos anos. A idade foi destacada como maior motivo para esta mudança.

Considerando os resultados de um modo geral, os achados mostraram-se semelhantes em muitos aspectos com outros estudos realizados em outras localidades. No entanto, com base nesta pesquisa, pode-se traçar estratégias mais apropriadas para o atendimento do idoso dentro da abrangência do programa de saúde da família possibilitando um enfoque maior na prevenção e na obtenção da qualidade de vida.

Um dos grandes desafios propostos aos profissionais de saúde que trabalham com idosos é mantê-los nas melhores condições de independência, conhecendo e atendendo suas principais necessidades de saúde, econômicas e sociais e concomitantemente investir de forma intensa na promoção de saúde das gerações mais jovens, para que alcancem a terceira idade com muito mais independência. É dessa forma que as próximas gerações poderão realmente entender o envelhecimento como uma conquista do século XX e não como um desequilíbrio em todos os setores que precisa de solução.

RECOMENDAÇÕES

As ações que destacam a qualidade de vida do idoso, sejam através de programas ou ações, devem levar em conta um baixo custo, visto as limitações econômicas de municípios de pequeno porte, almejando no entanto, um alto impacto de modo que possibilite sua concretização a curto ou médio prazo.

Como sugestão para o enfrentamento do envelhecimento saudável no município de Veranópolis, sugere-se a criação de um Programa de Atenção à Saúde do Idoso, vinculado ao PSF, onde o idoso receba um atendimento diferenciado, contendo ações informativas e educativas específicas para idosos e que estejam de acordo com suas necessidades e possibilidades. Sugere-se ainda criação de um programa de palestras e discussões sobre temas de interesse da comunidade e que enfatizem a qualidade de vida do idoso e a implementação de um programa de reabilitação, na esfera da fisioterapia, realizadas na unidade de saúde ou no domicílio do idoso acamado, com o intuito de manter ou resgatar a autonomia do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues, R. A. P.; Marques, S.; Fabrício, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. Arq. Geriatr. Gerontol., v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.
2. Papaléo Netto, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E.V. e cols. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002
3. Cançado, F. A. X. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Cançado, F. A. X. Noções Práticas de Geriatria. Belo Horizonte: Coopmed; Health C.R. Ltda, 1994. p. 17-43.
4. Ramos, L. R.; Rosa, T. E. C.; Oliveira, Z. M. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Ver. Saúde publica, v. 27, n.2, p. 87-94, abr. 1993.
5. Ramos, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento In: Freitas, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 64-71.
6. Paschoal, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. e cols. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p 26-42.
7. Papaléo Netto, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E.V. e cols. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002.
8. Camarano, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V; PY, L.; Nery, A. L.; Cançado; F. A. X. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 52-61.

9. WHO – World Health Organization. Aging and Health Programme. Growing older-staying well: ageing and physical activity in every life. Geneva, 1998. Disponível em <http://www.who.int/hpr/growingolderstayingwell.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2004.

10. Wong, L. R. Moreira, M. M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). Porto Alegre: CRE-Sesc. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-4.doc.links>: Envelhecimento Acesso em: 25 ago. 2005.

11. Ramos, L. R.; Toniolo, J.; Cendoroglo, M. S.; Garcia, J. T.; Najas, M. S.; Perracini, M. Et al. Two-year follow-up of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev. Saúde Pública, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.

12. Lebrão, M. L.; Laurenti, R. L. Condições de Saúde. In: Lebrão, M. L.; Duarte, T. A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

13. Veras, R. P. orgs. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. 1995.

14. Moreira, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. Porto Alegre: CRE-Sesc. 2000. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc.links>: Envelhecimento Acesso em: 02 set. 2005.

15. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista Saúde Pública, v.31. n.2. São Paulo, p. 16-20. Abr. 1997.

16. Omran, A. R. The epidemiologic transition in the Americas. IN: FARINASSO. A. L. C. Perfil dos Idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

17. Burini, R. C. Estilo de vida saudável: a fórmula para a longevidade sem morbidade. Nutrição em pauta, São Paulo, v. 10, n56, p. 20-23, set/out. 2000.

18. Hayflick, L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

19.WHO – World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Diseases Preventio and Health Departament. Ageing and Life Course Unit. Active ageing: a policy framework, Madrid, 2002.

20.Schwartz, Germano. Direito à saúde: Efetivação em uma perspectiva Sistêmica. Livraria do Advogado, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

21.Freitas, E. V.; Miranda, R. D.; Nery, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap.72, p. 609-617.

22.Pickering, G. Frail eldery, nutrional status and drugs. Arch. Gerontol. Geriatr., n. 38, p. 174-180, 2004.

23.Caldas, C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, v. 19, n.3, p. 773-781, 2003.

24.SUS é Legal – Legislação Federal e Estadual, 2000. p.151.

25.BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Os 80 anos de Previdência Social. Brasília, 2002. 35p.

26.Gordilho et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 59 p.

27.Vasconcelos, E. M. Priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

28.Elsen, I. Cuidado familiar:uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I.; Marcon, S. S.; Silva, M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.

29.------. Presidente da República. Decreto n.º 1948, de 03/06/96 que regulamenta a lei 8.842 de 04/01/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

30.Sousa, M. F. de. A Enfermagem reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, p. 25-30 dez. 2000. Número especial.

31.Fracolli, L. A.; Bertolozzi, M. R. A Abordagem no Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

32.BRASIL, Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família, 2001.

33.Neves, et al. Perspectivas da População sobre o Programa Saúde da Família em Palmas-TO. Revista da UFG, Vol. 6, Nº Especial, dez. 2004.

34.Marques, R.M.; Mendes, A.; A Política de Incentivos do Ministério da Saúde para Atenção-Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integridade? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v. 18, p. 163-171, 2002.

35.Silvestre, J. A.; Costa, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde em família. Cad. Saúde Pública. V. 19, n. 3, p. 839-47, mai-jun., 2003.

36.Lima e Costa, M.F et. Al. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n.2, p. 126-135. 2000

37.Xavier, F.M.F. et al. Octagenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. Rev. Amrigs, Porto Alegre, v. 44, n.1-2, jan/jun 2000.

38.Gil, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

39.Hübner, M. M. Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e doutorado. São Paulo: Mackenzie, 1998.

40.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 28 nov. 2004.

41.FAMURS – Disponível em <http://www.famurs.com.br/> Acesso em: 16 ab. 2005.

42.Cruz. I. B. M, Moriguchi, E. H. Projeto Veranópolis: Reflexões sobre envelhecimento bem-sucedido. Porto Alegre: Ed. Oficina da longevidade, 2002.

43.RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do idoso. Os Idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997.

44.Berquó, E. Considerações sobre o Envelhecimento da População Brasileira. In: Neri, A L; Debert, G. G. Velhice e Sociedade. Campinas, SP: Papyrus, 1999. p. 11-40

45.Silvestre, J. A.; Kalache A, Ramos L R, Veras R P. O envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor de Saúde. Arq Geriatr Gerontol, 0:81-89, 1996.

46.Araújo, M. A. S.; Nakatani, A. Y. K.; Silva, L. B.; Bachion, N. M. Perfil do Idoso Atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia – GO. Rev. Da UFG, Vol. 5. n2, 2003.

47.Pacheco, R. O.; Santos, S. S. C.; Avaliação Global de Idosos em Unidades de PSF. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 7 n2, 2004.

48.Monteiro, A. Idosos Usuários do SUS do município de Alambari-SP: Quem são? Como vivem? O que sentem? [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Estadual Paulista; São Paulo.

49.Veranópolis. Disponível em: <http://www.veranopolis-rs.com.br/> Acesso em: 05 mar. 2005.

50.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 12 ab. 2005.

51.Herédia, V. B. M.; Casara, M. B. Tempos Vividos – Identidade, Memória e Cultura dos Idosos, Caxias do Sul: Educs, 2000.

52. Veras, R. P. País Jovem de cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

53. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. Estudos e pesquisas, informação demográfica e econômica, n9. Rio de Janeiro, 2002, 97p.

54. Farinasso, A. L. C. Perfil dos Idosos em uma área de abrangência de estratégia de saúde da família [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

55. Bós, A. M. G.; Bós, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Rev. Saúde Pública, fev. 2004, vol. 38, no 1, p.113-120.

56. Farias, L. O.; Estratégias Individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Ciência Saúde Coletiva 2001; 6: 405-16.

57. Monteiro, C. A. Velhos e Novos Males da Saúde o Brasil. Hucitec, 2ed. São Paulo, 2000.

58. DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estatutos Sócio-econômicos. Cesta Básica nacional. São Paulo, 2005. disponível em: <http://www.dieese.org.br/re/rac/salmin.xml/>. Acesso em: 20 dez. 2005.

59. Camarano, A. A. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

60. Mattioda, D. D. Et al. Sexualidade na Terceira Idade. In: Heredia, V. B. M.; Casara, M. B. Tempos Vividos – Identidade, Memória e Cultura dos Idosos, Caxias do Sul: Educus, 2000.

61. Lima-Costa. M. F.; Firmo. J. O. A. Uchôa. E.; A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev. Saúde Pública, 2004; 38(6):827:34.

62. Marcelini, F.; Leonardi, F.; Marcucci, A.; Freddi, A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. Arch. Gerontol. Geriatr., p. 181-189, 2002. suppl. 8

63. Fuchs, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 66, p. 641-56.

64. Ruiz, T.; Barros, M. B. A.; Morbidade em idosos na área urbana do município de Botucatu. Geront. São Paulo, v.6, L. 2, p. 59-65, 1998.

65. Machado, C. M. Osteoartrose e Artrite Reumatóide. In: Freitas, E. V. e cols. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002,

66. Lemura, L. M.; Von Duvillard, S. P.; Mookerjee, S. The effects of physical training of functional capacity in adults. Ages 46 o 90: a meta-analysis. J. Sports Med. Phys Fitness Turin, v.40,n 1, p. 1-10, mar. 2000.

67. Silva. L. K. Avaliação Tecnológica em Saúde: densitometria óssea e terapêuticas alternativas na osteoporose pós-menopausa. Cad. Saúde Pública, 19:987-1003, 2003.

68. Colussi, C. F.; Freitas, S. F. T. Aspectos epidemiológicos de saúde bucal do idoso no Brasil. Ad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n5, p. 1313-1320, set/out. 2002.

ANEXOS

ANEXO A

Dados de Identificação para o Cadastro da Amostra

ÁREA:.....
 Data da Entrevista: _____
 Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 Nome do supervisor de Campo: _____

Número do questionário: _____
 AGENTE DE PESQUISA: _____
 Hora Início: _____ Hora término: _____

A.DADOS GERAIS DO IDOSO

A1. Onde reside?

Município:..... Estado:.....

A2. Onde o(a) senhor(a) nasceu?

Município:..... Estado:..... País:.....

A3. O(a) senhor(a) nasceu em meio urbano ou rural?

- 1() urbano
 2() rural
 3() não sabe
 4() não respondeu

A4. Sexo:

- 1() Feminino
 2() Masculino

A5. Cor:

- 1() branca
 2() preta
 3() amarela
 4() parda

A6. Estado Civil Atual:

- 1() solteiro
 2() casado
 3() viúvo
 4() divorciado/desquitado
 5() separado
 6() não sabe
 7() não respondeu

A7. Idade [.....] em anos completos:

Data de nascimento:/...../.....

- 1() 60-64 anos
 2() 65-70 anos
 3() 71-74 anos
 4() 75-80 anos
 5() 81-84 anos
 6() 85-90 anos
 7() 91 ou mais anos

A8. Escolaridade:

- 1() analfabeto
 2() alfabetizado fora da escola

- 3() primário incompleto
- 4() primário completo
- 5() ginásial incompleto
- 6() ginásial completo
- 7() complementar
- 8() secundário incompleto
- 9() secundário completo
- 10() superior incompleto
- 11() superior completo
- 12() não sabe
- 13() não respondeu

B. QUALIFICAÇÃO DA MORADIA E INFRA-ESTRUTURA

B9. Em que tipo de moradia o(a) senhor(a) vive?

- 1() casa
- 2() apartamento
- 3() quarto / cômodo
- 4() barraco/ maloca

B10. Quantas peças possui sua moradia? [.....]

- 1() uma peça
- 2() duas peças
- 3() três peças
- 4() quatro peças
- 5() mais de quatro peças

B11. Sua Moradia é:

- 1() própria
- 2() alugada
- 3() cedida
- 4() invadida
- 5() outros
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

B12. O terreno em que se localiza sua moradia é:

- 1() próprio
- 2() alugado
- 3() cedido
- 4() invadido
- 5() outros.....
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

B13. Qual o material de construção de sua moradia?

- 1() alvenaria
- 2() madeira
- 3() mista
- 4() outros.....
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

B14. Como é feito o abastecimento de água

- 1() rede pública, com canalização
- 2() rede pública, sem canalização
- 3() bica / torneira pública
- 4() poço artesiano
- 5() outros.....

- 6() não sabe
- 7() não respondeu

B15. O lixo de sua residência é:

- 1() coletado
- 2() queimado
- 3() enterrado
- 4() jogado
- 5() outros.....
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

B16. Sua moradia possui energia elétrica?

- 1() sim - com medidor
- 2() sim - sem medidor
- 3() não
- 4() não sabe
- 5() não respondeu

B17. Na sua rua é servida por iluminação pública?

- 1() sim
- 2() não

B18. Que tipo de instalação sanitária possui sua moradia?

- 1() rede pública
- 2() fossa séptica
- 3() fossa negra
- 4() vala
- 5() outros.....
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

B19. Sua moradia possui:

- 1() banheiro com vaso sanitário e chuveiro
- 2() banheiro com vaso sanitário e sem chuveiro
- 3() privada externa – casinha
- 4() urinol exclusivamente

B20. Quantas pessoas residem na sua moradia?: [.....]

- 1() 1 pessoa (o indivíduo / só o idoso)
- 2() 2 pessoas
- 3() 3 pessoas
- 4() 4 pessoas
- 5() 5 pessoas
- 6() 6 pessoas ou mais
- 7() não sabe
- 8() não respondeu

B21. Em que local da casa dorme?

- 1() quarto
- 2() sala
- 3() cozinha/ sala/ quarto(peça única)
- 4() outros.....
- 5() não respondeu

B22. O(a) senhor(a) dorme com outras pessoas na mesma peça?

- 1() só
- 2() cônjuge/ companheiro
- 3() com os filhos
- 4() com os netos

- 5() com outras pessoas
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

C . COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RELAÇÕES SOCIAIS

C23. Quantos filhos o(a) senhor(a) teve?

- 1() um filho
- 2() dois filhos
- 3() três filhos
- 4() quatro filhos
- 5() cinco filhos
- 6() seis ou mais filhos: Quantos.....
- 7() não tem filhos
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

C24. Destes, quantos filhos estão vivos?

- 1() um filho
- 2() dois filhos
- 3() três filhos
- 4() quatro filhos
- 5() cinco filhos
- 6() seis ou mais filhos: Quantos.....
- 7() não tem filhos
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

C25. Com quem reside atualmente:

- 1() sozinha (o)
- 2() com cônjuge
- 3() com companheiro e filhos
- 4() com filho(s)
- 5() com filho(s) e neto(s)
- 6() com companheiro(a) filho (s) e neto (s)
- 7() com parentes (irmãos, tios, sobrinhos)
- 8() com pessoas não parentes (amigos, conhecidos)
- 9() com pais e/ou sogros
- 10() com netos
- 11() com empregada
- 12() com profissional de enfermagem
- 13() outros.....
- 14() não sabe
- 15() não respondeu

C27. Como são suas relações familiares?

- 1() satisfatória
- 2() insatisfatória
- 3() não mantém relações familiares
- 4() não sabe
- 5() não respondeu

C28. Recebe algum tipo de ajuda/auxílio: *escolha múltipla*

- 1() não recebe
- 2() sim - dinheiro
- 3() sim - vestuário
- 4() sim - saúde
- 5() sim - habitação
- 6() sim - remédios
- 7() sim - cuidados pessoais
- 8() outros.....

- 9() não sabe
10() não respondeu

C29. De quem recebe ajuda/auxílio? : *escolha múltipla*

- 1() do cônjuge/companheiro
2() filho(a) ou filhos(as)
3() neto(a) ou netos(as)
4() parentes
5() amigos
6() vizinhos
7() outros.....
8() não recebe
9() não sabe
10() não respondeu

D. OCUPAÇÃO

D30. Qual foi sua principal atividade profissional, durante a maior parte de sua vida?

ANOTAR: _____

- 1() proprietário
2() administrador, gerente
3() profissional de nível superior (universitário)
4() funções de escritório; corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa
5() trabalhador manual especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio
6() trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricista, armador, soldador, chofer, técnico de indústria de transformação e construção civil, cabeleireiro
7() trabalhador não-especializado: pedreiro, lixeiro, servente, secretária do lar (empregada doméstica), estivador, pescador, operador de máquina, vendedor ambulante, polícia (sem treinamento técnico), Office-boy, vigia, guarda noturno, agricultor.
8() donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes
9() não sabe
10() não respondeu

D30. Vincular com os setores econômicos

- 1() Agrícola: agropecuária, extração vegetal, pesca;
2() Indústria da Transformação: metalúrgica, ind. Mecânica, ind. Móveis, ind. Papel e celulose, ind. Couros e peles, ind. Vestuário e sapatos, ind. Química, ind. Plásticos, farmacêutica e prod. Veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica;
3() Indústria da construção Civil;
4() Outras Atividades Industriais: extração mineral, serviços industriais de atividade pública (energia elétrica, abastecimento de água e serviços de esgoto/ saneamento, limpeza pública e remoção de lixo);
5() Comércio de Mercadorias: supermercados, armazéns, feiras livres, casa de departamentos, comércio atacadista, açougues, posto de gasolina, comércio de material usado e ferro velho, garrafeiros e papeleiros;
6() Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares, etc), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleireiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de produtos e estiva;
7() Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos;
8() Transportes e Comunicações: transportes de passageiros, transportes de cargas, correios, telecomunicações, imprensa geral;
9() Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicatos, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais e igrejas;
10() Administração Pública: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades públicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (exército, marinha, aeronáutica, polícia e bombeiros);
11() Outras atividades ou setores não classificados anteriormente;
12() Fora da População Economicamente Ativa: donas de casa, pensionistas sem outra ocupação, estudantes, desempregados;
13() não sabe
14() não respondeu

D31. Qual sua ocupação atual?

ANOTAR: _____

- 1() proprietário
- 2() administrador, gerente
- 3() profissional de nível superior (universitário)
- 4() funções de escritório; corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa
- 5() trabalhador manual especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio
- 6() trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricista, armador, soldador, chofer, técnico de indústria de transformação e construção civil, cabeleireiro
- 7() trabalhador não-especializado: pedreiro, lixeiro, servente, secretária do lar (empregada doméstica), estivador, pescador, operador de máquina, vendedor ambulante, polícia (sem treinamento técnico), Office-boy, vigia, guarda noturno.
- 8() donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes
- 9() não sabe
- 10() não respondeu

D32. Vincular com setores econômicos:

- 1() Agrícola: agropecuária, extração vegetal, pesca;
- 2() Indústria da Transformação: metalúrgica, ind. Mecânica, ind. Móveis, ind. Papel e celulose, ind. Couros e peles, ind. Vestuário e sapatos, ind. Química, ind. Plásticos, farmacêutica e prod. Veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica;
- 3() Indústria da construção Civil;
- 4() Outras Atividades Industriais: extração mineral, serviços industriais de atividade pública (energia elétrica, abastecimento de água e serviços de esgoto/ saneamento, limpeza pública e remoção de lixo);
- 5() Comércio de Mercadorias: supermercados, armazéns, feiras livres, casa de departamentos, comércio atacadista, açougues, posto de gasolina, comércio de material usado e ferro velho, garrafeiros e papeleiros;
- 6() Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares, etc), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleireiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de produtos e estiva;
- 7() Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos;
- 8() Transportes e Comunicações: transportes de passageiros, transportes de cargas, correios, telecomunicações, imprensa geral;
- 9() Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicatos, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais e igrejas;
- 10() Administração Pública: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades públicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (exército, marinha, aeronáutica, polícia e bombeiros);
- 11() Outras atividades ou setores não classificados anteriormente;
- 12() Fora da População Economicamente Ativa: donas de casa, pensionistas sem outra ocupação, estudantes, desempregados;
- 13() não sabe
- 14() não respondeu

D33. Com que idade o(a) senhor(a) começou a trabalhar em atividade remunerada? *Em anos Completos*

- 1() menos de 10 anos
- 2() de 11 a 14 anos
- 3() de 15 a 18 anos
- 4() de 19 a 22 anos
- 5() acima de 23 anos
- 6() não sabe
- 7() não respondeu
- 8() não se aplica

D34. O(a) senhor(a) está aposentado?

- 1() sim
- 2() não

D35. Com que idade se aposentou? (_____ em anos completos)

- 1() menos de 40 anos
- 2() de 41 a 44 anos
- 3() de 45 a 48 anos
- 4() de 49 a 52 anos
- 5() de 53 a 56 anos
- 6() de 57 a 60 anos
- 7() de 61 a 64 anos
- 8() de 65 a 68 anos
- 9() acima de 69 anos
- 10() não se aposentou

D36. Qual o motivo da sua aposentadoria?

- 1() tempo de serviço
- 2() idade
- 3() problemas de saúde
- 4() acidente
- 5() aposentadoria especial
- 6() não está aposentado
- 7() outros.....
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

D37. O que o senhor(a) faz atualmente?

- 1() trabalho doméstico
- 2() trabalho eventual
- 3() trabalho voluntário
- 4() trabalho remunerado com carteira profissional
- 5() trabalho remunerado sem carteira profissional
- 6() empregador
- 7() autônomo
- 8() outros.....
- 9() não sabe
- 10() não respondeu

E. RENDA

E38. Qual a sua última renda mensal? REAL \$ [_____,00]

- 1() |-- 1 salário-mínimo
- 2() 1 salário |-- 2 salários-mínimos
- 3() 2 salários |-- 3 salários-mínimos
- 4() 3 salários |-- 4 salários-mínimos
- 5() 4 salários |-- 5 salários-mínimos
- 6() 5 salários |-- 6 salários-mínimos
- 7() 6 salários |-- 7 salários-mínimos
- 8() 7 salários |-- 8 salários-mínimos
- 9() 8 salários |-- 9 salários-mínimos
- 10() 9 salários mínimos ou mais
- 11() não tem renda própria
- 12() não sabe
- 13() não respondeu

E39. Qual a origem da sua renda? *escolha múltipla*

- 1() aposentadoria
- 2() salário
- 3() aluguel
- 4() poupança
- 5() pensão
- 6() serviços eventuais
- 7() serviços permanentes
- 8() outros.....

- 9() não se aplica
- 10() não sabe
- 11() não respondeu

E40. Qual sua principal fonte de renda?

- 1() aposentadoria
- 2() salário
- 3() aluguel
- 4() poupança
- 5() pensão
- 6() serviços eventuais
- 7() serviços permanentes
- 8() outros.....
- 9() não sabe
- 10() não respondeu

E41. Da sua renda, qual sua principal despesa?

- 1() saúde
- 2() habitação
- 3() alimentação
- 4() ajuda familiar
- 5() remédios
- 6() vestuário
- 7() outros.....
- 8() não se aplica
- 9() não sabe
- 10() não respondeu

E42. Qual a renda da sua família? REAL \$ [_____,00]

- 1() |-- 1 salário-mínimo
- 2() 1 salário |-- 2 salários-mínimos
- 3() 2 salários |-- 3 salários-mínimos
- 4() 3 salários |-- 4 salários-mínimos
- 5() 4 salários |-- 5 salários-mínimos
- 6() 5 salários |-- 6 salários-mínimos
- 7() 6 salários |-- 7 salários-mínimos
- 8() 7 salários |-- 8 salários-mínimos
- 9() 8 salários |-- 9 salários-mínimos
- 10() 9 salários mínimos ou mais
- 11() não tem renda própria
- 12() não sabe
- 13() não respondeu
- 14() não se aplica

E43. Quantas pessoas vivem dessa renda?

- 1() 1 pessoa (só o idoso)
- 2() 2 pessoas
- 3() 3 pessoas
- 4() 4 pessoas
- 5() 5 pessoas

- 6() 6 pessoas
- 7() 7 ou mais
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

E44. Qual sua participação econômica na família?

- 1() único responsável
- 2() maior responsável
- 3() divide responsabilidades
- 4() sem participação
- 5() outros.....
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

F. ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

F45. Com o que o(a) senhor(a) ocupa seu tempo livre? *escolha múltipla*

- 1() assiste a televisão
- 2() conversa com amigos
- 3() ouve rádio
- 4() lê (jornais, revistas e livros)
- 5() ouve música
- 6() faz trabalhos manuais (crochê, tricô, etc)
- 7() realiza atividades físicas
- 8() participa de atividades sócio recreativas (passeios, visitas, bailes, etc)
- 9() nenhuma atividade
- 10() outros.....
- 11() não sabe
- 12() não respondeu

F46. Com que o senhor(a) gostaria de ocupar seu tempo livre?

F47. Participa de alguma atividade associativa? *escolha múltipla*

- 1() associação cultural
- 2() associação esportiva
- 3() associação recreativa
- 4() associação religiosa
- 5() associação assistencial/ caritativa
- 6() associação sindical
- 7() associação política
- 8() outros.....
- 9() não participa
- 10() não sabe
- 11() não respondeu

F48. Qual a sua religião? ANOTAR:.....

- 1() católica (romana, ortodoxa e brasileira)

- 2() evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras)
 3() espírita (Kardecista)
 4() judaica (israelita)
 5() afro-brasileira (umbanda, candomblé)
 6() outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc..)
 7() nenhuma
 8() não sabe
 9() não respondeu

F49. É praticante de sua religião?

- 1() sim
 2() não

F50. Acredita que com o passar dos anos o(a) senhor(a):

- 1() ficou mais religioso
 2() ficou menos religioso
 3() não mudou em relação à religiosidade
 4() não sabe
 5() não respondeu

G.ENVELHECIMENTO

G51. Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa é:

- 1() a alimentação adequada
 2() o destino
 3() os hábitos saudáveis
 4() a vida organizada
 5() o trabalho
 6() a ocupação
 7() gostar de viver
 8() outros

9() não sabe

10() não respondeu

G52. Na impossibilidade de viver só ou com a família, o senhor(a) gostaria de viver:

- 1() com amigos
 2() com parentes
 3() em casa geriátrica
 4() em hospital
 5() outros

6() não sabe

7() não respondeu

G53. Para o(a) senhor(a), que é mais importante na vida?

- 1() dinheiro
 2() educação
 3() família
 4() trabalho
 5() religião
 6() lazer

- 7() respeito
- 8() segurança
- 9() valorização
- 10() amor
- 11() saúde
- 12() não sabe
- 13() não respondeu

G54. Escolha o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência em nosso país:

- 1() corrupção dos políticos
- 2() falta de assistência à saúde
- 3() crianças marginalizadas
- 4() crise de valores religiosos
- 5() crise dos valores éticos
- 6() crise nas famílias
- 7() desemprego
- 8() alcoolismo e drogas
- 9() concentração de renda
- 10() destruição dos recursos e do ambiente natural
- 11() criminalidade, violência e corrupção
- 12() política educacional inadequada
- 13() incompetência do governo
- 14() inflação
- 15() não sabe
- 16() não respondeu

H.SEXUALIDADE

H55. O(a) senhor(a) manifesta sua afetividade através de:

- 1() companheirismo
- 2() atenção e cuidados
- 3() carinhos
- 4() conversas
- 5() presentes
- 6() outros
- 7() não sabe
- 8() não respondeu

H56. O(a) senhor(a) canaliza sua afetividade maior para:

- 1() seu cônjuge / companheiro
- 2() seus filhos
- 3() seus netos
- 4() seus amigos
- 5() seus familiares
- 6() outros
- 7() não sabe
- 8() não respondeu

H57. Sua sexualidade se manifesta através:

- 1() atenções especiais

- 2() carinhos e toques
- 3() relações sexuais
- 4() outras
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

H58. Observa mudanças na forma de manifestar sua sexualidade?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não sabe
- 4() não respondeu

H59. A que se deve(m) a (s) mudanças na manifestação:

- 1() doença
- 2() perda de interesse
- 3() idade
- 4() diminuição do afeto
- 5() perda do companheiro
- 6() falta de diálogo
- 7() menopausa
- 8() preconceitos
- 9() novos relacionamentos
- 10() superação de preconceitos
- 11() aumento do afeto
- 12() maiores esclarecimentos
- 13() aumento de interesse
- 14() outros
- 15() não sabe
- 16() não observa mudanças
- 17() não respondeu

H60. Em sua opinião, o sexo na velhice é:

- 1() muito importante
- 2() natural
- 3() necessário
- 4() menos intenso
- 5() desnecessário
- 6() diferente
- 7() igual as outras idades
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

ISAÚDE

I61. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:

- 1() ótima
- 2() boa
- 3() regular
- 4() má
- 5() péssima
- 6() não sabe

7() não respondeu

I62. O(a) senhor (a) consultou um médico nos últimos seis meses?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não se aplica
- 4() não sabe
- 5() não respondeu

I63. Em que local consultou a última vez?

- 1() posto de saúde do bairro
- 2() outro posto de saúde
- 3() consultório médico particular
- 4() ambulatório do hospital
- 5() ambulatório de faculdade
- 6() ambulatório de sindicato/empresa
- 7() ambulatório policlínica ou medicina de grupo
- 8() em casa (atendimento domiciliar)
- 9() outro
- 10() não sabe
- 11() não respondeu

I64. Nesta ocasião, o (a) senhor (a) recebeu receita e/ou orientação médica?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não se aplica
- 4() não sabe
- 5() não respondeu

I65. Caso tenha recebido prescrição (receita), como conseguiu os medicamentos?

- 1() comprou
- 2() ganhou De quem?.....
- 3() não conseguiu a medicação
- 4() não se aplica
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I66. Sentiu-se satisfeito com o último atendimento recebido?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não sabe
- 4() não respondeu

I67. No último ano, internou-se em algum hospital?

- 1() sim, uma vez
- 2() sim, duas vezes
- 3() sim, três vezes
- 4() sim, mais de três vezes
- 5() não
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

I68. Nos últimos três meses, praticou algum tipo de atividade física regular?

- 1() sim, uma vez / semana
- 2() sim, duas vezes / semana
- 3() sim, três vezes / semana
- 4() sim, mais de três vezes / semana
- 5() não praticou
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

I69. Qual atividade física realizada?

- 1() caminhar
- 2() pedalar (bicicleta)
- 3() nadar
- 4() fazer ginástica
- 5() outra
- 6() não se aplica
- 7() não sabe
- 8() não respondeu

I70. Qual o número de refeições que realiza por dia?

- 1() uma
- 2() duas
- 3() três
- 4() quatro
- 5() cinco
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

I71. Nos últimos seis meses, tem ou teve algum problema de reumatismo nas articulações ou artrose em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I72. Nos últimos seis meses, tem ou teve algum problema de bronquite com tosse e expectoração (catarro) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I73. O (a) senhor(a) nos últimos seis meses fez tratamento para pressão alta?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação

- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I74. Nos últimos seis meses tem ou teve problemas de coração (angina, isquemia, infarto) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I75. Nos últimos seis meses tem ou teve problemas de varizes em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I76. Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de diabetes (açúcar no sangue) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I77. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de AVC (derrame), isquemia ou trombose em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I78. Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de doença de pele em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I79. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de doença da coluna em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação

- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I80. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de gastrite ou úlcera em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I81. O(a) senhor (a) nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de infecção urinária (infecção na bexiga) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I82. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de pneumonia (pontada) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I83. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de doença nos rins em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I84. (PARA MULHERES) A senhora consultou um ginecologista depois da menopausa?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não sabe
- 4() não respondeu

I85. (PARA HOMENS) O senhor, nos últimos seis meses tem ou teve problema de próstata em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação

- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

186. Nos últimos seis meses, tem ou problema de osteoporose (enfraquecimento dos ossos) em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

187. Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de câncer em tratamento?

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

188. Nos últimos seis meses, tem ou teve algum outro problema em tratamento?

Especificar:.....

- 1() sim, com receita médica ou orientação
- 2() sim, sem receita médica e com orientação
- 3() sim, sem receita médica e sem orientação
- 4() não
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

189. Como diria que está sua visão no momento?

- 1() cega
- 2() péssima
- 3() ruim
- 4() regular
- 5() boa
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

190. Se a visão não estiver boa, a que atribui:

- 1() falta ou problema de óculos
- 2() catarata
- 3() glaucoma
- 4() diabete
- 5() pressão alta
- 6() idade
- 7() falta de dinheiro para tratamento
- 8() outro motivo
- 9() não se aplica

- 10() não sabe
- 11() não respondeu

I91. Como diria que está sua audição no momento?

- 1() surdo total
- 2() ouve com muita dificuldade
- 3() ouve com dificuldade
- 4() ouve com alguma dificuldade (mínima)
- 5() sem problemas
- 6() não sabe
- 7() não respondeu

I92. A que o (a) senhor(a) atribui sua dificuldade de audição?

- 1() idade
- 2() doença do ouvido
- 3() falta de aparelho
- 4() falta de dinheiro para tratamento
- 5() outro motivo.....
- 6() não se aplica
- 7() não sabe
- 8() não respondeu

I93. O(a) senhor(a) costuma ter dificuldade para mastigar?

- 1() nunca
- 2() raramente
- 3() freqüentemente
- 4() sempre
- 5() não sabe
- 6() não respondeu

I94. Para movimentar-se:

- 1() caminha sem problema, inclusive sobe escadas
- 2() caminha, mas não sobe escadas ou meio-fio
- 3() caminha, sob supervisão
- 4() caminha, com meios artificiais (bengala, andador) sem supervisão
- 5() caminha, com meios artificiais (bengala, andador) com supervisão
- 6() desloca-se em cadeira de rodas, geralmente sem auxílio
- 7() desloca-se em cadeira de rodas, com auxílio
- 8() restrito ao leito ou à cadeira
- 9() não sabe
- 10() não respondeu

I95. Qual a causa de sua dificuldade de movimentação?

- 1() derrame cerebral
- 2() distúrbios de visão
- 3() reumatismo articular
- 4() queda com fratura
- 5() acidente de trânsito
- 6() mal de Parkinson
- 7() vertigem

- 8() falta de interesse ou recusa a movimentar-se
- 9() outra.....
- 10() não se aplica
- 11() não sabe
- 12() não respondeu

I96. Apresentou fratura após os 50 anos sem ter sido por acidente de trânsito?

- 1() mão
- 2() punho
- 3() fêmur
- 4() costelas
- 5() pés
- 6() outros.....

- 7() não
- 8() não sabe
- 9() não respondeu

I97. Necessita de algum destes aparelhos abaixo relacionados?

- 1() óculos ou lente de contato
- 2() aparelho auditivo
- 3() prótese dentária (dentadura)
- 4() muleta
- 5() bengala
- 6() membro artificial (prótese)
- 7() colostomia/ cateter
- 8() outros.....
- 9() não necessita
- 10() não sabe
- 11() não respondeu

I98. Em relação à urina e às fezes:

- 1() controla normalmente
- 2() controla com dificuldade
- 3() não controla
- 4() não sabe
- 5() não respondeu

J.VIDA DE RELAÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

J99. O(a) senhor(a) necessita auxílio para realizar as atividades de casa (limpeza, manutenção, preparo das refeições...)?

- 1() não
- 2() sim
- 3() não sabe
- 4() não respondeu

J100. Necessita auxílio para tomar seus remédios?

- 1() não, necessita
- 2() sim, necessita
- 3() não toma remédios
- 4() não sabe

5() não respondeu

J101. Necessita auxílio para realizar sua higiene (banhar-se, pentear-se, vestir-se, cortar as unhas, etc..)

1() não

2() sim

3() não sabe

4() não respondeu

J102. Necessita auxílio para alimentar-se?

1() não

2() sim

3() não sabe

4() não respondeu

J103. Necessita auxílio para movimentar-se (sentar, levantar, deitar, andar, subir escadas...)?

1 () não

2() sim

3() não sabe

4() não respondeu

FUMO E ÁLCOOL

RESPONDA ÀS QUESTÕES SOBRE USO DE ÁLCOOL E TABACO COM SIM OU NÃO, CONFORME LHE PAREÇA ADEQUADO.

J104. Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que o(a) senhor(a) estava bebendo demasiadamente?

1() não

2 () sim

J105. Alguma vez o(a) senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?

1() não

2() sim

J106. O(a) senhor(a) teve dificuldade no trabalho (ou estudo) por causa de bebida, tais como beber ou faltar ao trabalho?

1() não

2() sim

J107. O(a) senhor(a) tem-se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?

1() sim

2() não

J108. Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?

1() sim

2() não

J109. O(a) senhor(a) tem o hábito de usar tabaco?

1() sim

2() não

K. ÁREA PSICOGERIÁTRICA

RESPONDA ÀS QUESTÕES COM SIM OU NÃO, SEGUNDO LHE PAREÇA ADEQUADO. NÃO HÁ QUESTÕES CERTAS OU ERRADAS, E SIM SITUAÇÕES QUE PODEM OU NÃO OCORRER COM O(A) SENHOR(A).

K110. O(a) senhor(a) acorda bem e descansado na maioria das manhãs?

1() sim

2() não

K111. Sua vida diária é cheia de acontecimentos interessantes?

1() sim

2() não

K112. O(a) senhor(a) já teve, por vezes, vontade de abandonar o lar?

1() sim

2() não

K113. O(a) senhor(a) tem muito freqüentemente a sensação de que ninguém realmente o entende?

1() sim

2() não

k114. O(a) senhor(a) já teve períodos (dias, meses, anos) em que não pôde tomar conta de nada porque, na verdade, já não estava agüentando mais?

1() sim

2() não

K115. O seu sono é agitado ou conturbado?

1() sim

2() não

K116. O(a) senhor(a) é feliz na maior parte do tempo?

1() sim

2() não

K117. Sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) senhor(a)?

1() sim

2() não

K118. O(a) senhor(a) se sente, por vezes, inútil?

1() sim

2() não

K119. Nos últimos anos, tem-se sentido bem durante a maior parte do tempo?

1() sim

2() não

K120. Tem problemas de dores de cabeça?

1() sim

2() não

K121. O(a) senhor(a) se sente fraco durante a maior parte do tempo?

1() sim

2() não

Observações:

Hora do início da Entrevista:.....

Quanto tempo levou para fazer a entrevista?.....

Quantas visitas foram necessárias pelo pesquisador?.....

Dificuldades encontradas.....

ANEXO B
**PERFIL DO IDOSO ATENDIDO POR UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM VERANÓPOLIS-RS**

MANUAL DE INSTRUÇÕES - TREINAMENTO

Essa pesquisa será feita através da utilização de entrevista mediante questionário a domicílio de idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, residentes no Município de Veranópolis-RS.

O instrumento utilizado para a coleta de dados será um questionário, elaborado pela Equipe de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso que foi empregado para obtenção dos dados no trabalho intitulado “*Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida*”, utilizando-se como fonte o livro *Tempos Vividos: identidade, memória e cultura do idoso* de autoria de Vânia Beatriz Merlotti Herédia & Miriam Bonho Casara, 2000.

O questionário contém 121 questões, incluindo variáveis demográficas, qualificação da moradia e infra-estrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, renda, aspectos sócio-culturais, envelhecimento, sexualidade, saúde, vida de relação e atividades de vida diária, fumo e álcool, e questões na área psicogerátrica.

Os dados coletados terão caráter sigiloso não podendo em hipótese alguma ser utilizados por pessoas não credenciadas pela equipe de pesquisa. A entrevista será feita através de visitas domiciliares com auxílio das agentes de saúde que deverão se identificar previamente e explicar a finalidade da visita. As informações coletadas são confidenciais, não podendo ser discutidas ou comentadas.

O entrevistador deverá ler cada questão do instrumento e as alternativas presentes em cada questão, para que o entrevistado possa escolher a (s) alternativa (s) mais adequada (s).

Serão entrevistados somente os idosos cadastrados no programa de saúde da família do Município de Veranópolis-RS.

Se o idoso residir em outro município ou em outro setor (área) não será considerado população residente, não devendo, portanto, ser entrevistado.

As questões que não podem ser respondidas pelo próprio entrevistado deverão ser excluídas do prontuário pelo agente. Nesse caso, preencher a parte inicial do questionário para identificação do idoso e registro do problema.

Dúvidas ou casos omissos deverão ser prontamente resolvidos exclusivamente junto aos coordenadores da pesquisa.

**PERFIL DO IDOSO ATENDIDO POR UM PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM VERANÓPOLIS-RS**

INFORMAÇÕES SOBRE O INSTRUMENTO DE PESQUISA

É fundamental que todas as perguntas sejam preenchidas. Assinale com um X a alternativa escolhida pelo entrevistado. Observe as exigências da questão (ESCOLHA SIMPLES ou MÚLTIPLA).

Preencher inicialmente os dados de identificação para o cadastro da amostra, anotando a hora do início da entrevista. No término da mesma, anotar o horário e possíveis observações. Qualquer dúvida deverá ser anotada ou esclarecida junto aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

A - DADOS GERAIS DO IDOSO

A5. Cor: a cor parda engloba as seguintes: mulata, mestiça, índia, cabocla, mameluco, cafuza, etc.

A6. Estado Civil: considerar o Estado Civil do dia da pesquisa.

Solteiro: quem não contraiu casamento civil ou religioso.

Casado: quem contraiu casamento civil ou religioso.

Desquitado / Divorciado: dissolução do matrimônio por decisão judicial.

Separado: pessoas casadas que vivem separadas sem a decisão judicial.

A7. Idade: preencher a lacuna com a idade em anos completos, mesmo que o idoso não saiba corretamente o ano de seu nascimento.

A8. Escolaridade:

Analfabeto: que não demonstra a condição de ler e escrever. Se sabe somente ler e não sabe escrever é analfabeto.

Alfabetizado fora da escola: aquele que recebeu as primeiras instruções educacionais fora do ambiente da escola.

Primário Incompleto: todo aquele que não concluiu o curso primário, correspondente as quatro ou cinco primeiras séries do atual Ensino Fundamental.

Primário Completo: todo aquele que concluiu o curso primário, correspondente as quatro ou cinco primeiras séries do atual Ensino Fundamental.

Ginasial Incompleto: todo aquele que não concluiu as séries do curso ginasial ou profissionalizante, correspondentes as 6º, 7º e 8º séries do atual Ensino Fundamental.

Ginasial Completo: todo aquele que concluiu as séries do curso ginasial ou profissionalizante, correspondentes as 6º, 7º e 8º séries do atual Ensino Fundamental.

Complementar: todo aquele que concluiu as séries do curso complementar, correspondente ao magistério.

Secundário Incompleto: todo aquele que não concluiu as séries do curso secundário ou profissionalizante, correspondentes ao atual Ensino Médio.

Secundário Completo: todo aquele que concluiu as séries do curso secundário ou profissionalizante, correspondentes ao atual Ensino Médio.

Superior Incompleto: todo aquele que não concluiu o terceiro grau ou atual Ensino Superior.

Superior Completo: todo aquele que concluiu o terceiro grau ou atual Ensino Superior.

B – QUALIFICAÇÃO DA MORADIA – INFRA-ESTRUTURA

B9. Moradia: conceitua-se como moradia ou domicílio o local onde reside o entrevistado. Para qualificar a moradia serão considerados os indicadores abaixo referentes às suas instalações e condições básicas. Quanto ao tipo de moradia são considerados:

Casa: é a moradia ou domicílio que ocupa totalmente um prédio, sendo construído com materiais considerados permanentes.

Apartamento: moradia que possui espaços comuns a mais de um domicílio e situada em um prédio de um ou mais pavimentos, com no mínimo dois domicílios, com peças basicamente independentes (cozinha, banheiro, quartos, sala, etc.).

Quarto / Cômodo: tipo de moradia independente que faz parte de um outro domicílio.

Barraco / Maloca: tipo de moradia construída predominantemente com materiais provisórios.

Entende-se por condições permanentes aquelas construídas com material considerado durável, incluindo-se paredes de alvenaria ou madeira aparelhada, piso de madeira aparelhada, cerâmica ou cimento, cobertura de telhas de barro, cimento, etc.

Entende-se por condições provisórias as construções em que predomina o material improvisado, tais como as paredes de taipa não-revestidas (feitas de barro ou de cal e areia),

de madeira aproveitada ou material de vasilhame, piso de terra, cobertura de madeira aproveitada, palha, sapé, papelões, jornais, etc.

B10. Enumerar as peças na moradia (incluindo banheiro se ele fizer parte da estrutura funcional da casa). Essa variável medirá o número de peças que existem na moradia.

B11 / 12. Condições de ocupação: em relação à moradia e ao terreno.

Próprio: quando a moradia ou terreno for de propriedade ou co-propriedade do entrevistado, de seu familiar ou de outra pessoa residente no mesmo local.

Alugado: quando houver pagamento de aluguel por qualquer residente da moradia ou ocupante do terreno.

Cedido: quando a moradia ou terreno forem cedidos gratuitamente por particular, parente, instituição ou empregador de qualquer residente do domicílio, embora haja pagamento de alguma taxa de ocupação ou conservação.

Invaso: quando a moradia e/ou o terreno tiver sido ocupado sem o consentimento do proprietário.

B13. O material de construção da moradia foi classificado em quatro tipos: alvenaria, madeira, mista e outros, avaliando-se as condições desse material como permanentes ou provisórios:

Alvenaria: construção onde são utilizadas, de forma predominante, as pedras ou tijolos, ligados ou não por argamassa.

Madeira: construção em que predomina a utilização de madeira.

Mista: moradia em que se usa conjuntamente a alvenaria e a madeira como materiais de construção.

Outros: serão classificados em *outros* e especificados os materiais de construção de natureza diferente dos apontados acima.

B14. Abastecimento de água é o provimento de água por um ou mais dos seguintes meios:

Rede pública com canalização interna: é o serviço coletivo (do Estado, do Município ou eventualmente, de Empresa Particular) de fornecimento de água potável que pode ser canalizada até o interior da moradia ou situar-se fora da mesma.

Rede pública sem canalização: utilização irregular do abastecimento de água.

Bica: é o cano ou a torneira de água situada em lugar público, a serviço da comunidade.

Poço: é a perfuração no solo, com a finalidade de capturar a água do sub-solo, incluindo poços artesianos.

Outros: são as formas alternativas de provisão de água por carro-pipa, por coleta de água da chuva, por uso de fontes públicas, de nascentes, rios, lagos, etc. Nesse caso deve ser especificada a forma de abastecimento de água utilizada pelo entrevistado.

B15. Lixo são os entulhos, as coisas imprestáveis, que podem ser varridos ou jogados fora, dando-lhes destinos diversos. O lixo pode ser:

Coletado: é o lixo armazenado no domicílio e coletado por serviço público, que se responsabiliza pelo seu destino.

Queimado: é o lixo que não é coletado por serviço público, cujo morador se responsabiliza pela incineração do mesmo.

Enterrado: é o lixo colocado em um buraco e encoberto por terra na propriedade ou fora dela.

Jogado: é o lixo lançado dentro ou fora da propriedade, sem maiores cuidados ou tratamentos.

B16. Energia Elétrica: é a existência ou não de energia elétrica no interior da moradia, fornecida por rede geral ou não, assinalando-se a presença de medidor ou relógio ou ausência deles para registrar o consumo.

B17. Iluminação Pública: é a existência de iluminação pública na rua em que está localizada a moradia do entrevistado.

B18. Instalações Sanitárias: compreende os tipos de escoadouro dos dejetos utilizados pelos moradores.

Rede Pública: é o sistema de esgoto pelo qual os dejetos são canalizados e tratados sob a responsabilidade do órgão público competente.

Fossa Séptica: consiste na abertura de um buraco no solo para escoamento dos dejetos com cuidados para evitar a contaminação. Consta de base, piso de laje ou placa, tampo para o buraco e abrigo protetor.

Fossa Negra: abertura de um buraco no solo, para o escoamento dos dejetos, sem os cuidados para evitar a contaminação das fontes de captação de água (casinha).

Vala: os dejetos correm livremente através de uma depressão do solo, ficando expostos ao ar livre tornando-se fonte de contaminação de pessoas, animais e vertentes de água.

B19. Vazo Sanitário: recipiente com assento, utilizado para escoadouro dos dejetos, ligado a rede de esgoto sanitário ou à fossa.

Chuveiro e/ou Banheira: existência de local e instalações para banho de chuveiro (bocal provido de crivos por onde passa a água de banho) ou banheiras.

B21. Será verificado em que local o entrevistado dorme (no quarto, na sala, no corredor ou em outro local). Esse local caracterizado como “outro” deverá ser especificado. Poderá ser um local fora da moradia (galpão, garagem, etc).

B22. Habitacional: essa variável será medida através do numero de pessoas que residem na moradia.

C – COMPOSIÇÃO FAMILIAR E DAS RELAÇÕES SOCIAIS

C23. Considera-se como filhos todos os indicados como tal pelos entrevistados; tanto os biológicos, como os adotados ou cuidados.

C25. Entende-se:

Companheiro (a): pessoa que, no dia da entrevista, tem uma situação regular de convivência conjugal com o entrevistado.

Empregada: pessoa que presta ao entrevistado um serviço remunerado.

Profissional de enfermagem: profissional da área da saúde que presta serviço especializado ao entrevistado.

C26. Considera-se como família todas aquelas pessoas ligadas ao entrevistado por laços de sangue, de afetividade ou adoção legal efetivada.

As relações satisfatórias são aquelas que se caracterizam pelo nível de integração, ajuda, relação de identidade e de cooperação.

As relações insatisfatórias são aquelas que se caracterizam por situações de desarmonia, de tensões e conflitos.

C27. Essa questão refere-se à ajuda constante ou freqüente que o idoso recebe para sua manutenção:

Saúde: auxílio financeiro para cobrir gastos hospitalares, com médicos (clínico geral, especialista, psiquiatra), psicólogos, dentistas, despesas ambulatoriais, exames clínicos, consultas, pagamentos de plano de saúde e fisioterapia.

Habitação: auxílio para pagamento de aluguel, condomínio, taxas e impostos e manutenção do domicílio (água, luz, gás, telefone, reparos, consertos, pinturas, etc).

Remédios: auxílio para compra de remédios de utilização contínua ou esporádica e de produtos farmacêuticos.

Cuidados pessoais: incluem auxílio para atender às necessidades estritamente pessoais de ordem física, como alimentação, locomoção, banho, etc.

D – OCUPAÇÃO

D36. Os motivos da aposentadoria devem ser escolhidos segundo as seguintes alternativas:

Tempo de serviço: mulheres que tenham 30 anos de serviço. Homens que tenham 30 a 35 anos de serviço.

Idade / Velhice: homens que atinjam 65 anos. Mulheres que atinjam 60 anos.

Problemas de Saúde / Acidente: pessoa de qualquer idade que sofreu doença ou acidente de trabalho que a incapacitou para o seu trabalho usual, impossibilitando-a para ocupações que assegurem seu ganho.

Especial: pessoa que tenha completado 15, 20, ou 25 anos de trabalho em atividades consideradas “insalubres”, “penosas” ou “perigosas”, comprovadas por laudo técnico.

Abono Permanência: pessoa que tenha completado requisitos para se aposentar por tempo de serviço e continua trabalhando.

D37. Essa pergunta se refere ao trabalho atual do idoso.

Trabalho Doméstico: todo aquele que envolve manutenção, conserto e conservação do lar. Todo aquele que exerce atividade de administração e economia doméstica. Por economia doméstica entende-se gerência dos bens relativos aos meios materiais necessários para controle de receita e despesa do patrimônio

Trabalho eventual: todo aquele que envolve ocupação esporádica, remunerada, mas sem obrigatoriedade (ex: prestação de serviços, lavanderia, doceira, etc.).

Trabalho Voluntário: todo trabalho realizado em algumas horas semanais, sem remuneração ou benefícios.

Trabalho Remunerado: todo trabalho que é feito com fins de remuneração ou benefícios (moradia, alimentação, vestuário, etc.).

Empregador: dirige sua própria empresa econômica, profissão ou seu ofício com auxílio de um ou mais empregados.

Pequenos Serviços não-remunerados: todo aquele que se envolve com pagamento de contas, etc.

Outros: todo aquele que exerce atividades não previstas acima.

Desempregado: todo aquele que exerce uma ocupação e no momento está sem colocação no mercado de trabalho.

Aposentado: todo aquele que recebe benefício referente a um período de trabalho exercido anteriormente.

Autônomo: todo aquele que exerce uma ocupação por conta própria.

E – RENDA

Ver o valor do salário mínimo vigente no mês de aplicação do salário. Fazer uma tabela de conversão de R\$ em salários mínimos. Deve ser considerada a renda bruta mensal.

E38. Última renda mensal. Anotar o montante da renda em R\$.

E39. Origem da renda. Escolha múltipla.

Complementos de salário / pensão deverão ser preenchidos nos itens referentes a salário e/ou pensão.

Aposentadoria: proventos decorrentes de aposentadoria, reforma, jubilação, etc.

Salário: proventos fixos decorrentes de prestação de serviços à empresa ou similar.

Aluguel: proventos recebidos pela locação de móveis e imóveis (telefone, veículos, casas, apartamentos, etc.).

Poupança: proventos recebidos de rendas provenientes de aplicações financeiras.

Pensão: proventos recebidos por pensão deixada por pessoa da qual era beneficiária, paga por instituto de previdência ou fundo de pensão (fundo do exército, marinha, aeronáutica ou força policial): pensão de qualquer natureza por decisão judicial ou não.

Serviços eventuais: proventos recebidos por prestação de serviços permanentes, como o de profissionais liberais, autônomos, etc.

Abono permanência: proventos recebidos pelo trabalhador que, tem direito à aposentadoria, opta pelo prosseguimento na atividade.

Outros: casos que não se enquadram nas alternativas anteriores.

E42. Essa questão deve contemplar a renda de todas as pessoas da família que dependem dela.

Aferir a renda de todos os moradores do domicílio, incluindo a renda do pesquisado.

Classificar em salários mínimos.

E43. Considerar todos os moradores do domicílio, incluindo aqueles que vivem fora do domicílio, mas usufruem da renda (estudante, desempregado, doente, etc).

E44. Refere-se à participação econômica do idoso entrevistado no núcleo familiar como:

Único responsável: responsável exclusivo

Maior responsável: o principal responsável, mas não único.

Divide responsabilidades: participa dividindo despesas sem ser o único ou o maior responsável.

Sem participação: não contribui com a manutenção do núcleo familiar.

F – ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

As questões referentes aos aspectos socioculturais objetivam colher informações acerca de atividades sociais e culturais, tais como utilização do tempo livre, associações, religião, sexualidade, envelhecimento e saúde. Tempo livre é o tempo que a pessoa dispõe para seu uso próprio.

F45. assinalar as atividades desenvolvidas pelo entrevistado, referente ao tipo de ocupação do tempo livre. Escolha múltipla.

F46. Registrar as atividades que o idoso gostaria de desenvolver em seu tempo livre.

RELIGIÃO

F48. Anotar a religião nos pontinhos e depois classificar nas alternativas propostas.

Essa questão quer verificar se o entrevistado pratica mais de uma religião. Após a resposta, preencher a alternativa correspondente.

F50. Saber se a religiosidade aumenta ou diminui com a idade. (O entrevistador deve LER as alternativas.).

G – ENVELHECIMENTO

As questões sobre o envelhecimento pretendem buscar informações a respeito do processo deste fenômeno com visitas a saber sobre os hábitos, as formas de praticá-lo, os valores, a conservação de funções mentais, a participação social e os papéis sociais.

H – SEXUALIDADE

As questões deste bloco visam coletar informações quanto às formas de manifestação da afetividade e sexualidade mais intensas na terceira idade, assim como avaliar o interesse do idoso a essa área. Pretende também detectar a existência ou não de mudanças na forma de manifestação da sexualidade e as origens dessas modificações.

H55. A afetividade poderá ser manifestada através de:

Companheirismo: Entende-se por fazer companhia, colaborar na realização de atividades conjuntas, parceria.

Atenções e cuidados: ações que demonstrem interesse pelo bem-estar das pessoas, atender as solicitações, dar assistência.

Carinho: dar afeto, acariciar, fazer agrados, abraçar

Conversas: trocar idéias, aconselhar, dar opiniões.

Presentes: dar mimos, lembranças, trabalhos artesanais.

Outros: toda e qualquer manifestação afetiva não citada anteriormente.

H56. Verificar a quem o entrevistado dedica maior afeição, ou mesmo a quem ele manifesta carinho, atenção, simpatia com maior intensidade:

Cônjuge ou companheiro: aquele que participa da vida da pessoa: marido, concubino, namorado...

Seus familiares: quando a resposta for à família como um todo ou a parentes.

Outros: os não citados anteriormente.

As questões a seguir têm como objetivo verificar as formas de manifestação da sexualidade entre os entrevistados. Entende-se por sexualidade a relação que se estabelece entre as pessoas através do contato físico ou trocas afetivas.

H57. A sexualidade poderá ser manifestada através de:

Atenções especiais: forma carinhosa de tratamento, ações que demonstrem interesse pelo bem-estar da pessoa.

Carinhos e toques: acariciar, fazer agrados, tocar, abraçar. Relações sexuais.

Outros: toda e qualquer manifestação quanto à sexualidade não citada anteriormente.

H59. As mudanças observadas poderão ser atribuídas a:

Doença: perda da capacidade física, moléstias, enfermidade.

Perda de interesse: não pensar mais no sexo.

Idade: acreditar não ter mais idade para o sexo.

Diminuição do afeto: menor afeição pelo (a) companheiro (a).

Perda do (a) companheiro (a): viuvez, separação, afastamento.

Falta de diálogo: dificuldade de relacionamento, isolamento.

Menopausa: fim da menstruação, declínio das condições físicas.

Preconceitos: idéias pré-conceituais quanto à sexualidade na terceira idade.

Outros: incluir todas e quaisquer mudanças não citadas anteriormente.

I – SAÚDE

Considerando que em várias questões a pergunta procura definir o período de tempo em que aconteceu a alteração, é importante situar o entrevistado no tempo, antes de iniciar este conjunto de questões.

Para tanto situe no tempo o entrevistado, antes de iniciar esta parte, explicando-lhe o mês correspondente a seis meses passados.

I61. Assinalar os indicadores segundo a percepção do entrevistado.

I63. Ambulatório policlínico ou medicina de grupo: constituem ambulatórios por procuração de seguradora ou convênio que oferece um corpo médico para atendimento.

I64. É importante certificar-se sobre o fornecimento de receita médica e de orientação por profissionais da área da saúde incluindo-se: enfermeira, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, entre outros.

I67. A internação em hospital poderá ser para diagnóstico ou tratamento.

I71. Reumatismo, artrite, artrose, entre outras: caracterizam-se por processos inflamatórios (dor, inchaço e deformação) nas articulações. Ocorre preferencialmente em grandes articulações (joelhos, tornozelos, coxo-femural, cotovelos e ombros), além das mãos.

I72. Bronquite: é uma afecção pulmonar, comum em fumantes, caracterizada por quadro de tosse e expectoração que pode ocorrer várias vezes durante o ano ocorrer de forma contínua.

I73. A pressão alta: caracteriza-se por um aumento dos níveis arteriais medidos em mais de três ocasiões.

I76. Diabetes: caracteriza-se pela presença da glicemia (açúcar no sangue) acima dos níveis normais.

K – ÁREA PSICOGERIÁTRICA

ATENÇÃO!

As perguntas nesta sessão deverão ser feitas exatamente da forma em que estão formuladas. Caso o entrevistado não tenha compreendido o sentido da questão, esta deverá ser lida novamente, sempre da mesma forma, não podendo ser alterado o seu conteúdo. As perguntas deverão ser sempre respondidas na seqüência apresentada, não sendo permitido saltar questões ou retornar a questões anteriores.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido-o(a) a participar da pesquisa *Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis - RS*.

Esta pesquisa se justifica pelo fato de queremos conhecer as características das pessoas com 60 anos ou mais que moram em Veranópolis e que são atendidas pelo Programa de Saúde da Família desta mesma cidade.

Através deste estudo temos o objetivo de conhecer o perfil do idoso que é atendido pelo Programa de Saúde da Família, considerando-se os dados gerais do idoso, aspectos de sua moradia, infra-estrutura, composição familiar, ocupação, renda, aspectos sócio-culturais, sexualidade, saúde, bem como atividades de vida diária.

O meio utilizado para realizar este trabalho será uma única entrevista, com duração de aproximadamente uma hora onde as respostas serão pessoais, não sendo avaliadas em certas ou erradas. As entrevistas serão feitas em sua casa ou em local a combinar, que fique melhor para o(a) senhor(a).

O questionário será aplicado por uma agente de saúde ou pela própria pesquisadora, que se identificarão previamente.

Ressaltamos que não haverá desconforto ou constrangimento durante o desenvolvimento da pesquisa e que os dados coletados / informações mediante questionário serão mantidos sob privacidade. Os indivíduos serão mencionados de forma anônima.

Fica garantida a resposta a qualquer dúvida durante a realização da pesquisa, bem como fica assegurada a liberdade de não participar da pesquisa caso houver desconforto.

Para tanto, necessitamos de sua assinatura para o consentimento do termo a seguir:

Eu.....fui informado(a) de maneira clara e detalhada dos objetivos da pesquisa. Recebi informações e esclareci minhas dúvidas. Tenho consciência que em qualquer momento posso solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar.

Caso surgirem novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a pesquisadora responsável Juliana Wilborn Pilger no telefone (51)92072508. Outrossim, estou ciente de poder contatar também, em caso de dúvidas, o professor orientador da pesquisadora Dr. Emilio Moriguchi pelo telefone (51)33203000 ramal 2590.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____	_____	_____
Assinatura do Participante	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura da Pesquisadora	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura da Testemunha	Nome	Data