

PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL



Organizadores

ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES BÓS

ANDREA RIBEIRO MIRANDOLA

ANDRESSA LEWANDOWSKI

CLAUDINE LAMANNA SCHIRMER

PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre



2015

©2015 Escola de Saúde Pública
Todos os direitos desta edição reservados
À Escola de Saúde Pública – ESP/RS

1ª edição – Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul

Divulgação e informações:

Escola de Saúde Pública
Avenida Ipiranga, 6311
CEP 90.610-001 – Porto Alegre – RS
www.escoladesaudepublica.rs.gov.br

Capa:

Henrique Lippert Cunha – Comunicação ESP

ISBN – 978-85-60517-09-1

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública.
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul. Organizado por Ângelo José
Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski e
Claudine Lamanna Schirmer. – Porto Alegre, 2015.

356 p.

1. Idosos- Rio Grande do Sul. 2. Saúde do Idoso. 3. Políticas
Públicas. 4. Estatuto do Idoso. 5. Qualidade de Vida. I. Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul. II. Bós, Ângelo José
Gonçalves (Org.). III. Mirandola, Andrea Ribeiro (Org.). IV. Lewandowski,
Andressa (Org.). V. Schirmer, Claudine Lamanna (Org.). VI. Título.

NLM WT 100

**Catalogação na fonte – Centro de Informação e Documentação em
Saúde – CEIDS/ESP/ETSUS/SES/RS**

AUTORES



Aline Zuardi Maia

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



André Ribeiro

Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Especialista em Envelhecimento Humano pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Mestre e Doutorando em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Andrea Ribeiro Mirandola

Licenciatura em Educação Física pela UFRGS. Enfermeira graduada pela PUCRS. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) da PUCRS. Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Andressa Lewandowski

Cirurgiã Dentista graduada pela PUCRS. Especialista em Saúde Coletiva e da Família pelo PREMUS (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Ângela Kemel Zanella

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Educadora Física graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Acupuntura pelo Instituto Vida – RS. Mestre em Educação pela UFSM. Doutoranda em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Ângelo José Gonçalves Bós

Médico graduado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Especialista em Geriatria e Gerontologia pelo IGG (PUCRS). Doutorado em Phd In Medicine com ênfase em Saúde Comunitária pela Tokai University, Japão. Pós-doutorado no Instituto Nacional Americano sobre o Envelhecimento, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos e no Instituto Metropolitano Gerontológico de Tóquio, Japão.



Amanda Bifano Balbinot

Psicóloga graduada pela PUCRS. Especialista em Aconselhamento Familiar (PUCRS). Mestre em Ciências Criminais – Área de Violência (PUCRS), Doutora em Informática na Educação (UFRGS).



Claudine Lamanna Schirmer

Nutricionista graduada pela PUCRS. Especialista em Saúde da Família pelo PREMUS (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Cristina Loureiro Chaves Soldera

Fonoaudióloga graduada pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura (IMEC). Especialista em Fonoaudiologia (UFSM). Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana (UFSM). Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Cristine dos Reis

Farmacêutica com ênfase em Indústria graduada pela PUCRS. Especialista em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGVRS). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Darla Silvana Risson Ranna

Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Especialista em negócios pela Escola Superior de Publicidade e Marketing (ESPM). Master of Business Administration (MBA) em Marketing pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). MBA em Gestão Executiva em Saúde (FGV). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Denielli da Silva Gonçalves Bós

Fisioterapeuta graduada pela PUCRS. Especialista em Atenção Geriátrica Integrada com ênfase em Fisioterapia Geriátrica (PUCRS). Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Patogênese e Fisiopatologia (UFCSPA). Doutoranda pleno no exterior no departamento de Pneumologia e no Instituto de Pesquisa Cardiovascular na VU University Medical Center, Amsterdam, Holanda.



Diene Gomes Colvara Lopes

Educadora Física graduada pela ULBRA. Especialista em Saúde do Idoso pelo PREMUS (PUCRS). Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Fernanda Letícia Alves

Educadora Física graduada pela PUCRS.



Gabriela Guimarães Oliveira

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário Metodista (IPA). Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso (GHC). Residente em Saúde do Idoso pelo PREMUS (PUCRS).



Gustavo Nunes Pereira

Fisioterapeuta graduado pela PUCRS. Especialista em Saúde do Idoso pelo PREMUS (PUCRS). Especialista em Cinesiologia (UFRGS). Especialista em Saúde da Família pelo Hospital Moinhos de Vento - Instituto de Educação e Pesquisa (IEP). Mestre e Doutor em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Iride Cristofoli Caberlon

Enfermeira graduada pela Escola Madre Ana Möeller. Licenciatura plena em Enfermagem (PUCRS). Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Mestre em Enfermagem com ênfase na Saúde do Adulto (UFRGS). Doutora e Pós-doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Fisioterapeuta graduado pelo IPA. Mestrando em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Leticia Domingues Bertuzzi

Psicóloga graduada pela PUCRS. Especialista em Psicologia Clínica pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI). Residência em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Pronto Socorro (HPS). Mestre em Ciências da Reabilitação pela UFCSPA.



Letícia Farias Gerlack

Farmacêutica graduada pela PUCRS. Especialista em Assistência Farmacêutica pelo PREMUS (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS). Doutoranda em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB).



Margarete Diprat Trevisan

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário La Salle (UNILASALLE). Especialista em Fisioterapia Respiratória pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR). Especialista em Saúde do Idoso pelo PREMUS (PUCRS). Pós-graduanda em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso (GHC). Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Farmacêutica graduada pela UFSM. Mestre em Ciência e Tecnologia Farmacêuticas (UFSM). Doutora em Patologia Molecular (UnB).



Maria Heloisa Fialho Cauduro

Assistente Social graduada pela PUCRS. Especialista em Gerontologia Social (PUCRS). Mestre e Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Maria Marina Serrão Cabral

Nutricionista graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Especialista em Nutrição Clínica (UNIJUÍ). Mestre em Engenharia de Alimentos pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Doutoranda em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS.



Miriam Souza dos Santos Vianna

Fisioterapeuta graduada pela PUCRS. Especialista em Atenção Geriátrica Integrada com ênfase em Fisioterapia Geriátrica (PUCRS).



Patrícia Morsch

Fisioterapeuta graduada pela UNISC, Especialista em Saúde Pública pela UFRGS, Mestre em Gerontologia pela University of North Carolina, Charlotte – EUA, revalidada pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Doutoranda em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG da PUCRS.



Rejane Eliete Luz Pedro

Cirurgiã Dentista graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Geriatria e Gerontologia pelo Centro de Aperfeiçoamento Profissional (CAPRO). Mestre e Doutora em Geriatria e Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria IGG- PUCRS. Doutorado Sanduiche na Newcastle University, England.



Stéfani Ribeiro Rodrigues

Fonoaudióloga graduada pela UFCSPA. Mestranda em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG (PUCRS).



Thayse Lamanna Schirmer

Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela UFRGS.



Vaneila Bortolini

Fonoaudióloga graduada pela UFCSPA. Graduanda em Odontologia (UFRGS).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	p. 10
PREFÁCIO	p. 12
Capítulo 1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL <i>Andrea Ribeiro Mirandola; Andressa Lewandowski; Claudine Lamanna Schirmer; Iride Cristofoli Caberlon; Maria Heloisa Fialho Cauduro</i>	p. 14
Capítulo 2 SOBRE O “GUIA GLOBAL: CIDADE AMIGA DO IDOSO” <i>Andrea Ribeiro Mirandola; Andressa Lewandowski; Claudine Lamanna Schirmer</i>	p. 33
Capítulo 3 O PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL E SUA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA <i>Ângelo José Gonçalves Bós</i>	p. 41
Capítulo 4 INTRODUÇÃO AOS RESULTADOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS PESQUISADOS <i>Ângelo José Gonçalves Bós</i>	p. 70
Capítulo 5 CARACTERÍSTICAS DO IDOSO GAÚCHO E DO SEU AMBIENTE <i>Patrícia Morsch; André Ribeiro</i>	p. 81
Capítulo 6 OS MEIOS DE TRANSPORTE <i>André Ribeiro; Patrícia Morsch</i>	p. 98
Capítulo 7 CONDIÇÕES DE MORADIA E NECESSIDADE DE ADAPTAÇÕES <i>Patrícia Morsch; André Ribeiro; Thayse Lamanna Schirmer</i>	p. 111
Capítulo 8 PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA E OCUPAÇÃO EXERCIDA <i>Darla Silvana Risson Ranna; Maria Heloisa Fialho Cauduro</i>	p. 124
Capítulo 9 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DO IDOSO GAÚCHO <i>Amanda Bifano Balbinot; Leticia Domingues Bertuzzi</i>	p. 143
Capítulo 10 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ORAL <i>Andressa Lewandowski; Rejane Eliete Luz Pedro; Vaneila Bortolini</i>	p. 161
Capítulo 11 USO DE APARELHO AUDITIVO E AUTOPERCEPÇÃO DA AUDIÇÃO <i>Cristina Loureiro Chaves Soldera; Stéfani Ribeiro Rodrigues</i>	p. 167
Capítulo 12 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Denielli da Silva Gonçalves Bós; Gustavo Nunes Pereira; Diene Gomes Colvara Lopes; Margarete Diprat Trevisan</i>	p. 175
Capítulo 13 PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSOS GAÚCHOS <i>Denielli da Silva Gonçalves Bós; Miriam Souza dos Santos Vianna; Ângela Kemel Zanella</i>	p. 190

Capítulo 14 DIFICULDADES DE SONO NO IDOSO GAÚCHO <i>Miriam Souza dos Santos Vianna; Joel Hirtz do Nascimento Navarro; Aline Zuardi Maia; Ângelo José Gonçalves Bós</i>	p. 197
Capítulo 15 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Claudine Lamanna Schirmer; Maria Marina Serrão Cabral</i>	p. 206
Capítulo 16 PERDAS DENTÁRIAS E USO DE PRÓTESES EM IDOSOS GAÚCHOS <i>Andressa Lewandowski; Rejane Eliete Luz Pedro; Vaneila Bortolini</i>	p. 213
Capítulo 17 PREVALÊNCIA DE TONTURA E FALTA DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Cristina Loureiro Chaves Soldera; Stéfani Ribeiro Rodrigues; Denielli da Silva Gonçalves Bós; Joel Hirtz do Nascimento Navarro</i>	p. 222
Capítulo 18 AS QUEDAS NOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Íride Cristofoli Caberlon; Gustavo Nunes Pereira; Patrícia Morsch</i>	p. 228
Capítulo 19 TABAGISMO E O IDOSO GAÚCHO <i>Joel Hirtz do Nascimento Navarro; Aline Zuardi Maia; Gabriela Guimarães Oliveira</i>	p. 237
Capítulo 20 TRATAMENTO DO CÂNCER EM IDOSOS GAÚCHOS <i>Cristine dos Reis; Iride Cristofoli Caberlon</i>	p. 249
Capítulo 21 HÁBITOS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Claudine Lamanna Schirmer; Maria Marina Serrão Cabral</i>	p. 267
Capítulo 22 SEXUALIDADE DO IDOSO GAÚCHO <i>Amanda Bifano Balbinot; Iride Cristófoli Caberlon; Leticia Domingues Bertuzzi; Maria Heloisa Fialho Cauduro</i>	p. 284
Capítulo 23 COMPOSIÇÃO FAMILIAR DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL <i>Amanda Bifano Balbinot; Leticia Domingues Bertuzzi; Maria Heloisa Fialho Cauduro</i>	p. 299
Capítulo 24 PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES: SOCIAL, CÍVICA E FÍSICA <i>Andrea Ribeiro Mirandola; Ângelo José Gonçalves Bós; Joel Hirtz do Nascimento Navarro; Fernanda Letícia Alves</i>	p. 312
Capítulo 25 COMO OS IDOSOS SE COMUNICAM NO SUL DO PAÍS <i>Letícia Farias Gerlack; Margô Gomes de Oliveira Karnikowski; Ângelo José Gonçalves Bós</i>	p. 324
Capítulo 26 SUORTE COMUNITÁRIO E ACESSO A SAÚDE <i>Andrea Ribeiro Mirandola; Andressa Lewandowski; Claudine Lamanna Schirmer; Maria Heloisa Fialho Cauduro</i>	p. 338

APRESENTAÇÃO

A presente obra aborda os resultados de uma grande pesquisa iniciada em 2010, que buscou retratar o perfil do idoso gaúcho no contexto do Envelhecimento Ativo inspirada no Guia Global: Cidade Amiga do Idoso editado pela Organização Mundial de Saúde em 2008. A pesquisa foi resultado da parceria entre o Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESPRS).

Muitos colaboradores participaram das etapas da pesquisa, entre eles, professores, acadêmicos de graduação e de pós-graduação de diversas áreas do conhecimento: medicina, nutrição, psicologia, economia, farmácia, fisioterapia, educação física, arquitetura, fonoaudiologia, odontologia, enfermagem e serviço social, envolvendo profissionais não somente vinculados à PUCRS e a ESPRS, mas também, entre outras, a Universidade Luterana do Brasil, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Universidade Nacional de Brasília, Instituto de Ensino Superior da Amazônia.

Importante ressaltar que o processo foi construído interdisciplinarmente, promovendo a troca de saberes e diferentes olhares desde a criação do projeto de pesquisa até a realização desse livro.

A singularidade dos dados obtidos reflete a complexidade da atenção à saúde da pessoa idosa e a carência de estudos semelhantes na área do envelhecimento. Portanto, o exposto nessa obra é um importante registro, na medida em que os capítulos abordam diferentes dimensões do Envelhecimento Ativo, contribuindo para a reorganização das Políticas Públicas e servindo de estímulo para produção científica.

Neste contexto o presente livro aborda inicialmente o panorama das Políticas Públicas para idoso no Brasil fazendo um resgate histórico até os dias atuais. No segundo capítulo busca-se resumir os principais resultados do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso prefaciando o capítulo seguinte que descreve a concepção filosófica e a trajetória metodológica empregada na pesquisa que originou a presente publicação. Os demais capítulos que se seguem foram divididos por temas de acordo com a metodologia utilizada para compor a pesquisa.

Finalmente, espera-se que esse livro se torne uma rica fonte de dados para inspirar reflexões sobre os principais temas relacionados às condições de saúde da população idosa e para a tarefa de responder às suas necessidades.

Os Organizadores

PREFÁCIO

Conhecer as questões de saúde presentes na vida dos indivíduos, o que mais os fragiliza, através de um trabalho sério e competente, é uma importante ferramenta para a assistência a saúde. Os resultados apresentados fazem parte de uma pesquisa que investigou a situação de saúde, comportamentos e atitudes de pessoas acima de 60 anos moradoras no Rio Grande do Sul.

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Conhecer os processos que evidenciam as situações que permeiam a saúde dos idosos no Rio Grande do Sul, permite aos gestores e sistemas assistenciais que implementem Políticas Públicas para idosos. O envelhecimento da população é um processo universal, progressivo e gradual, impõem a previsão de recursos para o desenvolvimento de programas, projetos e ações.

A observação de padrões diferenciados de envelhecimento, e a compreensão dos determinantes da longevidade com qualidade de vida, têm motivado estudos que visam compreender do que se constitui envelhecer bem. A obra retrata cenários que podem nortear, através de resultados de grupos focais da pesquisa que, em 1485 participantes, identificaram as características-chave para constituição de uma cidade amiga do idoso. A pesquisa sobre o perfil dos idosos do Rio Grande do Sul foi realizada em parceria entre a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

O livro enfatiza os problemas de saúde na assistência ao idoso, abordando suas particularidades mais comuns. Balbinot e Bertuzzi citam no capítulo 9 (p. 157), que “são muitos os aspectos envolvidos na saúde geral dos idosos”, cabe às políticas públicas ampliar o foco para garantir a atenção integral à saúde da população idosa, em curva ascendente em nosso Estado, o que gera uma atenção especial. Os conceitos que se relacionam à qualidade de vida, à autoestima e as questões de necessidades de atenção à saúde no envelhecimento, merecem aprofundamento nas práticas dos profissionais que lidam diretamente com o envelhecimento.

Recomendamos a leitura para gestores, profissionais de saúde e a todos aqueles que trabalham ou convivem com pessoas idosas. Compreender os processos do envelhecimento diz respeito a integridade da vida do ser humano, e é uma questão de saúde pública. É preciso que a sociedade avance na reflexão e compreensão dessa temática e desenvolva atitudes mais positivas. O redirecionamento de Políticas Públicas voltadas ao idoso e sua comunidade mostra-se como um desafio para a sociedade contemporânea.

Desejamos a todos uma boa leitura.

Teresinha Valduga Cardoso e Stella Maria Feyh Ribeiro

Direção da Escola de Saúde Pública ESP/SES/RS

Capítulo 1

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL

Andrea Ribeiro Mirandola

Andressa Lewandowski

Claudine Lamanna Schirmer

Iride Cristofoli Caberlon

Maria Heloisa Fialho Cauduro

INTRODUÇÃO

Embora o aumento exponencial da população idosa e melhoria dos valores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) seja considerado uma importante conquista das últimas décadas, faz-se necessário, cada vez mais, focar na ampliação do sistema de proteção social aos idosos e, conseqüentemente, na elaboração efetiva de Políticas Públicas inovadoras, mais democráticas, promotoras, acima de tudo, do bem comum, de cidadãos mais solidários, de uma sociedade menos desigual.

Entretanto, para a concretização da garantia de direitos às pessoas idosas é necessária a discussão sobre políticas sociais voltadas às particularidades deste segmento, que constituem um conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados ao desenvolvimento social de determinado país, região, estado e município, incluindo políticas de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer adaptado, assistência e previdência Social (OPAS e CONASS, 2008).

É dever do Estado, da família, do poder público e da sociedade civil organizada implantar e programar Políticas Públicas saudáveis voltadas

ao enfrentamento dos determinantes sociais dirigidas à melhoria das condições de vida a grupos específicos expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em razão da exposição a riscos decorrentes de condições ambientais, sanitários, sociais, comportamentais ou em razão da insuficiência do acesso a ações e serviços que promovam e protejam suas condições de saúde (OPAS e CONASS, 2008).

Políticas Públicas resultam da articulação entre grupos diversificados ou segmentos da sociedade que buscam defender ou garantir seus interesses. Desta forma, quem passa a promover o bem-estar social precisa desenvolver uma série de ações em diversas áreas, tais como educação, trabalho, cultura, saúde, meio ambiente. As Políticas Públicas originam-se de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) esboçam para melhorar o bem-estar da sociedade e o interesse público (SEBRAE, 2008).

Histórico das Políticas Públicas

Desde meados do século passado, algumas iniciativas foram fundamentais para o avanço nas Políticas Sociais para a terceira idade, configurando, assim, um lastro para as Políticas Públicas. O Serviço Social do Comércio (SESC) inicia um trabalho de grupo de Idosos na cidade de São Paulo em 1963. Esse movimento acabou sendo decisivo para impulsionar e incentivar uma política para esse segmento, pois promovia o bem-estar social e a valorização desse segmento para o qual, até então, ações sociais eram voltadas apenas para o atendimento “asilar”, ou seja atendimento em Instituições de Longa Permanência para Idosos (COSTA et al, 2002).

Em 1974, através da portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por intermédio do antigo Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS); ocorre a primeira iniciativa governamental no sentido de proporcionar a assistência ao idoso. Essa iniciativa tinha como objetivo o pagamento da internação custo-dia, restrita aos aposentados e pensionistas, a partir dos 60 anos de idade, em asilamento. Ao se demonstrar a necessidade física ou mental, abandono ou dificuldade financeira era realizada a admissão em instituição de longa permanência (COSTA et al,2002).

Surge, em 1976, o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), pelo INPS, que consistia em atender grupos de idosos na sala de espera dos ambulatórios (RODRIGUES, 2001).

Outra importante ação do Governo Federal, nesse ano, foi a criação de dois tipos de benefícios não contributivos aos idosos vulneráveis: as aposentadorias para os operários rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para os idosos urbanos e rurais necessitados.

Em 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), cujo Programa passa para a Fundação Legião Brasileiro de Assistência (LBA), ficando com a responsabilidade pelo atendimento dos idosos em todo o Brasil. A LBA estruturava o atendimento aos idosos em dois projetos principais: o Conviver desenvolvido em grupos de idosos e o Asilar a ser desenvolvido junto, alcançando cerca de 1.200 entidades em 2.600 municípios através de convênios e cooperação técnica (RODRIGUES, 2001; COSTA et al, 2002).

Cabe ressaltar que até sua extinção em 1995, a LBA foi o órgão executor da Política para idosos no Brasil. A entidade realizou diversos projetos de apoio à pessoa idosa e seus familiares. Segundo Rodrigues (2001) esses projetos visavam sempre a participação e integração do idoso na sociedade, suscitando discussões e reflexões que contribuíram

para uma imagem mais positiva do envelhecimento resgatando a cidadania de idosos dentro da comunidade.

A partir da década de 80 a questão do envelhecimento passa a ocupar um espaço fundamental por meio da Organização das Nações Unidas (ONU) que promove a “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena” em 1982, aprovando o Plano de Ação Internacional e a II Assembleia em Madri, em 2002. Nessa segunda assembleia, foi aprovada uma nova declaração política e um novo plano de ação para nortear a adoção de medidas propositivas sobre o envelhecimento no início do século XXI (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Na trajetória da Política Pública, um marco importante foi a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Considerada a Constituição Cidadã, pois ela preconiza direito a diversas camadas da população, incluindo as pessoas idosas. A Constituição de 1988 define como idosas as pessoas com idade de 60 anos ou mais e garante a proteção dos idosos no capítulo da Seguridade Social. Cinco anos mais tarde foi aprovada a Lei nº 8742/93, chamada Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que não é contributiva, ou seja, independe de contribuição prévia para receber o benefício. O critério de elegibilidade para o benefício é apenas a insuficiência da renda familiar, definida como uma renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário mínimo.

Ainda que, a Constituição de 1988 represente um significativo avanço na relação do Estado com a população idosa, pois promove melhores condições e proteção à essa população idosa, a família continua sendo o principal guardião e responsável pelo amparo e cuidado dos idosos, podendo ser responsabilizada criminalmente caso assim não os faça (CAMARANO e PASINATO, 2004).

A Constituição de 1988 implementa instrumentos legais de proteção à velhice e ao idoso (art. 203, itens I e V), considerados avançados em termos de América Latina. No entanto, a implementação destes instrumentos tem acontecido de forma lenta e gradual. Somente em 1994, após seis anos, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) que cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), ratificando diretrizes previstas na Constituição de 1988.

O CNDI tem a competência de supervisionar, fiscalizar e avaliar a PNI nos âmbitos dos estados e municípios. Compete aos Conselhos Municipais e do Distrito Federal do Idoso, segundo o art. 6º da PNI, exercer a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação desta política no seu âmbito. Essas entidades são órgãos permanentes, paritários e deliberativos. Entende-se por paritário o igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil.

Como mencionado a PNI foi promulgada em 4 de janeiro de 1994, pela Lei nº 8.842/94, e institui garantias de direitos sociais, promovendo a autonomia e incentivando a participação dos idosos mais efetivamente na sociedade valorizando a cidadania. A partir desse momento, se instituem legalmente idosos como a pessoa igual e acima de sessenta anos de idade.

A PNI tem como finalidade assegurar direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A PNI traz os seguintes princípios e diretrizes:

- A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.
- O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- Participação do idoso, por meio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação da lei.

Em 1996, o Decreto nº 1.948 determina a implementação da PNI, estabelecendo as competências dos órgãos e entidades públicas, ficando

a Secretaria de Assistência Social (1974 a 2009) e após Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Decreto nº 6.800/2009) responsável por coordenar a PNI; articular e apoiar a estruturação de rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa; apoiar a capacitação de recursos humanos para o atendimento ao idoso junto aos demais órgãos governamentais; participar, em conjunto com os demais entes e órgãos referidos nesse Decreto, da formulação, acompanhamento e avaliação da PNI; promover eventos específicos para discussão de questões relativas ao envelhecimento e à velhice; coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos; encaminhar as denúncias relacionadas à violação dos direitos da pessoa idosa aos órgãos públicos competentes; e zelar em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso pela aplicação das normas de proteção da pessoa idosa.

É importante assim ressaltar que a partir da década de 90 as questões sobre o envelhecimento passam a estar presentes mais assiduamente na agenda das grandes discussões nacionais pertinentes as questões dos idosos. A sociedade começa a dar-se conta que as mudanças ocorridas decorrentes do aumento na faixa etária interferem na economia, saúde, educação, trabalho e no contexto social em geral. A participação e anseio da sociedade civil, científica, associações de classe e entidades governamentais e não governamentais abriram caminhos a atores de destaques, tais como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia criada em 1961 e também as regionais que se destacam no trabalho permanente de manter pressão para sempre serem colocadas nas pautas de discussão as questões da população idosa.

O Estatuto do Idoso:

Então, em 1º de outubro de 2003, sob a Lei N.º 10.741, é aprovado e sancionado o Estatuto do Idoso, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

O Estatuto do Idoso estabelece que os idosos gozem de todos os direitos e garantias, de proteção e defesa integral, assegurando-lhes, por lei e outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação da saúde física, mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

O Estatuto é dividido em sete títulos onde são abordados temas diversos como:

- Disposições preliminares compostas por questões como idade, direitos fundamentais, obrigações da família, da sociedade, do poder público.

- Direitos fundamentais, contemplando capítulos que abordam direito a vida, a liberdade ao respeito e dignidade; ao alimento; a saúde, a educação, a cultura, ao esporte e ao lazer; a profissionalização e ao trabalho; a previdência social; a assistência social; a habitação e ao transporte.

- Direito as medidas de proteção.

- Políticas de atendimento ao idoso abordando capítulos sobre entidades de atendimento e sua devida fiscalização.

- Direito do acesso a justiça, funções do Ministério Público e proteção judicial.

- Crimes cometidos contra a pessoa idosa e suas penalidades; e finalmente

- Disposições gerais e transitórias.

Esta política traz responsabilidades partilhadas pelo Estado, família e sociedade civil, Ministério Público, órgãos públicos e instituições sociais, tendo estes o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida. O Estatuto afirma que o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza e que o mesmo deve ser o agente ativo na condução da própria vida e o destinatário das transformações a serem efetivadas através das políticas nacionais, estaduais e municipais (KEINERT & ROSA, 2009).

Saúde e Políticas Públicas para idosos

A Constituição de 1988, no capítulo II trata da Seguridade Social, definido no artigo 194, que compreende um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, a previdência e assistência social. Em relação à saúde, o artigo 196 afirma que:

“a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Dessa forma, foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS) onde as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada para o atendimento integral de todo o cidadão, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Considerando a necessidade do setor da saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, o Ministério da Saúde, em 1999, promoveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente dos órgãos e instituições congêneres envolvidos com o tema. A conclusão desse processo resultou na elaboração da política setorial da área da saúde e na sua aprovação pela Comissão de Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. A primeira Política Nacional da Saúde do Idoso foi criada pela Portaria Ministerial nº 1935/1999 a qual determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas. Neste mesmo ano, mediante a Portaria nº

280, de 7 de abril de 1999, torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes internados com 60 anos ou mais de idade.

Em 2002, propõem-se a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002). Como parte de operacionalização das redes, são criados os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria SAS/MS nº 249, de 12 de abril de 2002).

Neste mesmo ano o Ministério da Saúde, ampliou as ações de atenção do idoso, mediante mais três novas portarias:

a) Portaria nº 738, de 12 de abril de 2002 inclui a Assistência Domiciliar e Hospital Dia Geriátrico no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), realizada pelos Centros de Referência em Assistência ao Idoso – Internações de média e longa permanência (30 a 60 dias), com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo SUS;

b) Portaria GM/MS nº 703, de 12 de abril de 2002, instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, em cooperação com as respectivas redes Estaduais de Assistência ao Idoso e seus Centros em Assistência à Saúde do Idoso; e

c) Portaria SAS/MS nº 843, de 6 de novembro de 2002, estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas –

Demência por Doença de Alzheimer para serem utilizados pelos profissionais que atendem na rede dos serviços de saúde do SUS.

Em 22 de fevereiro de 2006, cria-se a Portaria nº 399, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos Governos Federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

São seis as prioridades do Pacto pela Vida. A primeira delas é a Saúde do Idoso, que tem o objetivo de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. É importante ressaltar que na Saúde do idoso, para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes: promoção do Envelhecimento Ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais,

visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como ações estratégicas há:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;

- Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir a Avaliação Geriátrica Global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;
- Atenção Domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

No mesmo ano também, em 19 de outubro de 2006, pela Portaria nº 2528, é aprovada a segunda Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A finalidade primordial dessa Política é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Ainda em 2006, foi construído o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, tendo como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS.

Este Caderno de Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Tudo foi pensado no sentido de se obter uma abordagem integral para as pessoas em seu processo de envelhecer.

Posteriormente o Ministério da Saúde produziu outros materiais para a Educação Continuada aos profissionais da rede de Atenção Básica à Saúde: Guia Prático do Cuidador (2008), Atenção à Saúde da Pessoa idosa e Envelhecimento (2010), Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010) e Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais (2012).

Em 8 de novembro de 2011, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o programa Melhor em Casa (A segurança do Hospital no conforto de seu lar). Este programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no SUS, com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, têm assistência multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família. O atendimento é feito por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) podem compor as equipes de apoio. Cada equipe pode atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente. O programa também ajuda a reduzir as filas nos hospitais de emergência, já que a assistência, quando houver a indicação médica, passa a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família. O Ministério da Saúde com o intuito de

instruir os gestores e os profissionais de atendimento domiciliar nos estados e municípios, em 2012, preparou dois Cadernos de Atenção Domiciliar (Volume I e II) que servem de orientação aos municípios que já possuem equipes habilitadas e aos que estão em processo de implantação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um país que envelhece rapidamente, ainda há muito que se fazer para o atendimento das demandas desse grupo populacional. Há muitos desafios a serem superados pelos gestores responsáveis pela implementação das Políticas Públicas para as pessoas idosas no Brasil.

Importante salientar que a execução das políticas depende das questões orçamentárias específicas, sendo necessário o repasse de verbas aos municípios para o desenvolvimento de programas, projetos e ações. Por outro lado, é fundamental a capacitação e qualificação dos gestores em relação à administração dos recursos disponíveis nas três esferas de governo.

Quanto à formação profissional e educação permanente faz-se necessária a ampliação e capacitação dos profissionais responsáveis pela coordenação, execução e assistência na Atenção ao Idoso. Assim como, investir na formação de cuidadores para atender as necessidades da vida diária dos idosos.

Em relação à atenção e assistência, é essencial qualificar e ampliar a rede de serviços e ações em saúde, proporcionando qualidade de vida ao idoso e suas famílias nos três níveis de atenção:

- Atenção Primária em Saúde (APS) – atendimento e internação domiciliar especializada para o idoso, sendo fragilizado ou não, na melhora da qualidade de vida, no processo de finitude e morte digna;
- Atenção Secundária – Centros Especializados de Geriatria e Gerontologia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Saúde Mental, Hospital Dia Geriátrico, Centros de Assistência Especializada e de Convivência ao Idoso;
- Atenção Terciária – Urgência e Emergência especializada, Internação Hospitalar, serviços especializados de reabilitação e cuidados paliativos.

Portanto, as Políticas Públicas devem proporcionar além da saúde ao longo de todo o ciclo de vida, também condições de subsistência digna de um ser humano, suprimindo as necessidades de alimentação, moradia, proteção e defesa de seus direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 04 de janeiro de 1994.

_____. Lei nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 19: **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Nº 1.395/GM, de 13 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União** 1999; 13 dez.

_____. Portaria Nº 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 20 out 2006: Nº202.

_____. Portaria Nº 249/GM, de 12 de abril de 2002. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília (DF), 12 de abr. 2002.

_____. Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade do Acompanhante Hospitalar de Idoso. Brasília (DF), 7 de abr. 1999.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006.

_____. Portaria Nº 702/GM, de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência ao Idoso. Brasília (DF), 12 de abr. 2002.

_____. Portaria Nº 703/GM, de 12 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Brasília (DF), 12 de abr. 2002.

_____. Portaria Nº 843/GM, de 6 de novembro de 2002. Institui Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por Doença de Alzheimer. Brasília (DF), 6 de Nov. 2002.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 6.800, de 18 de março de 2009. Altera o art. 2º do Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 19 mar. 2009. Nº 53.

_____. Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Brasília, 03 de julho de 1996.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. In.: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253–292.

COSTA, N.E.; MENDONÇA, J.M.; ABIGAIL, A. Políticas de Assistência ao Idosos: A Construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil.in Freitas et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2002.

IBGE. Resultados do censo de 2010. Disponível em <www.censo2010.ibge.gov.br/resultados> Acesso em: 29 jun. 2012.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; CONASS, CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Glossário de Termos do Instrumento de Avaliação da FESP/SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, setembro de 2008.

RODRIGUES, N.C. Política nacional do idoso - Retrospectiva histórica. **Estud Interdiscip Envelhec**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

SEBRAE. **Políticas Públicas: conceitos e práticas** / supervisão por Brenner Lopes e Jefferson Ney Amaral; coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008. 48 p.

Capítulo 2

SOBRE O “GUIA GLOBAL: CIDADE AMIGA DO IDOSO”

Andrea Ribeiro Mirandola

Andressa Lewandowski

Claudine Lamanna Schirmer

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento Ativo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS): “é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”. A Organização considera o Envelhecimento Ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos. Portanto, é preciso preparar o ambiente onde as pessoas idosas vivem para garantir qualidade ao dia-a-dia desses moradores. Por isso, em 2006 foi desenvolvido o Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso pela OMS sob a coordenação de Alexandre Kalache e Louise Plouffe, com a orientação de um grupo de consultores.

O Projeto foi inicialmente apresentado durante a abertura do 18º Congresso Mundial de Gerontologia, no Rio de Janeiro no dia 26 de junho 2005. Em maio do ano seguinte, em Vancouver, representantes de diversas cidades de vários países se reuniram para elaborar o protocolo de pesquisa, cujos resultados serviram de base para a construção do “Guia global: cidade amiga do idoso” (GGCAI), em 2008.

Segundo o GGCAI (OMS, 2008), “uma cidade é considerada amiga do idoso quando ela estimula o Envelhecimento Ativo que proporciona

atividades de promoção da saúde, participação social e segurança, visando o aumento da qualidade de vida de pessoas durante o seu envelhecimento”.

Desta forma, uma cidade considerada amiga do idoso deve adaptar suas estruturas e serviços tornando-as acessíveis aos idosos, promovendo a inclusão deles mesmo com diferentes necessidades e graus de capacidade. O Envelhecimento Ativo entende que os idosos são um recurso para as suas famílias, comunidades e economias, desde que em ambientes favoráveis e propícios. O objetivo do GGCAI é mobilizar as cidades para se tornarem mais amigas do idoso, podendo, assim usufruir do potencial que os idosos podem proporcionar à sociedade.

Etapas do GGCAI

A pesquisa que gerou o GGCAI foi realizada em 33 cidades de todos os continentes. Participaram da pesquisa cidades com mais de 10 milhões de habitantes (megacidades), capitais de países, centro regionais e pequenas cidades, representando tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Essa estratégia buscou refletir os diversos ambientes urbanos do mundo atual.

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi realizada por Grupos Focais. Essa técnica estimula a interação entre um grupo de pessoas com características semelhantes, discutindo sobre um assunto central. Essa abordagem propicia a reflexão e resulta em respostas mais ricas e o surgimento de ideias originais. A interação proporcionada pelo Grupo Focal faz com que o participante assuma a posição de sujeito coletivo dentro das discussões em grupo, ocorrendo desta forma uma autêntica interação social (DALL’AGNOL e TRENCH, 1999). No Grupo Focal as

trocas de ideias e descobertas ocorrem em maior grau do que se fossem realizadas entrevistas individuais. (GASKELL, 2003).

Os Grupos Focais da pesquisa que gerou o GGCAI foram formados por idosos de 60 anos ou mais, de classe social baixa e média. Ao todo ocorreram 158 Grupos Focais, com 1.485 participantes. Foram discutidos os aspectos positivos e os obstáculos que os idosos encontram na cidade em que vivem, em relação a oito quesitos: espaços abertos e prédios; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde. Alguns resultados dos Grupos Focais com idosos foram complementados informações de Grupos Focais com cuidadores formais e informais de idosos e prestadores de serviço.

A partir dos resultados da pesquisa o grupo de trabalho da OMS organizou as características-chave identificadas de uma cidade amiga do idoso em uma lista de checagem (*Checklist*) para cada um dos oito quesitos estudados.

Espaços abertos e prédios

Com base nas questões e preocupações expressas pelos idosos e por aqueles que atendem aos idosos, em relação aos prédios públicos e espaços abertos, foi verificado que estes possuem um impacto importante na mobilidade, independência e qualidade de vida dos idosos e afetam a capacidade de o idoso manter-se habitando o lugar onde vive. Os temas mais frequentemente mencionados foram qualidade de vida, acesso e segurança. A lista de checagem para esse tema aborda: ambiente; espaços verdes; bancos públicos; calçamento; ruas; tráfego; ciclovias; segurança; serviços; prédios e banheiros públicos. Na pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS), hora apresentada neste livro, foram

abordadas as dificuldades com o ambiente (mau cheiro e barulho), espaços verdes, calçamento, ruas, prédios e banheiros públicos.

Transporte

O Transporte, principalmente o público em países em desenvolvimento, deve ser inclusivo, fisicamente acessível e economicamente barato. O transporte influencia em muito o Envelhecimento Ativo ao facilitar ou dificultar o deslocamento do idoso pela cidade. A facilidade de deslocamento está diretamente relacionada à maior participação cívica e social e ao acesso a serviços comunitários e de saúde. Os aspectos abordados neste assunto foram os relacionados ao custo, segurança, conforto, confiabilidade e frequência, qualidade dos veículos utilizados, educação dos motoristas, estrutura dos pontos e paradas, além de informações sobre as rotas e horários tanto do transporte público (ônibus e lotação) quanto ao privado (taxi). Na pesquisa PIRS os idosos foram também questionados quanto a terem ou não licença válida para dirigir carro, item esse também considerado importante no GGCAI.

Moradia

Moradia é considerada fundamental para a segurança e bem estar das pessoas. No GGCAI vários aspectos sobre a moradia a serem apontados como importantes para o Envelhecimento Ativo: estrutura, projeto, localização e escolha. Particular importância foi dada ao grau de facilidade ou dificuldade de realizar adaptações nas residências dos idosos, principalmente quanto à mão de obra e disponibilidade de material adequado. Na PIRS foram abordados os quesitos quanto a itens de segurança domiciliar relacionados à prevenção de quedas e as possíveis

necessidades, dificuldades ou facilidades em realizar adaptações a esses itens.

Participação social

A capacidade do idoso de participar, formal e informalmente, da vida social depende não só das atividades oferecidas, mas também da disponibilidade de acesso adequado aos transportes e aos locais onde elas se realizam e também de receberem informações sobre essas atividades. A participação social e suporte social são muito ligados à boa saúde e ao bem estar ao longo da vida. A participação em atividades sociais sejam elas de lazer, culturais e espirituais tanto na comunidade quando junto à família proporciona o exercício da autonomia, com a manutenção da qualidade de vida e da autoestima dos idosos.

As principais dificuldades observadas no GGCAI foram relativas ao custo e ao acesso, especialmente para idosos com dependência física, e à divulgação das atividades e eventos. O GGCAI propõe que as cidades proporcionem meios que permitam a acessibilidade, especialmente para pessoas com dificuldade de locomoção. A participação social foi avaliada pela PIRS quanto à frequência de participação social e comunitária. Também foi avaliado o grau de facilidade ou dificuldade que o idoso tem de realizar atividades de vida diária no domínio de avaliação da saúde.

Respeito e inclusão social

Respeito e inclusão social são fatores importantes para a qualidade de vida dos idosos, por isso cidades amigas dos idosos devem estimular esses fatores no ambiente urbano. Os idosos pesquisados pelo GGCAI, apesar de se sentirem respeitados, reconhecidos e incluídos na sociedade, experimentam falta de consideração da comunidade, e

também de prestadores de serviços e da sua família. O respeito e a inclusão social dos idosos dependem de mudanças sociais, que são influenciadas pela cultura, gênero, condição de saúde e status econômico dos idosos. O grau de participação dos idosos na vida social, cívica e econômica da cidade está, também, intimamente relacionado à experiência deles de inclusão e exposição ao convívio com outras faixas etárias, principalmente na mídia.

Participação cívica e emprego

A maior participação dos idosos na comunidade reflete o quanto esta é amigável aos idosos, dando-lhes opções para que os mesmos participem ativamente tanto por meio de trabalho remunerado ou voluntário de acordo com as suas preferências além de suas participações no processo político. Desta forma, a PIRS questionou quanto à participação cívica e laboral dos entrevistados.

Comunicação e informação

A rapidez com que se modificam as informações e as tecnologias da comunicação foi, ao mesmo tempo, considerada ferramentas úteis e criticadas como instrumento de exclusão social pelos idosos entrevistados pelo GGCAI. Independente da diversidade de escolhas de comunicação e do volume de informações disponíveis, a principal preocupação mencionada nos Grupos Focais é a de se ter informação imediata e acessível aos idosos com diferentes capacidades e habilidades. A frequência com que os idosos assistem TV, leem jornal, acessam Internet ou escutam rádio para manterem-se informados foi avaliada pela PIRS, assim como o interesse em participar de cursos culturais ou educativos. Também foi avaliada a autopercepção de visão e audição como fatores que poderiam influenciar o acesso à informação.

Apoio comunitário e serviços de saúde

Para a manutenção da saúde e independência funcional dos idosos é importante a presença de serviços de saúde e de apoio acessíveis e eficientes. Tanto idosos quanto cuidadores e prestadores de serviço participantes dos Grupos Focais do GGCAI manifestaram preocupação quanto à disponibilidade de serviço de saúde e apoio comunitário de boa qualidade além de adequados às necessidades dos idosos e acessíveis. Os idosos de todo o mundo exprimem claramente seu desejo de ter um sistema básico de saúde e uma renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos aspectos importantes, que aparecem no GGCAI e que deve ser levado em consideração, é envolver os idosos como parceiros plenos em todas as etapas de desenvolvimento para que uma cidade seja amiga do idoso.

A situação dos idosos, articulada por essa abordagem da base em direção ao topo, fornece informações essenciais, que devem ser filtradas e analisadas por especialistas em Geriatria e Gerontologia e gestores no desenvolvimento e adaptação de intervenções e políticas.

O GGCAI, instrumento que pode ser utilizado como norteador, indica características urbanas amigáveis aos idosos, contudo não é uma diretriz técnica isolada, as demais alternativas estão disponíveis para contribuir com a implementação de mudanças que podem ser necessárias as cidades.

Na prática percebe-se que para a cidade se tornar efetivamente amiga do idoso, as esferas de governo devem garantir a transversalidade, a execução das ações propostas, recursos financeiros e participação. Portanto, pensar em uma Política Pública para o idoso é igual a pensar uma política para o envelhecimento, porém falta visibilidade da sociedade para que o envelhecimento diga respeito a todos e não só aos idosos.

Enfim, todos devem se comprometer a assumir a parte que lhes cabe para tornar a questão do envelhecimento uma questão social, portanto, uma questão de política pública.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Organização Mundial da Saúde, 2008.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

DALL'AGNOL, C.M ; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Rev Gaúch Enferm**, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

Capítulo 3

O PERFIL DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL E SUA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Ângelo José Gonçalves Bós

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que é observado pelo aumento da população mais idosa, principalmente nos países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos este processo ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento vem acontecendo de forma desorganizada, principalmente nas áreas social e de saúde (BRASIL, 2006).

O Brasil vem passando por profundas mudanças na sua dinâmica demográfica, com queda drástica nos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade (BRASIL, 2006). O Censo de 2010 observou um aumento de 43,3% na população idosa (60 anos e mais) contrastando com o aumento de 12,3% da população geral em comparação com o censo de 2000. Ainda segundo os dados do censo de 2010, 13,6% da população gaúcha era formada por idosos, sendo o Estado com a maior proporção de idosos, enquanto Porto Alegre foi a Capital do Brasil em número percentual de idosos com 15,04%. Em ambos os casos, Estado e Capital, Rio de Janeiro aparece em segundo lugar, respectivamente com, 13,0% e 14,9% (IBGE, 2011).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas que podem afetar negativamente a qualidade de vida dos

idosos. Essas alterações afetam os idosos de uma forma multidimensional, incluindo ambiente, renda, saúde, participação e respeito sociais, suporte comunitário e serviços de saúde, entre outros. Muitos estudos se limitam a estudar ou compreender somente alguns desses aspectos em uma abordagem que não propicia o entendimento global da situação dos idosos na sociedade. Somente uma visão ampla multidimensional propiciaria a construção de um perfil mais fidedigno sobre a situação atual dos idosos na nossa sociedade. A partir do conhecimento do perfil dos idosos poderem alicerçar mudanças gradativas na Política Social para o processo de envelhecimento populacional que estamos vivenciando.

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir Políticas de Saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam (BRASIL, 2006)

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a

interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2006)

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006).

Através das verificações das características das cidades usando as experiências dos idosos que vivenciam esse ambiente, com diferentes graus de dependência, poderemos descrever a adequação do meio em que vivem às mudanças relacionadas ao envelhecimento (OMS, 2008). Portanto, é importante observar o meio através da perspectiva do idoso,

identificando as vantagens e barreiras que os idosos encontram no seu ambiente.

O avanço técnico e científico na área da saúde, além de proporcionar maior acesso à assistência à saúde e às tecnologias, como vacinas, assepsia, antibióticos, quimioterapia e exames diagnósticos, propiciou a adoção de medidas capazes de tratar e prevenir doenças fatais (GORDILHO et al, 2000). Desse modo, devem-se considerar as repercussões no modo de vida da população, bem como os rendimentos, os serviços sanitários e em outros sistemas de sustento, como alimentação, manutenção dos serviços e atendimento dos idosos especificamente (OMS, 2008).

O Guia Global Cidade Amiga do Idoso da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) relatou questões e preocupações expressas por cerca de 1500 idosos e 750 cuidadores residentes em 33 cidades de 22 países em todas as regiões do mundo em cada um dos oito domínios da vida urbana, conforme mencionado no capítulo anterior. Através desses domínios poderíamos adequar a cidade às características amigáveis do idoso.

Diante das características amigáveis do idoso, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul criou o projeto RS Amigo do Idoso em 2007. Para ajudar esse projeto, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, buscou-se quantificar a importância dada pelos idosos às preocupações levantadas no estudo da OMS. Utilizando experiência prévia do Instituto de Geriatria e Gerontologia com os projetos: “Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas condições de vida” (RSEMCV) realizado em parceria com o Conselho Estadual do Idoso, junto com diversas Universidades do Rio Grande do Sul, em 1995, e “Idosos de Porto Alegre: Estudo Multidimensional de suas

condições de vida” (EMIPOA), em 2006, foi elaborado um questionário que aborda tanto as características de dependência e clínicas dos idosos, como também a interação dos idosos com a sociedade e o meio onde vivem.

Portanto, diante da relevância do tema, do aumento rápido e progressivo das pessoas idosas, da necessidade de avaliar as características dos idosos e suas interações com a sociedade, este estudo teve como objetivo identificar e avaliar o Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS), como possível amostra dos idosos brasileiros.

Objetivos do Projeto

O projeto de pesquisa “Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul” teve como objetivo geral escrever o perfil das pessoas idosas no contexto do Envelhecimento Ativo, inspirado nos resultados do GGCAI. Buscou-se também:

- Identificar os dados gerais dos idosos quando ao gênero, etnia, estado conjugal, idade e escolaridade;
- Descrever as características dos idosos quanto à interação com o ambiente que vive;
- Descrever a situação financeira dos idosos observando o auxílio financeiro recebido;
- Verificar a situação de saúde e sexualidade dos idosos;
- Avaliar o respeito e inclusão social aos idosos bem como sua participação social, cívica e laboral;
- Observar a frequência com que os idosos se mantêm informados e os meios utilizados para comunicação;
- Verificar suportes comunitários e serviços de saúde utilizados pelos idosos;

- Descrever a composição familiar dos idosos e sua ocupação.

Metodologia utilizada

O estudo caracterizou-se por ser descritivo, populacional, de base domiciliar, de corte transversal, com coleta de dados primários.

A população a ser estudada foi composta por pessoas idosas, com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros e residentes em domicílios urbanos e rurais no Estado do Rio Grande do Sul.

Para o recrutamento dos participantes da pesquisa foi usada metodologia similar usada às pesquisas anteriores, RSEMCV e EMIPOA. Os municípios selecionados foram os mesmos que participaram na pesquisa RSEMCV.

Obteve-se, junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a relação dos setores censitários urbanos e rurais de cada município. Os mesmos foram numerados de forma sequencial. Em seguida procedeu-se a escolha dos setores, utilizando-se uma tabela de números aleatórios. Em cada setor foram realizadas dezesseis entrevistas, seguindo o modelo do RSEMCV. Conforme a experiência prévia das abordagens anteriores observou-se uma participação maior das mulheres correspondendo a valores percentuais superiores aos encontrados na população através do censo. Para garantir uma participação uniforme de ambos os sexos, foram criados dois formulários de pesquisa distintos para homens e mulheres idosas. A identificação dos participantes se deu de uma forma intercalada. Após entrevistar um idoso do sexo Masculino o entrevistador foi orientado a entrevistar uma idosa e assim sucessivamente.

Com a finalidade de obter-se uma representatividade de aleatoriedade, optou-se por adaptação da amostragem sistemática na seleção dos domicílios. Utilizou-se um croqui com os quarteirões numerados de cada setor censitário. O ponto de início do percurso, assim como a esquina inicial de cada quarteirão, foi sorteado, caminhando-se sempre no sentido horário. Devido à quantidade de idosos a serem pesquisados em cada setor censitário ser em número de dezesseis, e para propiciar melhor distribuição para efeito de vizinhança, foi selecionado um domicílio e saltados oito. Não coincidindo a casa escolhida com a presença de idoso do sexo sorteado, este foi procurado no domicílio seguinte; reiniciando-se o processo no final de cada entrevista. Na existência de mais um idoso do sexo pretendido no domicílio, foi feito o sorteio de um entre eles. Nos casos em que se chegou ao final do setor sem atingir a cota de oito idosos, retornou-se ao ponto inicial, reiniciando todo o processo a partir do segundo domicílio, até que o número necessário se completasse.

Foram incluídas nas entrevistas pessoas com 60 anos ou mais, residentes e presentes em domicílios urbanos e rurais de municípios do RS, independente do estado cognitivo ou condição clínica. Idosos que estivesse no domicílio sorteado, mas não morassem no mesmo, por exemplo, se estavam visitando um amigo ou familiar, não foram incluídos. Nos casos de idosos com demência ou outra dificuldade de comunicação, foram entrevistados os cuidadores ou familiares presentes.

O instrumento de pesquisa (ANEXO 1) foi desenvolvido através do programa TeleForm® que, mesmo sendo impresso em formulário de papel, propicia a leitura eletrônica através de um escâner e a introdução dos dados diretamente para o banco de dados bastando somente a intervenção de um corretor para as variáveis de preenchimento e de escolha múltipla. Os dados foram coletados através de uma empresa

prestadora de serviços. Foi realizado treinamento dos monitores dos entrevistadores pelos pesquisadores responsáveis por este projeto, com também foram realizados contatos telefônicos com entrevistados para observar o grau de satisfação do entrevistado bem como para sanar dúvidas quando ao processo de entrevista.

No presente relatório, a variável independente foi o sexo e as demais variáveis foram consideradas dependentes para fins estatísticos. Os dados coletados foram tabulados através do software Epi Info, versão 3,5. As frequências das variáveis discretas foram calculadas pela construção de tabelas de distribuição da variável dependente para cada gênero. Foram calculadas as percentagens totais de cada nível da variável dependente e a percentagem de homens ou mulheres em cada um dos níveis. As variáveis de múltipla escolha tiveram as frequências de respostas afirmativas descritas para cada nível de gênero. Para as variáveis numéricas foram calculadas as médias e desvio padrões para cada nível de gênero e citado também o número total de indivíduos avaliados.

O instrumento de avaliação foi composto por 72 questões fechadas com escolha simples ou múltipla agrupadas em blocos temáticos.

Foi realizado projeto piloto com idosos de uma Instituição de Longa Permanência durante a elaboração do instrumento, buscando adequar as perguntas em uma linguagem de fácil entendimento para os entrevistados, como também foi testado se através das perguntas conseguiríamos obter as respostas desejadas. Foi verificado também que este instrumento pode ser aplicado de 45 minutos a 1 hora. Os entrevistadores realizaram em média a entrevista em 30 minutos.

O instrumento definitivo foi estruturado em 11 blocos (Tabela 1).

Tabela 1 – Assuntos do instrumento de pesquisa dividido em blocos.

Bloco	Assunto
DGI	Dados Gerais do Idoso
CIA	Características do Idoso e seu Ambiente
REN	Renda
SAU	Saúde
PAS	Participação Social
RIS	Respeito e Inclusão Social
SEX	Sexualidade
COI	Comunicação e Informação
SCS	Suporte Comunitário e Serviços de Saúde
COF	Composição Familiar
OCU	Ocupação

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

As 72 questões do questionário (ANEXO 1) buscaram verificar:

- O Bloco DGI e REN aborda os aspectos e condições sócio-econômicas e demográficas dos entrevistados;
- Os blocos CIA, PAS, RIS, PCE, COI, SCS, COF e OCU abordam a importância ou dificuldades atribuídas aos quesitos: espaços ao ar livre; transporte; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio da comunidade e os serviços de saúde, identificados no estudo “Cidades Amigas do Idoso da Organização Mundial de Saúde” (OMS);
- Os blocos SAU e SEX abordam o estado clínico através de perguntas sobre a prevalência de doenças crônico-

degenerativas comuns aos idosos, perguntas sobre sexualidade, auto avaliação da saúde e depressão. A autonomia dos entrevistados através de questões sobre a dificuldade ou facilidade dos mesmos em realizar diversas atividades e em tomar suas próprias decisões.

Considerações éticas

Os idosos, ou os seus familiares, receberam explicações e foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e, ao concordar com a participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segue em anexo (ANEXO 2). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, protocolo número 481/09 (ANEXO 3) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, registro número 09/04931 (ANEXO 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto PIRS surgiu com a ideia de atualizar o entendimento do idoso e suas condições de vida sob uma perspectiva mais contemporânea que a realizada em 1995. Para tanto utilizou como marco conceitual as noções de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde. Simbiótico a esse marco conceitual o relatório de pesquisa “Cidade Amiga do Idoso” foi utilizado com norteador da construção de um novo questionário que busca entender as relações que o idoso faz com o seu meio.

O presente relatório foi elaborado através da compilação dos dados coletados por uma equipe de entrevistadores utilizando um formulário que permitisse a captura dos dados de forma digital. Não houve integração com a equipe de entrevistadores e os pesquisadores responsáveis pela pesquisa, o que talvez tenha comprometido os resultados. De qualquer forma o presente relatório traz uma rica contribuição ao entendimento do idoso. Foi realizada uma análise ampla com o intuito descritivo de virtualmente todas as variáveis coletadas pelo instrumento. Desta forma o relatório não busca analisar ou comprar os dados coletados nem traz uma conclusão definitiva sobre o perfil dos idosos do Rio Grande do Sul. O relatório servirá de instrumento norteador de novas análises dos dados coletados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 19).

Brasil. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>

GORDILHO A, et. al. Envelhecimento humano. Rio de Janeiro: UnATI; 2000. 92 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Abril de 2011. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/opulacao/censo2010/default.shtm>

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Guia Global**: Cidade Amiga do Idoso. Genebra: OMS; 2008. 67p .

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de pesquisa.

Instituto de Geriatria e Gerontologia PUCRS
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
Projeto Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul

Questionário
 1/14

Identificação Questionário

Nome

Endereço/Localidade

Bairro/distrito CEP - Cidade

Inf. Adicional (nome do acompanhante/conjugal): Telefone:

Data da entrevista / / 20 horário inicial: :

AVALIAÇÃO COGNITIVA
Pedir para prestar atenção nas palavras "irmão, chave, avião", perguntar se entendeu e pedir para repetir, {} Nenhuma {} Uma {} Duas {} Três anotar quantas palavras conseguiu repetir:
Obs: se conseguiu lembrar duas ou todas as palavras, a entrevista pode ser realizada somente com o(a) idoso(a), se lembrar somente uma ou nenhuma palavra, ou ainda não conseguir se comunicar, realizar a entrevista sempre JUNTO COM ACOMPANHANTE/CUIDADOR.

DADOS GERAIS DO IDOSO

DGI1. Onde nasceu?
DGI1a. Município DGI1b. Estado ou País

DGI2. Sexo: (Pré definido) {} masculino {} feminino

DGI3. Qual a cor da sua pele ou etnia? (ESCOLHA SIMPLES)
{} branca {} parda(mulato) {} asiática(amarela)
{} preta {} indígena {} não sabe {} outra:

DGI4. Qual seu atual estado conjugal? (ESCOLHA SIMPLES)
{} casado(a) {} divorciado(a), sem companheiro(a)
{} mora com companheiro(a) {} viúvo(a), sem companheiro(a)
{} separado(a), sem companheiro(a) {} nunca casou (solteiro(a), sem companheiro(a))
{} não sabe

DGI5. Qual a sua idade? (anos completos) DGI5.1. Data de nascimento: / / (perguntar por documento para confirmar) Mostrou documento? {} sim {} não

DGI6. Escolaridade: (ESCOLHA SIMPLES)
{} não alfabetizado (não sabe ler nem escrever, mesmo que tenha estudado)
{} alfabetizado (mas não fez nem a 1ª série) {} primário incompleto (1 a 3 série)
{} primário completo (4 série) {} ginásial incompleto (5 a 7 série)
{} ginásial completo (8 série) {} complementar (técnicos pós ginásial)
{} secundário completo {} secundário incompleto
{} superior completo (se mais que 1 ano) {} superior incompleto
{} pós graduação, mestrado, etc {} não sabe

As próximas perguntas são sobre as **CARACTERÍSTICAS DO IDOSO E SEU AMBIENTE**

CIA1. Sua casa fica no meio urbano (paga IPTU) ou rural (paga ITR*): {} rural {} urbano {} NSR
*imposto territorial rural

CIA2. Há quantos anos* mora no local atual (ou a menos que 1 quilômetro de distância)?
 anos *na dúvida coloque um número aproximado: "pelo menos ..."
(se < 6 meses arredonde para baixo; >= 6 meses arredonde para cima)

CIA3. Há algum tipo de incômodo com o barulho fora de casa? (ESCOLHA SIMPLES)
{} não, não tem barulho algum {} incomoda todo o dia, mas não à noite
{} tem barulho, mas não incomoda nada {} incomoda tanto de dia quanto de noite
{} tem barulho, mas incomoda um pouco {} não sabe responder
{} às vezes incomoda

versão 7 25/07/10

- CIA4 Como é o esgoto no seu bairro? (ESCOLHA SIMPLES)
 {}encanado {}fossa séptica (sumidouro) {}céu aberto {}fossa (casinha) {}não sabe
- CIA5. Há algum tipo de mau cheiro perto da sua casa ou em algum lugar que frequenta (como praças, parques, ruas, via pública, entre outros)? (ESCOLHA SIMPLES)
 {}não, quase nunca sente mau cheiro
 {}sim, mas não incomoda
 {}sim, incomoda às vezes
 {}sim, incomoda muito
 {}não sabe responder (não sente cheiro)
- CIA6. Com que frequência costuma sair da sua casa ou propriedade?
 vezes por=> {}dia {}semana {}mês {}ano
 (se não sai, colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)
- CIA7. Quais as dificuldades que enfrenta para sair de casa? (MULTIPLA ESCOLHA)
 {}CIA7a. dificuldade de locomoção
 {}CIA7b. necessidade de banheiro com frequência
 {}CIA7c. falta de segurança
 {}CIA7d. dificuldade de enxergar
 {}CIA7e. falta de ter com quem sair
 {}CIA7f. dificuldade com transporte coletivo ou privado
 {}CIA7g. dificuldade de comunicação (ouvir ou falar)
 {}CIA7h. não se sente motivado(a)
 {}CIA7i. medo de se perder
 {}CIA7z. outra dificuldade:
 {}CIA7x. não observa nenhuma dificuldade (exclui as outras)
- CIA8. Os locais públicos (como praças, parques etc.) que frequenta, no seu entender são: (MULTIPLA ESCOLHA)
 {}CIA8a. inseguros
 {}CIA8b. pouco arborizados
 {}CIA8c. pouco iluminados
 {}CIA8d. sujos (sem limpeza)
 {}CIA8e. muitos degraus
 {}CIA8f. poucos bancos ou em mau estado
 {}CIA8x. não observa nenhum desses problemas
 {}CIA8z. não sabe responder (não frequenta)
- CIA9. Para sua locomoção na rua ou fora da sua propriedade (ou em casa, se nunca sai), utiliza com mais frequência: (ESCOLHA SIMPLES)
 {}nenhum aparelho ou ajuda
 {}bengala ou andador (sozinho)
 {}cadeira de rodas (sozinho)
 {}outro (sozinho):
 {}necessita de ajuda p/caminhar ou usar cadeira de rodas
 {}acamado(a), fica sempre restrito(a) ao leito
- CIA10. Quais as principais barreiras apresenta para atravessar vias públicas (ruas ou estradas)? (MULTIPLA ESCOLHA)
 {}CIA10a. não existe sinaleira (semáforo) para pedestres
 {}CIA10b. o tempo do sinal muito curto para os pedestres
 {}CIA10c. falta faixas de segurança
 {}CIA10d. os carros não param na faixa de pedestre
 {}CIA10e. degraus (meio fio ou em calçada) muito altos ou íngremes
 {}CIA10f. calçadas estreitas, mal conservadas ou inexistentes
 {}CIA10g. calçadas com muitos vendedores e carros estacionados
 {}CIA10h. ciclistas não respeitam os pedestres
 {}CIA10i. ruas e ambientes mal iluminados
 {}CIA10j. ambientes inseguros
 {}CIA10k. outro problema (especificar):
 {}CIA10x. não apresenta dificuldade (exclui as outras)
 {}CIA10z. não sai de casa ou não anda pelas ruas (só usa carro)

- CIA11. Com relação aos banheiros públicos: (MÚLTIPLA ESCOLHA)
- CIA11a. são escassos ou não sabe onde ou se tem
 - CIA11b. são mau iluminados
 - CIA11c. falta papel higiênico e/ou toalha
 - CIA11d. apresentam mau cheiro ou são sujos
 - CIA11e. são de difícil acesso (sem corrimão, muitos degraus)
 - CIA11f. têm que se pago para usar (não são gratuitos)
 - CIA11y. não gosta de usar banheiro fora de casa
 - CIA11x. não observa nenhum desses problemas
 - CIA11z. não sai de casa, não sabe informar
- CIA12. O quanto a dificuldade do acesso e da locomoção atrapalham o convívio com outras pessoas: (ESCOLHA SIMPLES)
- atrapalha e muito
 - atrapalha mais ou menos
 - atrapalha um pouco
 - não atrapalha nada
 - não sabe responder (não se aplica)

As seguintes perguntas referem-se ao quesito **TRANSPORTE**

- TRA1. Tem carteira de motorista válida e dirige carro atualmente?(ESCOLHA SIMPLES)
- dirige sempre que pode
 - tem carteira mas prefere não dirigir
 - tem carteira, mas nunca dirige
 - teve carteira, não foi renovada
 - nunca teve carteira
 - não sabe responder
- TRA2. Com que frequência utiliza os transportes coletivos (ônibus, lotação, trem, etc.)
- vezes por: > { } dia { } semana { } mês { } ano
(se nunca usa colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)
- TRA3. Em sua opinião, os transportes coletivos (ônibus, lotação) da sua cidade: (MÚLTIPLA ESCOLHA)
- TRA3i. usa somente ônibus intermunicipal (respostas abaixo referem-se a esses)
 - TRA3a. são lentos
 - TRA3b. não cumprem os horários (pontualidade)
 - TRA3c. têm poucos ônibus por linha (frequência)
 - TRA3d. os ônibus são frequentemente cheios
 - TRA3e. há insuficiente número de paradas por trajetos
 - TRA3f. descumprem o itinerário
 - TRA3g. há insegurança (assaltos, brigas, etc.)
 - TRA3h. não oferecem gratuitamente a passagem para pessoas com 60 anos ou mais
 - TRA3x. não observa esses problemas
 - TRA3z. não usa ou raramente usa (não sabe opinar)
- TRA4. Com relação aos veículos de transporte coletivo da sua cidade? (MÚLTIPLA ESCOLHA)
- TRA4a. assentos são desconfortáveis
 - TRA4b. veículos são sujos e mal conservados
 - TRA4c. é difícil subir e descer dos veículos
 - TRA4d. a temperatura e/ou ventilação interna é desconfortável
 - TRA4e. o nível de ruído interno incomoda
 - TRA4f. não há assentos preferenciais para os idosos
 - TRA4g. é difícil alcançar a campainha
 - TRA4h. não há boa visibilidade do nome e número da linha
 - TRA4i. não são adaptados para cadeira de rodas
 - TRA4j. os motoristas arrancam o ônibus muito rápido, sem esperar
 - TRA4x. não observa nenhum desses problemas (exclui as outras)
 - TRA4z. não sabe responder (não usa, ou usa raramente)

TRA5. Com relação às paradas de transporte coletivo que normalmente usa: (MULTIPLA ESCOLHA)

- TRA5a. são inseguras
- TRA5b. são sujas ou mal conservadas
- TRA5c. são muito distantes uma das outras
- TRA5d. faltam bancos de espera
- TRA5e. são mal iluminadas
- TRA5f. são quase sempre superlotadas
- TRA5g. são desprotegidas do sol e da chuva
- TRA5x. não observa nenhuma dessas características
- TRA5z. não sabe responder (não usa)

TRA6. Com que frequência levantam-se do assento do ônibus para dar-lhe lugar? (ESCOLHA SIMPLES)

- nunca aconteceu
- apenas quando solicita o assento
- sempre se levantam, mesmo sem pedir
- recusa-se a aceitar que se levantem para dar o assento
- nunca foi preciso
- nunca usa ônibus ou outro transporte coletivo

TRA7. Quanto às informações dos trajetos e linhas dos transportes coletivos: (MULTIPLA ESCOLHA)

- TRA7a. é difícil achar informações sobre as linhas
- TRA7b. horários e rotas são legíveis e de fácil acesso
- TRA7c. é difícil identificar onde o ônibus vai parar
- TRA7d. é difícil achar informações sobre os horários
- TRA7e. não sabe como encontrar essas informações
- TRA7z. não usa ônibus, não sabe opinar
- TRA7x. não observa nenhuma dessas características

TRA8. Com que frequência utiliza os transportes privados (taxi, carro de aluguel, carona paga, etc.)

vezes por: => dia semana mês ano
(se nunca usa colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)

TRA9. Com relação aos táxis: (MULTIPLA ESCOLHA)

- TRA9a. são difíceis de serem usados por pessoa com dificuldade de se movimentar
- TRA9b. não têm espaço para cadeira de rodas
- TRA9c. não sabe o quanto vai gastar para chegar ao local que deseja
- TRA9d. não são confortáveis ou são sujos
- TRA9e. os motoristas não são educados nem prestativos
- TRA9f. não consegue usar (dificuldade de explicar o lugar onde quer chegar)
- TRA9g. os preços são muito caros
- TRA9x. não observa nenhuma dessas características
- TRA9z. não usa, não sabe opinar

As seguintes perguntas referem-se ao quesito **HABITAÇÃO**

HAB1. Diria que a sua residência é: (ESCOLHA SIMPLES)

- própria (mesmo financiada)
- de parentes e/ou amigos (não paga aluguel)
- alugada (paga aluguel ou valor mensal, exceto financiamento)
- emprestada (não tem despesa, mas a casa não é sua)
- sublocada
- invadida (área verde)
- outra:

HAB2. Que modificações seriam necessárias ou foram realizadas para facilitar sua vida dentro de casa: (MULTIPLA ESCOLHA)

- HAB2a.rampas não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2b.portas mais largas não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2c.menos tapetes não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2d.menos degraus não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2e.vasos sanit.mais altos não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2f.piso não escorregadio não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2g.barra nos banheiros não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2h.melhora da iluminação não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2i.corrimão em escadas ou corredores não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2j.isolamento térmico (quente ou frio) não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2k.móveis adaptados (cama, cadeira, etc.) não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2x.não necessita modificações (exclui as outras) não necessita necessita foi realizada modificação
- HAB2z.outra modificação: não necessita necessita foi realizada modificação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

As próximas 3 perguntas referem-se às modificações realizadas se todas foram realizadas ou às modificações necessárias que não foram realizadas.

HAB3. O quão fácil foi ou (se não realizou) seria realizar estas modificações? (ESCOLHA SIMPLES)

- fácil
- nem fácil nem difícil
- difícil
- não foi necessária nenhuma modificação
- não sabe responder

HAB4. Essas modificações foram ou seriam? (ESCOLHA SIMPLES)

- não foi necessária nenhuma modificação
- muito caras
- caras
- acessíveis
- baratas
- recebeu ajuda do governo, não custou (quase) nada
- recebeu outro tipo de ajuda, não teve despesa:
- não sabe responder

HAB7. Quais as principais dificuldades enfrentadas com essas modificações? (MULTIPLA ESCOLHA)

- HAB7a. dificuldade com a mão de obra
- HAB7b. dificuldade em conseguir material adequado
- HAB7c. falta de apoio/ajuda
- HAB7d. outra dificuldade:
- HAB7e. não teve dificuldade
- HAB7x. não foram necessárias modificações
- HAB7z. não sabe responder

As seguintes perguntas referem-se ao quesito RENDA

REN1. Qual a sua última renda mensal total?

R\$* ., Ou em salários mínimos: , REN1a. não sabe
 recusa-se a responder

REN2. Além da sua renda fixa, quanto a mais recebeu no último mês, por qualquer motivo? (Trabalho eventual, aluguel etc.)

R\$* ., REN2a. não sabe
 recusa-se a responder

REN3. Conhece algum tipo de benefício financeiro que o governo ofereça para o idoso de família de baixa renda?

- sim conhece não conhece recusa-se a responder

SAU2. Qual a facilidade ou dificuldade de realizar as seguintes atividades, sem auxílio? (não consegue sem auxílio = não consegue) (ESCOLHA SIMPLES)

SAU2a. caminhar 400 metros ou quatro quadras

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2b. subir 10 degraus ou um lance de escada

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2c. levantar ou carregar objetos de 5 quilos (duas sacolas de supermercado)

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2d. levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2e. abaixar-se e levantar-se para pegar algum objeto no chão

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2f. levantar os braços acima da cabeça

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2g. agarrar objetos firmemente com as mãos

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2h. Mudar-se da cama para uma cadeira ou vice-versa

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2i. banhar-se

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2j. vestir-se

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2k. alimentar-se sozinho

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU2l. usar o banheiro para suas necessidades

muito fácil fácil + fácil difícil muito difícil não consegue

SAU3. Muitas pessoas perdem acidentalmente a urina, quando tosse ou espirram ou não conseguem chegar no banheiro a tempo.

Na última semana apresentou alguma perda de urina, mesmo que pequena? (ESCOLHA SIMPLES)

não sim não sabe responder recusou-se a responder

pular

Na última semana (7 dias), quantas vezes perdeu urina nas seguintes situações: (99 todo o tempo (usa fralda), 88 não sabe, 77 recusou)

a) Ao tossir, espirrar, rir ou fazer esforço: vezes

b) Quando não conseguiu chegar ao banheiro a tempo: vezes

c) Não relacionada aos casos acima citados (espontaneamente): vezes

SAU4. Nas últimas quatro semanas, com que frequência teve dificuldade para dormir ou manter o sono sem medicamento para dormir? (se toma medicamento = tem dificuldade)

vezes por semana.

(se nunca tem dificuldade de dormir, nem toma medicamento, colocar 0, se não sabe, colocar 8, se sempre tem dificuldade ou toma medicamento todos os dias colocar 7)

SAU5. Diria que, no geral, seu apetite ou vontade de comer tem sido... (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima

SAU6. Como classificaria sua saúde oral (dentes, dentadura, gengivas e dentro de sua boca)? (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima

SAU7. Como classificaria sua visão (mesmo com óculos ou lentes)? (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima cego(a)

SAU8. Como classificaria sua audição (mesmo usando aparelho, caso use)? (ESCOLHA SIMPLES)

ótima boa regular má péssima surdo(a)

- SAU9. Faz uso de algum desses aparelhos: (MULTIPLA ESCOLHA)
- SAU9a. prótese dentária total superior (dentadura superior)
 - SAU9b. prótese dentária parcial superior (ponte superior)
 - SAU9c. prótese dentária total inferior (dentadura inferior)
 - SAU9d. prótese dentária parcial inferior (ponte inferior)
 - SAU9e. aparelho auditivo
 - SAU9f. óculos (incluir de leitura) ou lentes de contato
 - SAU9z. nenhum (exclui as outras)
- SAU10. Quantos dentes naturais ou com implantes têm na boca? (ESCOLHA SIMPLES)
- 20 ou mais (perdeu poucos dentes, 12 ou menos)
 - entre 19 e 10 (perdeu quase metade, 13 a 22 dentes)
 - entre 1 e 9 (perdeu quase todos)
 - não tem nenhum dente
 - não sabe ou se nega a responder
- SAU11. Com que frequência tem problemas em manter-se de pé por tontura ou falta de equilíbrio? (ESCOLHA SIMPLES)
- sempre (cadeirante)
 - muito frequente
 - frequentemente
 - às vezes
 - nunca
 - não sabe
- SAU12. Nos últimos 12 meses, caiu ao chão alguma vez, se sim quantas vezes? (ESCOLHA SIMPLES)
- Comentário sobre queda
- VEZES
(se não caiu nenhuma vez colocar 00,
se caiu, mas não lembra quantas vezes colocar 99
se não lembra se caiu ou não colocar 88)
- SAU13. Se caiu, estava realizando atividade: (ESCOLHA SIMPLES)
- NSA
 - perigosa
 - estava sob influência (álcool/droga)
 - nada perigosa e sóbrio(a)
- SAU14. Fuma atualmente ou alguma vez já fumou regularmente (todos os dias) por mais de 6 meses? (ESCOLHA SIMPLES)
- não, nunca fumou
 - fumou regularmente, mas parou há mais de 10 anos
 - fumou regularmente, mas parou entre 10 e 5 anos atrás
 - fumou regularmente, mas parou a menos de 5 anos
 - fuma atualmente 20 ou mais cigarros por dia
 - fuma entre 10 e 20 cigarros por dia
 - fuma menos de 10 cigarros por dia
- SAU15. Algum médico ou outro profissional de saúde disse que tinha ou tem alguma dessas doenças especificadas abaixo: (MULTIPLA ESCOLHA)
- | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SAU15a. problemas do coração (angina, infarto, arritmia) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15b. hipertensão ou pressão alta (inclui diurético) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15c. diabetes (açúcar no sangue) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15d. osteoporose (enfraquecimento dos ossos) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15e. probl. intestinais (gastrite, úlcera, refluxo) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15f. infecções respiratórias | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15g. artrose, junta gasta ou reumatismo | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15h. infecção urinária (infecção na bexiga) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15i. doença da tireóide (hiper ou hipo) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15j. esclerose múltipla (fraqueza progressiva) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15k. prob. olhos (glaucoma, catarata, degeneração) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15l. doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15m. outro tipo de tremor | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15n. derrame ou isquemia cerebral | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15o. demências ou Alzheimer | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15p. depressão | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15q. ansiedade | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15r. baixo peso (desnutrição) | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15s. excesso de peso | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15x. outra doença: | <input type="checkbox"/> toma | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> tomou | <input type="checkbox"/> NSA |
| <input type="checkbox"/> SAU15z. nenhuma doença (exclui as outras) | | | | | |

SAU16. Já fez tratamento para câncer (doença ruim) se sim diga qual: (MULTIPLA ESCOLHA)

- SAU16a. não teve câncer (exclui as outras)
- SAU16b. câncer de pulmão
- SAU16c. câncer de intestino (grosso, cólon ou delgado)
- SAU16d. câncer útero ou colo do útero
- SAU16e. câncer de estômago
- SAU16f. câncer mama
- SAU16g. câncer próstata
- SAU16h. leucemia ou câncer no sangue
- SAU16i. não sabe o tipo
- SAU16x. outro tipo:
- SAU16z. não sabe responder

SAU17. Como e onde costuma realizar sua principal refeição? (ESCOLHA SIMPLES)

- preparada e realizada em casa
- preparada fora mas realizada em casa
- na casa de um familiar
- em restaurante comercial
- não respondeu

SAU18. Quais as refeições que costuma fazer por dia (MULTIPLA ESCOLHA)?

- SAU18a. café da manhã
- SAU18b. colazione (lanche no meio da manhã)
- SAU18c. almoço
- SAU18d. lanche da tarde
- SAU18e. janta
- SAU18f. ceia

SAU19. Costuma adicionar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- sim não não sei

SAU20. Qual o seu peso atual? kg não sei

SAU21. Qual a sua altura? cm não sei

SAU22. Circunferência da cintura: cm

(A medição deve ser realizada com o paciente em pé, utilizando uma fita métrica não extensível. A fita deve circundar o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a parte de cima do osso da bacia a crista ilíaca. A leitura deve ser feita no momento da expiração)

SAU23. Com que frequência consumiu cada um dos seguintes alimentos? (ESCOLHAS SIMPLES)

(se nunca consome ou menos de uma vez por mês colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)

- SAU23a. Frutas vezes por=> dia semana mês

- SAU23b. Verduras e Legumes vezes por=> dia semana mês

- SAU23c. Alimentos gordurosos vezes por=> dia semana mês

- SAU23d. Alimentos doces vezes por=> dia semana mês

- SAU23e. Refrigerantes vezes por=> dia semana mês

- SAU23f. Bebidas Alcoólicas vezes por=> dia semana mês

- SAU23g. Leite e derivados
(queijo requeijão, ricota) vezes por=> dia semana mês

- SAU23h. Carne e ovos vezes por=> dia semana mês

- SAU23i. Cereais, arroz e massas integrais vezes por=> dia semana mês

SAU24. Diria que, normalmente:

SAU25. Normalmente, toma 6 a 8 copos de água (1,5 a 2 litros), incluindo chás, sucos naturais e chimarrão (não inclui refrigerantes), por dia?
 {} Sim {} Não {} Não sabe

As seguintes perguntas referem-se ao quesito **SEXUALIDADE** (se for o acompanhante quem estiver respondendo colocar todas como Não Sabe Responder e pular para Respeito e Inclusão Social, se o idoso estiver acompanhado ou mostrar para o(a) idoso(a) responder)

SEX1. Com que frequência mantém relações sexuais (incluindo autossatisfação ou masturbação)? (ESCOLHA SIMPLES)

VEZES POR=> {} semana {} mês {} ano
 (se não mantém relações colocar 00, se recusou-se colocar 88 e se não sabe responder colocar 99)

SEX2. Considera sua vida sexual satisfatória: (ESCOLHA SIMPLES)

{} satisfatória {} nula e preocupante
 {} insatisfatória, poderia ser melhor {} recusa-se a responder
 {} nula, mas sem queixas {} não sabe responder

SEX3. (Para quem tem relações sexuais)

Quando tem relações sexuais normalmente utiliza alguma proteção? (ESCOLHA SIMPLES)

{} não mantém relações sexuais
 {} pratica somente masturbação
 {} não por que é sempre o(a) mesmo(a) parceiro(a)
 {} não usa porque não gosta e acha desnecessário
 {} não usa porque não gosta, mas sabe que é importante
 {} não usa porque considera prejudicial
 {} não usa porque parceiro(a) não gosta ou não quer
 {} usa às vezes
 {} usa sempre
 {} recusa-se a responder

SEX4. Como encara o homossexualismo? (ESCOLHA SIMPLES)

{} aceita com simpatia
 {} indiferente, não gosta nem desgosta
 {} não aceita, mas respeita
 {} não aceita e condena
 {} não tem opinião formada
 {} não sabe responder
 {} recusa-se a responder

SEX5. Conhece ou convive com um(a) homossexual? (MULTIPLA ESCOLHA)

{} SEX5a. sim, vê seguidamente
 {} SEX5b. convive com um(a) homossexual
 {} SEX5c. não conhece nenhum(a)
 {} SEX5d. sim, mas vê poucas vezes
 {} SEX5e. é homossexual (pergunta circunstancial)
 {} SEX5f. evita qualquer relacionamento
 {} SEX5x. nega-se a falar sobre isso
 {} SEX5z. não sabe responder

As seguintes perguntas referem-se ao quesito **RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL**

RIS1. Com que frequência participa de atividades desenvolvidas pela comunidade ou prefeitura que envolvam a integração outras faixas etárias? (ESCOLHA SIMPLES)

VEZES POR=> {} dia {} semana {} mês {} ano
 (se nunca frequenta colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)

RIS2. Algum familiar pediu dinheiro emprestado ou para fazer um empréstimo no seu nome? (ESCOLHA SIMPLES)

{} sim, o familiar já pagou a dívida
 {} sim, o familiar está pagando a dívida
 {} sim, o familiar está pagando a dívida, mas está atrasado
 {} sim, mas o familiar não pagou a dívida ou pagou parcialmente
 {} pediu, mas não aceitou
 {} nunca pediram, pois sabem que não ia deixar
 {} nunca pediram

- RIS3. Conhece o Estatuto do Idoso? (ESCOLHA SIMPLES)
- conhece muito bem (já leu todo) nunca ouviu falar
- conhece parcialmente (já leu alguma coisa) não sabe responder
- Já ouviu falar, mas não sabe nada

As seguintes perguntas referem-se ao quesito

PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CÍVICA E LABORAL

- SCL1. Com que frequência participa de atividades sociais como festas, shows, bailes, almoços e eventos festivos, cinema, teatro, apresentações, bingos, jogos esportivos ou recreativos)? (ESCOLHA SIMPLES)
- VEZES POR=> dia semana mês ano
(se nunca participa colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)
- SCL2. Em média quantos minutos por semana realiza atividades físicas regulares por 10 minutos ou mais como caminhadas, corridas, esportes, ginástica, musculação, etc.?
- faça a conta: min/dia x/semana = minutos totais/semana
- SCL3. Votou na última eleição? (ESCOLHA SIMPLES)
- não, é isento e não tem interesse em votar
- sim, votou
- não quis votar
- não consegui votar
- SCL4. Enfrentou alguma dificuldade durante a última votação?(MULTIPLA ESCOLHA)
- SCL4a. dificuldade de chegar ao local de votação
- SCL4b. dificuldade no local de votação (degraus, corrimão ou iluminação adequadas)
- SCL4c. não sabia onde votar
- SCL4d. dificuldade de locomoção/accompanhamento
- SCL4x. não enfrentou dificuldade (exclui as outras)
- SCL4z. não sabe responder

As perguntas a seguir dizem respeito ao quesito COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

- COI1. Em um dia comum, quanto tempo fica assistindo noticiário na televisão:
- horas minutos (máximo 12 horas)
- (obs. se não assiste colocar 00 00, se esporádico colocar uma média aproximada)
- COI2. Em um dia comum, quanto tempo fica escutando noticiário no rádio:
- horas minutos (máximo 12 horas)
- (obs. se não escuta colocar 00 00, se esporádico colocar uma média aproximada)
- COI3. Em um dia comum, quanto tempo fica lendo para se atualizar (através de livros, jornais ou revistas):
- horas minutos
- (obs. se não lê colocar 00 00, se esporádico colocar uma média aproximada)
- COI4. Está realizando, pretente ou gostaria de realizar cursos ou atividades artísticas ou culturais, tais como? (ESCOLHAS SIMPLES)
- COI4a. curso(s) de línguas (espanhol, inglês, etc.)
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4b. alfabetização ou continuar os estudos (terminar a formação)
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4c. cursos ou atividade de artesanato (artes manuais, pintura, cerâmica, etc.)
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4d. cursos de informática ou computação
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4e. cursos de dança, yoga, pilates, ginástica ou similar
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI4f. cursos de música (canto incluindo coral ou instrumento musical) ou teatro
- está realizando pretende/gostaria não gostaria NSA (acompanhante)
- COI5. Com que frequência acessa a Internet? (ESCOLHA SIMPLES)
- vezes por=> dia semana mês ano
(se nunca acessa colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível, se analfabeto, colocar 99, se não sabe responder, colocar 88)

- COI6. Dispõe de telefone em casa (fixo ou celular)? (ESCOLHA SIMPLES)
 {}sim {}sim, mas nunca atende {}não {}não sabe
- COI7. Quantas vezes por semana conversa com amigos ou parentes que não moram com o Sr(a)? vezes por semana

As perguntas a seguir dizem respeito aos quesitos
SUPORTE COMUNITÁRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE

- SCS1. Nos últimos seis meses, recebeu atendimento dos seguintes profissionais: (MULTIPLA ESCOLHA)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SCS1a. cuidador em casa | <input type="checkbox"/> SCS1h. atendimento psicológico |
| <input type="checkbox"/> SCS1b. fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> SCS1i. médico |
| <input type="checkbox"/> SCS1c. fonoaudióloga | <input type="checkbox"/> SCS1j. dentista |
| <input type="checkbox"/> SCS1d. professor de ginástica | <input type="checkbox"/> SCS1k. assistente social |
| <input type="checkbox"/> SCS1e. massagista | <input type="checkbox"/> SCS1l. farmacêutico |
| <input type="checkbox"/> SCS1f. enfermagem | <input type="checkbox"/> SCS1m. terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> SCS1g. nutricionista | <input type="checkbox"/> SCS1y. outros terapeutas |
| <input type="checkbox"/> SCS1x. não necessitou de nenhum atendimento (exclui as outras) | |
| <input type="checkbox"/> SCS1z. não sabe responder (exclui as outras) | |
- SCS2. Caso recebeu, esse(s) atendimento(s) foi(ram)? (MÚLTIPLA ESCOLHA)
- SCS2a. gratuito e público (pelo posto (SUS))
 SCS2b. realizada por voluntário(s) (familiar, Igreja ou comunidade)
 SCS2c. pago, particular
 SCS2d. integralmente coberto pelo plano de saúde
 SCS2e. parcialmente coberto pelo plano de saúde
 SCS2z. não se aplica, não recebeu nenhum atendimento
- SCS3. Caso na última vez que consultou, tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos? (ESCOLHA SIMPLES)
- comprou todos
 conseguiu todos no posto de saúde
 conseguiu alguns no posto e comprou o restante
 conseguiu alguns e ficou sem os outros
 conseguiu alguns no posto e de outra maneira:
 conseguiu de outra maneira:
 não conseguiu nenhum
 não se aplica (não consultou, não recebeu receita)
 não sabe
- SCS4. Alguma vez teve que entrar na justiça para conseguir medicamento que precisa? (ESCOLHA SIMPLES)
- nunca ouviu falar, não sabe nada sobre isso
 nunca precisou, mas saberia se informar sobre isso
 já encaminhou ou vai encaminhar a documentação está aguardando o processo
 já precisou, encaminhou a documentação, mas não conseguiu
 precisou, conseguiu somente por algum tempo depois não conseguiu mais
 está recebendo medicamento por esse mecanismo sem problema
 precisaria, mas é muito difícil ou complicado, desistiu
 não se aplica, não necessita de medicamento que se enquadre nesses casos
- SCS5. O quanto a sua opinião prevalece na tomada de decisões importantes sobre a sua própria vida, como consultar ou fazer uma cirurgia? (ESCOLHA SIMPLES)
- sempre decide sozinho
 sempre se aconselha, mas sua opinião prevalece
 cônjuge (companheiro(a)) e o(a) entrevistado(a) decidem juntos
 cônjuge (companheiro(a)) decide
 genro ou nora toma as decisões
 filhos(as) decidem
 outra pessoa:
- SCS6. Quem o(a) senhor(a) procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde: (ESCOLHA SIMPLES)
- parentes
 pergunta na farmácia
 pessoas com conhecimento
 profissionais da saúde
 não sei, não se aplica, nunca fica doente

COF3. Assinale as pessoas que dormem ou passam a noite na sua residência:
(MÚTIPLA ESCOLHA)

As seguintes perguntas referem-se ao quesito OCUPAÇÃO

OCU1. Qual foi a sua principal ocupação, durante a maior parte da sua vida?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OCU2. Com que idade começou a trabalhar em atividade remunerada? (marque 00 se nunca trabalhou) anos completos

OCU3. Com que idade se aposentou? (00 se não se aposentou) anos completos

OCU4. Nos últimos 6 meses participou de trabalho remunerado? (ESCOLHA SIMPLES)

OCU5. O que o (a) senhor (a) faz atualmente? (MÚTIPLA ESCOLHA)

*(associações de bairro, associação religiosa, conselhos municipais, associação de aposentados ou pensionistas, etc.)

Finalizando gostaríamos de agradecer a sua participação, oferecendo este certificado de participação (colocar o nome do idoso no certificado e entregar para o mesmo) e perguntar sobre a sua disposição em continuar a colaborar conosco no sentido de, posteriormente, vir a ser entrevistado(a) sobre uma ou mais questões respondidas e que necessitemos maior esclarecimento. Na ocasião entraremos em contato explicando os objetivos da nova entrevista e solicitando novamente a sua autorização. O fato de concordar agora não necessariamente implica em compromisso seu, somente indica sua predisposição em continuar a colaborar conosco e nos autoriza a entrarmos em contato. Esse contato será depois de 3 meses da data de hoje.

() sim, autoriza contato para nova entrevista (perguntar sobre contato alternativo)
() não, não gostaria de ser re-entrevistado(a)

Contato alternativo: Nome parentesco/relação Telefone

Entrevista foi conduzida com: () somente participante
() participante e acompanhante/cuidador
() somente acompanhante/cuidador

Código do Entrevistador: horário final :

ANEXO 2 – Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem multidimensional

Entrevistador: _____

Prezado (a) Senhor (a):

O(a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem o objetivo conhecer o perfil multidimensional das condições de vida e de saúde das pessoas com 60 anos e mais residentes no nosso Estado do Rio Grande do Sul, que está sendo realizado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS em parceria com a Escola de Saúde Pública do RS, o(a) Sr(a) foi selecionada por amostragem populacional e julgamos que poderá ser representativo(a) de todos os idosos da sua idade, sexo e local onde reside. Solicitamos, então a sua autorização para realizarmos uma entrevista que durará entre 45 minutos e 1 hora onde serão questionados vários aspectos de sua vida. O entrevistador poderá solicitar a ajuda de um familiar ou acompanhante para responder algumas perguntas caso o Sr (a) encontre alguma dificuldade. O seu nome e dos seus familiares não vão aparecer ao final da pesquisa. Caso concorde(m), o senhor(a) e ou seu familiar deverá(ão) assinar este termo, e ficará(ão) com uma cópia dele também, caso precise(m) entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o (a) senhor(a) ou familiar por estar(em) participando da pesquisa e nem prejuízo ao Sr (a) ou a seus familiares. O questionário será aplicado somente uma vez, mas o (a) Sr(a) ou seu familiar poderão ser contatados novamente para confirmar a realização desta entrevista. No final da entrevista o (a) Sr(a) ou seu familiar será(ao) questionado(s) sobre a predisposição de participar de outros estudos. Caso esses estudos sejam

realizados, o Sr(a) será novamente contatado e lhe assegurado a possibilidade de não participar, sem que o(a) Sr(a) e qualquer membro de sua família seja prejudicado por isso. Se tiver alguma dúvida poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através de endereço, telefone e e-mail abaixo. Este estudo segue os princípios enunciados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos, bem como no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e da Escola de Saúde Pública do RS.

O(a) Sr(a) ou familiar poderá entrar em contacto com o responsável por esta pesquisa o Dr. Angelo José Gonçalves Bós: angelo.bos@pucrs.br, pelos telefones comercial: 051- 33368153 ramal 211, residencial 051-3398 8153 ou celular: 051 98453644.

Consentimento:

Após conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto Eu _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões do questionário em anexo. Sei que no final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi cópia deste documento, assinado pelo pesquisador e orientador, e tive oportunidade de discuti-lo com os mesmos.

Idoso () cuidador () Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do idoso _____

Assinatura do familiar/acompanhante _____

ANEXO 3 – Aprovação Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul.



O DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 15/09/2009

Protocolo CEPS-ESP n.º 481/09

Projeto: "Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, uma Abordagem Multidimensional".

Pesquisador(a) Responsável: Angelo José Gonçalves Bós

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.

Maria Conte
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1678/09

Porto Alegre, 18 de dezembro de 2009.

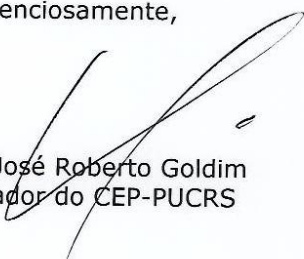
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04931 intitulado **“Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, uma abordagem multidimensional”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Angelo Bós
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Capítulo 4

INTRODUÇÃO AOS RESULTADOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS PESQUISADOS

Ângelo José Gonçalves Bós

INTRODUÇÃO

O presente capítulo busca descrever os passos seguidos pelo grupo de pesquisa desde o momento da aprovação do Projeto pelas duas instituições. Para realização da Pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul de 2010, foram firmados dois contratos para a realização da presente pesquisa: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul com a empresa que realizou as entrevistas (Maciel Auditores) e com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), através do Instituto de Geriatria e Gerontologia. O contrato com a empresa entrevistadora foi realizado em Julho de 2010, que realizou o processo de entrevista entre os meses de Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011. O contrato com a PUCRS só foi firmado em Dezembro de 2010, mas os primeiros recursos para a realização do projeto somente foram aportados em Abril de 2011. Desta forma os bolsistas para trabalhar no projeto só puderam ser contratados em Maio de 2011.

Mesmo assim a participação da PUCRS no projeto iniciou muito antes do acordo ter sido firmado. O processo de elaboração do questionário foi iniciado em Fevereiro de 2009 com a participação de professores e alunos da PUCRS em diversas reuniões tanto na Escola de Saúde Pública quanto no Conselho Estadual do Idoso. O projeto piloto foi realizado na cidade de Dois Irmãos entre Novembro de 2009 e Fevereiro de 2010. Em Agosto de 2010 foram impressos e enviados para a Maciel

8000 questionários e realizado um treinamento sobre o processo de amostragem, abordagem dos possíveis entrevistados e preenchimento do instrumento de pesquisa. Foi entregue tanto impresso quanto em formato eletrônico um manual esclarecendo todos esses processos. Em agosto de 2010 houve um pequeno *Workshop* com monitores. Durante o processo de coleta de dados o pesquisador principal da PUCRS do projeto ficou a disposição dos entrevistadores e entrevistados. Por diversas vezes o pesquisador da PUCRS foi contatado por entrevistados a respeito da veracidade do projeto bem como sobre questões a respeito da pesquisa.

O instrumento de pesquisa foi elaborado de uma forma que pudesse ser digitalizado e, após uma rápida verificação, introduzido automaticamente no banco de dados. Entretanto a sua utilização requiz certo cuidado na marcação das respostas. Como o contrato com a PUCRS se deu na fase final de coleta de dados, o grupo de pesquisa enfrentou muitas adversidades no processamento dos questionários. O tempo de verificação estimado de 3 minutos por questionário foi na realidade de 10 a 15 minutos, pois a qualidade da marcação das questões e da escrita das respostas de preenchimento foi muito aquém do esperado. Em Fevereiro de 2010 a Maciel nos procurou para que fossem fornecidos mais 1200 questionários com a alegação de que necessitavam “passar a limpo” vários questionários. Esses questionários extras foram identificados de forma distinta do que os demais não observando diferenças significativas entre os dois.

Foram recebidos da Maciel e puderam ser digitalizados 7478 questionários completos (quanto ao preenchimento e número de folhas devolvidas). Sendo eliminados os questionários sem idade ou com idade inferior a 60 anos (21) e os questionários com duplicidade (142). Questionários com duplicidade foram considerados os aplicados duas vezes no mesmo endereço, seja por terem sido aplicados em dois idosos

diferentes (na maioria dos casos esposo e esposa) quanto em idosos repetidos (mesmo nome, endereço e data de nascimento). Nos primeiros casos, quando aplicados em dois idosos diferentes, ambos os questionários foram excluídos. Nos casos dos questionários repetidos o segundo questionário foi excluído.

O relatório final foi realizado sobre os 7315 questionários processados com sucesso. No presente capítulo serão apresentados e discutidos os resultados. Os resultados serão comparados a recente publicação de Cauduro e colaboradores (2011) que analisou os dados de duas pesquisas semelhantes em Porto Alegre e Manaus com metodologias compatíveis com as utilizadas na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição por sexo e cidade entrevistada está nas Tabelas 1a e 1b.

Tabela 1a – Distribuição dos idosos entrevistados segundo a cidade onde reside (continua).

<i>Cidade</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alegrete	63	1,7	33	0,9	96	1,3
Alvorada	44	1,2	41	1,2	85	1,2
Arroio Grande	11	0,3	11	0,3	22	0,3
Bagé	77	2,0	64	1,8	141	1,9
Barra do Ribeiro	10	0,3	6	0,2	16	0,2
Bento Gonçalves	52	1,4	52	1,5	104	1,4
Cachoeira do Sul	60	1,6	64	1,8	124	1,7
Camaquã	35	0,9	33	0,9	68	0,9
Candelária	26	0,7	16	0,5	42	0,6
Canoas	192	5,1	178	5,0	370	5,0
Caxias do Sul	181	4,8	201	5,7	382	5,2
Charqueadas	12	0,3	9	0,3	21	0,3
Cidreira	7	0,2	9	0,3	16	0,2
Encruzilhada do Sul	18	0,5	17	0,5	35	0,5
Esteio	44	1,2	39	1,1	83	1,1
Girúá	13	0,3	11	0,3	24	0,3
Gravataí	101	2,7	84	2,4	185	2,5
Guaíba	39	1,0	40	1,1	79	1,1
Ijuí	53	1,4	52	1,5	105	1,4
Itaqui	18	0,5	13	0,4	31	0,4
Ivoti	8	0,2	9	0,3	17	0,2
Jaguarão	18	0,5	17	0,5	35	0,5
Lajeado	16	0,4	15	0,4	31	0,4
Montenegro	30	0,8	32	0,9	62	0,8
Muçum	10	0,3	4	0,1	14	0,2
Novo Hamburgo	139	3,7	120	3,4	259	3,5
Osório	22	0,6	26	0,7	48	0,7

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

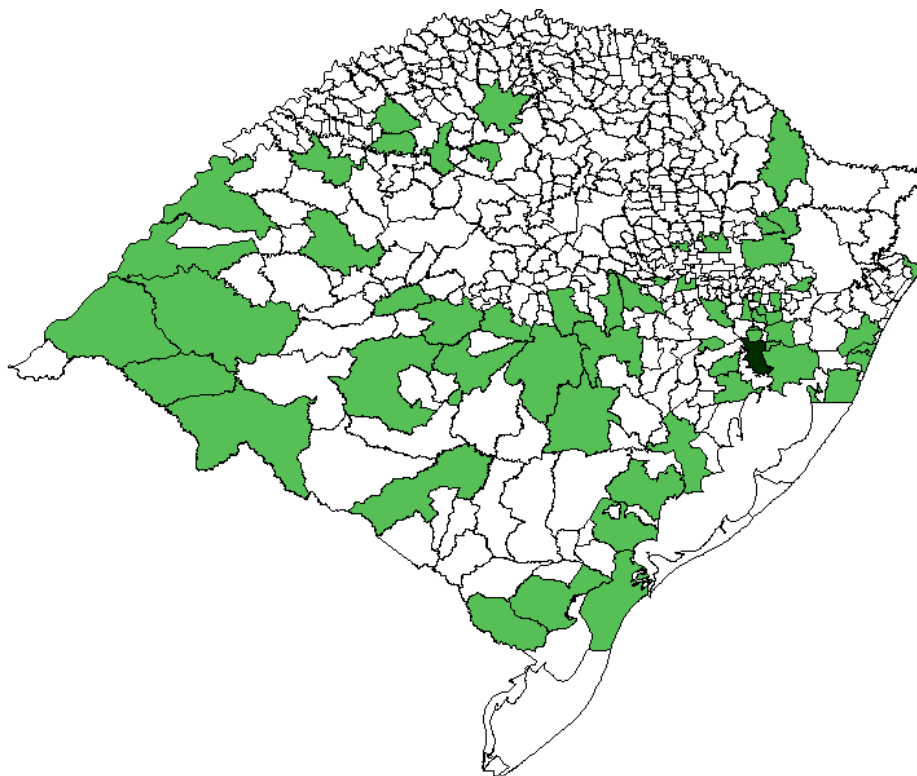
Tabela 1b – Distribuição dos idosos entrevistados segundo a cidade onde reside (continuação).

<i>Cidade</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Palmares do Sul	8	0,2	9	0,3	17	0,2	
Palmeira das Missões	22	0,6	18	0,5	40	0,5	
Panambi	28	0,7	15	0,4	43	0,6	
Pelotas	228	6,0	229	6,5	457	6,2	
Portão	12	0,3	13	0,4	25	0,3	
Porto Alegre	1026	27,1	1021	28,9	2047	28,0	
Quaraí	17	0,4	16	0,4	33	0,4	
Restinga Seca	10	0,3	10	0,3	20	0,3	
Rio Grande	87	2,3	95	2,7	182	2,5	
Rio Pardo	37	1,0	17	0,5	54	0,7	
Santa Cruz do Sul	74	2,0	52	1,5	126	1,7	
Santa Maria	175	4,6	155	4,4	330	4,5	
Santana do Livramento	49	1,3	36	1,0	85	1,2	
Santiago	36	1,0	35	1,0	71	1,0	
Santo Ângelo	50	1,3	38	1,1	88	1,2	
São Borja	46	1,2	26	0,7	72	1,0	
São Gabriel	36	1,0	36	1,0	72	1,0	0,6144
São Leopoldo	106	2,8	84	2,4	190	2,6	
São Lourenço	30	0,8	34	1,0	64	0,9	
São Luiz Gonzaga	33	0,9	18	0,5	51	0,7	
São Marcos	12	0,3	12	0,3	24	0,3	
São Pedro do Sul	16	0,4	15	0,4	31	0,4	
São Sepé	15	0,4	17	0,5	32	0,4	
Sapucaia do Sul	57	1,5	56	1,6	113	1,5	
Teutônia	2	0,1	2	0,1	4	0,1	
Torres	15	0,4	17	0,5	32	0,4	
Tramandaí	21	0,6	27	0,8	48	0,7	
Três Coroas	7	0,2	9	0,3	16	0,2	
Uruguaiana	58	1,5	51	1,4	109	1,5	
Vacaria	34	0,9	34	1,0	68	0,9	
Venâncio Aires	40	1,1	26	0,7	66	0,9	
Viamão	100	2,6	110	3,1	210	2,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Observamos que foram contempladas pela pesquisa 20 cidades a menos que o estudo de 1995, sendo particularmente desprivilegiada a região Norte e Noroeste do estado. Porto Alegre foi a cidade mais entrevistada com representação acima do esperado. A distribuição dos entrevistados quando ao gênero foi bastante uniforme com 51,8% de pessoas do sexo Feminino e 48,2% do sexo Masculino em todas as cidades. Dados do Censo Brasileiro de 2010 contabilizaram 57% de mulheres idosas e 43% de homens idosos (IBGE, 2010). As proporções observadas são mais próximas do censo que as observadas em estudos populacionais anteriores, tanto na cidade de Porto Alegre quanto na cidade de Manaus (CAUDURO, 2011). A Figura 1 ilustra a distribuição geográfica das cidades visitadas entre 2010 e 2011 pela Pesquisa.

Figura 1 – Distribuição geográfica das cidades visitadas (em verde), destacando a cidade com maior número de entrevistados (Porto Alegre em verde escuro).



Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quanto à distribuição por cor da pele e etnia (Tabela 2) observamos que a maioria dos participantes se referiu com sendo da cor Branca, cores Parda e Preta foram respectivamente a segunda e terceira cor mais referida. Apenas 4,8% não souberam responder a questão. O percentual de indivíduos de cor branca foi menor que o observado no Censo Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010) para o Rio Grande do Sul, onde o percentual é de 86,8% para homens e 87,6% para mulheres. A predominância da cor branca entre os entrevistados é um resultado esperado visto às características de colonização do Estado que se deu no final do século 19, por imigrantes europeus (CAUDURO, 2011). Houve relação significativa entre o sexo do entrevistado e a cor ou etnia. Percentual maior que o esperado de indivíduos autorreferindo-se de cor branca e parda foi observado no sexo Feminino enquanto homens tiveram uma frequência percentual maior de cor preta.

Tabela 2 – Cor da pele ou etnia.

<i>Cor da pele</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Branca	2640	69,7	2389	67,7	5029	68,7	
Parda	596	15,7	515	14,6	1111	15,2	
Preta	361	9,5	429	12,2	790	10,8	
Indígena	21	0,6	9	0,3	30	0,4	0,0007
Amarela	4	0,1	3	0,1	7	0,1	
NSR*	164	4,3	184	5,2	348	4,8	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Tabela 3 mostra a situação conjugal dos entrevistados. A maior frequência foi observada entre os casados ou com companheiros que somaram 48% da amostra, seguindo do Estado Civil viúvo. Houve relação significativa entre sexo e estado conjugal. A maioria dos entrevistados do sexo Masculino era casada ou vivendo com companheiro enquanto nas mulheres o maior percentual foi de viúvos. Na comparação com os dados

de Cauduro et al (2011) observa-se maior percentual de casados que os observados em Manaus e Porto Alegre, talvez pela maior participação das mulheres idosas que tendem a ser viúvas. Dados do Censo Brasileiro de 2010 não apresentam resultados para idosos, mas 57% dos gaúchos apresentavam, naquele ano, união considerada estável. Como existem mais viúvos entre os idosos do que a população geral o percentual menor de casados ou com companheiro observado na PIRS pode ser compatível com o da população idosa no Estado.

Tabela 3 – Atual estado conjugal.

<i>Estado conjugal</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Casado	1321	34,9	1916	54,3	3237	44,3	
Com companheiro	153	4,0	142	4,0	295	4,0	
Viúvo	1591	42,0	793	22,5	2384	32,6	
Divorciado	211	5,6	231	6,5	442	6,0	<0,0001
Solteiro	247	6,5	153	4,3	400	5,5	
Separado	140	3,7	140	4,0	280	3,8	
NSR*	123	3,2	154	4,4	277	3,8	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na tabela 4 observamos a distribuição dos participantes quanto à faixa etária, por década, e o sexo. As faixas etárias mais jovens foram mais representadas da pesquisa. A maioria dos entrevistados tinha idade entre 60 e 69 no dia da entrevista. Esse percentual é próximo ao observado no Censo Brasileiro de 2010 onde 55,6% dos idosos apresentavam-se com a idade entre 60 e 69 anos. A relação entre faixa etária e sexo foi significativa. Mulheres apresentaram maior percentual que homens nas faixas etárias extremas: 60 a 69 anos, 80 a 89 anos e 90 anos ou mais. A faixa etária de 70 a 79 anos apresentou maior frequência de homens. O Censo Brasileiro de 2010 observou uma proporção maior de mulheres em todas as faixas etárias de idosos. A relativa maior proporção de homens na faixa etária dos 70 a 79 anos pode ser devido ao

fato de os idosos mais jovens ainda realizarem, em maior proporção, atividades laborais fora dos seus domicílios. Já a maior proporção de 80 anos ou mais é observada pela maior proporção de mulheres nessas faixas etárias.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos por faixa etária.

<i>Faixa etária</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
60 – 69 anos	2013	53,2	1798	50,9	3811	52,1	
70 – 79 anos	1245	32,9	1292	36,6	2537	34,7	
80 – 79 anos	488	12,9	413	11,7	901	12,3	0,0042
90 anos ou mais	40	1,1	26	0,7	66	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A escolaridade dos entrevistados pode ser observada na Tabela 5. As denominações respeitam a existente quando a maioria dos entrevistados tinham idade escolar. Foram considerados alfabetizados os idosos que aprenderam a ler e escrever fora do ensino formal. Primário corresponde atualmente ao ensino fundamental, anos iniciais, o ginásio ao ensino fundamental anos finais. O ensino médio atual era chamado de ensino secundário e o complementar os cursos técnicos.

O maior percentual de idosos foi observado no primário completo tanto para idosos quanto para idosas. Houve associação significativa entre a escolaridade e o sexo do entrevistado. As maiores diferenças observadas nas frequências dos níveis de escolaridade foram no Primário completo, predominando as mulheres e no Ginásio completo onde predominaram os homens. Entre os analfabetos observou-se também um predomínio de mulheres, mas a diferença foi somente de 2% entre os sexos.

Tabela 5 – Escolaridade.

<i>Escolaridade</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Analfabeto	385	10,2	288	8,2	673	9,2	<0,0001
Alfabetizado	347	9,2	328	9,3	675	9,2	
Primário incompleto	530	14,0	486	13,8	1016	13,9	
Primário completo	988	26,1	751	21,3	1739	23,8	
Ginásial incompleto	556	14,7	523	14,8	1079	14,8	
Ginásial completo	427	11,3	598	16,9	1025	14,0	
Complementar	50	1,3	43	1,2	93	1,3	
Secundário incompleto	15	0,4	19	0,5	34	0,5	
Secundário completo	210	5,5	202	5,7	412	5,6	
Superior incompleto	22	0,6	24	0,7	46	0,6	
Superior completo	115	3,0	132	3,7	247	3,4	
Pós-graduação	18	0,5	13	0,4	31	0,4	
NSR*	123	3,2	122	3,5	245	3,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa PIRS realizada em parceria da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul avançou quando aos seus aspectos metodológicos observando uma amostra da população com características muito semelhantes às observadas no Censo Demográfico de 2010. O avanço tecnológico obtido com a estratégia de coleta de dados permitiu que em menos de um ano se conseguisse computar os dados dos 7315 participantes. Houve uma maior concentração de homens na faixa etária de 70 a 79 anos que vai ao encontro do observado no capítulo seguinte que homens idosos tendem a sair mais de casa que as mulheres. Futuras análises poderão ser

realizadas observando confirmar essas hipóteses levantadas no presente capítulo.

REFERÊNCIAS

CAUDURO, M. H. F. et al. **Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. 84 p. Disponível em <http://www.pucrs.br/edipucrs>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo **Demográfico 2010**, características do universo. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010universo.asp>

Capítulo 5

CARACTERÍSTICAS DO IDOSO GAÚCHO E DO SEU AMBIENTE

Patrícia Morsch

André Ribeiro

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população demonstra a necessidade de novas Políticas Públicas voltadas aos idosos e às suas peculiaridades, assim como a avaliação do contexto no qual os eles estão inseridos (RODRIGUES et al. 2007). Pensando nisso, o Guia da Cidade Amiga do Idoso (GGCAI) aborda o ambiente, pois apenas com ambientes favoráveis o idoso pode viver com qualidade de vida.

O guia também tem o ambiente como um dos fatores determinantes para o Envelhecimento Ativo. Entre os itens apontados como importantes em relação ao ambiente onde vivem, o barulho e o mau cheiro são itens de incomodo, que dificultam o idoso a sair de casa, características dos ambientes públicos, condições de segurança e estrutura das vias públicas, barreiras enfrentadas pelos idosos ao atravessar as vias públicas e condições dos banheiros públicos disponíveis aos idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diversas questões realizadas pela pesquisa “Perfil dos Idosos do RS” (PIRS) abordaram o ambiente no qual o idoso vive, inicialmente foi perguntado ao idoso se a sua residência pertencia ao meio urbano ou

rural pelo entendimento que as condições ambientais são distintas entre esses dois meios. Na Tabela 1 observa-se que 6689 (91,4%) dos idosos vivem no meio urbano contra 68 (0,9%) que referiam morar no meio rural e 558 (7,6%) não souberam informar. Quando comparado por sexo quase a mesma percentagem de mulheres (91,4%) e homens (91,5%), relatou que a sua residência fica localizada no meio urbano. Apenas 1,1% das idosas gaúchas e 0,7% dos idosos do sexo Masculino referiram ter suas casas no meio rural ($p=0,2421$).

Tabela 1 – Local de residência.

<i>Local</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Urbano	3459	91,4	3230	91,5	6689	91,4	0,2421
Rural	42	1,1	26	0,7	68	0,9	
NSR*	285	7,5	273	7,7	558	7,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Estes resultados vão ao encontro de pesquisas recentes, demonstrando o processo de urbanização brasileiro. No Brasil, aproximadamente 16,5 milhões de idosos vivem em área urbana, enquanto apenas 3,4 milhões de idosos encontram-se em área rural (Informe Brasil, 2012).

Os idosos foram questionados quanto ao incômodo causado por barulho no exterior de suas residências (Tabela 2). O barulho que causa incômodo foi considerado inexistente para 3320 (45,4%) idosos, enquanto 2586 (35,4%) idosos relataram que o barulho externo não incomoda. Apenas 47 (0,6%) participantes relataram que o barulho fora de casa incomoda tanto de dia quanto de noite. Quanto à distribuição por sexo dos entrevistados ($p=0,0497$), 46,6% das idosas e 44% dos idosos do sexo Masculino relataram que não há barulho algum fora de casa e 34,4% das

entrevistadas do sexo Feminino e 36,3% dos participantes do sexo Masculino responderam que o barulho externo não incomoda. Daqueles que reportaram que o barulho incomoda sempre (tanto de dia quanto de noite), 0,8% eram do sexo Feminino e 0,5% do sexo Masculino. Desta forma a frequência das mulheres foram maiores entre os respondentes que referiram não ter barulho e ter barulho que incomoda tanto de dia quanto de noite ($p=0,0497$).

Tabela 2 – Sobre sentir incômodo com o barulho fora de casa.

<i>Incômodo com o Barulho</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não tem barulho	1766	46,6	1554	44,0	3320	45,4	
Não incomoda	1304	34,4	1282	36,3	2586	35,4	
Incomoda pouco	312	8,2	334	9,5	646	8,8	
Incomoda às vezes	266	7,0	258	7,3	524	7,2	
Incomoda dia e noite	29	0,8	18	0,5	47	0,6	0,0497
Não incomoda à noite	36	1,0	22	0,6	58	0,8	
NSR*	73	1,9	61	1,7	134	1,8	
<i>Total</i>	<i>3786</i>	<i>51,8</i>	<i>3529</i>	<i>48,2</i>	<i>7315</i>	<i>100</i>	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao ambiente, os idosos também foram questionados quanto ao tipo de esgoto nos seus bairros (Tabela 3). A maioria dos participantes tem esgoto encanado no bairro onde mora (85,6%). Porém, é significativo ressaltar que 649 (8,9%) idosos relataram que os esgotos em seus bairros são sumidouro e 96 (1,3%) tem esgoto a céu aberto. No comparativo dos resultados por sexo, 84,4% das idosas gaúchas e 87% dos idosos do sexo Masculino reportaram ter esgoto encanado em seus bairros. Esgotos na forma de sumidouro foram relatados por 9,3% das mulheres e 8,4% dos homens, enquanto 1,5% das participantes do sexo Feminino e 1,1% do sexo Masculino disseram ter esgoto a céu aberto. Um percentual maior de idosos do sexo Feminino (4,5% contra 3,2%) relatou não saber responder sobre o tipo de esgoto da sua casa. Idosos

do sexo Feminino apresentaram maior proporção de relatos quanto ao esgoto tipo sumidouro, à céu aberto e não saberem responder ($p=0,0076$).

Tabela 3 – Tipo de esgoto.

Tipo	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Encanado	3195	84,4	3069	87,0	6264	85,6	0,0076
Sumidouro	351	9,3	298	8,4	649	8,9	
Céu aberto	57	1,5	39	1,1	96	1,3	
Casinha	11	0,3	11	0,3	22	0,3	
NSR*	172	4,5	112	3,2	284	3,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

De acordo com dados do IGBE o saneamento básico no Brasil subiu de 56,5% em 2000 para 61,8% em 2010. Porém, os resultados dependem das diferentes localidades, nas cidades menores (com até 5 mil habitantes), o saneamento básico era menor que 30,8%, enquanto nas cidades maiores (mais de 500 mil habitantes), representava 82,5%. É importante observar o estado do saneamento básico entre os entrevistados da PIRS, pois este é crucial para o desenvolvimento de ações em saúde pública e prevenção de diversas doenças (IBGE, 2011).

Um dos grandes problemas relacionados ao esgoto é o mau cheiro. Por isso, os idosos também foram questionados sobre presença de mau cheiro perto de suas residências (Tabela 4). Mesmo que 4740 (64,8%) idosos relataram que o mau cheiro não incomoda quase nunca, 818 (11,2%) idosos disseram que o mau cheiro incomoda às vezes. É importante ressaltar que 221 (3%) idosos reclamaram que o mau cheiro incomoda muito. Essa reclamação foi maior nas mulheres (3,2%) do que nos homens (2,8%). Ainda comparando por gênero, 65,6% e 63,9%

idosas gaúchas e dos idosos do sexo Masculino, respectivamente, relataram que o mau cheiro quase nunca incomoda e 10,9% das mulheres contra 11,5% dos homens reportaram que o mau cheiro incomoda às vezes. A associação entre o incômodo pelo mau cheiro e o sexo do idoso não foi significativa ($p=0,3701$).

Tabela 4 – Incômodo referente ao mau cheiro perto de casa.

Mau cheiro	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não incomoda	487	12,9	474	13,4	961	13,1	0,3701
Quase nunca	2484	65,6	2256	63,9	4740	64,8	
Às vezes	411	10,9	407	11,5	818	11,2	
Incomoda muito	121	3,2	100	2,8	221	3,0	
NSR*	283	7,5	292	8,3	575	7,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

De acordo com a pesquisa, a grande maioria dos entrevistados sai regularmente de casa (Tabela 5). Um total de 6360 (86,9%) idosos refere sair de casa em uma rotina semanal. Mulheres referiram sair de casa com menor frequência (86,3%) que os homens (87,6%). Apenas 800 (10,9%) dos participantes relataram que não saem de casa regularmente, destes, 11,7% representam as mulheres e 10,1% os homens idosos ($p=0,0332$).

Tabela 5 – Costuma sair de casa semanalmente.

Sai de casa	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Sim	3268	86,3	3092	87,6	6360	86,9	0,0332
Não	443	11,7	357	10,1	800	10,9	
NSR*	75	2,0	80	2,3	155	2,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Pesquisas sugerem que encontros face a face com outras pessoas estão associados com um aumento do bem estar nos idosos (MAIR, THIVIERGE-RIKARD, 2010). Além disso, a solidão e a frequência reduzida de atividades fora de casa têm sido associadas com a frequência de doenças crônicas, como por exemplo, as doenças cardíacas, porque, geralmente o comprometimento com hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos é reduzido com o isolamento social (SORKIN, ROOK, LU, 2002).

Como alguns participantes relataram que não saem de casa com uma frequência regular, foi investigado sobre as dificuldades que eles enfrentam para sair de casa (Tabela 6). Essa questão foi de múltipla escolha permitindo a existência de mais de uma resposta afirmativa por questão, por isso a análise estatística também foi realizada separadamente para cada item. Foram reportadas somente as respostas afirmativas.

Dos empecilhos mais citados, 1475 (20,2%) idosos relataram que a maior dificuldade de sair de casa é a falta de segurança. Outros idosos, 670 (9,2%), relatam que tem dificuldade de locomoção e 387 (5,3%) não se sentem motivados a sair de casa. A falta de segurança foi mais relatada por mulheres (21,2%) do que pelos homens (19%) ($p=0,0209$), assim como a variável dificuldade de locomoção que foi citada por 10,3% das idosas do sexo Feminino contra 7,9% dos idosos do sexo Masculino ($p=0,003$). As mulheres também relaram maior indisposição para sair de casa, representando 5,9% contra 4,6% dos homens ($p=0,0098$).

Ainda, 63,9% dos entrevistados relataram que não sentem dificuldade nenhuma para sair de casa. Diferente das demais variáveis, os homens foram os que mais relataram não apresentar problemas nesse

aspecto representando 66,8% contra 61,2% das participantes do sexo Feminino ($p < 0,0001$).

Tabela 6 – Dificuldade para sair de casa.

<i>Dificuldade</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sem dificuldade	2317	61,2	2358	66,8	4675	63,9	<0,0001
Falta de segurança	803	21,2	672	19,0	1475	20,2	0,0209
Dificuldade de locomoção	391	10,3	279	7,9	670	9,2	0,0003
Sem motivação	225	5,9	162	4,6	387	5,3	0,0098
Não tem com quem sair	155	4,1	91	2,6	246	3,4	0,0003
Falta de banheiros	91	2,4	57	1,6	148	2,0	0,0167
Dificuldade de enxergar	81	2,1	65	1,8	146	2,0	0,3631
Dificuldade com transporte	84	2,2	61	1,7	145	2,0	0,1328
Dificuldade de comunicação	33	0,9	24	0,7	57	0,8	0,3518
Medo de se perder	30	0,8	14	0,4	44	0,6	0,0287
Outra dificuldade	19	0,2	8	0,2	27	0,4	0,0524
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A questão sobre a dificuldade de sair de casa vai diretamente ao encontro do conceito de Envelhecimento Ativo. O ambiente para ser considerado ideal, que proporcione um Envelhecimento Ativo e qualidade de vida para o idoso deve, primeiramente, oferecer segurança além de permitir a funcionalidade e interação social do idoso (TAVARES et al, 2012). Em um estudo realizado para avaliar a qualidade de vida do idoso com osteoporose, foi encontrado que o ambiente foi determinante na redução da qualidade de vida desses idosos (TAVARES et al, 2012).

Quando perguntados sobre a percepção dos locais públicos, uma lista de problemas encontrados no meio urbano foi relacionada para os idosos selecionar as opções mais frequentes em sua realidade (Tabela 7), permitindo a múltipla escolha.

Dos idosos entrevistados, 2229 (30,5%) relataram que não observam nenhum dos problemas relacionados. Os empecilhos mais citados foram a percepção que os locais públicos são inseguros, relatado por 1880 (25,7%) idosos; a quantidade inadequada de bancos, ou estes encontram-se mal conservados citado por 1368 (18,7%) idosos e os locais sem limpeza apropriada relatado por 1059 (14,5%) participantes.

Interessantemente, 1627 (22,2%) não souberam responder a pergunta ou não frequentam os locais públicos. De acordo com a comparação por gênero, 29,7% das mulheres contra 31,3% dos homens ($p=0,1316$) não observam estes problemas. A insegurança nos locais públicos foi observada quase igualmente por homens e mulheres (25,7% e 25,5% respectivamente) ($p=0,6673$). A percepção de poucos bancos foi relatada por 19,2% dos homens e 18,3% das mulheres ($p=0,3067$) enquanto a sujeira do meio urbano foi um pouco mais relatada pelas mulheres (14,8%) do que pelos homens (14,1%) ($p=0,3911$). As mulheres foram a maioria daqueles que não souberam responder, representando 23,5% contra 20,9% dos homens ($p=0,0097$).

Tabela 7 – Percepção dos locais públicos que frequenta.

<i>Percepção</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não observa problema	1124	29,7	1105	31,3	2229	30,5	0,1316
Inseguros	965	25,5	915	25,9	1880	25,7	0,6673
Poucos bancos para sentar ou em mal estado	691	18,3	677	19,2	1368	18,7	0,3067
Sujos	561	14,8	498	14,1	1059	14,5	0,3911
Pouco iluminados	337	8,9	288	8,2	625	8,5	0,2577
Pouco arborizados	303	8,0	253	7,2	556	7,6	0,1786
Muitos degraus	84	2,2	85	2,4	169	2,3	0,5890
NSR*	888	23,5	739	20,9	1627	22,2	0,0097

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

O GGCAI cita a necessidade de um lugar no qual o idoso se sinta seguro, com calçadas de fácil acesso e niveladas, arborizado, com banheiros e lugares para o idoso descansar, para a locomoção segura nas ruas (OMS, 2008). A maioria das pesquisas mostra que a presença de bancos e de calçadas apropriadas torna os locais públicos mais seguros para a locomoção dos idosos e ajudam a evitar as quedas (ALBERTA CENTRE FOR ACTIVE LIVING, 2009; LEE, 2006 apud STONEHAM E THODAY,1994). Há evidência de que, para as áreas de descanso serem úteis, essas devem estar em lugares apropriados e seguros. Além disso, os bancos devem ser confortáveis, com encosto e braço para escora, serem altos e largos para que os idosos consigam sentar e levantar facilmente (LEE, 2006 apud STONEHAM E THODAY,1994).

Newton e colaboradores (2010) verificou que uma boa infraestrutura nas ruas, ajuda os idosos a se sentirem seguros. Os autores sugerem que na ausência de infraestrutura adequada, muitos idosos se limitam a realizar atividades nas ruas, especialmente idosos mais vulneráveis portadores de doenças crônicas (HUNTER et al, 2011). De acordo com a teoria “*person-environment-fit*” as dificuldades encontradas no ambiente se tornam mais proeminentes com os declínios funcionais relacionados ao envelhecimento (HUNTER et al, 2011).

Em relação à locomoção fora da sua residência, 6252 (85,5%) idosos responderam que não utilizam de nenhum recurso ou forma de auxílio para facilitar a deambulação (Tabela 8). Alguns idosos preferem o uso de bengala, relatado por 536 (7,3%) participantes ou saem de casa na presença de um acompanhante, sendo o caso de 118 (1,6%) participantes. Quando comparado por gênero, 85,7% das idosas gaúchas e 85,2% dos idosos do sexo Masculino não utilizam nenhum recurso para sair da sua residência. Mais homens relataram o uso de bengala, com

7,6% contra 7,1% nas mulheres. A presença de acompanhante teve um percentual igual para homens e mulheres (1,6%). Não houve associação significativa entre a utilização de recursos para a locomoção na rua ou fora de casa e o gênero do entrevistado ($p=0,3109$).

Tabela 8 – Utilização de recursos para locomoção na rua ou fora de casa.

Recurso	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Nenhum	3246	85,7	3006	85,2	6252	85,5	
Bengala	269	7,1	267	7,6	536	7,3	
Acompanhante	62	1,6	56	1,6	118	1,6	
Cadeira de rodas	24	0,6	31	0,9	55	0,8	0,3109
Acamado	19	0,5	8	0,2	27	0,4	
Outro	166	4,4	161	4,6	327	4,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A necessidade de auxílio para a deambulação pode ser caracterizada como uma incapacidade que o idoso apresenta de acordo com o Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (TAVARES, 2013), causada por algum problema de saúde ou devido à condição física (MORAES, 2012). Em um estudo ($n=95$) para verificar o risco de quedas em idosos institucionalizados, 14,8% dos participantes utilizavam algum auxílio para deambulação, desses 92,3% também fazia o uso de bengala e apenas 1% utilizava o andador (MENEZES, BACHION, 2008). Se os idosos já apresentam certa dificuldade de locomoção, esta pode ser acentuada se os ambientes não forem favoráveis, criando situações de adversidade para esta população, como o risco de quedas. Por isso a importância de manter uma cidade amiga do idoso, para assim incentivar os idosos a manter as atividades fora de sua residência.

Diversas situações foram relacionadas pelos idosos como uma barreira para atravessar as vias públicas (Tabela 9, com múltipla escolha).

O problema mais citado, por 1430 idosos (19,5%) foi que os carros não param na faixa de pedestre. Além disso, 1301 (17,8%) idosos relataram que há poucas faixas de segurança e 1279 (17,5%) disseram que o tempo do sinal é muito curto para os pedestres atravessarem as ruas.

Ainda, 1295 idosos (17,7%) reclamam que a maior barreira nas vias públicas é a insegurança dos locais e outros 1045 (14,3%) relataram que o maior problema são as calçadas muito estreitas, mal conservadas ou inexistentes. É importante relatar que 2349 (32,1%) idosos relataram não encontram dificuldades nas vias públicas. Os percentuais encontrados, na maioria das variáveis, foram similares entre homens e mulheres. Entretanto, mais mulheres do que homens (20,1% contra 19%) relataram que os carros não param na faixa de pedestre ($p=0,2408$). Ainda, 18,4% das mulheres contra 17,1% dos homens reportaram que faltam faixas de segurança nas vias públicas ($p=0,1658$) e 17,5% das idosas do sexo Feminino reclamaram que o tempo do sinal é muito curto para os pedestres contra 17,4% dos idosos do sexo Masculino ($p=0,9003$). O problema das calçadas foi relatado por 14,6% das mulheres contra 13,9% dos homens ($p=0,4168$). Aqueles que não encontram dificuldades nas vias públicas são representados por 31% de idosas do sexo Feminino e 33,3% de idosos do sexo Masculino ($p=0,0321$).

Os problemas relatados vão ao encontro de variáveis anteriormente citadas. As barreiras citadas pelos os idosos refletem a insegurança que sentem ao atravessar as ruas, caminhar em calçadas estreitas ou mal conservadas e o medo da violência. Estas preocupações parecem ser comuns aos idosos independentemente do nível real do perigo (OMS, 2008).

Tabela 9 – Barreiras para atravessar vias públicas.

Barreiras	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Sem dificuldade	1173	31,0	1176	33,3	2349	32,1	0,0321
Carros não param na faixa de pedestre	760	20,1	670	19,0	1430	19,5	0,2408
Faltam faixas de segurança	696	18,4	605	17,1	1301	17,8	0,1658
Ambientes inseguros	689	18,2	606	17,2	1295	17,7	0,2503
Tempo do sinal muito curto para os pedestres	664	17,5	615	17,4	1279	17,5	0,9003
Calçadas estreitas ou mal conservadas	553	14,6	492	13,9	1045	14,3	0,4168
Degraus muito curtos	440	11,6	395	11,2	835	11,4	0,5644
Não existe sinal para pedestres	320	8,5	242	6,9	562	7,7	0,0104
Ruas e ambientes mal iluminados	192	5,1	179	5,1	371	5,1	<0,0001
Calçadas com vendedores de carros	94	2,5	143	4,1	237	3,2	0,0001
Ciclistas não respeitam os pedestres	83	2,2	69	2,0	152	2,1	0,4775
Outros problemas	19	0,5	23	0,7	42	0,6	0,3965
NSR*	455	12,0	377	10,7	832	11,4	0,0723

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

As barreiras percebidas pelos idosos podem limitar as relações sociais e participação em atividades de lazer e cívicas, assim como reduzir o acesso aos serviços de saúde (SIQUEIRA et al., 2009). Por isso, quanto mais as cidades se adequarem às necessidades do cidadão, melhor será a percepção de risco e maior será a interação do indivíduo com o meio, o que é indispensável para a saúde e qualidade de vida do idoso.

Outra questão em relação ao meio urbano foi a percepção dos banheiros públicos (Tabela 10). Muitos dos idosos relataram que não observam problemas nos banheiros públicos, fato relatado por 1582 (21,6%) idosos. Ao mesmo tempo, 2345 (32,1%) participantes falaram que não utilizam os banheiros públicos, pois não gostam de usar o banheiro fora de casa.

Além disso, 1414 (19,3%) idosos reportaram a falta papel higiênico e/ou toalha nos banheiros públicos e 1500 (20,5%) idosos disseram que os banheiros apresentam mau cheiro ou são sujos. A percepção dos homens, nesse aspecto, se diferenciou das mulheres principalmente quanto ao mau cheiro/sujeira dos banheiros, onde 21,9% dos homens reportaram este problema, contra um percentual menor (19,2%) de mulheres ($p=0,035$). Além disso, 19,8% dos homens, contra 18,9% das mulheres, reclamaram da falta de papel higiênico e/ou toalha nos banheiros públicos ($p=0,2904$). A comparação de gêneros daqueles que não encontram problemas nos banheiros públicos foi de 20,6% para as mulheres e 22,7% para os homens ($p=0,0317$) e a porcentagem daqueles que preferem utilizar o banheiro de casa é maior para as mulheres do que para os homens representando 33,6% contra 30,4% respectivamente ($p=0,0029$).

Tabela 10 – Sobre os banheiros públicos.

Sobre os banheiros públicos	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não usa fora de casa	1273	33,6	1072	30,4	2345	32,1	0,0029
Sem problemas	781	20,6	801	22,7	1582	21,6	0,0317
São sujos	726	19,2	774	21,9	1500	20,5	0,0035
Falta papel higiênico	714	18,9	700	19,8	1414	19,3	0,2904
Escassos ou não sabem onde ou se tem	497	13,1	443	12,6	940	12,9	0,4633
São mal iluminados	209	5,5	213	6,0	422	5,8	0,3448
São de difícil acesso	76	2,0	62	1,8	138	1,9	0,4312
Não são gratuitos	60	1,6	78	2,2	138	1,9	0,0494
NSR*	424	11,2	329	9,3	753	10,3	0,0083
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Devido a todos os benefícios relacionados à interação do idoso com o meio e de sair de sua residência com certa frequência, seria de fundamental importância ter banheiros públicos em condições adequadas

para o uso. Os idosos, na maioria das vezes, precisam utilizar o banheiro com mais frequência, e muitas vezes apresentam problemas de incontinência urinária e/ou fecal. Os banheiros públicos disponíveis em locais estratégicos possibilitariam uma melhor e mais confortável locomoção dos indivíduos no meio urbano. Os banheiros públicos são indispensáveis para uma cidade sustentável e acessível (GREED, 2012).

A última variável a ser considerada, no quesito ambiente, é o quanto a dificuldade de locomoção atrapalha no convívio social (Tabela 11). Grande parte dos idosos, 4083 (55,8%), relatou que dificuldades com a locomoção não atrapalham em nada o convívio social, enquanto 1144 (15,6%) relataram que atrapalha um pouco. Porém, 747 (10,2%) relataram que esse problema atrapalha mais ou menos o convívio com outras pessoas.

Significativamente mais idosos do sexo Masculino do que as idosas do sexo Feminino relataram que essas dificuldades não atrapalham em nada (58,1% e 53,7% respectivamente), ($p=0,0002$). O contrário pode ser observado naqueles que relataram que as dificuldades de locomoção atrapalha um pouco o convívio social, sendo que isso foi reportado por 17,3% das mulheres contra 13,9% dos homens. O percentual de homens e mulheres que disseram que as dificuldades de locomoção atrapalham mais ou menos o convívio social foi similar, sendo este de 10,3% e 10,1% respectivamente.

Tabela 11 – O quanto a dificuldade de locomoção atrapalha.

O quanto atrapalha	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Nada	2032	53,7	2051	58,1	4083	55,8	0,0002
Pouco	654	17,3	490	13,9	1144	15,6	
Mais ou menos	384	10,1	363	10,3	747	10,2	
Muito	138	3,6	113	3,2	251	3,4	
NSR*	578	15,3	512	14,5	1090	14,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A interação social como fator de risco para a saúde já foi discutida em diversas pesquisas. Isto demonstra a importância de manter boas relações sociais e ambientes favoráveis a estas, para assim favorecer o Envelhecimento Ativo. Estudos sugerem que a diminuição das interações sociais pode levar a depressão, isolamento e influenciar negativamente a capacidade cognitiva do idoso (CARNEIRO et al., 2007). Mais estudos deveriam abordar as dificuldades encontradas para manter as relações sociais fora do domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GGCAI serve como um alicerce para um novo direcionamento das Políticas Públicas necessárias para o idoso e sua comunidade, estimulando o envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida para essa população. Ações concretas, que aumentem a segurança do idoso no seu direito de ir e vir são fundamentais para uma boa interação entre o idoso e o espaço urbano onde vive. As cidades e municípios devem se adequar para a construção de um ambiente acolhedor para os seus idosos a fim de incentivar suas atividades de lazer e cívicas, fora de suas residências, estimulando a saúde e evitando o isolamento social desses indivíduos.

A pesquisa PIRS observou quesitos importantes quanto à percepção dos idosos sobre o ambiente onde vivem com fatores que dificultam o seu deslocamento afetando principalmente o sexo Feminino que saem de casa com menor frequência. Falta de segurança foi uma das opções mais frequentemente escolhidas pelos idosos que representam uma das faixas etárias mais vulneráveis à violência urbana.

REFERÊNCIAS

ALBERTA CENTRE FOR ACTIVE LIVING. Preventing Falls Through Physical Activity: a **Guide for People Working with Older Adults**. 2009. Disponível em: <http://www.centre4activeliving.ca/older-adults/rural/guides/booklet-falls.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2012.

CARNEIRO, R. S; FALCONE, E.; CLARK, C.; PRETTE, Z. D.; PRETTE, A. D. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relações com habilidades sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

GREED, C. H. A relação generificada entre o zoneamento urbano do transporte público e as implicações para a provisão de banheiros públicos. **Revista latino-americana de geografia e gênero**, v.3, n.2, p. 61-75, 2012.

HUNTER, R. H; SYKES, K.; LOWMAN, S. G.; DUNCAN, R.; SATARIANO, W. A.; BELZA, B. Environmental and Policy Change to Support Healthy Aging, **Journal of Aging & Social Policy**, v.23, n. 4, p. 354-371, 2011.

Informe Brasil para a III Conferencia regional intergovernamental sobre envelhecimento na America Latina e Caribe. 2102. Costa Rica, 8-12 maio.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais 2010**: incidência de pobreza é maior nos municípios de porte médio. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2019&id_pagina=1. Acesso em: 30 nov. 2012.

MARIKE, R. C. et al. Lack of effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program in elderly people at risk: A randomized controlled trial. **J Am Geriatr Soc**, v.56, n. 8, p.1390 -1397. 2008.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p. 1209-1218, 2008.

MORAES, E. N. M. **Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil. 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2012.

NEWTON, R. et al. Increasing Independence for Older People through Good Street Design. **Journal of Integrated Care**, v.18, n. 3, p. 24 – 29, 2010.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2012.

_____. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. 2005.

Disponível em:

http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
Acesso em 30 nov. 2012.

RODRIGUES R.A.P et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2007;v.16, n. 3, p. 536-545, 2007.

SIQUEIRA, F.C.V et al . Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, Feb. 2009 .

SORKIN D.; ROOK K.S; LU J.L. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 24, p. 290–298. 2002.

STONEHAM J.; THODAY P. **Landscape Design for Elderly and Disabled People**.1994. In: Lee, D. Designing Cities for the Elderly. 2007. 66 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento de Cidades). Massachusetts Institute of Technology, Junho 2007.

TAVARES D.M.S; GOMES N.C; DIAS F.A; SANTOS N.M.F. Fatores associados a qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Esc. Anna Nery**, v.16, n. 2 p.371-378, 2012.

Capítulo 6

OS MEIOS DE TRANSPORTE

André Ribeiro

Patrícia Morsch

INTRODUÇÃO

O aumento do tráfego urbano nas grandes cidades brasileiras, principalmente nas capitais, está modificando negativamente o interesse dos idosos pelo transporte. Outros fatores aliados ao aumento do tráfego urbano tais como as condições de segurança, lotações nos transportes públicos, poucas opções de linhas, valores de tarifas e falta de conforto nos veículos públicos estão prejudicando os idosos que utilizam o transporte público e desestimulando novos usuários idosos ao uso do mesmo. Transporte, incluindo o transporte público acessível, confortável e barato, é um fator chave que influencia o Envelhecimento Ativo. Este tema abre áreas de discussão, em especial, a viabilidade no deslocamento pela cidade determina a participação cívica e social e o acesso aos serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2008).

As pesquisas feitas através do projeto Cidade Amiga do Idoso (CAI), proposto pela OMS, trazem inúmeros dados sobre o assunto. Alguns dados do estudo PIRS serão apresentados e discutidos aqui neste capítulo, sendo que veremos como temas os aspectos de infraestrutura, equipamento e serviços para todos os meios de transporte urbano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os questionamentos propostos pelo estudo PIRS, observa-se (Tabela 1) que 4609(63,0%) dos idosos nunca tiveram carteira de motorista, sendo que entre as mulheres foram 3060(80,8%) das respostas e entre os homens 1549(43,9%). Os idosos que relataram dirigir somam um total de 1571(21,5%), para os homens somaram 1223(34,7%) das respostas e para as mulheres foram 348(9,2%) ($p=0,0001$).

Tabela 1 – Sobre a carteira de motorista.

<i>Possui carteira de motorista</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Dirige atualmente	348	9,2	1223	34,7	1571	21,5	
Não tem mais	176	4,6	508	14,4	684	9,4	
Nunca dirige	46	1,2	82	2,3	128	1,7	
Nunca teve carteira	3060	80,8	1549	43,9	4609	63,0	0,0001
Prefere não dirigir	74	2,0	109	3,1	183	2,5	
NSR*	82	2,2	58	1,6	140	1,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Apesar de observarmos que a maior parte dos idosos responderam que nunca tiveram carteira de motorista, dirigir parece ser uma opção de transporte importante para alguns idosos deste estudo. Alguns estudos mencionados no projeto CAI (OMS, 2008) mostram que os idosos de países desenvolvidos tendem a gostar pelo fato de ser “fácil dirigir” com tráfego tranquilo e boa sinalização. Dentre as dificuldades mencionadas no mesmo estudo, observamos características de países não desenvolvidos como congestionamentos, ruas mal conservadas, iluminação pública inadequada, sinalização mal posicionada e de difícil leitura e a desobediência às leis de trânsito (OMS, 2008).

Estudos apontam as transformações ocasionadas pelo envelhecimento trazem riscos aos motoristas idosos. Dentre as

características típicas do envelhecimento que estão relacionadas com o desempenho do motorista, menciona-se a visão, especificamente a acuidade visual estática e dinâmica, audição, o aumento da sensibilidade a reflexos e movimentos coordenados, redução no processamento de informações e a diminuição da força e flexibilidades necessárias para dirigir (SANT'ANNA et al, 2004).

Gentileza para com os motoristas idosos parece ser outra dificuldade importante e encontrada com frequência no trânsito. Depoimentos referidos no CAI por motoristas idosos de diversas cidades no mundo destacam que o desrespeito ao motorista idoso o desestimula a dirigir, assim como abuso contra os mesmos decorre do fato de eles dirigirem muito devagar. Em Cancún, os idosos se sentem inseguros quando dirigem por terem problemas de visão e por causa do tráfego agressivo (OMS, 2008).

Na tabela 2 observamos que o transporte coletivo (trem, metrô ou ônibus), é utilizado com grande frequência sendo referido por 5418(74.1%) idosos do PIRS. Não observou-se grande diferença entre os gêneros e 2784(73.5%) das mulheres relataram utilizar transporte coletivo semanalmente e para os homens foram 2634(74.6%) das respostas.

Tabela 2 – Sobre o uso de transporte coletivo semanalmente.

Usa transporte coletivo	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	971	25,6	862	24,4	1833	25,1	0,2392
Sim	2784	73,5	2634	74,6	5418	74,1	
NSR*	31	0,8	33	0,9	64	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em um estudo realizado com 598 indivíduos idosos na cidade de Pelotas, RS, mostrou que em relação às atividades instrumentais (consideradas atividades mais complexas), os idosos mostraram um nível de dependência de (82,4%) para realizar deslocamentos utilizando transporte coletivo (DEL DUCA et al, 2009).

Com os grandes congestionamentos no trânsito e as novas Políticas Públicas de incentivo ao uso do transporte público, assim como acessibilidade e o baixo custo podem ser fatores chave para entusiasmar o Envelhecimento Ativo. Esta parece ser uma área que abre portas para muita discussão cuja finalidade determina a participação cívica e social e o acesso a serviços comunitários e de saúde.

Nota-se (tabela 3) que as opiniões dos idosos do PIRS sobre os transportes coletivos distribuídas por gênero. As respostas com maior frequência foram justamente aquelas que corroboram com os achados anteriores deste estudo, ou seja, 2030(27,8%) idosos responderam não usar ou raramente usar o transporte coletivo e não sabiam opinar quanto aos pontos negativos neste tipo de transporte. Entre os que opinaram sobre o transporte, destacam-se 1828(25,0%) que responderam não observar problemas e 1494(20,4%) que disseram que os ônibus são frequentemente cheios.

Para as respostas distribuídas por gênero, as mulheres foram um pouco mais frequentes ao relatar haver insegurança 379(10,0%) comparadas com os homens 306(8,7%) valor de $p=0,0494$. Percebe-se que na opinião das mulheres há insuficiente número de paradas por trajetos 96(2,5%), na opinião dos homens essa resposta foi menos frequente 64(1,8%), sendo valor de p significativo (0,0348).

Tabela 3 – Opinião sobre o transporte coletivo.

Sobre o transporte coletivo	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
São lentos	628	16,6	609	17,3	1237	16,9	0,4452
Não cumprem os horários	487	12,9	412	11,7	899	12,3	0,1218
Poucos ônibus por linha	517	13,7	488	13,8	1005	13,7	0,8302
Ônibus são cheios	771	20,4	723	20,5	1494	20,4	0,8963
Paradas insuficientes	96	2,5	64	1,8	160	2,2	0,0348
Descumprem o itinerário	38	1,0	27	0,8	65	0,9	0,2771
São inseguros (violência)	379	10,0	306	8,7	685	9,4	0,0494
Sem gratuidade para os maiores de 60 anos	35	0,9	21	0,6	56	0,8	0,1062
Utiliza somente ônibus intermunicipal	65	1,7	51	1,4	116	1,6	0,3526
Não observa problemas	924	24,4	904	25,6	1828	25,0	0,2320
Não usa ou raramente usa	1058	27,9	972	27,5	2030	27,8	0,7013

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Entre os resultados do CAI, observa-se que, em Istambul, os idosos disseram que a viagem feita em transporte público leva muito tempo, pois sua frequência é reduzida. Em Melbourne, não há serviço de ônibus desde a tarde de sábado até a manhã de segunda-feira. Na área 23 metropolitana do Ruhr, idosos consideram que o transporte público para a periferia da cidade e à noite não é muito frequente. Em algumas cidades, foi sugerido que se aumentasse a frequência do transporte público, especialmente à noite e nos fins de semana. Em poucas cidades, como Genebra, Londres, Moscou e Tóquio, as pessoas dizem que os serviços de transporte públicos são confiáveis, mas o mesmo não é verdade em outras cidades igualmente desenvolvidas. Este não foi um aspecto relatado como amigável aos idosos pelas cidades em desenvolvimento. Em Amã, não há horário fixo para os ônibus, e em Islamabad, não há horário fixo para veículos de transporte público. Em La

Plata, os ônibus não são confiáveis e as rotas são frequentemente mudadas (OMS, 2008).

A tabela 4 mostra as opiniões dos idosos do PIRS com relação aos veículos de transporte coletivo. Boa parte dos idosos dizem não saber responder pois não usam ou usam raramente o transporte público 1955(26,7%). Surpreendentes 1645(22,5%) disseram não observar nenhum dos problemas propostos pelo estudo. Dentre os principais problemas mencionados pelos idosos, destacaram-se: os assentos desconfortáveis 1348(18,4%), os motoristas arrancarem muito rápido e não esperarem os idosos sentarem 1236(16,9%), ser difícil subir e descer do veículo 1185(16,2%) e dizem que a temperatura e/ou ventilação é inadequada 1186(16,2%). Em nenhuma das associações o p foi considerado significativo.

Tabela 4 – Opinião sobre os veículos de transporte coletivo.

Sobre os veículos de transporte coletivo	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Os assentos são desconfortáveis	703	18,6	645	18,3	1348	18,4	0,7481
Os motoristas arrancam o ônibus muito rápido	627	16,6	609	17,3	1236	16,9	0,4273
Dificuldade para subir e descer dos veículos	613	16,2	572	16,2	1185	16,2	0,9839
Climatização interna é desconfortável	624	16,5	562	15,9	1186	16,2	0,5186
Veículos sujos e mal conservados	276	7,3	284	8,0	560	7,7	0,2233
O nível de ruído interno incomoda	185	4,9	148	4,2	333	4,6	0,1556
Dificuldade par alcançar a campainha	80	2,1	57	1,6	137	1,9	0,1165
Não há boa visibilidade do nome e número da linha	56	1,5	43	1,2	99	1,4	0,3349
Não há assentos preferenciais para idosos	33	0,9	26	0,7	59	0,8	0,5192
Não são adaptados para cadeira de rodas	36	1,0	21	0,6	57	0,8	0,0837
Não observa problemas	847	22,4	798	22,6	1645	22,5	0,8053
Não usa ou raramente usa	1031	27,2	924	26,2	1955	26,7	0,3110

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na cidade de João Pessoa (PB) um estudo com amostra populacional de 244 idosos com deficiência ou mobilidade reduzida, em muitos dos transportes públicos faltavam adaptações apropriadas para efetivar a locomoção dos usuários que possuíam limitações provenientes dos agravos à saúde (DA SILVA et al, 2012). Algumas das grandes queixas das pessoas idosas estão relacionadas as arrancadas bruscas, que podem provocar quedas, com lesões e traumas no idoso. Segundo Minayo (2008) esses atos dos condutores precisam ser compreendidos como atos de violência ou negligência danosa e os motoristas que as cometem precisam ser responsabilizados e corrigidos, para que, assim, haja possibilidade de mudanças.

Estudo sobre a razão da falta de assistência a saúde em países desenvolvidos aponta diferença estatisticamente significativa para a falta de transporte, considerando a população deficiente (30,3%) na faixa etária maior que 60 anos, quando comparado com a população não deficiente (9,5%) (COLERIDGE et al, 2010) Tal fato é confirmado no Brasil, visto que a existência de um transporte adequado e adaptado para esta população foi considerado um fator de proteção para o acesso do usuário idoso e com deficiência aos serviços de saúde (DA SILVA, 2012) Deste modo, mudanças em grande escala para melhorar a acessibilidade no sistema de transporte, principalmente na adaptação dos veículos, reduzirão essas barreiras (OMS, 2012).

As paradas dos transportes coletivos também parecem ser um problema para os idosos do PIRS, visto que 2209(30,2%) idosos observam falta de bancos de espera. Na questão de segurança, 1701(23,3%) disseram ser inseguras e 1239(16,9%) relatam que as paradas são sujas ou mal conservadas. Entre os idosos que não observaram nenhuma das características, ou seja, não relataram queixas

foram 1699(23,2%) das respostas e entre os que não souberam responder por não usarem o transporte coletivo são 1699(23,2%). O valor de p não foi significativo para nenhuma das associações.

Tabela 5 – Opinião sobre as paradas de transporte coletivo.

Sobre as paradas de transporte coletivo	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Faltam bancos de espera	1151	30,4	1058	30,0	2209	30,2	0,6949
São inseguras	904	23,9	797	22,6	1701	23,3	0,1907
São sujas ou mal conservadas	666	17,6	573	16,2	1239	16,9	0,1228
São desprotegidas do sol e da chuva	375	9,9	374	10,6	749	10,2	0,3286
São muito distantes uma das outras	231	6,1	193	5,5	424	5,8	0,2473
São mal iluminadas	188	5,0	175	5,0	363	5,0	0,9893
São quase sempre superlotadas	164	4,3	141	4,0	305	4,2	0,4721
Não observa problemas	791	20,9	796	22,6	1587	21,7	0,0846
Não usa ou raramente usa	897	23,7	802	22,7	1699	23,2	0,3279

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

O desenho, a localização e as condições das paradas e das estações de transporte público são considerados questões importantes pelo projeto CAI (OMS, 2008). Alguns pontos positivos, vistos com satisfação pelos usuários idosos dos países desenvolvidos são relatados e caracterizados pelo projeto CAI (OMS, 2008): bancos e abrigos confortáveis e iluminados, assim como acesso conveniente a pontos de ônibus. Em países menos desenvolvidos os idosos relatam encontrar algumas dificuldades, como por exemplo: problemas onde os pontos são poucos e a distância entre eles é muito grande, preocupação em terem que atravessar uma via movimentada para chegar ao ponto, alguns idosos disseram que os pontos de ônibus ficam muito longe de suas casas, falta de instalações que permitam o transporte de bagagem e cadeiras de rodas, sinalizações existentes são inadequadas. Em algumas

idades, há problemas de segurança em pontos de transporte público. Pessoas em muitas cidades consideram que estações de trem e terminais de ônibus devem ser de fácil acesso e devem ser planejados para serem amigáveis aos idosos, dispondo de rampas, escadas rolantes, elevadores, banheiros públicos e uma sinalização visível e inteligível.

Quando questionados sobre a frequência com que os passageiros levantam dos assentos para ceder lugar (tabela 6), 2938(40,2%) os idosos do PIRS disseram que sempre levantam. Entre os que relatam que só levantam quando solicitam foram 931(12,7%) e dizem que nunca foi preciso 844(11,5%). Entre os idosos que responderam não usar ônibus foram 1650(22,6%) ($P = 0,0001$).

Tabela 6 – Sobre ceder o lugar no ônibus para o idoso.

<i>Ceder o lugar</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sempre	1615	42,7	1323	37,5	2938	40,2	0,0001
Só quando solicita	425	11,2	506	14,3	931	12,7	
Nunca foi preciso	424	11,2	420	11,9	844	11,5	
Nunca aconteceu	401	10,6	413	11,7	814	11,1	
Recusa-se a aceitar	42	1,1	60	1,7	102	1,4	
Nunca usa ônibus	863	22,8	787	22,3	1650	22,6	
NSR*	16	0,4	20	0,6	36	0,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Algumas cidades indicam que dar prioridade aos idosos para sentar, em transportes públicos, é uma característica amigável aos idosos e, em algumas cidades, como Islamabad, os passageiros respeitam essa prioridade. Entretanto, esta atitude cortês não é comum: idosos de Moscou, por exemplo, recomendaram que houvesse uma ação de educação da população sobre gentileza no transporte público (OMS, 2008).

Sobre as opiniões quanto as informações dos trajetos e linhas dos transportes públicos, observa-se na tabela 7, que 1540(21,1%) dos idosos queixam-se de que é difícil achar informações sobre as linhas, 1349(18,4%) dizem que é difícil achar informações sobre horários, 2055(28,1%) não observam nenhuma característica dificultosa sobre o assunto. Para essas questões referentes às informações de trajetos e linhas, nenhuma das respostas foi considerada significativa na distribuição por gênero.

Tabela 7 – Opinião sobre as informações dos trajetos e linhas dos transportes públicos.

Informações dos trajetos e linhas	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Difícil achar informações sobre as linhas	809	21,4	731	20,7	1540	21,1	0,4928
Difícil achar informações sobre os horários	686	18,1	663	18,8	1349	18,4	0,4617
Horários e rotas são legíveis e de fácil acesso	364	9,6	328	9,3	692	9,5	0,6403
Não sabe como encontrar essas informações	355	9,4	320	9,1	675	9,2	0,6482
Difícil identificar onde o ônibus vai parar	238	6,3	201	5,7	439	6,0	0,2878
Não observa nenhuma dessas características	1031	27,2	1024	29,0	2055	28,1	0,0896
Nunca usa ônibus e/ou NSR*	823	21,7	720	20,4	1543	21,1	0,1617

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A capacidade de usar transporte público depende, em grande parte, de para onde se deseja ir. Em algumas cidades, as pessoas mencionaram que os serviços de transporte público têm uma boa cobertura em pelo menos algumas áreas, permitindo que as pessoas cheguem ao destino que desejam. Em outras cidades, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, foi mencionada preocupação quanto à adequação das rotas dos transportes públicos.

Houve queixas de que muitas áreas da cidade não são cobertas, ou que é difícil cruzar a cidade de uma ponta à outra, ou que as conexões entre ônibus e outros meios de transporte são muito ruins (OMS, 2008).

Opiniões com relação aos taxis e suas distribuições por gênero observamos na tabela 8, onde temos que 2048(28,0%) idosos relatam que os preços são muito caros, 424(5,8%) dizem que não sabem quanto vão gastar para chegar ao local que desejam, 1951(26,7%) não observam nenhuma opinião negativa proposta pela questão, 2958(40,4%) não opinaram pois não utilizam este tipo de transporte. Para essas questões referentes às opiniões com relação aos taxis, nenhuma das respostas foi considerada significativa na distribuição por gênero.

Tabela 8 – Opinião sobre o uso de táxi.

<i>Uso de táxi</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Difíceis de serem usados por pessoa com dificuldade de se movimentar	27	0,7	31	0,9	58	0,8	0,4257
Não têm espaço para cadeira de rodas	54	1,4	44	1,2	98	1,3	0,5046
Não sabe o quanto vai gastar para chegar ao local que deseja	215	5,7	209	5,9	424	5,8	0,6560
Não são confortáveis ou são sujos	23	0,6	22	0,6	45	0,6	0,9307
Os motoristas não são educados nem prestativos	32	0,8	40	1,1	72	1,0	0,2120
Não consegue usar (dificuldade de explicar o lugar onde quer chegar)	16	0,4	7	0,2	23	0,3	0,0869
São muito caros	1034	27,3	1014	28,7	2048	28,0	0,1758
Não observa nenhuma dessas características	1020	26,9	931	26,4	1951	26,7	0,5884
Nunca usa táxi e/ou NSR*	1550	40,9	1408	39,9	2958	40,4	0,3640

*Não sabe responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

No projeto CAI (OMS, 2008), os taxis são considerados, em muitas cidades, uma opção de transporte amigável ao idoso. Em outras cidades,

assim como já consideradas nas opiniões anteriores, foram identificadas barreiras para o uso de táxis. O custo é uma delas e, a ausência de acesso para deficientes, é outra. No Rio de Janeiro, cuidadores relatam que os táxis são o único meio de transporte de idosos com deficiência, mas que as cadeiras de rodas não cabem no porta-mala por causa do tanque de gás (OMS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de transportes parecem não terem se adaptado ao processo de envelhecimento da população brasileira e o reflexo aparece nas deficiências dos serviços, especialmente no que diz respeito à regularidade, flexibilidade e qualidade do transporte. O maior número de queixas do PIRS, nesse segmento, refere-se ao comportamento desrespeitoso de condutores e barreiras como: bancos desconfortáveis, degraus de acesso aos ônibus muito altos, excesso de passageiros, paradas sem bancos e dificuldade para achar informações. Os deslocamentos por meios "alternativos" como taxis que entrariam como uma opção, também oferece serviço de transportes considerados caros e de qualidade insatisfatória.

Ressalta-se a importância da adaptação dos transportes aos novos comportamentos da população idosa. Deve-se levar em conta o desejo que os idosos expressam sobre processo de socialização, e que os problemas de transporte podem dificultar este processo, permitindo com que os idosos fiquem mais fragilizados e conseqüentemente mais suscetíveis as doenças.

REFERÊNCIAS

COLERIDGE P, et al. Study of disability in EC Development Cooperation. European Commission; 2010 [site na Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/a5817/en/> . Acesso em: 26 ago. 2013.

DA SILVA, L. P. G. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos **Rev Saúde Pública** [online], v.43, n.5, p. 796-805, 2009.

MINAYO M.C.S. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In: BORN T. (Org). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, p. 38-45, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> Acesso em 04 dez. 2012.

SANT'ANNA R.M. et al. Segurança no trânsito para os motoristas idosos: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v. 7, n.1, p. 1-15, 2004

Capítulo 7

CONDIÇÕES DE MORADIA E NECESSIDADE DE ADAPTAÇÕES

Patricia Morsch

André Ribeiro

Thayse Lamanna Schirmer

INTRODUÇÃO

O início do processo de adequação dos ambientes urbanos para a população surge com a organização das cidades na Carta de Atenas de 1933, resultado do IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna. O documento preconizava a organização da cidade a partir de quatro funções básicas: trabalhar, habitar, circular e cultivar o corpo e o espírito. É ao longo do Século XIX, que se ressalta a preocupação quanto à qualidade de vida e aos limites de crescimento e expansão das cidades. Assim, várias correntes de pensamentos urbanos conceberam modelos e planos de reorganização das cidades (KANASHIRO, 2004).

Com o envelhecimento populacional já constatado, surge uma nova preocupação: as cidades devem se adequar para atender as demandas socioculturais, físicas, econômicas e antropológicas dos idosos, tornando o ambiente adequado para um envelhecimento bem sucedido, que prime pela preservação das capacidades funcionais, tornando mais fácil a realização de simples atividades no lar. O Guia Global Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) demonstra que não só a habitação deve preencher as necessidades dos idosos, mas todos os espaços públicos devem proporcionar ambientes seguros, iluminados, acessíveis e acima de tudo

possibilitando a esses indivíduos ambientes saudáveis que possibilitem a convivência com a comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados do PIRS encontrados a respeito da percepção dos idosos em relação à habitação e a necessidade ou não de adequar suas residências para que o ambiente seja mais favorável ao Envelhecimento Ativo (OMS, 2008).

Tabela 1 – Situação residencial.

<i>Residência</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Alugada	144	3,8	132	3,7	276	3,8	
Emprestada	31	0,8	24	0,7	55	0,8	
Invadida	78	2,1	86	2,4	164	2,2	
De parentes ou amigos	190	5,0	159	4,5	349	4,8	
Própria	3323	87,8	3105	88,0	6428	87,9	0,6238
Sublocada	2	0,1	5	0,1	7	0,1	
Outra	8	0,2	5	0,1	13	0,2	
NSR*	10	0,3	13	0,4	23	0,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na tabela 1, observamos que quando questionados sobre situação residencial, a maioria dos idosos entrevistados 6428 (87,9%) responderam que a residência onde moram é própria, seguidos de parentes/amigos 349 (4,8%) e alugada 276 (3,8%). O valor de p não foi significativo, ou seja, não existiu associação entre gênero e situação residencial para esta amostra (p=0,6238).

Tabela 2 – Necessidade de modificações de Rampas.

Modificação de rampas	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3697	97,6	3446	97,6	7143	97,6	0,7663
Necessita	52	1,4	53	1,5	105	1,4	
Realizada	37	1,0	30	0,9	67	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Dados sobre modificações de rampas em casa estão dispostos na Tabela 2. Dentre os idosos entrevistados, uma totalidade de 7143 (97,6%) relataram que não necessitam de modificações, sendo que 67 (0,9%) relataram necessitar de modificações e 67 (0,9%) disseram já ter realizado as modificações necessárias. Quando analisadas as distribuições por gêneros, não encontramos diferenças significativas, sendo o $p=0,7663$.

Tabela 3 – Necessidade de modificações nas portas.

Modificação nas portas	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3729	98,5	3479	98,6	7208	98,5	0,8020
Necessita	31	0,8	30	0,9	61	0,8	
Realizada	26	0,7	20	0,6	46	0,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação às modificações de portas mais largas em casa (tabela 3), na totalidade, 7208 (98,5%) dos entrevistados também relataram não necessitar de modificações em casa. Os que disseram necessitar de modificações foram 61 (0,8%) e os que já haviam realizado as devidas modificações somaram 46 (0,6%). Nas distribuições por gênero não foram encontrados valores significativos $p = 0,8020$.

Tabela 4 – Necessidade de modificações nos tapetes.

Modificação nos tapetes	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3593	94,9	3359	95,2	6952	95,0	0,8572
Necessita	63	1,7	55	1,6	118	1,6	
Realizada	130	3,4	115	3,3	245	3,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Nas modificações sobre tapetes no domicílio (tabela 4), os resultados mostram na totalidade que 6952(95,0%) dos entrevistados não necessitam de modificações. Entre os que disseram já ter feito modificações foram 245 (3,3%) e entre os que relatam não necessitar de modificações estão 118 (1,6%). Essas frequências vão ao encontro das frequências distribuídas por gênero e que não mostraram significância estatística na associação, sendo considerado o valor de $p=0,8572$.

Tabela 5 – Necessidade de modificações de degraus.

Modificação de degraus	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3650	96,4	3411	96,7	7061	96,5	0,3700
Necessita	78	2,1	77	2,2	155	2,1	
Realizada	58	1,5	41	1,2	99	1,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Sobre modificações de degraus, podemos observar na tabela 5, que a maioria 7061 (96,5%) dos idosos relataram não necessitar de modificações. Também observa-se que entre os que admitiram necessitar de modificações foram 155 (2,1%) e os poucos 99(1,4%) relataram já terem feitos as modificações necessárias. Esta associação não apresentou significância estatística, sendo assim, as variáveis gênero e modificações de degraus não foram associadas ($p=0,3700$).

Tabela 6 – Necessidade de modificações de vasos sanitários.

Modificação de vasos sanitários	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3727	98,4	3459	98,0	7186	98,2	0,2986
Necessita	45	1,2	57	1,6	102	1,4	
Realizada	14	0,4	13	0,4	27	0,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na análise das frequências em relação ao questionamento sobre modificações de vasos sanitários em casa (tabela 6), os relatos de não serem necessárias modificações foram 7186 (98,2%), seguindo de 102 (1,4%) que disseram necessitar de modificações e 27 (0,4%) já haviam realizado as modificações necessárias. As frequências entre gêneros e ambos ficaram muito próximas e não apresentaram significância ($p=0,2983$).

Tabela 7 – Necessidade de modificações no piso.

Modificação no piso	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3645	96,3	3383	95,9	7028	96,1	0,6500
Necessita	67	1,8	71	2,0	138	1,9	
Realizada	74	2,0	75	2,1	149	2,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos idosos com relação à percepção da necessidade ou não de pisos não escorregadios dentro de casa. A maioria dos idosos, tanto os homens quanto as mulheres, relatou que não precisa dessa modificação para facilitar a sua vida em casa. Em média, apenas 2% dos entrevistados relataram ter colocado piso não escorregadio dentro de casa.

Tabela 8 – Necessidade de modificações de barras nos banheiros.

Modificação de barras nos banheiros	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3653	96,5	3413	96,7	7066	96,6	0,6460
Necessita	75	2,0	71	2,0	146	2,0	
Realizada	58	1,5	45	1,3	103	1,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 8 apresenta os resultados quanto à necessidade de colocação de barras nos banheiros. A grande maioria dos idosos relata que não precisa desta modificação em casa. Um pequeno número de idosos, aproximadamente 1,5% dos entrevistados, relatou ter realizado esta mudança em sua casa. Os valores percentuais encontrados foram muito semelhantes para homens e mulheres.

Tabela 9 – Necessidade de modificações de melhorias na iluminação.

Modificação de melhorias na iluminação	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3668	96,9	3434	97,3	7102	97,1	0,4182
Necessita	34	0,9	32	0,9	66	0,9	
Realizada	84	2,2	63	1,8	147	2,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 9 apresenta a distribuição dos idosos com relação à necessidade de melhoria na iluminação dentro de casa. Novamente, a grande maioria dos participantes afirma que não precisa desta modificação em casa para facilitar sua vida. Um pequeno número de idosos, aproximadamente 2% dos participantes, relatou ter realizado esta

mudança em sua residência. Os valores percentuais encontrados foram semelhantes para homens e mulheres.

Tabela 10 – Necessidade de modificações de colocação de corrimão em escadas ou corredores.

Modificação de corrimão em escadas ou corredores	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Não	3668	96,9	3445	97,6	7113	97,2	0,0953
Necessita	66	1,7	53	1,5	119	1,6	
Realizada	52	1,4	31	0,9	83	1,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 10 apresenta a distribuição dos idosos com relação à necessidade de colocação de corrimão em escadas e corredores dentro de casa. Seguindo o mesmo padrão de resposta, a maioria dos participantes do estudo relatou não precisar desta modificação em casa. Um pequeno número de idosos afirmou ter realizado essa mudança, e destes predominaram os participantes do sexo Feminino (1,4%).

Tabela 11 – Necessidade de modificações de isolamento térmico.

Modificação de isolamento térmico	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3720	98,3	3474	98,4	7194	98,3	0,3909
Necessita	52	1,4	48	1,4	100	1,4	
Realizada	14	0,4	7	0,2	21	0,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 11 descreve a percepção dos idosos em relação à necessidade de isolamento térmico em sua residência. Alguns participantes (1,4%) relataram que precisam dessa modificação. Apenas

0,3% dos entrevistados realizaram esta adaptação em sua casa, e a grande maioria dos participantes reportou não necessitar da mesma.

Tabela 12 – Necessidade de modificações de móveis adaptados.

Modificação de móveis adaptados	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3717	98,2	3477	98,5	7194	98,3	0,0537
Necessita	45	1,2	43	1,2	88	1,2	
Realizada	24	0,6	9	0,3	33	0,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 12 apresenta a distribuição dos idosos com relação à necessidade de móveis adaptados dentro de casa. Assim como nas demais categorias de modificações em casa, a maioria dos participantes deste estudo não reportou a necessidade de móveis adaptados. Um maior número de mulheres, quando comparadas aos homens, afirmou que realizou modificações neste aspecto (0,6% contra 0,3%), apresentando significância estatística ($p=0,05$).

Tabela 13 – O quão fácil foi ou seria realizar estas modificações em casa.

Modificar	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Difícil	100	2,6	88	2,5	188	2,6	0,8083
Fácil	117	3,1	104	2,9	221	3,0	
Neutro	144	3,8	136	3,9	280	3,8	
NSA*	3339	88,2	3106	88,0	6445	88,1	
NSR**	86	2,3	95	2,7	181	2,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; **Não soube responder;

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 13 apresenta a distribuição dos idosos quando questionados quanto a facilidade na realização de modificações em suas casas. De acordo com a pesquisa, quando questionados no quão fácil foi

ou seria a realização das modificações, tanto o sexo Feminino (88,2%) quanto o sexo Masculino (88,0%) se mostrou neutro em relação à modificações. Para a maioria dos entrevistados, no entanto a questão não se aplica, pois não foram realizadas modificações ($p=0,1120$).

Tabela 14 – Essas modificações foram ou seriam?

<i>Seriam</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Acessíveis	125	3,3	130	3,7	255	3,5	
Ajuda do governo	0	0,0	4	0,1	4	0,1	
Baratas	31	0,8	31	0,9	62	0,8	
Caras	122	3,2	95	2,7	217	3,0	
Muito caras	66	1,7	73	2,1	139	1,9	0,1120
Outra ajuda	15	0,4	9	0,3	24	0,3	
NSA*	3335	88,1	3121	88,4	6456	88,3	
NSR**	92	2,4	66	1,9	158	2,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; **Não soube responder;

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 14 apresenta a distribuição dos idosos quando questionados no que estas modificações acarretariam. Tanto no sexo Feminino quanto no sexo Masculino tais modificações seriam acessíveis para 3,5% dos entrevistados ou caras para 3,0%, no entanto a maioria dos participantes não realizaram modificações ($p=0,1120$).

Tabela 15 – Principais dificuldades enfrentadas.

<i>Dificuldades</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Dificuldade com a mão de obra	140	3,7	148	4,2	288	3,9	0,2757
Dificuldade em conseguir material adequado	52	1,4	27	0,8	79	1,1	0,0118
Falta de apoio/ajuda	84	2,2	80	2,3	164	2,2	0,8892
Outra dificuldade	15	0,4	9	0,3	24	0,3	0,2914
Não teve dificuldade	94	2,5	78	2,2	172	2,4	0,4420
Não foram necessárias modificações	3371	89,0	3148	89,2	6519	89,1	0,8206
NSR*	98	2,6	83	2,4	181	2,5	0,5151

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 15 apresenta a distribuição dos idosos quando questionados quais as dificuldades enfrentadas na realização de modificações. A maioria dos entrevistados referiram que não foram necessárias modificações (89,1%), e quando realizadas houve dificuldade com a mão de obra tanto para o sexo Feminino (3,7%) quanto para o sexo Masculino (4,2%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) aponta que de todos os domicílios brasileiros, 75% são próprios. Há no País 45,8 milhões de casas próprias. Deste total, 70,1% (43 milhões) são quitadas e outros 4,7% (2,9 milhões) estão em fase de aquisição. Completam as estatísticas, os imóveis alugados, representados por 17,3% (10,6 milhões), os cedidos, 7,5% (4,6 milhões) e os que registram outra forma de ocupação, 0,5% (297 mil unidades).

O estudo de Camarano e colaboradores de 1999, já nos mostrava na época, que a proporção de idosos que moravam em casa própria era mais elevada do que a dos jovens, sendo que este crescimento entre os gêneros dos idosos também era mais elevado na população feminina. Outro ponto importante e que vai ao encontro do nosso estudo, é que a maior proporção foi de idosos que moravam em casa própria já paga, seguidos de moradores em casa alugada ou cedida.

Algumas pesquisas apresentadas pelo projeto Cidade Amiga do Idoso (CAI), proposto pela OMS (2008) mostram que algumas características estruturais dos domicílios são identificadas como barreiras arquitetônicas. O projeto CAI, mostra na cidade de Tóquio, por exemplo, a necessidade de corredores e portas suficientemente largas para a

passagem de cadeiras de rodas. Na cidade do México, 1% do total de construções de novas casas deve ser adequada aos idosos. Assim, pensamos que corredores e portas largas também possam permitir a passagem de cadeira de rodas, e que essas medidas simples podem ser sugeridas para estimular arquitetos e construtores a tornar os prédios mais amigáveis dos idosos.

Alguns autores trazem como fator prevalente de risco de quedas tapetes soltos pela casa (FERRER et al, 2004; PIOVESAN et al, 2011) . Ferrer e colaboradores, 2004 traz um estudo com 51 idosos de uma cidade do interior paulista, onde dentre os fatores que prevaleceram como risco de quedas estavam tapetes e objetos soltos pela casa com 49% do total de risco de queda.

Estudo de Mendes e Corte (2009) mostra que quanto à realização de modificações no ambiente domiciliar, 62,5% dos domicílios investigados já haviam realizado alguma adaptação, como a colocação de barras de apoio lateral no box e vaso sanitário. Contudo, os autores relatam que os domicílios investigados apresentam importantes limitações e poucas modificações ambientais. Nota-se a importância de um planejamento e adequação do ambiente que levem em conta as necessidades das pessoas em qualquer faixa etária, visto que o ser humano sofre mudanças gradativas que podem, conseqüentemente, comprometer sua qualidade de vida.

Considerando ainda que as pessoas idosas possam passar mais tempo em sua casa e que os acidentes domésticos podem ser evitados com um projeto adequado, acreditamos que com algumas modificações acessíveis, os idosos possam ter compensações econômicas consideráveis, visto que os gastos com as possíveis conseqüências da falta de planejamento no ambiente domiciliar podem trazer grandes

prejuízos, não só econômicos como físicos e psicológicos. Além disso, um ambiente domiciliar bem planejado induz à promoção e ao encorajamento da independência e da autonomia, o que pode reduzir a probabilidade de o idoso mudar o seu comportamento negativamente em vez de mudar o ambiente.

Devemos tomar cuidado com a aceitação de modificações, pois em alguns casos os idosos podem sentir-se constrangidos com as mesmas pelo destaque que essas trariam aos prejuízos ocasionados pelo envelhecimento. Outros fatores importantes e que merecem ser levantados em uma investigação em relação às modificações e adaptações, são: perda da autonomia; a condição econômica; a falta de conhecimento dessas possibilidades e dos recursos disponíveis no mercado arquitetônico.

REFERÊNCIAS

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. I.; PASCOM, A. R. P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: **Muito Além dos 60: os novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, p. 19-71, 1999.

FERRER, M. L.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. **Braz. J Phys Ther.** (Impr.), v. 8, n. 2, p. 149-154, 2004.

IBGE. **Síntese de Indicadores: Domicílios**. 2011. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/sintese_defaultpdf_domicilios.shtm. Acesso em: 26 ago. 2013.

KANASHIRO, M. Da antiga à nova Carta de Atenas – em busca de um paradigma espacial de sustentabilidade. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v.9, p. 33-37, 2004

MENDES, F. R. C.; CÔRTE, B. O ambiente da velhice no país: por que planejar?. Kairós. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 12, n. 1, 2009.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> . Acesso em: 04 dez. 2012

PIOVESAN, A. C.; PIVETTA, H. M. F.; PEIXOTO, J. M. B. Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 1, p. 75-83, 2011.

Capítulo 8

PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA E OCUPAÇÃO EXERCIDA

Darla Silvana Risson Ranna
Maria Heloisa Fialho Cauduro

INTRODUÇÃO

É inegável que o aumento da expectativa de vida está associado a muitos fatores. Entre estes, destacam-se o significativo aumento ao acesso à renda, os avanços ocorridos na área da saúde e as mudanças na estrutura familiar. Ou seja, a família até então caracterizada pelo padrão familiar de casal com filhos tipicamente patriarcal, está cada vez menos preponderante, dando espaço à outras formas de arranjos tornam-se cada vez mais freqüentes, tais como mulheres com filhos, pais com filhos, mulheres solteiras vivendo sozinhas, entre outros (CAMARANO, 2003). Nesta óptica, Hermeto (2008) afirma que no sentido mais geral os fatores que mais influenciam e determinam os arranjos domiciliares dos idosos são os demográficos, os socioeconômicos e os de saúde.

A renda do idoso tem demonstrado ser um fator determinante para que este conquiste uma vida de privacidade e de autonomia. Contudo, a renda do idoso pode acarretar no agregamento de parentes ao seu grupo familiar, visto que esta fonte financeira passa a representar, muitas vezes, o único instrumento de suporte financeiro da nova composição familiar.

Desta forma, a renda dos idosos, principalmente pela renda advinda da aposentadoria e de pensões, é cada vez mais essencial na

dinâmica familiar. A síntese de indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) assinala que, até então, 13,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos eram chefes de famílias. Essa renda advém majoritariamente da Seguridade Social através das aposentadorias, pensões e o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS. Segundo as tendências demográficas mostradas pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (2011), 96,3% dos homens idosos e 86,6% das mulheres idosas tinham algum rendimento. Deste rendimento, 57,6% da renda dos homens e 53,9% da das mulheres vinha da aposentadoria. No caso das mulheres, 28,2% vinha da pensão por morte. Os benefícios da seguridade social, no caso, a previdência urbana, a previdência rural, a assistência social e as pensões por morte cobriam 76,2% da população idosa em 2011, constituindo 17,9 milhões de idosos. Esse percentual era aproximadamente igual entre homens e mulheres, 76,7% e 75,7%, respectivamente.

De acordo com os fundamentos do Envelhecimento Ativo, da Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere aos aspectos socioeconômicos, como a ocupação e a renda, a economia e a comunidade local se beneficiam por ter idosos consumidores e trabalhadores, seja como voluntários ou como remunerados. Conforme observa o Guia Global da Cidade Amiga do idoso, uma comunidade amiga dos idosos lhes proporciona condições e opções para que continuem a contribuir de forma voluntariada ou remunerada. Os achados deste Guia indicam que os idosos das cidades abrangidas no estudo manifestaram o desejo de continuar trabalhando, e seja de uma forma remunerada ou voluntária. Porém, os idosos declararam que gostariam de ter mais oportunidades de emprego e trabalho voluntário e que estas fossem moldadas às suas necessidades e interesses. Nas questões relacionadas às finanças familiares, o custo de moradia, incluindo aluguel,

têm influência direta na qualidade de vida dos idosos, comprometendo consideravelmente suas economias. Idosos com limitações econômicas podem ter cerceados em seu acesso aos serviços podendo causar uma exclusão da sociedade. Comunidades menores tendem a ser mais inclusivas em relação aos idosos, as quais prestam ajuda de forma mais frequente, pois mantém relacionamentos de longa data, onde as pessoas se conhecem umas às outras. No que se refere aos custos com saúde e renda, os idosos participantes do projeto da OMS relataram que desejavam um sistema básico de saúde e uma assistência financeiramente acessível, sendo que na maioria dos locais pesquisados, a saúde foi considerada um item de gasto elevado.

Desta forma a renda e a ocupação são dois indicadores importantes do Envelhecimento Ativo indicando a participação econômica e social do idoso. Neste contexto perguntas sobre renda, participação econômica, auxílio financeiro recebido e ocupação foram incluídas na pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS).

Nas cidades em que foram realizadas a pesquisa PIRS, os idosos declararam, em sua maioria, que no momento da entrevista não desenvolviam qualquer tipo de atividade. O início da atividade remunerada desses idosos deu-se, em média aos 16 anos, sendo que os homens iniciaram com idade mais jovem que as mulheres e se aposentaram depois. Em sua maioria, não participavam de atividades de trabalho remunerado, seja formal ou informal nos últimos seis meses que antecederam à pesquisa, e quando realizada foi em sua grande parte pelos homens. Dos entrevistados, apenas 1% declarou realizar atividades voluntárias, onde as mulheres foram maioria.

A renda mencionada pelos idosos entrevistados, em média de 1,8 salários mínimos para homens e 1,4 para mulheres, onde a maioria

desconhece algum tipo de benefício financeiro que seja ofertado pelo Governo aos idosos. A renda total familiar girou entre 2,7 salários mínimos para homens e 2,3 para as mulheres, sendo que, em média vivem dessa renda de 2,1 a 2,3 pessoas. A participação econômica do idoso no núcleo familiar acontece de forma compartilhada, na grande parte das respostas, seguida pela declaração de o idoso respondente ser o único provedor financeiro da família.

Com relação às ajudas recebidas declaradas pelos idosos que participaram da pesquisa, a grande maioria não recebe qualquer tipo de ajuda, seja de familiar, parente ou outro. Em relação à ajuda financeira, os que recebem alguma ajuda predominaram no gênero Feminino. A ajuda em dinheiro, informada de forma mais frequente foi a proveniente de familiar e em favorecimento às mulheres idosas. Dos idosos pesquisados, 90% ou mais, declaram não receber ajuda alguma para as despesas com saúde, moradia, alimentação, remédios, cuidador ou qualquer outro tipo de ajuda.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a distribuição das médias e desvio padrão da idade, por gênero, que os entrevistados começaram a trabalhar em atividade remunerada. Do total de respondentes 3.411 eram homens e 3.349 mulheres, 555 participantes (7,6%) não responderam a pergunta. Os homens, em média, iniciaram suas atividades de trabalho remunerado mais cedo, aos 15,7 anos, sendo um ano antes que as mulheres (16,7). O desvio padrão para os homens foi de 4,99 e para as mulheres 5,76, significando que existe uma maior dispersão na idade para o gênero Feminino.

Tabela 1 – Idade que começou a trabalhar em atividade remunerada.

Sexo	N	Idade média	Dp	NSR*		p
				N	%	
Feminino	3349	16,7	±5,76	437	11,5	< 0,001
Masculino	3411	15,7	±4,99	118	3,3	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da média de idade e desvio padrão de aposentadoria, por gênero. Homens entrevistados somaram 2.923, e mulheres 2.849. A idade média da aposentadoria dos homens foi aos 59,6 anos e desvio padrão 8,26, sendo que para as mulheres foi menor, ou seja, aos 59 anos, com desvio padrão 6,84. O desvio padrão foi maior para os homens significando que existe maior dispersão na idade de aposentadoria para os homens. Historicamente é importante colocar que os limites da idade de aposentadoria começam no século XIX com Bismarck na Alemanha, em que era atribuído aos 65 anos aos idosos percebendo que, em geral, era solicitado nessa faixa etária (Moragas, 2009).

Tabela 2 – Idade que se aposentou.

Sexo	N	Idade média	dp	p
Feminino	2849	59.0	±6.84	0,000
Masculino	2923	59.6	±8.26	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos entrevistados, por gênero, com relação ao participar de trabalho remunerado nos últimos 6 meses anteriores à entrevista. A maioria, 5.647 (77,2%), declarou não ter participado de trabalho remunerado nos últimos 6 meses, onde as idosas (3.042) apresentaram índices acima do esperado (80,3%). Dos homens, 473 declararam ter participado de trabalho remunerado no período, com

índice acima do esperado (13,4%). Os que não sabiam responder predominaram no gênero Feminino, enquanto os que se recusaram a responder predominaram no gênero Masculino.

Tabela 3 – Nos últimos 6 meses participou de trabalho remunerado?

Trabalho remunerado	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Não	3042	80,3	2605	73,8	5647	77,2	
Sim	297	7,8	473	13,4	770	10,5	
Recusou-se a responder	95	2,5	139	3,9	234	3,2	<0,0001
NSR**	352	9,3	312	8,8	664	9,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não sabe responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos idosos, por gênero, com relação à realização de atividades no momento da entrevista. A maioria dos idosos, 51,3%, declarou não realizar nenhuma atividade, sendo mais frequente nos homens. Dentre as atividades mais realizadas, as domésticas foram as mais citadas (26,2%), sendo que predominaram no gênero Feminino (35,7%), além das atividades voluntárias, cuidar de outras pessoas, cívicas e de grupos de idosos que também tiveram maior predominância nas mulheres. Enquanto que para os homens as atividades relacionadas ao trabalho, tanto como empregado formal ou informal, autônomo ou empregador, foram mais predominantes. Atividades de lazer foram citadas, como realizadas por 11% dos idosos, sendo que os homens praticavam com mais frequência que as mulheres.

Tabela 4 – O que o(a) senhor(a) faz atualmente?

<i>O que faz atualmente</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não realiza atividade	1843	48,7	1912	54,2	3755	51,3	<0,0001
Atividades domésticas	1353	35,7	566	16,0	1919	26,2	0,0001
Atividades de lazer	370	9,8	441	12,5	811	11,1	0,0002
Trabalho formal remunerado	172	4,5	303	8,6	475	6,5	<0,0001
Trabalho informal remunerado	148	3,9	227	6,4	375	5,1	<0,0001
Autônomo	52	1,4	93	2,6	145	2,0	<0,0001
Atividades cívicas	63	1,7	23	0,7	86	1,2	<0,0001
Grupo de idosos	44	1,2	40	1,1	84	1,1	0,9083
Atividades voluntárias	46	1,2	37	1,0	83	1,1	0,5015
Outra atividade	22	0,6	30	0,9	52	0,7	0,1711
Cuidar de outras pessoas	18	0,5	11	0,3	29	0,4	0,2654
Outro grupo	3	0,1	2	0,1	5	0,1	0,5329
Empregado	3	0,1	9	0,3	12	0,2	0,0633

*Não sabe responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Saboia (2006) observou situação diferente do que a presente pesquisa, pois 11,7% das mulheres estavam ocupadas, mas não remuneradas, enquanto que os homens apenas 1,7% estavam nesta situação.

A tabela 5 apresenta as médias e desvio padrão da renda mensal total, por gênero dos pesquisados. Observa-se que os homens apresentaram uma renda mensal total de 1,85 salários mínimos, sendo significativamente maior que as mulheres (1,41). Os homens apresentaram um maior desvio padrão que as mulheres, significando que existe uma maior dispersão na renda dos homens, enquanto as mulheres tinham renda mais uniforme.

Tabela 5 – Qual a sua última renda mensal total?

Sexo	N	Média	dp	p
Feminino	3296	1,4160	±1,9560	< 0,001
Masculino	3139	1,8563	±2,0304	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Estudos realizados demonstram que a maioria dos idosos brasileiros apresenta uma renda per capita entre um e dois salários mínimos, desta forma é baixa a incidência idosos com renda per capita inferior a 1/2 salário mínimo (EL-MOOR, 2007).

A tabela 6 apresenta média e desvio padrão do valor recebido, em salários mínimos (valor vigente na data da pesquisa), no mês anterior pelos idosos entrevistados, além de sua renda fixa, por gênero. Os homens apresentaram renda extra no mês de R\$ 117,76, representando 0,21 salários mínimos, sendo esta superior a das mulheres (0,148 salários mínimos), embora não significativamente.

Tabela 6 – Além da sua renda fixa, quanto a mais recebeu no último mês, por qualquer motivo?

Sexo	N	Média	dp	p
Feminino	938	80,7122	±358,3147	0,1838
Masculino	793	117,7654	±506,2042	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos idosos com relação aos conhecimentos sobre o benefício governamental para idosos. A maioria dos idosos desconhecia (53,1%). Os que conheciam (26,6%) predominaram no gênero Feminino, enquanto os que se recusaram a responder (20,3%) predominaram no gênero Masculino, sendo essa relação com indicativo de significância ($p=0.067$).

Tabela 7 – Conhece algum tipo de benefício financeiro que o governo ofereça para o idoso?

Benefício financeiro	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Conhece	1042	27,5	907	25,7	1949	26,6	0,0670
Desconhece	2010	53,1	1872	53,0	3882	53,1	
Recusou-se a responder	734	19,4	750	21,3	1484	20,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não sabe responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

É importante salientar que em 2011 mais de 1,7 milhão de pessoas acima dos 65 anos recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) segundo o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). O BPC é um pago pelo Governo Federal que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. Para obtenção do benefício é necessário comprovar a idade 65 anos mais, não receber benefício da previdência e que a renda familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por pessoa (2012). Já Nery (2007) relata que 37% dos idosos por ela entrevistados afirmaram conhecer o BPC, e que esse conhecimento foi menor nos longevos (com 80 anos ou mais) cujo percentual foi de apenas 19%.

A tabela 8 apresenta à média e desvio padrão da renda mensal familiar em salários mínimos, por gênero dos entrevistados. A renda declarada pelos homens foi de 2,73 salários mínimos, enquanto a declarada pelas mulheres significativamente inferior com 2,31 ($p < 0,0001$). A renda mensal familiar das mulheres apresentou um desvio padrão menor, se comparada com a dos homens, revelando uma distribuição mais homogênea que a masculina.

Tabela 8 – Qual a renda mensal de sua família?

Sexo	N	Média	Dp	p
Feminino	2746	2,3132	±1,9358	<0,0001
Masculino	2567	2,7374	±2,6969	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 9 demonstra média e desvio padrão da quantidade de pessoas que viviam da renda mensal familiar, por gênero dos entrevistados. Da renda mensal familiar declarada pelos homens, em média viviam 2,27 pessoas, significativamente ($p < 0,0001$) maior que o número de pessoas que viviam da renda das mulheres entrevistadas (2,09 pessoas). O desvio padrão foi maior para as mulheres, significando que existe uma dispersão maior no número de pessoas que dependem da renda familiar mensal declarada pelas mulheres.

Tabela 9 – Quantas pessoas vivem da renda mensal?

Sexo	N	Média	dp	p
Feminino	3777	2,0919	±2,0853	< 0,0001
Masculino	3521	2,2755	±1,6106	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 10 apresenta a distribuição dos idosos com relação à participação econômica do idoso na família. A maior parte dos idosos (45,7%) dividia a responsabilidade e 38,3% declararam-se como únicos provedores, sendo que em ambos os casos a predominância foi do gênero Feminino. Os que não souberam responder e sem participação predominaram no gênero Feminino, enquanto os que responderam ser o maior responsável predominaram no gênero Masculino. Associação entre gênero e participação econômica foi estatisticamente significativa.

Tabela 10 – Qual sua participação econômica no núcleo familiar?

<i>Participação econômica</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Divide responsabilidade	1832	48,4	1511	42,8	3343	45,7
Único provedor	1433	37,8	1370	38,8	2803	38,3
Maior responsável	181	4,8	460	13,0	641	8,8
Sem participação	198	5,2	56	1,6	254	3,5
NSR*	142	3,8	132	3,7	274	3,7
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100

*Não sabe responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

O IBGE (2009) observa a presença de filhos adultos em cerca de seis milhões de famílias nas quais o idoso era chefe ou cônjuge. E outras 2,3 milhões de famílias havia a presença de netos. Os idosos eram os principais contribuintes da renda dessas famílias. Essa observação aponta para uma inversão de uma relação tradicional de dependência, dos idosos.

A tabela 11 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de alguma ajuda financeira por gênero dos entrevistados, cuja associação foi significativa ($p < 0,0001$). Do total dos idosos entrevistados, 83% não recebiam ajuda, os que recebiam alguma ajuda predominaram no gênero Feminino, enquanto os que não recebem nenhuma ajuda predominaram no gênero Masculino.

Tabela 11 – Conhece algum tipo de benefício financeiro que o governo ofereça para o idoso?

<i>Recebe ajuda</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não recebe ajuda	3062	80,9	3006	85,2	6068	83,0	<0,0001
Recebe ajuda	724	19,1	523	14,8	1247	17,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 12 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao receber de ajuda em dinheiro. A maioria dos idosos declarou não receber ajuda (86,1%), dos que declararam receber ajuda, 13,2% foi de familiar e 0,7% de algum parente. As mulheres predominaram no recebimento de ajuda em dinheiro de familiar, enquanto os que receberam de parente e outro que não os citados, predominaram no gênero Masculino.

Tabela 12 – Idosos que recebem ajuda em dinheiro.

Recebe ajuda	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3188	84,2	3108	88,1	6296	86,1	
Familiar	572	15,1	390	11,1	962	13,2	
Parente	23	0,6	27	0,8	50	0,7	<0,0001
Outro	3	0,1	4	0,1	7	0,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 13 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao receber de ajuda para o vestuário. A maioria dos idosos da pesquisa declarou que ninguém os ajudava com relação ao vestuário. Dos que declararam receber alguma ajuda, 3,8% eram de familiar, 0,4% de parente e 0,1% de outro que não citado na pesquisa. Os idosos que recebiam ajuda de familiar e parente predominaram no gênero Feminino, enquanto os que não recebiam ajuda no Masculino.

Tabela 13 – Idosos que recebem ajuda para o vestuário

<i>Ajuda ara o vestuário</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Ninguém	3584	94,7	3417	96,8	7001	95,7	
Familiar	182	4,8	96	2,7	278	3,8	
Parente	15	0,4	11	0,3	26	0,4	0,0001
Outro	5	0,1	5	0,1	10	0,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 14 apresenta a distribuição dos idosos com relação a recebimento de ajuda para despesas com saúde. Do total, 96% não recebem ajuda alguma. Os que recebiam, 3,6% foi proveniente de ajuda de familiar e predominaram no gênero Feminino, enquanto os que recebiam de outro, que não os citados, predominaram no gênero Masculino.

Tabela 14 – Idosos que recebem ajuda para saúde

<i>Ajuda para saúde</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Ninguém	3611	95,4	3410	96,6	7021	96,0	
Familiar	161	4,3	101	2,9	262	3,6	
Parente	12	0,3	15	0,4	27	0,4	0,0117
Outro	2	0,1	3	0,1	5	0,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em trabalho realizado sobre “A importância da saúde na composição das despesas dos idosos” realizado por Nery, 2007 essa escreve que o destaque fica sem dúvida, às despesas com saúde e com cuidados especiais, que ocupam 15% do seu orçamento (a taxa para o total de famílias pesquisadas pela Fundação Getúlio Vargas atinge

10,4%). De fato, estas despesas refletem na dificuldade financeira observada na terceira idade.

A tabela 15 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de alguma ajuda para habitação, para custeio de aluguel e outras despesas de moradia. A maioria dos idosos (98,2%) declarou não receber ajuda alguma. Dos que recebiam (1,6%), a ajuda era proveniente de familiar e predominaram no gênero Feminino, enquanto os que recebiam de parente e de outro, que não os citados, predominaram no gênero Masculino.

Tabela 15 – Idosos que recebem ajuda para habitação.

<i>Ajuda para habitação</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3703	97,8	3477	98,5	7180	98,2	
Familiar	75	2,0	41	1,2	116	1,6	
Parente	7	0,2	9	0,3	16	0,2	0,0344
Outro	1	0,0	2	0,1	3	0,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 16 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de ajuda para alimentação. Do total dos idosos entrevistados, 94,7% declarou não receber ajuda alguma, os que recebiam ajuda de familiar (4,9%), predominaram no gênero Feminino, enquanto os que recebiam de outro, que não os citados, predominaram no gênero Masculino.

Tabela 16 – Idosos que recebem ajuda para alimentação

Ajuda para alimentação	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3546	93,7	3379	95,7	6925	94,7	
Familiar	227	6,0	134	3,8	361	4,9	
Parente	9	0,2	9	0,3	18	0,2	0,0002
Outro	4	0,1	7	0,2	11	0,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Também no quesito referente às despesas com alimentação, em Nery 2007, na publicação “*A importância da saúde na composição das despesas dos idosos*”, a autora versa que as despesas diminuem com o passar da idade (94% dos que têm 60 a 64 anos contra 90% dos que têm mais de 80 anos), mas aumentam as despesas com remédios (50% contra 80%), ficando as despesas com médicos e planos de saúde relativamente estabilizadas.

A tabela 17 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de ajuda para remédios. Do total dos 7315 idosos que responderam a questão, 95,3% declaram que ninguém os ajuda com remédio. Dos que recebiam ajuda, 4,3% foi de familiar com predomínio no gênero Feminino, enquanto que os que recebiam de parente (0,2%) predominaram no gênero Masculino.

Tabela 17 – Idosos que recebem ajuda para remédios

Ajuda para remédios	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3563	94,1	3407	96,5	6970	95,3	
Familiar	211	5,6	106	3,0	317	4,3	
Parente	6	0,2	11	0,3	17	0,2	< 0,0001
Outro	6	0,2	5	0,1	11	0,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 18 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de ajuda para pagar um cuidador. Declaram não receber ajuda 99% dos idosos que responderam à questão. Os que recebiam ajuda representaram 1%, sendo que na ajuda oriunda de familiar houve predomínio no gênero Feminino, enquanto os que recebiam de parentes predominaram no gênero Masculino.

Tabela 18 – Idosos que recebem ajuda para pagar cuidador

Ajuda para pagar cuidador	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3736	98,7	3507	99,4	7243	99,0	0,0014
Familiar	50	1,3	20	0,6	70	1,0	
Parente	0	0,0	2	0,1	2	0,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 19 apresenta a distribuição dos idosos com relação ao recebimento de outro tipo de ajuda. Do total dos idosos que entrevistados, 98,5% declararam não receber ajuda alguma. Dos que recebiam ajuda, 1,5% era ajuda de familiar e predominaram no gênero Feminino, enquanto os que recebiam de outro (0,01%), que não os citados, predominaram no gênero Masculino.

Tabela 19 – Idosos que recebem outra ajuda.

Outro tipo de ajuda	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ninguém	3722	98,3	3480	98,6	7202	98,5	0,3238
Familiar	62	1,6	46	1,3	108	1,5	
Parente	1	0,0	0	0,0	1	0,0	
Outro	1	0,0	3	0,1	4	0,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do perfil de ocupação e renda dos idosos residentes nas cidades do Estado do Rio Grande do Sul identificou que, em sua maioria, esses idosos não desenvolvem atividades em seu cotidiano, onde apenas uma pequena parcela exerce atividades domésticas, estas destinadas às mulheres, ou de trabalho remunerado mais frequentemente para os homens. Atividades voluntárias são praticadas por uma minoria de idosos. Diante do contexto, pode-se considerar que existam poucas oportunidades de ocupação para idosos, ou ainda que as oportunidades oferecidas não estejam de acordo com as capacidades e o desejo desses idosos, ou ainda que esses idosos não sejam incentivados a exercer atividades sejam cívicas, religiosas, voluntárias ou de trabalho remunerado. A contribuição social e econômica dos idosos vai além de suas atividades econômicas, deve também ser através da atividade cultura, esportiva e recreativa, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade.

Conforme o estudo, os homens iniciaram atividades remuneradas antes que as mulheres e se aposentaram depois, onde a renda média masculina foi de 1,8 salários mínimos e renda familiar de 2,7 mínimos, ambas superiores às declaradas pelas mulheres. Da renda familiar, na maioria das vezes constituída mais de um provedor, vivem em média duas pessoas. Os programas de benefícios governamentais, tais como o BPC, são conhecidos por apenas $\frac{1}{4}$ da população idosa pesquisada, nesse sentido pode-se concluir que o acesso à informação é restrito àqueles que eventualmente necessitaram e por sua vez foram indicados ao benefício, mas que a grande maioria não tem acesso à informação de cunho socioeconômico.

A pesquisa constatou que os idosos gaúchos, em sua grande maioria, 90% ou mais, não recebem qualquer tipo de ajuda seja de familiar, parente ou outro. Cabe salientar que itens de alto custo e impacto no orçamento familiar, tais como despesas com moradia, remédios são custeadas em 95% das vezes ou mais, pelos próprios idosos. Quando a ajuda acontece, é mais frequentemente proveniente de familiares, e em sua maioria destinada em benefício das mulheres idosas, esse fato pode estar relacionado com a renda menor em relação aos homens, ou uma maior fragilidade econômica do gênero Feminino.

Ao considerar o Envelhecimento Ativo como objetivo de uma cidade amiga do idoso pode-se dizer, segundo o estudo do perfil de ocupação e renda dos idosos gaúchos, e segundo o Guia Global: cidade amiga do idoso, que é necessário acesso à informação, incentivo e a “criação de novas alternativas que possibilitem aos idosos” a continuarem a desenvolver seus potenciais e suas habilidades. Da mesma forma, que devem ser incentivados os postos de trabalho tanto remunerado como voluntário que respeite e aproveite as experiências adquiridas pelos idosos ao longo da vida, ainda que incentivadas pelo Envelhecimento Ativo. Outro fato a ser considerado é a inclusão social social desses idosos, através de uma participação comunitária mais ativa. O acesso à saúde e medicamentos custeados pelo sistema público, face às condições econômicas dos idosos encontradas na pesquisa, onde a grande maioria possui renda familiar de 2 salários mínimos e não recebe praticamente ajuda alguma da família ou do governo. Observa-se ainda, que existe a necessidade da consciência de uma solidariedade intergeracional, onde os membros mais jovens das famílias, esses economicamente ativos, possam contribuir financeiramente com seus velhos, buscando oferecer uma melhor qualidade de saúde, moradia e medicamentos.

Por fim, o acesso à informação gerando conhecimento, como base para o Envelhecimento Ativo ao longo do curso da vida, sob os todos os aspectos sociais e econômicos.

REFERÊNCIAS

El-M.; Patrícia Dario et al. NERY, Marcelo. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções, 2007

MORAGAS, R. **Aposentadoria: uma oportunidade de vida**. Paulinas. São Paulo. 2009.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em:

<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1146>

<http://www.onu.org.br/faca-parte-da-onu/voluntariado/> Acesso em : 20 dez. 2012

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: IPEA, 2003. 20 p. (Texto para discussão, 950).

SABOIA, A.L.; CUNHA, L.M.P. . **A Importância do Autoconsumo e da Não Remuneração na Ocupação dos Idosos Brasileiros**-Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais Caxambu, 2006.

Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). www.mds.gov.br. Acesso em 01 out. 2012.

Capítulo 9

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DO IDOSO GAÚCHO

Amanda Bifano Balbinot
Leticia Domingues Bertuzzi

INTRODUÇÃO

O estado de saúde pode afetar como os idosos encaram a cidade onde vivem, assim como sua participação social. Para tanto, buscou-se avaliar o estado de saúde e qualidade de vida através do Inventário abreviado *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), identificando fatores que favorecem e dificultam a vida do idoso na sociedade.

Em todo mundo, especialmente nos países em desenvolvimento marcados por pobreza e desigualdade, a busca pela qualidade de vida dos idosos emerge como grande desafio (ASSIS, 2005). A longevidade com qualidade de vida é um ideal convergente às premissas da promoção de saúde, conceito que se tornou uma estratégia ampla e apropriada para o enfrentamento dos problemas de saúde do idoso na contemporaneidade (TERRIS, 1996, ASSIS, 2005). A promoção de saúde no envelhecimento emerge como um paradigma para as Políticas Públicas no sentido da ampliação do foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além do controle de doenças (ASSIS, 2006).

No Brasil, verifica-se, o fenômeno denominado transição demográfica, com a redução de seu coeficiente de mortalidade e também de fecundidade. Na década de 1940 o coeficiente de mortalidade era 25

mortes para cada mil habitantes, passando, em 1970, para 9 e 6,9, em 1999 (IBGE, 2011). A taxa de fecundidade de 6,2 filhos por mulher manteve-se constante entre 1940 e 1960, mas foi reduzida para 4, 4 em 1980, e 2,3 em 2000 (IBGE, 2011). No ano de 2008, no Brasil, a fecundidade total foi de 1, 89 filhos por mulher (IBGE, 2008).

Conforme estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2000, até 2025, o Brasil ocupará o ranking de sexto país com o maior número de idosos do mundo (OMS, 2000). Contudo, ainda são muitos os desafios para a longevidade dessa população no que diz respeito à saúde pública (WHO, 2005). Nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta e gradual, sendo possível tornarem-se ricos antes do envelhecer dos seus habitantes. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento esse processo se dá de forma acentuada, isto é, num intervalo de duas ou três décadas (KALACHE, KELLER, 2000).

Embora o envelhecimento das pessoas não esteja fundamentalmente relacionado à presença de doenças crônicas, existe um aumento de sua incidência com a idade (ALVES et al, 2007). Para Paschoal (2005), as doenças crônicas interferem no crescimento de incapacidade funcional, dependência, e necessidade de cuidados prolongados entre os idosos. O autor menciona, também, as mudanças de âmbito social, características do processo de envelhecer como viuvez, aposentadoria, diminuição da renda e rede de relacionamentos, isolamento, depressão e perda de autonomia, acontecimentos que influenciam a vida do idoso, em seu bem-estar e qualidade de vida (PASCHOAL, 2005).

Em virtude disso, mudanças importantes na estrutura e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho são percebidas nos

países em desenvolvimento. Famílias menores, mulheres como força de trabalho formal, urbanização, etc., refletem a diminuição de pessoas para o cuidado dos mais velhos, quando necessário (WHO, 2002). Sendo assim, a fim de experimentarmos um envelhecimento positivo, novas alternativas devem ser adotadas no intuito de valorizar o idoso como um recurso, uma fonte de auxílio para a família, a sociedade e a economia.

Com o objetivo de aperfeiçoar as oportunidades de saúde, de participação e segurança, visando a qualidade de vida daqueles que ficam mais velhos, a OMS (2005) passou a defender o Envelhecimento Ativo. Isto é, a participação contínua dos idosos nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas na capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. O Envelhecimento Ativo depende de inúmeras variáveis que regulam a vida dos indivíduos, sendo essas associadas à economia, ao ambiente físico, aos aspectos sociais, psicológicos, culturais, e aos serviços oferecidos aos idosos (sociais, saúde, ocupacionais). Logo, é um processo para a vida toda (Fatores abordados no Guia Global: Cidade Amiga do Idoso).

A qualidade de vida se difere da quantidade de anos vividos, e programas devem ser implementados a fim de preparar diferentes gerações para o processo de envelhecimento. O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) propõe que uma cidade amiga do idoso não é apenas “amigável aos velhos”. Prédios e ruas sem obstáculos facilitam a mobilidade e independência de pessoas com, ou sem, deficiências, sejam essas jovens ou velhas; vizinhanças seguras permitem que crianças, mulheres, jovens e idosos tenham mais confiança ao sair de casa. Além disso, as famílias tendem a demonstrar maior tranquilidade quando seus membros idosos contam com o apoio comunitário e os serviços de saúde de que necessitam (OMS, 2008).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade (SANTOS, SANTOS, FERNANDES, et al., 2002); o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VELARDE, AVILA, 2002; BOWLING, GABRIEL, DAKES, et al., 2003). É um conceito, portanto, que, além de variar conforme o autor apresenta um componente subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECHIA, RUIZ, BOCCHI, et al, 2005).

Em 1998, a OMS, através do Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), conceituou qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição no contexto cultural e nos sistemas de valores da sociedade em que está inserido, nos seus objetivos, nos padrões, nas expectativas e preocupações (GRUPO DE TRABALHO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). De acordo com esse grupo, o conceito de qualidade de vida se divide em três dimensões: subjetividade, multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas (TRENTINI, 2004). Dessa feita, sentir-se bem físico e mentalmente apresenta considerável importância no processo de envelhecimento.

Questionários sobre qualidade de vida têm sido extensamente utilizados nos últimos anos, sendo o SF-36 o mais utilizado para medir a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doenças pulmonares crônicas (BOUERI, BUCHER-BARTELEON, GLENN, et al., 2001). O tempo de resposta ao SF-36 oscila entre 5 e 10 minutos, e a pontuação obtida pode variar de 0 (pior estado) a 100 (bom estado). Do

ponto de vista de validação e adaptação cultural, esse é o único questionário genérico validado para a população brasileira (CICONELLI, FERRAZ, SANTOS, et al., 1999).

O SF-36, por vezes, é considerado longo, especialmente quando refere um projeto de maiores proporções (CAMILIER, 2005). Em virtude disso, criou-se uma forma abreviada do SF-36, o SF-12, um questionário de 12 perguntas elaboradas a partir do SF-36 (WARE, KOSINSKI, KELLER, 1996). Assim como o SF-36, o SF-12 é um questionário genérico e a sua pontuação pode variar de 0 a 100%. No entanto, versões mais curtas de questionários tendem a apresentar efeitos conhecidos como "teto" e "chão", em que no limite próximo da normalidade há a tendência para uma pontuação normal, e nos casos de maior gravidade, a tendência para uma pontuação desproporcionadamente piorada. A fim de evitar tal limitação, foram criados sistemas de calibração no cálculo da pontuação (chamados de modelo de resposta teórico) para o SF-12, com o desenvolvimento de algoritmos para o cálculo final, visando a minimização da perda do poder discriminatório em situações específicas (GANDEK, WARE, AARONSON, et al., 1998).

Conforme Camelier (2005), as vantagens relatadas do SF-12 referem ao conteúdo e ao formato, às opções de períodos de lembrança, opções de pontuação e à padronização. Em relação ao conteúdo e formato, o SF-12 foi desenvolvido a partir da seleção dos 12 itens que tiveram a melhor propriedade de correlação com cada domínio de origem do SF-36, o que confere boa validade ao instrumento (JENKINSON, LAYTE, 1997). O SF-36 é composto por 36 itens, compreendidos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da

saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (VALL, BRAGA, ALMEIDA, 2006).

A versão abreviada do SF-12 é composta por 12 itens que abordam as dimensões física e mental, mantendo a mesma eficácia (OLIVEIRA, OSINI, 2009). O SF-12 foi adaptado para as condições brasileiras e validado, por Camelier (2005) em seu estudo de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Contudo, para esse estudo o questionário aplicado foi baseado no SF-12, adaptado livremente por Ângelo Bós (2010). Quanto ao período de tempo a ser avaliado pelo indivíduo testado, existem duas opções disponíveis: uma opção que analisa o período de 4 semanas passadas, e outra, chamada de aguda, que reporta aos sintomas referidos na semana anterior à aplicação do questionário (JENKINSON, LAYTE, JENKINSON, et al., 1997). Nesse estudo, utilizou-se o período de quatro semanas.

O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) surgiu com o intuito de mobilizar as cidades para que se tornassem mais amigas do idoso. Para tanto, pesquisadores de 33 regiões do mundo, através de grupos focais, buscaram identificar as vantagens e as barreiras encontradas pelos idosos em suas cidades. Oito categorias foram avaliadas nessa pesquisa: espaços abertos e prédios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde. Cabe ressaltar que, na maioria das cidades, os relatos dos idosos foram complementados por informações colhidas em grupos focais de cuidadores e prestadores de serviços dos setores público, privado e voluntariado (OMS, 2008).

A fim de identificar se o idoso estaria apto para responder ao questionário sozinho, pediu-se para que prestasse atenção nas seguintes palavras: “irmão”, “chave” e “avião”. Uma vez que essas haviam sido compreendidas, foi solicitado que as repetissem. Se conseguissem repetir duas ou três das palavras, a entrevista poderia ser conduzida com o idoso apenas. Se conseguisse repetir uma das palavras ou não conseguisse recordar de nenhuma, ou ainda, se o sujeito não fosse capaz de se comunicar, a pesquisa seria realizada com o auxílio de um acompanhante. Aproximadamente 1,3% dos entrevistados (97 sujeitos) não conseguiram recordar de nenhuma das palavras e 3,3% conseguiram recordar de apenas uma palavra. Contudo, a maioria (67,9%) conseguiu repetir as 3 palavras, demonstrando capacidade cognitiva preservada de memória, e compreensão adequada para a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à forma como o idoso avalia sua saúde (Tabela 1), 60,9% dos entrevistados referiram ter uma saúde boa, enquanto 3,3% evidenciaram ter a saúde ruim. Com a estratificação por gênero, 4,1% dos homens caracterizou sua saúde como má, enquanto apenas 2,5% das mulheres referiu tal denominação.

Tabela 1 – Autopercepção de saúde geral.

Autopercepção de Saúde	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ótima	323	8,5	286	8,1	609	8,3	
Boa	2305	60,9	2151	61,0	4456	60,9	
Regular	944	24,9	870	24,7	1814	24,8	
Má	93	2,5	146	4,1	239	3,3	0,0002
Péssima	73	1,9	44	1,2	117	1,6	
NSA*	48	1,3	32	0,9	80	1,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à saúde e às atividades com intensidade moderada (Tabela 2), 48,3% das mulheres respondeu que a saúde não impede em nada a realização de atividades moderadas enquanto que 50,2% dos homens referiu não sentir que a saúde atrapalhe na execução de atividades que exijam esforço moderado. Verifica-se, que a saúde impõe alguma limitação nas atividades dos idosos em torno 42% dos entrevistados e em 7,3% um alto grau de limitação. Reforçando que praticamente 50% dos idosos precisam efetivamente de auxílio e/ou estruturas apropriadas as suas limitações, como o planejamento de moradias adaptadas, que visem à segurança e comodidade.

O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008), menciona a relação entre uma moradia apropriada e acesso a serviços comunitários e sociais que favorecem a independência e a qualidade de vida dos idosos. Ainda, evidencia a importância do acesso da população idosa a moradias localizadas próximas aos serviços essenciais, quando necessário, que sejam adaptadas com pisos nivelados, banheiros especiais, com custos acessíveis.

Tabela 2 – Sua saúde limita atividades de moderada intensidade

Limita atividades	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito	288	7,6	249	7,1	537	7,3	
Pouco	1614	42,6	1458	41,3	3072	42,0	
Nada	1827	48,3	1770	50,2	3597	49,2	0,4135
NSR*	57	1,5	52	1,5	109	1,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à possibilidade de subir lances de escada, 43% dos entrevistados referiram que sua saúde não os impede em nada para subir

lances de escada. No entanto, 48,2% das mulheres e 45,8% dos homens evidenciaram um pouco de dificuldade para tal atividade, denotando a importância de prédios amigáveis aos idosos, acessíveis, com elevadores, escadas rolantes, rampas (OMS, 2008),

Tabela 3 – Sua saúde limita a subir diversos lances de escada?

Limita subir diversos lances de escada	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito	329	8,7	272	7,7	601	8,2	
Pouco	1825	48,2	1616	45,8	3441	47,0	
Nada	1556	41,1	1587	45,0	3143	43,0	0,0044
NSR*	76	2,0	54	1,5	130	1,8	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à saúde e intensidade de exercícios físicos nas últimas quatro semanas (Tabela 4), 78,1% das mulheres e 78,9% dos homens entrevistados referiram não ter diminuído a intensidade dos exercícios físicos, em função de problemas de saúde.

Tabela 4 – Nas últimas quatro semanas diminuiu a intensidade dos exercícios por saúde física.

Diminuiu a intensidade de exercícios por saúde física	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Não	2958	78,1	2786	78,9	5744	78,5	
Sim	622	16,4	560	15,9	1182	16,2	
NSR*	206	5,4	183	5,2	389	5,3	0,6928
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação às questões emocionais e atividades físicas nas últimas quatro semanas (Tabela 5), 87,7% dos homens e das mulheres

negou diminuição de atividades físicas em função de problemas emocionais. Este percentual é significativo em relação à atividade dos idosos e seu bem-estar. A participação social e suporte social estão ligados à boa saúde. O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) faz referência ao combate do isolamento, incentiva a diversidade de eventos e atividades, estimula a integração com a comunidade como atividade importante a ser disponibilizada aos idosos, a fim de que se mantenham ativos e integrados, mantendo a saúde mental e física.

Tabela 5 – Nas últimas quatro semanas diminuiu a intensidade de exercícios por problemas emocionais.

<i>Diminuiu a intensidade de exercícios por problemas emocionais</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não	3321	87,7	3096	87,7	6417	87,7	0,8113
Sim	257	6,8	230	6,5	487	6,7	
NSR*	208	5,5	203	5,8	411	5,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à necessidade de ter que parar de fazer alguma atividade física em função de problemas de saúde nas últimas quatro semanas (Tabela 6), em média, 14% dos homens e mulheres tiveram que abandonar a atividade física, enquanto que uma média de 81% relataram que a saúde não impediu a realização de atividades físicas.

Tabela 6 – Nas últimas quatro semanas, deixou de fazer atividades por saúde física.

<i>Deixou de fazer atividades por saúde física</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não	3077	81,3	2861	81,1	5938	81,2	0,5860
Sim	529	14,0	514	14,6	1043	14,3	
NSR*	180	4,8	154	4,4	334	4,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à dor, 4,1% das mulheres referiram que interferiu muito nas atividades físicas nas últimas quatro semanas, enquanto que apenas 3,7% dos homens evidenciaram muito prejuízo nas atividades (Tabela 7). Contudo, 35,8% das mulheres e 37,7% dos homens referiram que a dor não interferiu em nada as atividades.

Tabela 7 – Nas últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu nas suas atividades.

A dor interferiu	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Extremamente	10	0,3	07	0,2	17	0,2	0,0796
Muito	155	4,1	129	3,7	284	3,9	
Moderadamente	601	15,9	609	17,3	1210	16,5	
Pouco	1663	43,9	1453	41,2	3116	42,6	
Nada	1357	35,8	1331	37,7	2688	36,7	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação aos sentimentos de calma e tranquilidade nas últimas quatro semanas (Tabela 8), em média, 72% referiram sentir-se calmos e tranquilos a maior parte do tempo.

Tabela 8 – Nas últimas quatro semanas, sentiu-se calmo (a) e tranquilo(a)?.

Sentiu-se calmo e tranquilo	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Todo tempo	523	13,8	439	12,4	962	13,2	0,0178
Maior parte	2732	72,2	2541	72,0	5273	72,1	
Às vezes	392	10,4	425	12,0	817	11,2	
Raramente	41	1,1	55	1,6	96	1,3	
Nunca	12	0,3	9	0,3	21	0,3	
NSR*	86	2,3	60	1,7	146	2,0	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à disposição nas últimas quatro semanas (Tabela 9), em média, 61% dos homens e mulheres referiram sentir-se bem dispostos a maior parte do tempo.

Tabela 9 – Nas últimas quatro semanas, sentiu-se bem disposto (a)/cheio(a) de energia?

<i>Disposto e cheio de energia</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Todo tempo	464	12,3	381	10,8	845	11,6	
Maior parte	2322	61,3	2167	61,4	4489	61,4	
Às vezes	790	20,9	765	21,7	1555	21,3	
Raramente	98	2,6	116	3,3	214	2,9	0,1602
Nunca	16	0,4	19	0,5	35	0,5	
NSR*	96	2,5	81	2,3	177	2,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao sentimento de tristeza nas últimas quatro semanas (Tabela 10), aproximadamente 43% dos homens e mulheres referiram se sentir tristes raramente. Sobre as questões emocionais, a depressão é altamente prevalente em fases tardias da vida. Atinge 7 a 36% dos pacientes ambulatoriais e até 40% dos institucionalizados, gerando comprometimento físico, do humor e do pensamento. Não é uma consequência natural do envelhecimento, mas os fatores predisponentes como estresse com aposentadoria; o fim da idade produtiva; a morte de amigos, familiares e cônjuge; a solidão, perda da capacidade funcional e a falta de perspectiva de futuro são relevantes (MANZO, 2005).

Tabela 10 – Nas últimas quatro semanas, sentiu-se cabisbaixo(a) ou triste?

Sentiu-se cabisbaixo ou triste	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Todo tempo	14	0,4	19	0,5	33	0,5	
Maior parte	84	2,2	89	2,5	173	2,4	
Às vezes	1104	29,2	985	27,9	2089	28,6	
Raramente	1631	43,1	1544	43,8	3175	43,4	0,2942
Nunca	818	21,6	790	22,4	1608	22,0	
NSR*	135	3,6	102	2,9	237	3,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação aos fatores físicos e emocionais das últimas quatro semanas (Tabela 11), 33% de homens e mulheres, aproximadamente, referiram que raramente interferiram em atividades.

Tabela 11 – Quanto do seu tempo os fatores emocionais e físicos interferiram nas suas atividades?

Fatores emocionais e físicos interferiram nas suas atividades	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Todo tempo	25	0,7	23	0,7	48	0,7	
Maior parte	103	2,7	83	2,4	186	2,5	
Às vezes	860	22,7	759	21,5	1619	22,1	
Raramente	1395	36,8	1285	36,4	2680	36,6	0,3013
Nunca	1209	31,9	1212	34,3	2421	33,1	
NSR*	194	5,1	167	4,7	361	4,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

De acordo com o Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS,2008), os serviços de saúde e de apoio são vitais para que os idosos mantenham sua saúde e independência, sendo que inúmeras de suas preocupações provêm dessas áreas. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e medicamentos e/ou outros suprimentos imprescindíveis à manutenção de saúde refletiram um tema constante e

relevante nas discussões nos grupos focais, especialmente sobre o Envelhecimento Ativo (OMS, 2008).

O Brasil é um país com importantes desigualdades sociais, sendo que no ano de 2001, cinquenta e três milhões de brasileiros possuíam uma renda inferior à linha de pobreza (PAES-DE-BARROS et al., 2001). Do ano de 2001 ao atual momento, a influência da situação sócio-econômica sobre a saúde dos idosos tem recebido pouca atenção no País (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, et al., 2003). Sendo assim, a escassez de informações relativas à saúde dos idosos torna-se um dos grandes desafios contemporâneos para a construção de políticas sociais adequadas (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, et al., 2003). O conhecimento das condições de saúde dessa população, e das influências da situação sócio-econômica sobre essas condições é extremamente importante para subsidiar políticas que busquem a correção de tais distorções (BERQUÓ, 1999).

Seria um feito muito positivo para o estado do RS se os idosos realmente classificassem seu estado geral de saúde como “bom”. Contudo, sabendo-se que as desigualdades sociais associadas ao uso e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos indicam que a equidade, um dos eixos principais do Sistema de Saúde Brasileiro, ainda não foi alcançada (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, et al., 2003), e da dificuldade para a distribuição de recursos e verbas destinados à saúde, pelo Governo Federal aos estados, questiona-se o resultado de quase 70% dos entrevistados, caracterizando sua saúde como boa (Tabela 1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitos os aspectos envolvidos na saúde geral dos idosos e compreender e investir na promoção de saúde no envelhecimento emerge como um paradigma para as Políticas Públicas, em ampliar o foco a garantir a atenção integral à saúde da população. Sendo assim, é imprescindível a pesquisa e a identificação das especificidades e necessidades dos idosos, a fim de favorecer a elaboração de medidas educativas, o projeto e o desenvolvimento de tecnologias assistivas, a estruturação das cidades e do acesso a serviços de saúde, de prevenção e do controle de doenças, visando garantir o envelhecimento saudável.

É notória a necessidade de formação de equipes multiprofissionais para atuarem especificamente com o público idoso, reforçando a necessidade de uma revisão do conceito de doença- saúde, valorizando a prevenção, as ações e serviços oferecidos aos idosos, que beneficiem esta população crescente no país. Devendo-se levar em consideração as características deste público os fatores físicos, emocionais, sociais buscando o equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional dos idosos, priorizando um Envelhecimento Ativo, a independência e a qualidade de vida do idoso.

Verifica-se ainda, muitos desafios com relação à longevidade da população no que diz respeito à saúde pública e adequações das cidades que garantam a acessibilidades dos idosos. Concluimos que existe uma demandam por investimentos e projetos preventivos, nesta área, essenciais na procura de ambientes e Políticas Públicas favoráveis à saúde, visando o envelhecimento saudável e ativo, assim como, a percepção da sociedade, que o envelhecimento não reduz a importância do cidadão.

REFERÊNCIAS

ASSIS M. Envelhecimento Ativo e promoção de saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p.15-24, 2005.

BOUERI F.M.V. et al. Quality of life measured with a generic instrument (Short Form 36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. **Chest**, v.119, n. 1, p. 77-84, 2001.

BOWLING A.; GABRIEL Z. DAKES J, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **Int J Aging Hum Dev**, v.56, n.4, p.269-306, 2003.

CAMELIER, A.A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP.**2004. 164f. Tese – Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 2004.

CICONELLI R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. SF-36 (BRASIL SF36).**Rev Bras Reumatol**, v.39, p.143-50, 1999.

GANDEK B. et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. **J Clin Epidemiol**, v.1, n.11, p.1171-8, 1998.

GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998.** Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>>. Acesso em: 30 out. 2012.

JENKINSON C. et al.. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? **J Public Health Med**, v.19, n.2, p.179-86,1997.

JENKINSON C.; LAYTE R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). **J Health Serv Res Policy**, v.2, n.1, p.14-8, 1997.

LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren, Lubben e Rowe; Deutchmann (Ed.). **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly** . San Diego, CA: Academic Press.1991. p.3-27.

LIMA-COSTA M.F. et al.. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.745-757, 2003.

MAZO, G. Z. et al; Tendência a estados depressivos em idosos aticantes de atividade física. **Rev Cine Des Hum**,v.7, n.1, p.45-49, 2005.

OLIVEIRA, M.R; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após Acidente Vascular Encefálico. **Rev Neurocienc**, v.7, p.262-255, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2000

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. OMS: Brasília. 2008.

PASCHOAL, S.M.P. Desafios da Longevidade: qualidade de vida. **Mundo Saúde**, V. 29, p.608-11, 2005.

SANTOS S.R. et al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.10, n.6, p. 757-64, 2002.

TERRIS M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In:OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPS, p.37-44, 1996.

TRENTINI, C. **Qualidade de Vida em Idosos**. 2004. 224f. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004

VALL J.; BRAGA V.A.B.; ALMEIDA P.C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq Neuro psiquiatr**, v.64, n. 2B, p. 451-5, 2006.

VECHIA R.D.V. et al. Qualidade de Vida na Terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.3, p. 246-5, 2005.

VELARDE J.E;AVILA F.C. Methods for quality of life assessment.**Salud Pública Méx**, v. 44, n.4, p.349-61, 2002.

WARE J.E; KOSINSKI M; KELLER S.D. A 12-item short-form health survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med Care**, v.34, p.220–33, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. **Geneva**: World Health Organization, 2002. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf> Acesso em: 26 ago. 2012.

Capítulo 10

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ORAL

Andressa Lewandowski

Rejane Eliete Luz Pedro

Vaneila Bortolini

INTRODUÇÃO

Autopercepção em saúde é a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária (MARTINS et al, 2010). Essas experiências tanto podem ser positivas, quanto negativas. A percepção em saúde geral está associada a aspectos físicos e subjetivos, podendo ser também afetada por valores pessoais, por fatores sociais e econômicos, pela idade e sexo do indivíduo (REIS e MARCELO, 2005; BARBOSA, 2011).

A saúde oral, um dos componentes da qualidade de vida, refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico (MARTINS et al, 2010).

Estudos sobre a autopercepção de saúde oral mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas (BARBOSA, 2011).

Como a percepção da saúde associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde, esse indicador

amplamente utilizado nas pesquisas gerontológicas (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Os dados sobre a autopercepção são subjetivos, e, para sua coleta, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais e são chamados indicadores sócio-dentais. Dentre esses indicadores, destacam-se o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), composto por 12 questões fechadas e com perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto, dos idosos (ATCHISON e DOLAN, 1990) e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), um questionário fechado com 49 questões, que procura indicar se a pessoa teve, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses (SLADE e SPENCER, 1994).

Os levantamentos epidemiológicos brasileiros sobre as condições saúde oral, realizados em 2003 e 2010, utilizaram perguntas fechadas para determinar a autopercepção da saúde bucal de idosos da faixa etária de 65 a 74 anos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A avaliação da autopercepção da saúde oral é essencial, pois o comportamento é modulado pela percepção dessa condição e importância dada a ela (MARTINS et al, 2010).

A pesquisa “Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul” foi baseada no Guia da Cidade Amiga do Idoso proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) visando observar e quantificar as diferentes dimensões do Envelhecimento Ativo (WHO, 2005). Entendendo que a saúde oral é um fator importante para manutenção da saúde geral do indivíduo e que esta tem relação importante com o Envelhecimento Ativo,

o estudo questionou a autopercepção dos idosos referente à sua saúde oral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, os idosos responderam a pergunta fechada de escolha simples: “Como classificaria sua saúde oral (dentes, dentadura, gengivas e dentro de sua boca)?”, contendo cinco níveis de resposta: ótima, boa, regular, má e péssima.

Observou-se que 62,6% dos idosos consideram a sua saúde oral boa, seguido de 29,5% que a consideram regular, 5,6% consideram ótima. Apenas 1,8% consideram sua saúde oral má e 0,5% péssima (Tabela 1).

Tabela 1 – Autopercepção de Saúde Oral

<i>Autopercepção de Saúde Oral</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Ótima	220	5,8	190	5,4	410	5,6	
Boa	2402	63,4	2175	61,6	4577	62,6	
Regular	1095	28,9	1060	30,0	2155	29,5	0,0001
Má	45	1,2	90	2,6	135	1,8	
Péssima	24	0,6	14	0,4	38	0,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

As mulheres idosas 63,4% consideram sua saúde oral boa, 28,9% regular e 5,8% percebem como ótima. Um número pequeno considerou sua saúde oral como má (1,2%) ou péssima (0,6%). Em relação aos homens idosos, 61,6% perceberam sua saúde oral como boa, seguido de 30% que considera regular e 5,4% como ótima. A saúde oral considerada má (2,6%) ou péssima (0,4%) também se mostrou em menor porcentagem entre os homens idosos.

Os resultados obtidos do levantamento epidemiológico brasileiro de 2003 foram: 45,99% dos idosos de 65 a 74 anos consideram sua saúde bucal boa; 27,48% consideram-na regular; 11,63%, ruim; 4,69%, péssima e 5,96% não sabem (BRASIL, 2004). Já no levantamento de 2010, 44,5% dos idosos dessa mesma faixa etária referiram estar satisfeitos com sua saúde bucal, seguido de 25,2% que estão insatisfeitos, 17,3% que não estão nem satisfeitos e nem insatisfeitos, 8,1% estão muito satisfeitos, 3,0% muito insatisfeitos e 2,0% não souberam responder. Na região sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), 51,3% satisfeitos, 24,2% insatisfeitos, 13,0% nem satisfeitos e nem insatisfeitos, 6,9% muito satisfeitos, 3,1% muito insatisfeitos e 1,5% não souberam responder (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram que a maioria dos idosos entrevistados avaliou positivamente sua saúde oral. Porém, não podemos deixar de considerar que a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, pode levar a pessoa a superestimar sua condição oral (SILVA, 1999). Com o avançar da idade, acredita-se que devido à despreocupação com o tempo, os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da cavidade oral que surgem ao longo da velhice e, neste contexto, relataram maior satisfação com a saúde oral (BULGARELLI e MANÇO, 2008).

A autopercepção da saúde oral é mais informativa de como a doença afeta a vida dos indivíduos do que as medidas objetivas da doença (MARTINS, 2010), pois o envelhecimento é vivido de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra (BULGARELLI e MANÇO, 2008).

Assim, estudos com idosos devem embasar-se em diferentes elementos intrínsecos ao processo de envelhecimento, os quais são diretamente ligados às características do indivíduo, da sociedade, da cultura e das próprias Políticas Públicas vigentes.

No Brasil a assistência pública odontológica a idosos precisa ser incrementada, e a identificação da autopercepção de sua condição bucal pode ser o primeiro passo para a elaboração de programas que incluam ações educativas voltadas para o autocuidado, além de ações preventivas e reabilitadoras.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v.17 n. 5/6, p. 333-341, 2005.

ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Devepeloment of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dental Educ**: v. 54, p. 680-7, 1990.

BARBOSA, K.G.N. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. **Odontol Clín Cient.**, Recife, v.10, n. 3, p. 227- 231, jul./set., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Projeto SB Brasil 2003** – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003- Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, DF, 2011.

BULGARELLI, A.F.; MANÇO, A.R.X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n. 4, p.1165-1174, 2008.

MARTINS, A.M.E.L.B; BARRETO, S.M.; SILVEIRA, M.F.; SANTA-ROSA, T.T.A.; PEREIRA, D. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.5, p. 912-22, 2010.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde Bucal Na Velhice: Percepção Dos Idosos, Goiânia, 2005 **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.

SILVA, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Social impact of oral conditions among older adults. **Austr Dent J**: v.39, p. 358-64, 1994.

Capítulo 11

USO DE APARELHO AUDITIVO E AUTOPERCEPÇÃO DA AUDIÇÃO

Cristina Loureiro Chaves Soldera
Stéfani Ribeiro Rodrigues

INTRODUÇÃO

Entre as alterações mais comuns decorrentes do envelhecimento está a perda auditiva, que acelera as alterações funcionais decorrentes da idade, os declínios cognitivos e sintomas depressivos (SANTOS et al., 2012). A perda auditiva causada pelo envelhecimento (presbiacusia) é uma perda auditiva neurossensorial decorrente de alterações degenerativas que dificultam a comunicação e socialização acelerando as alterações funcionais decorrentes da idade, os declínios cognitivos e sintomas depressivos (COSTA, 2006).

As consequências da presbiacusia são evidenciadas pelo Guia Global: A Cidade Amiga do Idoso (2008) o qual aponta que um dos maiores obstáculos, universalmente mencionado, para os idosos se comunicarem é o prejuízo na informação auditiva. A informação verbal vinda do interlocutor é geralmente transmitida muito rapidamente, e os comerciais de rádio e televisão fazem os idosos perderem sua linha de raciocínio. A linguagem usada é frequentemente muito complicada, com muitas palavras desconhecidas.

A deficiência auditiva se relaciona diretamente à limitação de contato interpessoal, uma vez que incide diretamente sobre a comunicação (COSTA, 2006). As consequências podem ser o isolamento,

a redução de atividades em grupos e a sensação de exclusão, o que é chamado de restrição de participação social de origem auditiva – *handicap* auditivo (ARLINGER, 2003).

Para minimizar as reações psicossociais do idoso decorrentes da deficiência auditiva, é necessário passar pelo processo de seleção, indicação e adaptação de aparelhos auditivos de amplificação sonora individual (AASI), além de programas de reabilitação auditiva, auxiliando o idoso portador de deficiência auditiva a lidar de forma positiva frente às dificuldades de comunicação. Através de programas de reabilitação auditiva é possível reduzir a percepção das restrições de participação social de origem auditiva da população idosa, o que irá refletir na melhora de qualidade de vida, promoção de contatos sociais e diminuição do isolamento (MARQUES, KOZLOWSKI e MARQUES, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra a relação entre autopercepção de audição e sexo. Observa-se que a maioria dos idosos (54%) referem autopercepção boa de audição. Menos de 3% dos entrevistados referiram níveis de audição piores que o regular. Os achados também mostram que existe relação significativa entre autopercepção de audição e sexo ($p=0,001$). Idosas referiram mais frequentemente níveis bons e ótimos de audição do que os homens. Ao contrário das mulheres, níveis piores de autopercepção de audição foram relatados mais frequentemente pelos homens.

Tabela 1 – Autopercepção da audição (com aparelho, caso utilizasse).

Autopercepção de Audição	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ótima	671	17,7	531	15,0	1202	16,4	
Boa	2059	54,4	1894	53,7	3953	54,0	
Regular	952	25,1	990	28,1	1942	26,5	
Má	76	2,0	79	2,2	155	2,1	0,0010
Péssima	27	0,7	27	0,8	54	0,7	
Surdo	1	0,0	8	0,2	9	0,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 2 mostra a relação entre uso de aparelho auditivo e sexo, que não foi significativa. A frequência de uso de aparelho foi de 3,4% em mulheres e 3,3% em homens.

Tabela 2 – Autopercepção da audição (com aparelho, caso utilizasse).

Uso de aparelho auditivo	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Usa aparelho auditivo	128	3,4	116	3,3	244	3,3	0,8232
Nenhum	1120	29,6	1141	32,3	2261	30,9	0,0110*

*Estatisticamente significativo; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A presbiacusia não deve ser interpretada como comprometimento apenas do sistema auditivo periférico, mas também das vias auditivas e do córtex cerebral. Isto significa um comprometimento não só em termos de intensidade, mas também de inteligibilidade dos sons (ARLINGER, 2003).

A percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos (IBGE, 2010). Os resultados apresentados na tabela 1 demonstram que a maioria dos idosos refere boa autopercepção de audição. Conforme referido na literatura (RODRIGUES et al. 2011; SANTOS et al., 2012) já era esperado que mais da metade dos idosos indicasse a sua audição como boa ou ótima.

Grande parte dos idosos não refere queixa de apresentar perda auditiva, muito possivelmente pela característica de instalação da presbiacusia – lenta, insidiosa e progressiva – e pelo fato dos idosos considerarem a diminuição da acuidade auditiva uma parte do processo natural de envelhecimento. A dissociação entre a perda auditiva e a queixa reforça a necessidade de realizar avaliações auditivas nessa população, bem como encaminhamento para reabilitação auditiva (MAGALHÃES e GÓMEZ, 2007).

Observa-se na tabela 1 que as idosas referem com mais frequência uma boa audição, enquanto os homens uma audição mais prejudicada. Esse achado era esperado, uma vez que estudiosos (PINZAN-FARIA e IORIO, 2004) também apontam que as mulheres percebem uma audição melhor que a dos homens. Os homens apresentam perdas auditivas com mais frequência que as mulheres, prejudicando mais o seu cotidiano e fazendo com que a perda seja mais significativa e mais notada pela população masculina (KWITO et al., 1996; SOUSA e RUSSO, 2009).

Com relação à utilização de aparelho auditivo pela população pesquisada, não houve diferença significativa quando o uso da amplificação sonora foi associado ao sexo (tabela 2). A proporção de mulheres e homens que fazem uso de AASI foi extremamente semelhante.

Ao compararmos os resultados das tabelas 1 e 2, observamos certa distinção entre os achados. Em função de as mulheres terem apresentado melhor autopercepção de audição que os homens, seria esperado que as mesmas estivessem fazendo mais uso de aparelho auditivo, uma vez que a pergunta relativa à autopercepção de audição se referia à acuidade auditiva com aparelho auditivo, se o sujeito fosse usuário da amplificação. Por outro lado, sabemos que a presbiacusia tem

maior incidência nos homens, assim como o grau de comprometimento também é maior do que nas mulheres. Isso pode explicar os achados da tabela 1 (PINZAN-FARIA e IORIO, 2004; SOUSA e RUSSO, 2009). Além disso, não são todos os idosos que se adaptam ao uso de AASI. A boa adaptação depende de fatores intrínsecos (vontade do sujeito, otimismo, resiliência) e extrínsecos (adaptação realizada por profissional competente e habilitado e condições financeiras de adquirir o modelo de aparelho auditivo adequado) (MARQUES, KOZLOWSKI e MARQUES, 2004; BARROS e QUEIROGA, 2006).

Dos sujeitos pesquisados, 27,3% referiram autopercepção de audição regular, péssima ou surdez. Ao comparar este achado com a porcentagem de usuários de AASI nesta mesma população, apenas 3,3% utilizam aparelhos de amplificação sonora. Este dado pode ser explicado pelo fato de a adaptação de aparelhos auditivos ainda sofrer preconceitos por evidenciar uma deficiência que muitas vezes o idoso gostaria de esconder (PAIVA, MACIEL e CINTRA, 2011), assim como pela dificuldade de adaptação e manuseio e pelo custo elevado (MARQUES, KOZLOWSKI e MARQUES, 2004; BARROS e QUEIROGA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados referentes à autopercepção de audição e uso de AASI na amostra pesquisada evidenciam a necessidade de se dar mais atenção à saúde auditiva do idoso, uma vez que a comunicação é fundamental para a interação social e, conseqüentemente, para evitar o isolamento e depressão (RODRIGUES et al., 2011; SANTOS et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2010).

O uso de aparelhos de amplificação sonora individuais por parte da população idosa ainda é ínfimo frente ao importante contingente dessa

população que tem perda auditiva e que sofre com os efeitos dessa privação sensorial. O custo do AASI já não pode ser considerado um fator impeditivo para a adaptação da amplificação sonora, uma vez que é possível obter aparelhos auditivos de qualidade e assistência com profissionais competentes por meio dos programas de saúde auditiva em voga no país. Acredita-se que os maiores entraves para o aumento do número de idosos usuários de AASI sejam a falta de conhecimento desses programas de saúde auditiva e o preconceito relacionado ao uso do aparelho, uma vez que evidencia a presença de uma deficiência.

Conclui-se que é fundamental trabalhar com a população idosa no âmbito da orientação, promovendo esclarecimentos acerca das possibilidades e dos benefícios do uso da amplificação sonora individual. A boa saúde deve estar no centro de qualquer resposta bem sucedida ao envelhecimento. Ao garantir uma vida mais saudável e mais longa, as oportunidades serão maiores e os custos para a sociedade menores (WHO, 2012).

REFERÊNCIAS

ARLINGER, S. Negative consequences of uncorrected hearing loss--a review. *Int J Audiol.*, Hamilton, v. 42, n. 2, p. 2S17-20, 2003.

BARROS, P. F. S.; QUEIROGA, B. A. M. As dificuldades encontradas no processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em indivíduos idosos. *Rev CEFAC*. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 375-385, 2006.

CARVALHO FILHO, E. T. de. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 528.

COSTA, K. C. F. **O sentido da deficiência auditiva e o uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos**. 2006. 227 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

KWITKO, A.; FERREIRA, P. G.; FRANÇA, M. C. T.; ZANZINI, C.; STEGGIORIN, S. Perdas auditivas ocupacionais: análises de variáveis e diagnóstico. **Rev Bras Med Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p.151-64, 1996.

MAGALHÃES, A. T. M.; GÓMEZ, M. V. S. G. Índice de reconhecimento de fala na presbiacusia. **Rev Bras Med Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 169-174, 2007.

MARQUES, A. C. O.; KOZLOWSKI L.; MARQUES, J. M. Reabilitação auditiva no idoso. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 6, p. 806-811, 2004.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso: 2008**. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2012.

PAIVA, K. M.; MACIEL, P. M. A.; CINTRA, L. G.. Compreendendo o idoso usuário de próteses auditivas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2927-2934, 2011. Disponível em: <<http://200.144.190.38/handle/2012.1/13026>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

PINZAN-FARIA, V. M.; IORIO, M. C. M. Sensibilidade auditiva e autopercepção do *handicap*: um estudo em idosos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 289-299, 2004.

RODRIGUES, S. R.; SOLDERA, C. L. C.; CARDOSO, M. C. de A. F.; BÓS, A. J. G.; MENEGOTTO, I. H. **Estudo da correlação entre grau de perda auditiva e autopercepção da restrição de participação social de origem auditiva (*handicap* auditivo) em idosos institucionalizados**. 2011. Monografia (Graduação em Fonoaudiologia). Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2011.

SANTOS, S. B.; OLIVEIRA, L. B.; MENEGOTTO, I. H.; BÓS, A. J. G.; SOLDERA, C. L. C. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. **Estud Interdiscipl Envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 125-143, 2012.

SOUSA, M. da G. C. de; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 241-246, 2009.

TEIXEIRA, A. R.; GONÇALVES, A. K.; FREITAS, C. de La R.; SOLDERA, C. L. C.; BÓS, A. J. G.; SANTOS, A. M. P. V.; DORNELLES, S.
Associação entre perda auditiva e a sintomatologia depressiva em idosos.
Arq Int Otorrinolaringol., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 444-449, 2010.

WHO - World Health Organization. Megacity Kolkata joins **WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities**. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

Capítulo 12

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Denielli da Silva Gonçalves Bós

Gustavo Nunes Pereira

Diene Gomes Colvara Lopes

Margarete Diprat Trevisan

INTRODUÇÃO

O número de estudos com interesse em conhecer mais sobre as condições de vida da população idosa vem crescendo cada vez mais (LIMA et al, 2008). Com o envelhecimento vêm também diversas alterações físicas, sociais, psicológicas e mentais. As alterações físicas ocorrem devido a um declínio na eficiência do funcionamento do corpo e, como consequência, surge à falta de autonomia ou dependência para a realização das atividades da vida diária, implicando na diminuição significativa da qualidade de vida desses idosos (TAKASE et al, 2010).

Hoje se fala muito em Envelhecimento Ativo, envelhecer com qualidade de vida, conseguindo manter suas atividades de vida diária, sua independência física e autonomia é o desejo de todos, bem como também é o dever de todos colaborarem para esta conquista.

Segundo o Guia Global Cidade Amiga do Idoso para que tais benefícios ocorram depende de uma gama de influências ou determinantes que regulam indivíduos, famílias e países. Incluem condições materiais e fatores sociais que afetam tipos individuais de comportamento e sentimento, Individualmente e combinados todos esses

fatores exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada indivíduo (WHO, 2012). Sendo assim o objetivo desse capítulo é avaliar a facilidade ou não das atividades de vida diária em idosos residentes no Rio Grande do Sul.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando analisada a variável facilidade ou dificuldade de caminhar 400 metros ou quatro quadras (tabela 1), 3108(42,5%) idosos relataram ser fácil ou muito fácil caminhar 400 metros, 2662(36,4%) disseram ser mais ou menos fácil, 1275(17,4%) difícil ou muito difícil 156(2,1%) e 114(1,6%) idosos não conseguiam realizar essa. Na análise por sexo, 45,2% dos homens e 40% das mulheres relataram ser fácil ou muito fácil realizar a atividade, 37.5% das mulheres e 35.2% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 19.1% das mulheres e 15.7% dos homens avaliaram como difícil, 2,4% dos homens e 1,9% das mulheres relatam como muito difícil e 1,6% das mulheres não conseguiam, contra 1,5% dos homens ($p=0,001$).

Tabela 1 – Facilidade ou dificuldade de caminhar 400 metros ou quatro quadras

<i>Caminhar 400 metros ou quatro quadras</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	105	2,8	144	4,1	249	3,4	
Fácil	1409	37,2	1450	41,1	2859	39,1	
± fácil	1419	37,5	1243	35,2	2662	36,4	
Difícil	722	19,1	553	15,7	1275	17,4	<0,0001
Muito difícil	71	1,9	85	2,4	156	2,1	
Não consegue	60	1,6	54	1,5	114	1,6	
<i>Total</i>	<i>3786</i>	<i>51,8</i>	<i>3529</i>	<i>48,2</i>	<i>7315</i>	<i>100</i>	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quando questionados a respeito de subir 10 degraus ou um lance de escada (tabela 2), 2986(40,8%) idosos relatam ser mais ou menos fácil,

2403(32,9%) disseram ser fácil subir 10 degraus, 1397(19,1%) acham difícil, 204(2,8%) muito difícil, 196(2,7%) percebem a subida de um lance de escada como uma tarefa muito fácil de ser realizada e 129(1,8%) não conseguiam realizar. Na análise por sexo, 41,9% das mulheres e 39,7% dos homens relataram ser mais ou menos fácil realizar a atividade, 30,9% das mulheres e 35% dos homens disseram ser fácil, 23,3% das mulheres e 20,4% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 1,7% das mulheres não conseguiam, contra 1,8% dos homens ($p=0,001$).

Tabela 2 – Facilidade ou dificuldade de subir 10 degraus ou um lance de escada.

Subir 10 degraus ou um lance de escada	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	86	2,3	110	3,1	196	2,7	
Fácil	1169	30,9	1234	35,0	2403	32,9	
± fácil	1585	41,9	1401	39,7	2986	40,8	
Difícil	782	20,7	615	17,4	1397	19,1	<0,0001
Muito difícil	98	2,6	106	3,0	204	2,8	
Não consegue	66	1,7	63	1,8	129	1,8	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Investigando o processo de fragilidade na velhice foi desenvolvido um estudo nos Estados Unidos (SIMONSICK et al, 2001) com 3.075 indivíduos entre 70 a 79 anos, com objetivo de avaliar o desempenho e a progressão da limitação funcional através da avaliação pelo auto-relato e do desempenho baseados nas medidas de função.

Quando interrogados a respeito de caminhar 400 metros, 67.3% dos idosos responderam como sendo uma tarefa muito fácil, 26.4% relatam como um pouco fácil, 13% se cansam em percorrer essa distância, 6.3 % não acham fácil e nenhum indivíduo relatou ter dificuldade em realizar. Já em relação a subir 10 degraus 65.5% dos avaliados responderam como

muito fácil, 27.8% responderam como um pouco fácil, 12 % relataram que se cansam ao subir e 6.7% não acham fácil. Nesse estudo os indivíduos não relataram ter dificuldade para realizar a caminhada de 400 metros e a subida de 10 degraus, já os idosos participantes da pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul apresentaram ter mais dificuldade para realizar tais tarefas.

Quando questionados a respeito da facilidade ou dificuldade de levantar ou carregar objetos de 5 quilos (tabela 3) 2776 (37,9%) idosos responderam ser fácil ou muito fácil desempenhar essa tarefa, 2896 (39,6%) disseram ser mais ou menos fácil, 1502 (20,5%) difícil ou muito difícil e 141 (1,9%) idosos não conseguiam levantar o objeto. Na análise por sexo, 34,3% das mulheres e 41,9% dos homens relataram ser fácil ou muito fácil realizar a atividade, 39,9% das mulheres e 39,2% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 23,6% das mulheres e 17,2% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 2,2% das mulheres não conseguiam, contra 1,6% dos homens ($p=0,0001$).

Tabela 3 – Facilidade ou dificuldade de levantar ou carregar objetos de 5 quilos.

<i>Levantar ou carregar objetos de 5 quilos</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	72	1,9	120	3,4	192	2,6	
Fácil	1225	32,4	1359	38,5	2584	35,3	
± fácil	1512	39,9	1384	39,2	2896	39,6	
Difícil	808	21,3	540	15,3	1348	18,4	<0,0001
Muito difícil	86	2,3	68	1,9	154	2,1	
Não consegue	83	2,2	58	1,6	141	1,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Analisando os dados chegamos à conclusão de que, de uma forma geral, é mais fácil para os homens desempenhar a tarefa de levantar ou

carregar objetos de 5 quilos, esta informação concorda com o estudo de (CRUZ et al, 2012), o qual verificou que a força muscular era menor nas mulheres do que nos homens e, provavelmente por isso a ocorrência de quedas também seja maior em mulheres. Se a força muscular de mulheres habitualmente é menor do que dos homens, é justificado o motivo pelo qual os homens têm mais facilidade para carregar objetos de 5 quilos ou mais.

Com relação à facilidade ou dificuldade de levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos (tabela 4), 3094 (42,3%) idosos relataram ser fácil ou muito fácil levantar-se, 2995 (40,9%) disseram ser mais ou menos fácil, 1094 (15%) difícil ou muito difícil e 129 (1,8%) idosos não conseguiam realizar essa atividade. Na análise por sexo, 39,8% das mulheres e 45,1% dos homens relataram ser fácil ou muito fácil realizar a tarefa, 42,6% das mulheres e 39,2% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 15,9% das mulheres contra 14% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 1,7% das mulheres e 1,8% dos homens referem que não conseguem realizar ($p= 0,0001$).

Tabela 4 – Facilidade ou dificuldade de levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos.

<i>Levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	92	2,4	122	3,5	214	2,9	
Fácil	1416	37,4	1467	41,6	2883	39,4	
± fácil	1611	42,6	1384	39,2	2995	40,9	
Difícil	519	13,7	436	12,4	955	13,1	<0,0001
Muito difícil	82	2,2	57	1,6	139	1,9	
Não consegue	66	1,7	63	1,8	129	1,8	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em estudo realizado por (MENEZES et al, 2008), no qual 95 idosos foram avaliados quanto à capacidade para as atividades básicas de vida

diária foi observado que mais de 60% dos idosos avaliados levantavam da cadeira com alguma forma de adaptação. Analisando as respostas podemos observar que o percentual daqueles que consideram “fácil ou muito fácil” e “mais ou menos fácil” é semelhante, provavelmente aqueles que consideram mais ou menos fácil levantar-se da cadeira sem usar as mãos, são justamente aqueles que necessitam de alguma adaptação para se levantar.

Em relação à variável abaixar-se e levantar-se para pegar algum objeto no chão (tabela 5), 3184 (43,5%) dos idosos relataram ser fácil ou muito fácil executar essa tarefa, 2492 (34,1%) relataram ser mais ou menos fácil, 1510 (20,7%) difícil ou muito difícil, 129 (1,8%) não consegue executar essa tarefa. Quando analisada essa tarefa por sexo, 41,4% das mulheres e 45,8% dos homens relataram como sendo fácil ou muito fácil, 33,5% das mulheres e 34,7% dos homens consideraram mais ou menos fácil, 23,3% das mulheres e 17,7% dos homens consideraram difícil ou muito difícil, 1,7% das mulheres contra 1,8% dos homens não conseguem abaixar e levantar para pegar um objeto no chão ($p < 0,0001$).

Tabela 5 – Facilidade ou dificuldade de abaixar-se e levantar-se para pegar algum objeto no chão.

<i>Abaixar-se e levantar-se para pegar algum objeto no chão</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	92	2,4	120	3,4	212	2,9	
Fácil	1476	39,0	1496	42,4	2972	40,6	
± fácil	1269	33,5	1223	34,7	2492	34,1	
Difícil	785	20,7	559	15,8	1344	18,4	<0,0001
Muito difícil	99	2,6	67	1,9	166	2,3	
Não consegue	65	1,7	64	1,8	129	1,8	
<i>Total</i>	<i>3786</i>	<i>51,8</i>	<i>3529</i>	<i>48,2</i>	<i>7315</i>	<i>100</i>	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Para executar a tarefa de levantar-se e pegar algum objeto no chão é necessário ter força, elasticidade e equilíbrio, em membros inferiores, e

essa tarefa pode estar associada com o aumento da incidência de quedas, a qual tem sido atribuída à falta de equilíbrio e força muscular dos membros inferiores diminuída. Como esperado, mais uma vez um maior percentual de mulheres consideraram essa atividade como difícil quando comparada aos homens, possivelmente em função das diferenças estruturais do músculo e também em função da questão hormonal (KÄRKKÄINEN et al, 2008).

Na variável levantar os braços acima da cabeça (tabela 6), 4399 (60,2%) dos idosos relataram ser fácil ou muito fácil, 2197 (30%) como sendo mais ou menos fácil, 654 (8,9%) difícil ou muito difícil, 65 (0,9%) não conseguem executar essa tarefa. Na análise por sexo, observamos que 59% das mulheres contra 61,4% dos homens relataram ser fácil ou muito fácil, 30,3% das mulheres e 29,7% dos homens como sendo mais ou menos fácil, 9,8% mulheres contra 7,9% dos homens como sendo difícil ou muito difícil, e 0,8% das mulheres e 1% dos homens não conseguem executar ($p=0,0111$).

Tabela 6 – Facilidade ou dificuldade de Levantar os braços acima da cabeça.

Levantar os braços acima da cabeça	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	148	3,9	179	5,1	327	4,5	
Fácil	2086	55,1	1986	56,3	4072	55,7	
± fácil	1148	30,3	1049	29,7	2197	30,0	
Difícil	327	8,6	24	7,0	574	7,8	0,0111
Muito difícil	47	1,2	33	0,9	80	1,1	
Não consegue	30	0,8	35	1,0	65	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Já a variável agarrar objetos firmemente com as mãos (tabela 7), 4616 (63,1%) referiram ser fácil ou muito fácil, 2076 (28,4%) mais ou menos fácil, 571 (7,8%) como sendo difícil ou muito difícil, e 52 (0,7%)

não conseguem. Quando comparado por sexo, 62% mulheres contra 64,3% dos homens relatam ser fácil ou muito fácil, 29,2% mulheres e 27,5% homens como sendo mais ou menos fácil, 8,2% mulheres e 7,3% dos homens como difícil ou muito difícil, e 0,6% das mulheres e 0,7% dos homens como não conseguindo executar, ($p=0,0128$).

Tabela 7 – Facilidade ou dificuldade de agarrar objetos firmemente com as mãos

Agarrar objetos firmemente com as mãos	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	181	4,8	223	6,3	404	5,5	
Fácil	2166	57,2	2046	58,0	4212	57,6	
± fácil	1105	29,2	971	27,5	2076	28,4	
Difícil	274	7,2	234	6,6	508	6,9	0,0128
Muito difícil	38	1,0	25	0,7	63	0,9	
Não consegue	22	0,6	30	0,9	52	0,7	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Essas duas variáveis refletem a importância do desempenho dos membros superiores, braços e mãos, que podem ser utilizados como estimativa da funcionalidade e risco de desabilidade em idosos, a redução da força muscular está associada com o processo de envelhecimento, e pode tentar explicar o declínio funcional. A redução da força de preensão palmar é um preditor de desabilidade, que está representada indiretamente pela variável agarrar objetos firmemente com as mãos (GIAMPAOLI et al, 1999).

Além disso, os membros superiores desempenham um papel importante na vida diária de todos, sendo necessário para várias atividades básicas, como se banhar entre outras. E para desempenharmos de maneira adequada essas atividades, necessitamos de uma certa força de preensão. Desta forma, Lauretani et al e Geraldês et al afirmam que avaliar a força muscular permite inferir sobre o risco de quedas, sendo postulado ainda que a medida da força de preensão é um

importante indicador de declínio do sistema músculo-esquelético em idosos (LAURETANI et al, 2003;. GIACOMIN et al, 2008).

Como esperado os homens possuem mais facilidade em executar essa tarefa, assim como reportado em outros estudos, que os homens são consideravelmente mais fortes do que as mulheres (Desrosiers, Bravo *et al.*, 1995; Pereira, Cardoso *et al.*, 2011). A diminuição da resistência muscular com a idade pode ser causada por diversos fatores, incluindo a redução do número de fibras musculares e alterações no seu tamanho, especialmente as fibras rápidas (tipo II) (Desrosiers, Bravo *et al.*, 1995). De acordo com Silva et al há uma maior prevalência de dependência funcional e incapacidade, em idosos, principalmente no sexo Feminino, devido à redução da massa muscular (PEREIRA et al, 2011).

Quando analisadas as variáveis relacionadas às atividades básicas da vida diária (tabela 8), 4437(60,7%) idosos relataram ser fácil ou muito fácil transferir-se da cama para uma cadeira ou vice-versa, 2164(29,6%) disseram ser mais ou menos fácil, 645(8,8%) difícil ou muito difícil e 69(0,9%) idosos não conseguiam realizar essa transferência. Na análise por sexo, 59,4% das mulheres e 62,0% dos homens relataram ser fácil ou muito fácil realizar a atividade, 30% das mulheres e 29,1% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 9,8% das mulheres e 7,8% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 0,8% das mulheres não conseguiam, contra 1,1% dos homens ($p=0,003$).

Tabela 8 – Facilidade ou dificuldade de mudar-se da cama para uma cadeira ou vice-versa.

Mudar-se da cama para uma cadeira ou vice-versa	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	174	4,6	210	6,0	384	5,2	0,0037
Fácil	2077	54,9	1976	56,0	4053	55,4	
± fácil	1136	30,0	1028	29,1	2164	29,6	
Difícil	321	8,5	234	6,6	555	7,6	
Muito difícil	48	1,3	42	1,2	90	1,2	
Não consegue	30	0,8	39	1,1	69	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na variável facilidade ou dificuldade de banhar-se (tabela 9), 5361(73,4%) idosos relataram ser fácil ou muito fácil, 1522(20,8%) disseram ser mais ou menos fácil, 375(5,2%) difícil ou muito difícil e 47(0,6%) idosos não conseguiam realizar a tarefa. Na análise por sexo, 71,9% das mulheres e 75,0% dos homens relataram ser fácil ou muito fácil realizar o proposto, 21,8% das mulheres e 19,7% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 5,9% das mulheres e 4,4% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 0,4% das mulheres não conseguiam, contra 0,9% dos homens ($p=0,001$).

Tabela 9 – Facilidade ou dificuldade de banhar-se

Banhar-se	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	704	18,6	696	19,7	1400	19,1	<0,0011
Fácil	2018	53,3	1953	55,3	397	54,3	
± fácil	826	21,8	696	19,7	1522	20,8	
Difícil	180	4,8	133	3,8	313	4,3	
Muito difícil	41	1,1	21	0,6	62	0,8	
Não consegue	17	0,4	30	0,9	47	0,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na pergunta sobre a facilidade ou dificuldade de vestir-se (tabela 10), 5418(74,1%) idosos referiram ser fácil ou muito fácil de realizar o

proposto, 1480(20,2%) disseram ser mais ou menos fácil, 371(5,1%) difícil ou muito difícil e 46(0,6%) idosos não conseguiam vestir-se. Na análise por sexo, 72,5% das mulheres e 75,8% dos homens relataram ser facilidade ou muita facilidade para realizar a tarefa, 21,3% das mulheres e 19,0% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 5,7% das mulheres e 4,4% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 0,5% das mulheres não conseguiam, contra 0,8% dos homens ($p=0,005$).

Tabela 10 – Facilidade ou dificuldade de vestir-se.

Vestir-se	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Muito fácil	733	19,4	720	20,4	1453	19,9	
Fácil	2009	53,1	1956	55,4	3965	54,2	
± fácil	809	21,4	671	19,0	1480	20,2	
Difícil	184	4,9	135	3,8	319	4,4	0,0059
Muito difícil	32	0,8	20	0,6	52	0,7	
Não consegue	19	0,5	27	0,8	46	0,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quando avaliada a facilidade ou dificuldade de alimentar-se sozinho (tabela 11), 6105 (83,4%) idosos referiram ser fácil ou muito fácil de realizar o proposto, 997(13,6%) disseram ser mais ou menos fácil, 194 (2,7%) difícil ou muito difícil e 19 (0,3%) idosos não conseguiam alimentar-se. Na avaliação por sexo, 83,7% das mulheres e 83,2% dos homens relataram ser facilidade ou muita facilidade para realizar a tarefa, 13,2% das mulheres e 14,1% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 2,8% das mulheres e 2,4% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e 0,3% das mulheres não conseguiam, contra 0,3% dos homens ($p=0,497$).

Tabela 11 – Facilidade ou dificuldade de alimentar-se sozinho

<i>Alimentar-se sozinho</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	886	23,4	871	24,7	1757	24,0	0,4973
Fácil	2281	60,2	2067	58,6	4348	59,4	
± fácil	501	13,2	496	14,1	997	13,6	
Difícil	92	2,4	75	2,1	167	2,3	
Muito difícil	16	0,4	11	0,3	27	0,4	
Não consegue	10	0,3	9	0,3	19	0,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Já na aferição da facilidade ou dificuldade de usar o banheiro para suas necessidades (tabela 12), 5903 (80,7%) idosos referiram ser fácil ou muito fácil de realizar a atividade, 1088 (14,8%) disseram ser mais ou menos fácil, 283 (3,9%) difícil ou muito difícil e 41 (0,6%) idosos não conseguiam. Na análise por sexo, 80,7% das mulheres e 80,6% dos homens mencionaram ter facilidade ou muita facilidade para realizar a tarefa, 14,6% das mulheres e 15,1% dos homens disseram ser mais ou menos fácil, 4,3% das mulheres e 3,5% dos homens avaliaram como difícil ou muito difícil e apenas 0,4% das mulheres não conseguiam, contra 0,8% dos homens ($p=0,218$).

Tabela 12 – Facilidade ou dificuldade de usar o banheiro para suas necessidades.

<i>Usar o banheiro para suas necessidades</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Muito fácil	795	21,0	781	22,1	1576	21,5	0,2184
Fácil	2262	59,7	2065	58,5	4327	59,2	
± fácil	554	14,6	534	15,1	1088	14,9	
Difícil	137	3,6	104	2,9	241	3,3	
Muito difícil	22	0,6	20	0,6	42	0,6	
Não consegue	16	0,7	25	0,7	41	0,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A comparação das prevalências de incapacidade funcional para atividades básicas em diferentes estudos é prejudicada pelos mesmos

utilizarem diferentes escalas e pontos de corte para o desfecho. Esse estudo analisou de forma individual as variáveis relacionadas com atividades básicas da vida diária (auto-cuidado) e encontrou valores de incapacidade abaixo do descrito na literatura nacional, como em um estudo realizados com idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte-MG (GIACOMIN et al., 2008), onde foi encontrada uma prevalência de 16% para incapacidade funcional em atividades básicas. Outro estudo realizado na cidade de Pelotas-RS (DEL LUCA et al, 2009), encontrou índices semelhantes. Dentre as atividades de auto-cuidado, esse mesmo estudo verificou maior dificuldade nas atividades relacionadas ao controle das funções de urinar e/ou evacuar, tomar banho e vestir-se, resultados semelhantes ao encontrado nos idosos do Rio Grande do Sul.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que grande parte dos idosos possuem facilidade nas atividades menos intensas relatadas como “fácil ou muito fácil”. Quanto às atividades funcionais estudadas, percebe-se que parte das atividades relatadas como “±fácil”, são justamente aquelas usualmente exigidas em grandes cidades.

Os resultados mostram que a maioria dos idosos relatou ser fácil realizar as AVDs questionadas, poucos relataram ser difícil ou muito difícil. Concluímos que o questionamento das AVDs utilizando uma escala de grau de facilidade e dificuldade pode ser mais sensível na detecção de possíveis perdas funcionais nos idosos.

Novos estudos devem ser realizados para validar o instrumento e comprovar a eficiência do mesmo na predição de declínio funcional em idosos. O incentivo e a elaboração de projetos que visem adaptações nas

idades é um desafio contemporâneo que merece destaque, sendo esses fatores determinantes para um Envelhecimento Ativo.

REFERÊNCIAS

GIACOMIN, J. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Esporte**, v. 14, n. 1, p. 12-16, 2008.

DESROSIERS, J. et al. Normative data for grip strength of elderly men and women. **Am J Occup Ther**, v. 49, n. 7, p. 637-44, 1995 Jul-Aug 1995. ISSN 0272-9490. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7573334> >.

CRUZ, DT. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012.

DEL LUCA, GF. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

GIAMPAOLI, S. et al. Hand-grip strength predicts incident disability in non-disabled older men. **Age Ageing**, v. 28, n. 3, p. 283-8, May 1999. ISSN 0002-0729. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10475865> >.

KÄRKKÄINEN, M. et al. Association between functional capacity tests and fractures: an eight-year prospective population-based cohort study. **Osteoporos Int**, v. 19, n. 8, p. 1203-10, Aug 2008. ISSN 0937-941X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18236100> >.

LAURETANI, F. et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. **J Appl Physiol**, v. 95, n. 5, p. 1851-60, Nov 2003. ISSN 8750-7587. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14555665> >.

LIMA, AMM. et al. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Revista Interface**, 2008.

PEREIRA, R. et al. Analysis of handgrip strength from elderly women: a comparative study among age groups. **Acta Med Port**, v. 24, n. 4, p. 521-6, 2011 Jul-Aug 2011. ISSN 1646-0758. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521009> >.

MENEZES, RL. et al. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1209-1218., 2008.

SIMONSICK, E M. et al. Measuring higher level physical function in well-functioning older adults: expanding familiar approaches in the Health ABC study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, n. 10, p. M644-9, Oct 2001. ISSN 1079-5006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11584038> >.

TAKASE, G LH. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 09, p. 1738-1746, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012. 26 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf >.

Capítulo 13

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSOS GAÚCHOS

Denielli da Silva Gonçalves Bós
Miriam Souza dos Santos Vianna
Ângela Kemel Zanella

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Associação Internacional de Continência como sendo qualquer perda involuntária de urina. Sabe-se que afeta a qualidade de vida, e pode gerar problemas sociais, de higiene e sexuais, dessa forma se faz necessário a adaptação da cidade para disponibilizar mais banheiros acessíveis ao idoso e em maior número para evitar os problemas sociais decorrentes da IU, onde o idoso evitará sair de casa para não gerar constrangimentos (GOMES, 2013). De um modo mais abrangente a incontinência urinária pode ser classificada como incontinência de esforço, incontinência de urgência ou hiperatividade do detrusor e incontinência mista. No entanto, outras duas classificações também podem ser consideradas, entre elas: a incontinência urinária de transbordamento e a incontinência urinária funcional, sendo esta última muito comum no idoso (DE SOUZA, 2011).

A incontinência de esforço é a perda urinária involuntária, que ocorre após exercício físico, tosse ou espirro, isso se dá devido a um aumento da pressão na cavidade abdominal resultando em aumento da pressão vesical sobre a uretra. A Hiperatividade do Detrusor

(incontinência de urgência) é a perda involuntária de urina acompanhada ou não de urgência urinária. Pode ocorrer em diferentes formas como pequenas perdas entre as micções ou esvaziamento completo da bexiga. Já a incontinência mista é a perda involuntária de urina associada à urgência e também ao exercício, tosse, espirro ou esforço. A incontinência urinária por transbordamento caracteriza-se retenção crônica de urina sem desejo miccional que leva ao enchimento completo da bexiga, levando a perda de urina por transbordamento; e a incontinência urinária funcional ocorre em decorrência a partir de uma imobilidade ou dificuldade de locomoção independente.

A condição de incontinência urinária é muito mais prevalente em mulheres do que em homens com um aumento significativo na incidência com o aumento da idade. Vários são os fatores de risco à mesma, mas ressalta-se paridade (número de gestações), quanto maior o número de gestações maior a incidência, tipos de parto, constipação, sobrepeso, aumento da idade, afecções no trato urinário inferior, tabagismo, fraqueza da musculatura e dos ligamentos do assoalho pélvico, neoplasias, procedimentos cirúrgicos, quadros pulmonares obstrutivos que aumentem a pressão abdominal, dentre outros (TALASZ et al, 2012). A ocorrência em homens se dá principalmente após prostatectomia, também pode ser citado o aumento da idade, desordens neurológicas, internações, sintomas no trato urinário inferior, redução da funcionalidade e da cognição (NISHIZAWA et al, 2008).

Com o aumento da idade a incidência pode ser considerada mais alta, esta ocorrência da incontinência elevada se deve ao fenômeno mundial de “envelhecimento”. Mas este fato não deve ser considerado natural, pois não é parte do envelhecimento natural. A incontinência

urinária leva a perda significativa de qualidade de vida, bem como pode ser um sinalizador de fragilidade do idoso, em decorrência do aumento do declínio funcional. Na pessoa idosa isso deve ser tratado com atenção pois aumenta o estresse, a depressão e a institucionalização, tornando o indivíduo menos independente, sendo considerado assim uma comorbidade (ABRAMS et al., 2003).

Em cada caso, deve se levar em conta incontinência urinária especificamente como tipo, frequência, severidade, fatores predisponentes, impacto social, higiênico e na qualidade de vida. Devem ser utilizadas as medidas para mensurar a perda urinária, e o desejo do paciente em relação ao tratamento e suas expectativas, devem ser investigadas (MOHAMED, HASSOUNA e KASSEM, 2010).

O Guia Cidade Amiga do Idoso ressalta a importância de banheiros públicos de boa qualidade, neste âmbito podemos pensar que é muito importante a efetivação de banheiros públicos, limpos e com acessibilidade para receber este público idoso crescente. Já que a ocorrência da incontinência urinária trás consigo um constrangimento social, a disponibilidade de banheiros limpos de fácil acesso minimizaria as atitudes de isolamento e em consequência a depressão e institucionalização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Sendo assim, o objetivo desse capítulo é avaliar a prevalência de IU conforme o sexo, em idosos do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 estão apresentados os dados referentes a frequência de perda de urina na última semana conforme sexo. Onde observamos que 6367(87,0%) dos idosos entrevistados responderam não, 283(3,9%) responderam sim. Na análise por sexo, 86,2% das mulheres relataram não, contra 88,0% dos homens, já 9,2% das mulheres e 9% dos homens não souberam responder (NSR) ou recusaram-se a responder a questão e 4,7% das mulheres e 3,0% dos homens relataram sim, na última semana apresentaram alguma perda de urina ($p=0,0024$). Entretanto, relacionando apenas os indivíduos que relataram perda de urina, o que totalizou 1297 idosos, 686 (52,9%) era do sexo Feminino contra 611(47,1%) do sexo Masculino, o que mostra uma incidência maior nas mulheres.

Tabela 1 – Prevalência de perda urinária na última semana.

<i>Perda de urina na última semana</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não	3262	86,2	3105	88,0	6367	87,0	
Sim	177	4,7	106	3,0	283	3,9	
Recusa em responder	208	5,5	199	5,6	407	5,6	0,0024
NSR*	139	3,7	119	3,4	258	3,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Ao se analisar os resultados obtidos, chama a atenção o fato do baixo percentual (3,9%) de idosos que relataram terem apresentado perda de urina contra (87%) que relataram a não observação de incontinência. Apesar do fato que, segundo a literatura, o percentual de idosos que apresentam perda de urina ser menor do que os que não apresentam, o que corrobora com os resultados encontrados no questionário, as proporções dos percentuais encontrados através do

questionário são discrepantes das proporções encontradas na literatura. Segundo (ARAÚJO et al, 2010), foi observado uma incidência de 41,8% de perda urinária em um grupo de 54 idosos. No estudo de (LAZARI, LOJUDICE e MAROTA, 2009), que avaliaram 22 idosas institucionalizadas, todas relataram ter alguma perda de urina e 31,8% relataram perder urina várias vezes ao dia. E também em outro estudo (GUARISIA et al, 2001) sobre o climatério e a menopausa, em mulheres do município de Campinas, SP, Brasil. Foram selecionadas, 456 mulheres, na faixa etária de 45 a 60 anos de idade. Das mulheres entrevistadas, 35% referiram perda urinária aos esforços.

Essa discrepância na proporção dos percentuais encontrados na pesquisa relacionada com os encontrados na literatura pode ser devido ao fato de que a pessoa incontinente raramente fala sobre o assunto por constrangimento, ou desconhecimento de que existe tratamento, além da pouca afinidade com o entrevistador. Não ser considerada um problema grave ou anormal, e ser parte integrante do processo de envelhecimento, além da falta de informação sobre tratamentos adequados e os custos elevados de consulta são algumas das causas da negação e não procura por tratamento (SILVA, DE MORAES e LOPES, 2009).

Entretanto ao se analisar apenas os indivíduos que relataram perda de urina pode-se observar uma proporção similar a encontrada no estudo de (ARAÚJO et al, 2010), que, dos 41,8% dos indivíduos que relataram perda de urina, onde 62,9% eram do sexo Feminino e 37,1% do sexo Masculino. Outros estudos realizados com idosos observaram uma incidência maior de incontinência urinária nas mulheres (ARAÚJO et al, 2010; GOMES et al, 2013; LANGONI et al, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IU é um problema relatado frequentemente em diversos estudos na população idosa, no entanto no estudos dos idosos residentes do Rio Grande do Sul esse fato não ficou evidente, possivelmente devido ao entrevistado sentir-se constrangido, ou desconhecimento de que existe tratamento, além da pouca afinidade com o entrevistador, o indivíduo com IU nem sempre busca o tratamento. Dessa forma esse tema poderia ser mais abordado na mídia e na saúde coletiva, para melhorar a qualidade de vida nessa população.

De acordo com o achado encontrado neste estudo, além do conhecimento disponível na literatura sobre a incontinência urinária e suas diversas formas de tratamento, grande parte delas com baixo custo, e considerando o impacto da mesma sobre a qualidade de vida e na saúde dos idosos afetados, surge a necessidade de voltar olhares para a criação de condições mínimas no manejo e no cuidado dessa disfunção de maneira a ser oferecida dentro da Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS:

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003.

ARAÚJO, L. F. R. et al. Incontinência Urinária em Idosos. **R Min Educ F**, n. 5, p. 167-176, 2010.

LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.

DE SOUSA, J.G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Mov**, v. 24, n. 1 p. 39-46, 2011.

GOMES, A. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2013.

GUARISIA, T. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 428-35, 2001.

LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev Bras Geriatric Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 103-112, 2009.

MOHAMED, A. M.; HASSOUNA, M. S.; KASSEM, M. S. Gender differences in factors associated with patients' decisions to seek treatment for urinary incontinence in Alexandria, Egypt. **East Mediterr Health J**, v. 16, n. 11, p. 1170-82, 2010.

NISHIZAWA, O. et al. Guidelines for management of urinary incontinence. **Int J Urol**, v. 15, n. 10, p. 857-74, 2008.

SILVA, L.; DE MORAES LOPES, M. H. B. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

TALASZ, H. et al. High prevalence of pelvic floor muscle dysfunction in hospitalized elderly women with urinary incontinence. **Int Urogynecol J**, v. 23, n. 9, p. 1231-7, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012. 26 p.

Capítulo 14

DIFICULDADES DE SONO NO IDOSO GAÚCHO

Miriam Souza dos Santos Vianna

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Aline Zuardi Maia

Ângelo José Gonçalves Bós

INTRODUÇÃO

O resultado da pesquisa da Organização Mundial da Saúde sobre a Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2007) aponta que pessoas idosas queixam-se que algumas cidades são tão barulhentas que as despertam durante a noite. O idoso frequentemente apresenta dificuldades em relação ao sono, sendo essa situação agravada devido aos barulhos na cidade. Por isso a possível dificuldade no sono foi incluída na avaliação do Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS).

No sono ocorre uma mudança do estado de consciência, onde os estímulos externos são recebidos com menor intensidade (POYARES et al 2003). O sono é definido como um estado fisiológico complexo, que requer uma integração cerebral completa, onde ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais. O órgão responsável pelo sono é o cérebro, apesar de que, ainda as funções do sono se mantêm desconhecidas.

A partir da constatação de que o sono é essencial à manutenção da vida, vários estudos têm sido realizados para a melhor compreensão dos transtornos do sono e em relação aos seus efeitos (MAHOWALD,

2002). Estudo feito com ratos corrobora com a ideia da vitalidade do sono, onde ratos que ficaram sem dormir entre seis a trinta e três dias tiveram suas funções fisiológicas alteradas negativamente e até mesmo morreram. Animais mais novos suportam mais a privação de sono do que os mais velhos (AZEVEDO, 2002). Por isso o sono e o repouso são considerados funções restauradoras necessárias para a preservação da vida.

A Polissonografia (PSG) é um exame que busca identificar a causa de insônia em pacientes (TORRI, 2013). A realização da PSG é feita pelo registro assistido durante uma noite inteira de sono, com avaliação de múltiplos parâmetros, como eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletromiograma-submentoniano e de músculo tibial anterior, fluxo aéreo, esforço respiratório, eletrocardiograma e oximetria, conforme o consenso da insônia.

O tempo de sono varia de acordo com a idade. À medida que a idade aumenta o tempo de sono diminui. Para o adulto ter um estado ótimo de vigília necessita de 7 horas à 8 horas, em média, de sono com despertares que podem chegar até 5% do tempo total. Na faixa de 40-50 anos podem ocorrer uma média de 4 despertares. A partir dos 60 anos de idade o tempo de sono é de 6 horas e em relação aos despertares, a sua frequência aumenta. Na faixa de 70-80 anos podem ocorrer 8 despertares. Além disso, devemos levar em consideração que o sono possui uma arquitetura intrínseca, sendo, de um modo geral, dividido em duas fases: sono NREM (Non-Rapid Eyes Movement), que possui subdivisões e é considerado restaurador das funções orgânicas; e o sono REM (Rapid Eyes Movement), no qual ocorrem os sonhos, também chamado de sono ativo. Estas fases são subdivididas em estágios e ocorrem de forma coordenada em ciclos, que sofrem alterações com o envelhecimento, ou seja, a arquitetura sofre alterações com várias

consequências, dentre elas a privação crônica do sono, diminuição do limiar do despertar (devido a ruídos), aumento do período para início do sono (adormecer pode ser superior a 30min). O ciclo circadiano, como ocorre com ciclo sono-vigília, é controlado pelo sistema nervoso central e sofre influência de fatores ambientais como luz, temperatura e fatores sociais. O idoso tem uma perda geral no relógio circadiano com vários efeitos, dentre eles: aumento na fragmentação do sono e da frequência de cochilos durante o dia, fadiga diurna, alteração na fase de sono, o idoso deita mais cedo e acorda mais cedo. (GEIB et al, 2003; VALADRES, 1994; RODRÍGUES-BARRIONUEVO et al, 2000; CÂMARA, et al, 2002).

Segundo Calkins, (1997), a fase REM se caracteriza pela estagnação do corpo, onde os únicos movimentos existentes são os da respiração e o dos olhos. Esta paralisação seria responsável por não ocorrer representação ativa de movimentos em relação aos sonhos, pois é nesta fase que eles ocorrem. Esta fase corresponde, no idoso, a menos de 20% do sono.

A partir da literatura (MARTINEZ, 2000), observa-se através do estudo das diversas fases do sono que, no estágio 1 da fase NREM (período logo após a vigília) no cérebro aparecem ondas teta de baixa voltagem e frequência mista, correspondendo de 5% a 10% do tempo de sono. Já no estágio 2, o cérebro pode mostrar dois tipos de ondas: os complexos K e os fusos do sono, sendo este período mutável e é representado por 45% até 55% do tempo do sono. Passados 15 a 20 minutos de sono, ocorrem as ondas delta, lentas e amplas, onde o sono encontra-se nos estágios 3 e 4 e é bem parecido com o estado de coma. A quantidade de sono de ondas lentas diminui com a idade, onde observa-se que na infância corresponde a 30% do sono e, após os 60 anos, pode vir a desaparecer (fase 4 do sono).

O processo do envelhecimento causa alterações tanto na quantidade (tempo) quanto na qualidade do sono. Segundo Valadares (1994), mais da metade dos idosos que vivem em casa e até 70% dos institucionalizados são afetados por essas modificações com impacto negativo na qualidade de vida. Geib, et al, (2003) menciona que essas alterações no padrão de sono “*alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema comportamental, humor e habilidade de adaptação*”. Além das alterações que ocorrem durante o envelhecimento, outros fatores como dor, desconfortos físicos e/ou emocionais e fatores ambientais contribuem para problemas de sono. As queixas que ocorrem com frequência demonstram alterações no padrão de sono, como aumento de tempo na cama sem dormir, dificuldade em adormecer, menor duração de sono à noite, despertar mais cedo. Outras queixas que os idosos apresentam são fadiga e sonolência durante o dia, comprometimento cognitivo, aumento de cochilos e menor desempenho durante o dia. Modificações dos padrões do sono e repouso também refletem em funções imunológicas, desempenho, desorientação e retardo psicomotor, o que pode aumentar risco de acidentes e traumas, piora do estado de saúde e risco aumentado de morte (QUINHONES, 2011). A diminuição do sono no idoso também pode reduzir a autoestima (APA 2002).

A demência pode desencadear distúrbios do sono em idosos, acontecendo mudanças no ciclo sono-vigília, onde a insônia pode ocorrer, bem como o perambular noturno (QUINHONES, 2011). Estas características do sono podem estar presentes em sujeitos que tenham doença de Alzheimer. De acordo com Torri (2013), existem doenças que podem piorar a qualidade do sono, tais como as alterações de humor, a ansiedade, demências em geral, a doença de Parkinson, doenças pulmonares e gastrointestinais, diabetes, a cardiopatia e dor crônica, sendo a insônia o transtorno mais comum. Se o sujeito continua a ter

insônia por um período acima de seis, pode ser que ela esteja associada a algum tipo de patologia, como a depressão que é o transtorno mais comum.

A insônia é caracterizada como uma de insatisfação em relação à qualidade e quantidade do sono, onde existe dificuldade de iniciar e em manter o sono (vários despertares durante a noite ou demora de reiniciar o sono após o acordar noturno), sono não restaurador e despertar precoce (APA, 2002). Problemas durante o sono podem fazer com que ocorra prejuízos durante o dia, como agitação, irritabilidade e agressividade, cansaço, baixa capacidade de atenção e baixo desempenho no trabalho e nas relações interpessoais, redução da memória e da concentração e sonolência durante o dia (POYARES, 2003). Desta forma o sono pode prejudicar a participação do idoso nas suas atividades sociais e comunitária interferindo no Envelhecimento Ativo. No instrumento utilizado no PIRS foi incluída a pergunta “SAU4. Nas últimas quatro semanas, com que frequência teve dificuldade para dormir ou manter o sono sem medicamento para dormir? (se toma medicamento = tem dificuldade)”. Na análise aqui apresentada do participante que referiu ter dificuldade pelo menos uma vez por semana foi categorizado como tendo dificuldade para dormir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Presença de dificuldade para dormir pelo menos uma vez por semana

<i>Dificuldade para dormir</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	686	18,1	611	17,3	1297	17,7	0,3413
Não	3000	79,3	2833	80,3	5833	79,8	
NSR*	100	2,6	85	2,4	185	2,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à presença de dificuldade de dormir forma como o idoso participante dorme (Tabela 1), 17,7% dos entrevistados referiram ter dificuldade pelo menos uma vez por semana, nas últimas quatro semanas antes da entrevista, enquanto que 79,8% evidenciaram não ter dificuldade para dormir. Com a estratificação por gênero, 17,3% dos homens revelou dificuldade para dormir pelo menos uma vez por semana, enquanto que 18,1% das mulheres referiram tal denominação. É evidente na Tabela 15.1 que a dificuldade de idosos para dormir é associada ao gênero, porém, é bastante importante o número de idosos que tem dificuldade para dormir pelo menos uma vez por semana.

Tabela 2 – Presença de dificuldade para dormir pelo menos uma vez por semana conforme faixa etária

<i>Dificuldade para dormir</i>	<i>60 – 69 anos</i>		<i>70 – 79 anos</i>		<i>80 – 89 anos</i>		<i>90 anos ou mais</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	564	14,8	506	19,9	213	23,7	14	21,2	1297	17,7
Não	3153	82,7	1970	77,7	662	73,6	48	72,7	5833	79,7
NSR*	95	2,5	61	2,4	25	2,8	4	6,1	185	2,5
Total	3812	52,1	2537	34,7	900	12,3	66	0,9	7315	100

P=< 0,0001; *Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Conforme Tabela 2, em relação à dificuldade de dormir pelo menos uma vez por semana e a faixa etária, verifica-se que 14,8% das pessoas com faixa etária entre 60 – 69 anos disseram ter dificuldades para dormir, pelo menos uma vez por semana, enquanto que 23,7% dos idosos entre 80 – 89 anos, referiram ter dificuldade para dormir pelo menos uma vez por semana. Observamos também na tabela que a percentagem de idosos que não referem dificuldade para dormir diminui progressivamente com a idade, reforçando o estudo de Prinz, et. al¹ (1990). Segundo os autores, distúrbios do sono são comuns em idosos e são resultado de mudanças psicológicas que ocorrem com a idade, além de também serem

parte do processo natural de envelhecimento. Este fato pode ser apoiado pelo estudo de Roehrs² (1983), onde em 97 pacientes entre 61 e 81 anos, comparando 264 pacientes de meia idade (41 a 60 anos) e 202 jovens (20 a 40 anos), foi constatado que 23% dos idosos apresentavam problemas de insônia. Este percentual pode ser considerado próximo dos 18% encontrados no questionário realizado, visto que nos pacientes de meia idade, Roehrs² relatou 11% com dificuldades para dormir e nos jovens apenas 4%. Podemos, portanto, avaliar que os pacientes analisados seguem o mesmo perfil do estudo de Roehrs², com uma incidência insônia em torno de, 20% dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito antigamente a criança era vista como as outras pessoas, porém, através do estudo da pediatria, foi possível perceber que a infância possui características próprias, tanto em questões fisiológicas como psíquicas. O desenvolvimento da Gerontologia vem favorecer também a compreensão em relação a fase que o idoso vive, considerando suas particularidades, onde apresentam características próprias também referidas ao padrão do sono e suas consequências clínicas.

Conforme Torri (2013), para auxiliar a qualidade de vida do idoso, deve ser realizada a higiene do sono, como a regularidade na hora de dormir e acordar, sendo o quarto utilizado somente para dormir ou ter relações sexuais, onde não é indicado ficar várias horas na cama sem “pegar” no sono. Segundo a autora, a chamada higiene do sono começa no período anterior à ida do idoso para cama, pois devemos evitar ambientes muito iluminados e com barulho, tendo sempre uma temperatura agradável. Também não é indicado realizar leituras, ouvir músicas e ver programas de televisão que causem ansiedade. Idosos são

também mais propensos aos efeitos da cafeína que é um importante estimulante e, portanto, afeta a qualidade do sono. Ingestão de álcool e refeições volumosas também são fatores que interferem na qualidade do sono.

É importante a realização de atividade física regular, pois é estabelecida uma excelente relação custo benefício. Idosos com Transtorno do Ritmo Circadiano devem realizar atividades que sejam moderadamente estimulantes no entardecer, para que a liberação de melatonina no organismo ocorra de maneira mais lenta ou que seja retardada em duas ou três horas e a manutenção dessas medidas após o reestabelecimento do sono em horário adequado deve ser prioridade para ter boa qualidade de sono e de vida, regularidade no horário de dormir e acordar (TORRI, 2013).

REFERÊNCIAS

GEIB, L.T.C. et al. Sono e envelhecimento. **R Psiquiatr RS**, v. 25, n.3, p.453-465, 2003.

VALADRES, N.D.C. Distúrbios de sono no idoso. In: CANCADO, F. A. X. **Noções práticas de geriatria**. Coopmed Editora, 1994, p. 234-240.

RODRÍGUES-BARRIONUEVO, AC, et al. Revisión de los transtornos del sueño en la infancia. **Rev Neurol Clin**, n.1, p.150-171, 2000.

CÂMARA V.D. et al. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS EV, PY L, NERI AL et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002, p. 190-195.

PRINZ P.N. et al. Sleep Disorder sand Aging. **Engl J Med**, v.323, p.520-526, 1990.

ROEHRS T.; ZORICK F.; SICKLESTEEL J.; WITTIG R.; ROTH T. Age-related sleep-wake disorders at a sleep disorder center. **J Am Geriatr Soc**, v.31, n.6, p.364-70, 1983

- TORRI, D. **Distúrbios do Sono**. Especialização de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2013.
- MAHOWALD, M.W. Transtorno do Sono. **Neuro Psico News**, São Paulo, n. 43, p.3-7, 2002.
- AZEVEDO, J.R.D. **Sono Uma Parte Importante da Vida**. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br> Acesso em: 30 out. 2002.
- POYARES, D. et al. I Consenso Brasileiro de Insônia. PRIMEIRA São Paulo: Hypnos, 45 p.,2003.
- CALKINS, E. et al. **Geriatria Prática**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter,1997.
- MARTINEZ, D. **Como vai seu sono?** Porto Alegre: AGE, 2000.
- QUINHONES, M.S.; GOMES, M.M. Sono no Envelhecimento Normal e Patológico: Aspectos Clínicos e Fisiopatológicos. **Rev Bras Neurol**, São Paulo, v. 47, n. 1, p.31-42, 2011.
- American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª Edição, 2002.
- BUSSE, E.W. et al. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Capítulo 15

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Claudine Lamanna Schirmer
Maria Marina Serrão Cabral

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é irreversível. No Rio Grande do Sul (RS), 13,6% da população gaúcha é formada por idosos. Porto Alegre é a capital do Brasil em maior número percentual de idosos (15,04%) (IBGE, 2011).

Existe uma necessidade atual de identificar os fatores relacionados ao envelhecimento sadio e com qualidade de vida. (CAMPOS, 2006), sendo nutrição saudável um destes fatores. A boa nutrição está diretamente relacionada ao controle clínico de muitas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's) - estados permanentes ou de longa permanência – como o diabetes, hipertensão e obesidade, que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Ainda que não sejam fatais, essas condições crônicas tendem a acometer muitas pessoas idosas e, frequentemente, estão associadas (morbidades) (MS, 2006).

Através da avaliação nutricional, é possível identificar indivíduos em risco nutricional elevado para agravos à sua saúde e propor programas de intervenção com o objetivo de reduzi-los (COELHO e FAUSTO, 2002). Um estado nutricional saudável está relacionado a uma

maior sobrevida permitindo que as pessoas cheguem à longevidade com mais facilidade (CAMPOS, 2006).

Os parâmetros antropométricos coletados no grupo estudado foram: peso corporal em quilogramas, estatura e circunferência da cintura em centímetros. Existem vários métodos para avaliar o estado nutricional das pessoas, entre eles sobressair-se a antropometria, que se constitui em um método de investigação científico não invasivo, de fácil execução, baixo custo, simples e de alta confiabilidade. No entanto, é necessário ter cuidados específicos com a avaliação nutricional das pessoas idosas e levar em consideração algumas peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento ocasiona a redução gradual da estatura, alterações da composição corporal pelo aumento da massa gorda e redução da massa magra. (WHO, 1995; BECK et al., 1999; WAITZBERG, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao peso dos idosos, foi verificado que os homens apresentaram um valor médio superior ($76,5\text{kg} \pm 12,1\text{kg}$) se comparados às mulheres, onde a média de peso foi de $68,80\text{kg} \pm 11,63\text{kg}$, muito provavelmente devido ao valor médio da estatura ser igualmente maior nos homens ($169,62\text{cm} \pm 7,27\text{cm}$) comparado às mulheres ($162,41\text{cm} \pm 7,61\text{cm}$). Dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Parâmetros antropométricos dos idosos entrevistados.

<i>Parâmetros antropométricos</i>	<i>Feminino</i>			<i>Masculino</i>			<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	
Peso (kg)	3650	68,8077	±11,6302	3436	76,5581	±12,0975	<0.0001
Estatura (cm)	3619	162,4131	±7,6190	3434	169,6269	±7,2760	<0.0001
IMC (kg/m ²)	3597	26,0962	±3,9607	3410	26,5467	±3,5731	<0.0001
Circunferência da cintura (cm)	3521	89,0040	±13,6522	3259	93,0191	±13,5083	<0.0001

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Como relatado, no processo de envelhecimento, a composição corporal se altera, o tecido adiposo aumenta e o muscular diminui. Com isso, é importante que os padrões de referência sejam específicos para as pessoas idosas. O Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado para identificar mudanças no estado nutricional também em pessoas idosas. O IMC é calculado através de duas medidas antropométricas: peso em quilograma dividido pela estatura em metro ao quadrado. Os pontos de corte do IMC para o idoso são superiores aos do adulto, isto se deve a maior susceptibilidade a doenças que este grupo apresenta, necessitando assim de uma maior reserva de tecidos, que o protege contra a desnutrição (CUPPARI, 2002). A classificação proposta por LIPSCHITZ (1994) considera as modificações na composição corporal da pessoa idosa recomendando pontos de corte para baixo peso abaixo de 22 kg/m² e sobrepeso e acima de 27 kg/m².

Através da análise do IMC destes idosos, pode-se verificar um IMC médio de 26,09 kg/m² ± 3,96 kg/m² nas mulheres e IMC ligeiramente superior nos homens (26,54 kg/m² ± 3,57 kg/m²), ambos classificados como eutróficos, segundo parâmetros de Lipschitz. Dados apresentados na Tabela 1.

Dados antropométricos adicionais devem ser aferidos para melhor avaliar a composição corporal (MAHAN e SCOTT-STUMP, 2002).

Parâmetros de composição corporal como massa gorda e muscular além do tamanho ósseo afetam medidas antropométricas como as circunferências (HEYWARD e STOLARCZYK, 2000). A Circunferência da Cintura (CC) é uma das principais circunferências utilizadas na prática clínica. A CC está relacionada à presença de gordura visceral que é um valor preditivo para o aumento da doença cardiovascular. Navarro (2001) atribui à gordura visceral maior valor preditivo para a doença cardiovascular do que a relação entre peso e estatura do IMC.

No que diz respeito à CC (dados apresentados na Tabela 1) as mulheres apresentaram um valor médio significativamente menor ($89\text{cm} \pm 13,65\text{cm}$) comparadas aos homens ($93,01\text{cm} \pm 13,50\text{cm}$). Os pontos de corte para tal classificação foram preconizados pela World Health Organization (WHO, 1998), de acordo com o grau de risco para complicações metabólicas associadas à obesidade: risco elevado para mulheres ($\text{CC} > 80\text{cm}$) e para homens ($\text{CC} > 94\text{cm}$), e risco muito elevado $\text{CC} > 88\text{cm}$ e $\text{CC} > 102\text{cm}$, para mulheres e homens, respectivamente. Com isso, as mulheres foram classificadas em risco muito aumentado e os homens não se encontravam em risco para complicações metabólicas.

Em pessoas idosas, o IMC, além de ser um fator de risco para morbimortalidade, também é relacionado à independência funcional, maior mobilidade e preservação do estado mental (WHO, 1995). No total, 60,2% ($n=461$) das mulheres idosas e 39,8% ($n=305$) dos homens idosos foram classificados em baixo peso, 54% ($n=1.479$) dos homens idosos e 46% ($n=1.261$) das mulheres idosas em estado de sobrepeso. Dentro dos pontos de corte para a normalidade, encontraram-se 53,6% ($n=1.875$) das mulheres idosas e 46,4% ($n=1.626$) dos homens idosos. Vale ressaltar que 4,2% ($n= 308$) dos idosos entrevistados não tiveram a aferição do

peso e/ou estatura, sendo esses impossibilitados de se realizar o cálculo do IMC. Os dados referentes ao IMC são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação do IMC.

Classificação do IMC	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Magro	461	60.2	305	39.8	766	10.5	
Normal	1875	53.6	1626	46.4	3501	47.9	
Obeso	1261	46.0	1479	54.0	2740	37.5	<0,0001
IND*	190	61.7	118	38.3	308	4.2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Informação não disponível; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em estudo semelhante verificou-se uma tendência de maiores proporções de magreza e sobrepeso na população idosa em comparação com adultos na faixa etária de 20 a 40 anos. A prevalência de magreza em mulheres idosas (8,4%) foi 1,2 vezes maior em comparação com as jovens (6,9%). Quanto ao sobrepeso, verificou-se uma frequência de 2,5 mais em mulheres idosas (18,2%) quando comparadas as jovens (7,2%) (TAVARES e ANJOS, 1999).

Tavares e Anjos (1999) observaram que as alterações nutricionais apresentaram grandes variações entre as regiões do país. O sobrepeso prevaleceu nas regiões Sul e Sudeste. Concluíram que o sobrepeso é um problema urbano, com variações regionais. Na região Sul, o excesso de peso em mulheres também foi elevado na área rural, refletindo diferenças na prevalência de fatores relacionados ao sobrepeso como condições de vida, história ocupacional e estilo de vida. Entre os fatores os autores destacam a atividade física e consumo alimentar diferenciado nas diversas realidades sociais e culturais brasileiras.

De acordo com estudo de Campos et. al. (2006), constatou-se que há maior prevalência de eutrofia e sobrepeso, e baixa prevalência de obesidade e baixo peso em idosos. As variáveis associadas com mudanças no estado nutricional foram gênero, escolaridade, renda familiar, DCNT's e idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação nutricional não é simples de ser realizada, pelo contrário, é uma avaliação complexo e multifatorial, visto que nenhum método isolado de avaliação deva ser utilizado. No entanto, para estudos de perfis epidemiológicos, a avaliação antropométrica – antropometria - que faz parte da avaliação nutricional ainda parece ser um interessante indicador do estado nutricional de idosos, apesar das suas limitações.

É recomendado que a avaliação nutricional seja realizada concomitantemente a outras avaliações. A avaliação clínica, dietética e bioquímica auxilia no correto diagnóstico nutricional das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

BECK, A. M.; OVESEN, L.; OSLER, M. The mini nutritional assessment (MNA) and the “determine your nutritional health” checklist (NSI checklist) as predictor of morbidity and mortality in an elderly Danish population. **Br J Nutr.** v. 81, p. 31-6, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Marta Alice Gomes et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Rev Assoc Med Bras.** v. 52, n. 4, p. 214-21, 2006.

COELHO A. K.; FAUSTO M. A. Avaliação pelo nutricionista. In: Maciel A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

CUPPARI, Lilian. *Nutrição Clínica no Adulto*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

HEYWARD, V. H.; STOLARCZYK, L. M. **Avaliação da composição corporal aplicada**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 12 nov 2013.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. v. 21, n. 4, p. 55-67, 1994.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**, 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

TAVARES, Elda Lima; ANJOS, Luiz Antonio dos. Perfil Antropométrico da População Idosa Brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad Saúde Pública** [online]. v. 15, n. 4, p. 759-768, 1999.

WAITZBERG D. L.; FERRINI, M. T. Exame Físico e Antropometria. In: Waitzberg DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 255-78.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry**. Report of a WHO expert committee. Geneva: 1995. Disponível em: <http://www.who.int/en>. Acesso em 15 nov 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity -preventing a managing the global epidemic**. Report of who consultation on obesity. Geneva: 1998. Disponível em: <http://www.who.int/en>. Acesso em 15 nov 2013.

Capítulo 16

PERDAS DENTÁRIAS E USO DE PRÓTESES EM IDOSOS GAÚCHOS

Andressa Lewandowski

Rejane Eliete Luz Pedro

Vaneila Bortolini

INTRODUÇÃO

Dos problemas bucais existentes no paciente da terceira idade, a perda de dentes é um dos mais frequentes. A perda da dentição permanente influencia na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na gustação, na pronúncia e na estética (CLOSS e SCHWANKE, 2012; ROSA et al, 2008).

Perda dentária em razão de cáries e doença periodontal permanece prevalente em todo o mundo, apesar do progresso na prevenção e no tratamento precoce. A alta incidência de perdas dentárias em idosos é uma realidade que a população brasileira enfrenta apesar de todo avanço da odontologia, sendo que as extrações dentárias produzem incapacidades importantes que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes (CAVALCANTI, 2008, CARVALHO, 2003).

A habilidade para mastigar uma variedade de alimentos de diferentes texturas e valores nutricionais representa o principal benefício proporcionado pelos dentes, e o número e a distribuição de dentes naturais, assim como a presença de próteses, influenciam na facilidade e no conforto em mastigar (HUTTON, 2002; WALLS, 2004).

A saúde bucal debilitada em idosos pode contribuir para alterações de peso, na dependência da idade e de outras características populacionais. A manutenção de dentes em idades avançadas parece ser de importância em função de prover condições para consumir uma dieta variada, particularmente rica em frutas e vegetais, assim, esta associação possa ser positiva na relação com a prevenção da ocorrência das doenças sistêmicas no envelhecimento (RITCHIE et al, 2002).

Pouca atenção tem sido dada ao impacto que a perda dentária pode causar na habilidade mastigatória de idosos independentes e nas alterações alimentares dela decorrentes, as quais são fatores determinantes do estado nutricional destes indivíduos. (MARCENES et al, 2003).

Além disso, a perda dentária é a causa mais frequente do comprometimento da mastigação, estando relacionada com a redução da capacidade mastigatória e da percepção da habilidade mastigatória. Pacientes edêntulos (sem dentes) tem reduzida capacidade de mastigação e menor consumo de frutas e vegetais em comparação com indivíduos dentados, assim, se a dieta de usuários de dentaduras pode ser melhorada, fatores psicossociais, bem como à capacidade de mastigação percebida, deve ser tratada. (MOYNIHAM, 2001; MOYNIHAM, 2008).

É ampla a evidência através das pesquisas que idosos com comprometimento da função mastigatória modificam suas dietas. Mesmo com reabilitação protética, muitos indivíduos ainda apresentam dificuldade na mastigação de determinados alimentos. Como consequência, se desenvolve uma tendência destes indivíduos consumirem alimentos mais macios ou processados (FRIEDLANDER, 2007). Os resultados destas análises indicam que idosos com número reduzido de dentes naturais têm

uma dieta de baixa qualidade. Em pesquisa realizada com idosos acima de 80 anos, Österberg e colaboradores (2002) reportaram que indivíduos com maiores perdas dentárias tiveram um consumo aumentado de pastas e cremes e uma menor ingestão de vegetais do que aqueles com um estado bucal mais preservado.

Dentaduras não falham somente em compensar completamente a falta de eficiência na mastigação após perdas dentárias, como podem não restaurar a confiança do indivíduo na sua habilidade de mastigar. Embora próteses totais possam ajudar com aspectos estéticos e funcionais, até certo ponto, o déficit nas percepções neurosensoriais e na força mastigatória são irreversíveis (YOSHIHARA, 2005).

Entretanto, Sheiham et al (2001) sugere que entre os idosos que possuem alguns dentes naturais, existe uma grande proporção que necessita do uso de próteses em combinação com estes dentes para melhorar aparência e função, pois a função bucal deste grupo é frequentemente um pouco melhor do que aquela dos usuários de prótese total.

Em um estudo conduzido com idosas independentes norte-americanas, o consumo de diferentes tipos de alimentos esteve associado com o número de dentes remanescentes, e os autores sugerem que limitações na capacidade mastigatória poderiam explicar parcialmente estas diferenças nas escolhas dietéticas (HUNG et al, 2005).

Chai e colaboradores (2006) concluíram que idosas independentes que utilizam dentaduras e têm dificuldade em mastigar e deglutir tem um risco aumentado de desnutrição, fragilidade e mortalidade. Neste estudo, o uso de próteses totais e a dificuldade em mastigar e deglutir estiveram associadas com uma alta proporção de idosas com baixo Índice de Massa

Corporal (IMC), o qual representa um fator de risco para aumento na mortalidade entre idosos.

Em uma revisão de literatura, Hutton et al (2002) observou que os alimentos mais duros e fibrosos como frutas, vegetais e carnes, os quais são tipicamente as maiores fontes de vitaminas, minerais e proteínas, foram considerados difíceis ou quase impossíveis de mastigar entre idosos. Hutton também sugere que edêntulos apresentam carência de nutrientes específicos e que estas deficiências podem culminar em um aumento da incidência de várias desordens de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perda Dentária

Os idosos que não souberam responder quantos dentes possuem em sua boca corresponderam a 40,7%, dentre aqueles que responderam, 23,2% declararam ter 20 dentes, 13,6% entre 19 e 10 dentes, seguido de 12,7% que não possuem dentes e 9,9% possuem de 1 a 9 dentes.

Tabela 1 - Número de dentes referidos.

<i>Número de dentes</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nenhum dente	505	13,3	421	11,9	926	12,7
1-9 dentes	380	10,0	343	9,7	723	9,9
19-10 dentes	545	14,4	447	12,7	992	13,6
20 dentes ou mais	878	23,2	818	23,2	1696	23,2
NSR*	1478	39,0	1500	42,5	2978	40,7
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em um estudo, o edentulismo correspondeu a 30,5% da amostra e entre os dentados observou-se uma média de 17 dentes perdidos (TORRES, 2003).

Dados de 2003, no Rio Grande do Sul o grupo etário de 65-74 anos de idade, apresentou o CPOD (número de dentes perdidos, cariados e obturados) de 26,65, com 92,27% da composição representada por dentes perdidos (SES, 2003). Conforme dados da mesma pesquisa, entre os idosos, o edentulismo se reflete também nos dados sobre a condição periodontal, quando se avaliam os sextantes examinados, observou-se uma alta prevalência de sextantes excluídos (21%) e de não examinados (58,17%) o que representa uma ausência dos elementos dentários (SES, 2003).

Em um estudo com indivíduos idosos japoneses sobre ingestão alimentar e número de dentes, observou que a ingestão de frutas e vegetais e seus derivados eram mais baixos em indivíduos com menos dentes (0 a 19 dentes), em comparação ao grupo com mais dentes (20 e mais dentes). Ressaltando também que ingestão adequada de vitaminas (contidas nos vegetais e frutas) teria como intuito prevenir doenças cardiovasculares, gastrointestinais e outros problemas de saúde, sendo possível que uma incapacidade mastigatória possa ser um fator de risco para doenças. Peixes e frutos do mar contêm mais vitaminas, magnésio e cálcio do que a carne. Em um estudo prévio havia uma significativa relação entre o número de dentes presentes e a ingestão de legumes e frutas, bem como a ingestão de vitaminas, minerais e fibras, sendo que pacientes usuários de dentaduras consumiam menos desses alimentos (YOSHIHARA et al, 2005).

Uso de próteses

Dos idosos entrevistados, 25,6% usam prótese total superior, seguido de 14,7% usam prótese total inferior, 13,6% usam prótese parcial superior, 13% usam prótese parcial inferior.

Em relação às mulheres idosas, 27,3% usam prótese total superior, 15,8% prótese dentária total inferior, 14,3% prótese parcial superior, 13,4% prótese parcial inferior.

Já os homens idosos, 23,7% usam prótese total superior, seguido de 13,6% que usam prótese total inferior, 12,9% usam prótese parcial superior e 12,5% usam prótese parcial inferior.

Com esses resultados percebe-se que o maior percentual de idosos faz uso de próteses totais superiores, sendo mais alto nas mulheres, possuindo essa ausência total de dentes (edêntulas).

Tabela 2 - Possui prótese dentária.

<i>Usa prótese</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Total superior	1033	27,3	838	23,7	1871	25,6	0,0005
Parcial superior	542	14,3	455	12,9	997	13,6	0,0763
Total inferior	597	15,8	479	13,6	1076	14,7	0,0080
Parcial inferior	506	13,4	442	12,5	948	13,0	0,2849
Nenhum*	1120	29,6	1141	32,3	2261	30,9	0,0110

*Estão incluídos os dados sobre o uso de óculos e aparelho auditivo;

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso País, especialmente entre os idosos. Em torno de 34,18% dos idosos entre 65-74 anos não usam prótese total inferior, e 23,81% dos idosos necessitam de prótese total no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De Marchi consegue em seu estudo realizar recomendações de consumo diário de frutas e legumes de acordo com a OMS para pacientes idosos edêntulos (mais de 60 anos). Concluiu que o consumo inadequado de frutas e hortaliças no edentulismo com a utilização de apenas uma

dentadura, edentados usando apenas uma dentadura eram menos propensos a consumir pelo menos frutas e legumes.

Pacientes dentados foram comparados com edêntulos usuários de próteses totais convencionais superiores e inferiores implanto-suportadas, avaliando o desempenho mastigatório do alimento observou-se que os indivíduos dentados apresentaram melhor desempenho mastigatório de 40% do que os pacientes desdentados reabilitados com as próteses totais convencionais (POCZTARUK, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados relacionados à saúde bucal do estudo sobre o perfil dos idosos do RGS, percebe-se que a falta de prevenção, de informação e conseqüentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenham seus dentes até idades mais avançadas é de grande importância para a saúde no geral, auxiliando na prevenção das doenças no envelhecimento.

Assim, um dos principais desafios na odontologia geriátrica é conseguir com que as pessoas mantenham ao longo da vida o maior número possível de dentes naturais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB BRASIL 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.

CHAI, J. et al. Influence Of Dental Status On Nutritional Status Of Geriatric Patients In A Convalescent And Rehabilitation Hospital. **Int J Prosthodont**, v. 19, n. 3, p. 244-249, 2006.

CAVALCANTI, R.V.A; BIANCHINI, E.M.G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. **Rev. CEFAC**, v.10, n.4. out/dez. 2008.

CARVALHO JAM, GARCIA RA. O Envelhecimento Da População Brasileira: Um Enfoque Demográfico. **Cad Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 725-733, 2003.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, no. 5, p. 1313--1320, 2005

CORMARCK, E. **A saúde oral do idoso**. 2012. Disponível em:<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id-174&idesp=19&ler=s>>. Acesso em 27 de julho de 2013.

FRIEDLANDER, A. H. et al. Syndrome: pathogenesis, medical care and dental implications. **Jam Dent Assoc**, v.138, n. 2, p. 179-187, 2007.

HUNG, H-C.; COLDITZ, G.; JOSHIPURA, K. J. The Association Between Tooth Loss And The Self-Reported Intake Of Selected Cvd-Related Nutrients And Foods Among Us Women. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 3, p. 167-73, 2005.

HUTTON, B.; FEINE, J.; MORAIS, J. Is there an Association Between Edentulism and Nutritional State? **J Can Dent Assoc**, v. 68, p. 82-87, 2002.

MARCENES, W. et al. The Relationship Between Dental Status, Food Selection, Nutrient Intake, Nutritional Status, And Body Mass Index In Older People. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 809-816, 2003.

MOYNIHAM, P.; BRADBURY, J. Compromised Dental Function and Nutrition. **Nutrition**, v.17, n. 2, p. 177-178, Feb 2001.

MOYNIHAM, P.; BRADBURY, J. et al. Perceived chewing ability and intake of fruit and vegetables. **Source J Dent Res**, v.87, n. 9, p. 888, 2008.

ÖSTERBERG, T. et al. Masticatory Ability In 80-Year-Old Subjects And Its Relation To Intake Of Energy, Nutrients And Food Items. **Gerodontology**, v. 19, n. 2, p. 95-101, 2002.

PADILHA, D. M. et al. Number of teeth and mortality risk in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.63, n. 7, p. 739-744, 2008.

POCZTARUK, R. L et al. Avaliação da mastigação em pacientes com dentição natural e usuários de prótese total suportada por implantes. **Rev de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 3, p. 169-174, 2009.

RITCHIE, C. S. Et al. Nutrition As A Mediator In The Relation Between Oral And Systemic Disease: Associations Between Specific Measures Of Adult Oral Health And Nutrition Outcomes. **Crit Rev Oral Biol Med**, v. 13, p. 291-300, 2002.

WALLS, A.W.G.; STEELE, J. G. The Relationship Between Oral Health And Nutrition In Older People. **Mech Ageing Dev**, v. 125, p. 853–857, Dec 2004.

YOSHIHARA, A. et al. The relationship between dietary intake and the number of teeth in elderly japanese subjects. **Gerodontology**, v. 22, n. 3, p. 211-208, 2005.

Capítulo 17

PREVALÊNCIA DE TONTURA E FALTA DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Cristina Loureiro Chaves Soldera

Stéfani Ribeiro Rodrigues

Denielli da Silva Gonçalves Bós

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

INTRODUÇÃO

Entre as alterações funcionais e estruturais no organismo decorrentes do envelhecimento encontramos as alterações do equilíbrio. A falta de equilíbrio está diretamente relacionada ao avanço da idade e é uma das queixas mais frequentes da população idosa. Essa alteração pode ser caracterizada por tontura, vertigem, desequilíbrio e quedas (DATASUS, 2007).

Para nos mantermos em equilíbrio necessitamos de mecanismos que trabalham em conjunto e são dependentes um do outro. Esses mecanismos são a visão, a propriocepção e o sistema vestibular. Além deles, temos o sistema nervoso central (SNC), que organiza as informações dos três organismos e formula as respostas para os sistemas motores (SOARES, 2007).

O envelhecimento dos olhos, músculos, tendões, articulações, pele e/ou labirinto posterior podem levar à tontura e ao desequilíbrio. É descrita uma diminuição da acuidade visual, redução de células ciliadas e de neurônios vestibulares em idosos, que resultam em perda de funções

de dois importantes componentes responsáveis pela manutenção do equilíbrio (SOARES, 2007; CAOVIALLA et al., 2000).

O comprometimento das habilidades do SNC pelo processo degenerativo característico do envelhecimento afeta o processamento dos sinais visuais, proprioceptivos e vestibulares responsáveis pela manutenção do equilíbrio. Além disso, ocorre a diminuição da capacidade de modificações dos reflexos adaptativos que são necessários para o equilíbrio corporal (RUWER, ROSSI E SIMON, 2005).

As manifestações dos distúrbios do equilíbrio geram uma dependência que por sua vez leva o idoso a diminuição de relações sociais, reduzindo as atividades de vida diária, nesse capítulo serão abordados os dados obtidos referentes à frequência de problemas em manter-se em pé por tontura ou por falta de equilíbrio, queixas frequentes no idoso relacionadas ao processo de envelhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 são apresentados os dados referentes à frequência de problemas em manter-se em pé por tontura ou falta de equilíbrio. Do total de idosos, 67,3% (4.926) relataram que nunca percebem este desfecho, enquanto 23,3% (1.707) dos entrevistados responderam que às vezes possuem esta dificuldade e apenas 1% (76) dos indivíduos disseram que sempre possuem esse problema. Ao realizar a associação desta dificuldade com o sexo, evidenciou-se que 69,5% dos homens e 65,3% das mulheres nunca perceberam problemas em permanecer na posição de pé por tontura ou falta de equilíbrio. Ainda com relação a este problema, 25% das mulheres e 21,6% dos homens identificaram às vezes a dificuldade e apenas 1,1% dos homens e 1% das mulheres referiu que sempre observam tal problema. Houve associação significativa entre sexo

e as frequências de dificuldade em manter-se em pé por tontura ou falta de equilíbrio.

Tabela 1 – Frequência de problemas em manter-se de pé por tontura ou falta de equilíbrio

<i>Frequência de problemas</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sempre	38	1,0	38	1,1	76	1,0	
Muito frequente	44	1,2	21	0,6	65	0,9	
Frequentemente	112	3,0	69	2,0	181	2,5	
Às vezes	945	25,0	762	21,6	1707	23,3	<0,0001
Nunca	2473	65,3	2453	69,5	4926	67,3	
NSR*	174	4,6	186	5,3	360	4,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Como já citado, é esperado que o idoso enfrentasse diversos desafios para manter-se independente (WHO, 2012). Um dos grandes desafios é a saúde, uma vez que quase a metade dos idosos brasileiros já apresenta algum tipo de doença (IBGE, 2010). Estudiosos relatam que a tontura é um sintoma percebido de 13 a 38% dos idosos (SIMOCELI et al., 2003). No presente estudo, também foi encontrado que a maioria dos idosos nunca percebeu problemas para manter-se em pé, mas que 24,3% dos entrevistados percebem às vezes ou sempre esse problema. A tontura, o desequilíbrio progressivo à marcha, as quedas e outros sintomas associados são frequentes em idosos e estão diretamente relacionados ao avanço da idade (CAOVILLA et al., 2000).

No estudo realizado por Cabral et al. (2009) no qual foi avaliada a queixa de tontura e sua interferência na qualidade de vida de indivíduos idosos, 29,41% dos homens e 70,58% das mulheres apresentaram este problema. No presente trabalho também foi encontrado que as mulheres apresentam mais problemas referentes ao equilíbrio quando comparado

aos homens, porém a diferença, apesar de maior nas mulheres, não foi tão evidente como no estudo de Cabral et al. (2009). Devemos ressaltar o fato de a entrevista da presente pesquisa ter sido realizada por pesquisadores sem experiência ou treinamento específico na área de saúde. Desta forma, pode ter ocorrido dificuldades no entendimento tanto por parte do entrevistador, quanto do entrevistado, do significado ou da percepção de tontura ou falta de equilíbrio na população estudada.

Queixas como tontura e falta de equilíbrio podem ser agentes facilitadores para o risco de quedas em idosos, fato este que merece ênfase frente às suas consequências para com a saúde dos idosos e seu bem-estar físico, social e emocional (CABRAL et al., 2009). Dos idosos entrevistados, 67,3% (4926) referiram nunca perceber dificuldade para ficar em pé por tontura ou desequilíbrio. Este dado corrobora a afirmação de Perracini (2005) de que os indivíduos idosos apresentam uma tendência a não dar importância a simples episódios de quedas, pois acreditam que as dificuldades de equilíbrio e do andar, sejam decorrentes do fator idade. Isto faz com que os problemas de equilíbrio não sejam diagnosticados adequadamente propiciando um advento futuro de queda com maior gravidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial previsível e inevitável (WHO, 2012), porém as consequências que podem levar a comorbidades e morbidades podem e devem ser evitadas. A dificuldade que o idoso apresenta para manter-se em pé por tontura ou falta de equilíbrio, que pode levar a quedas e, por consequência, fraturas, merece especial atenção por parte dos profissionais da área da saúde. A mínima queixa não pode ser desconsiderada e merece encaminhamento para avaliações específicas com profissionais habilitados para tal. Desta forma, é possível detectar

precocemente o problema, iniciando atividades preventivas e de orientação que podem evitar ou retardar uma situação de imobilidade e incapacidade física dos idosos, preservando a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

CABRAL, Geovana Teodoro Rossetti; CORREA, Lorena Bernardes; SILVEIRA, Silvana Rocha da; LOPES, Rafaella Papalino. Interferência da queixa de tontura na qualidade de vida dos idosos cadastrados na UBS do bairro Araçás, Vila Velha/ES. **Rev Acta Otorrinolaringol.** v.27, n.2, p.58-63, 2009.

CAOVILLA, Heloísa Helena; GANANÇA, Maurício Malavasi; MUNHOZ, Mário Sérgio Lei; SILVA, Maria Leonor Garcia; GANANÇA, Fernando Freitas. **Presbivertigem, presbiataxia, presbizumbido e presbiacusia.** In: SILVA, Maria Leonor Garcia; MUNHOZ, Mário Sérgio Lei; GANANÇA, Maurício Malavasi; CAOVILLA, Heloísa Helena. Quadros clínicos otoneurológicos mais comuns. São Paulo: Atheneu, 2000. p.153-158.

DATASUS. **Mortalidade em Idosos por Quedas 1997 – 2007.** Regiões do Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 nov 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 nov 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso:** 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>. Acesso em: 08 dez 2012.

PERRACINI, Monica Rodrigues. Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso. In: RAMOS, Luiz Roberto, TONIOLO NETO, João. **Geriatría e Gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/** Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Manole [versão online]. 2005 Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/artigo_quedas_monica_perracin.p.pdf>. Acesso em 22 abr 2011.

RUWER, Sheelen Larissa; ROSSI, Angela Garcia; SIMON, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.71, n.3, p.298-303, 2005.

SIMOCELI, Lucinda; BITTAR, Roseli Moreira Saraiva; BOTTINO, Marco Aurélio; BENTO, Ricardo Ferreira. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.69, n.6, p.772-7, 2003.

SOARES, Elizabeth Viana. Reabilitação vestibular em idosos com desequilíbrios para marcha. **Perspectivas Online**, Campos dos Goytacazes, v.1, n.3, p.88-100, 2007. Disponível em: <[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2007vol1n3/volume%201\(3\)%20artigo8.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2007vol1n3/volume%201(3)%20artigo8.pdf)>. Acesso em 11 nov 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Good health adds life to years. **Global brief for world health day 2012**. Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. Acesso em: 10 nov 2012.

Capítulo 18

AS QUEDAS NOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Íride Cristofoli Caberlon

Gustavo Nunes Pereira

Patrícia Morsch

INTRODUÇÃO

De acordo com o Guia Cidade Amiga do Idoso, o ambiente físico de uma cidade tem grande influência sobre a mobilidade do idoso e se traduz em segurança contra as quedas e lesões (OMS, 2008).

As quedas nos idosos representam um problema de saúde pública saliente frente ao envelhecimento observado na população brasileira. Estas estão associadas a índices elevados de morbimortalidade, redução da capacidade funcional, declínio significativo da capacidade cognitiva, das atividades da vida diária, das atividades físicas e sociais, aumento da fragilização e institucionalização do idoso e óbito precoce (BRASIL, 2007).

Estudos científicos realizados referem que cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano (BRASIL, 2007; SOUZA, 2003). Essa taxa aumenta para 40% entre idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). No geral, a prevalência de queda é maior em mulheres e aumenta com a idade. Porém, as mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Acima dos 85 anos a queda tende a ser menos frequente, provavelmente por ser um grupo de idosos com atividade reduzida ou estarem acamados

(SPIRIDUSO e MACRAE, 2005). Dos que caem aproximadamente 2,5% requerem hospitalização e apenas metade destes sobreviverão após um ano (BRASIL, 2007).

A idade avançada e as mudanças provocadas pelas patologias associadas afetam os múltiplos sistemas do organismo que controlam o equilíbrio, a locomoção, a mobilidade e a marcha, aumentando assim o risco de quedas nas pessoas idosas (BRASIL, 2007). A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e a mobilidade dos idosos com alterações de equilíbrio e marcha. A influência dos fatores ambientais no risco de quedas, como fatores extrínsecos, dentre eles fatores relacionados ao clima, associa-se ao estado funcional e a mobilidade daqueles idosos com alterações de equilíbrio e marcha (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo realizado em 2011 no RS, denominado “Perfil dos idosos do RS”, foram entrevistados 7315 idosos e estes foram questionados “se nos últimos doze meses caiu ao chão, se sim quantas vezes” (tabela 1). Verificou-se que em relação às quedas, 836 (11,4%) idosos disseram ter caído. As idosas gaúchas reportaram mais quedas do que os idosos do sexo Masculino, apresentando um percentual de 12,7% contra 10,1% respectivamente ($p=0,0004$).

Tabela 1 – Nos últimos 12 meses, caiu ao chão alguma vez.

<i>Queda</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	480	12.7	356	10.1	836	11.4	0,0004
Não	3299	87.1	3168	89.8	6467	88.4	
NSR*	7	0,2	5	0,1	12	0,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

De acordo com a literatura, um terço das quedas é provocado por algum fator ambiental bem específico, por um problema pontual na saúde do idoso ou por ambos os fatores. A causa da maioria das quedas é multifatorial relacionada ao indivíduo, às suas condições de saúde, as do meio ambiente, incluindo os fatores relacionados à sazonalidade (meses de clima frio). Quanto mais frágil o idoso, maior o risco de quedas com maior gravidade e maior probabilidade de fratura (PERRACINE e RAMOS, 2002; PERRACINE, 2006).

As quedas ocorrem como resultado de uma interação de fatores de risco que podem ser classificados em biológicos (idade, gênero e raça), associados ao envelhecimento (declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e a comorbidades associadas às doenças crônicas); em comportamentais. Esses fatores dizem respeito às ações e emoções humanas que são modificáveis. Os fatores ambientais incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e as do ambiente que os cerca. Os socioeconômicos estão relacionados à baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, falta de interação social, dificuldades de acesso a serviços de saúde e assistência social, principalmente em áreas remotas além da falta de recursos da comunidade. (PERRACINE, 2006; CEREPRI, 2010; SBGG, 2008).

O controle postural e o equilíbrio são mantidos pelo sistema nervoso central (mecanismos centrais de comando) que gera os padrões de atividade muscular necessários para coordenar a relação entre centro de massa (CdM) e base de suporte (BdS), a qual envolve esforços conjugados de mecanismos aferentes ou sistemas sensoriais (p.ex. visual, vestibular e proprioceptivo) e mecanismos eferentes ou sistemas motores (p.ex. força muscular dos membros inferiores e superiores, e flexibilidade articular). Assim quando o CdM do corpo se estende além de sua BdS, cria-se uma situação de instabilidade ou perda de equilíbrio, podendo gerar queda da própria altura. A queda só ocorrerá se estiverem presentes, duas condições: perturbação do equilíbrio e falência por parte do sistema de controle postural, em compensar essa perturbação (PAIXÃO JUNIOR e HECKMAN, 2006). Perturbações intensas resultam em quedas mesmo em indivíduos adultos e jovens e o envelhecimento pode induzir distúrbios no controle motor e marcha, aumentando o risco de perturbações autoinduzidas, assim como distúrbios perceptivos ou cognitivos limitam a habilidade de identificar e evitar riscos ambientais (PAIXÃO JUNIOR e HECKMAN, 2006). “As mudanças na resistência e na flexibilidade contribuem com a limitação progressiva do movimento. Alterações compensatórias, como alterações na marcha em resposta à cifose, podem substituir os mecanismos normais utilizados para manter o equilíbrio” (MATOX, FELICIANO e MOORE, 2006).

O número de quedas relatados nesta amostra é inferior ao observado na literatura, a qual sugere que 25-35% dos idosos caem a cada ano. Este percentual reduzido pode estar relacionado à idade dos participantes deste estudo. A maioria dos idosos que compõem essa amostra apresenta entre 60 e 69 anos de idade. Pesquisas sugerem que as chances de quedas aumentam significativamente com o avançar da idade e que os idosos jovens, na maioria das vezes, sofrem quedas menos sérias ou se recuperam mais facilmente das consequências das

mesmas e assim podem reportar menos os episódios de quedas (PAIXÃO JUNIOR e HECKMAN, 2006).

Em um estudo realizado por Fabrício, Rodrigues e Costa Junior entre os idosos que caíram 48% apresentavam faixa etária entre 80-89 anos e 66% eram do sexo Feminino. Entre os idosos que vivem em comunidade, as quedas são mais comuns nas mulheres, especialmente aquelas com osteoporose no período pós-menopausa (MACHADO et al, 2009).

Muitos idosos, após uma queda, podem ter a mobilidade diminuída pelo medo de cair novamente, passando a apresentar comportamentos como restrição das atividades da vida diária por decisão própria ou pela dos familiares, levando o idoso ao isolamento social e depressão dentre outros (YUASO e SGUIZZATTO, 2002).

Dentre os idosos gaúchos que referiram ter caído (tabela 2), apenas 27 (0,4%) estavam realizando atividades perigosas e 8 (0,1%) relataram estar sob a influência de álcool e/ou drogas. Os demais 688 (9,4%) entrevistados que sofreram quedas estavam realizando atividades normais do dia-a-dia. Comparando gêneros, 10,4% das idosas contra 8,4% dos idosos do sexo Masculino reportaram ter sofrido quedas realizando atividades normais. Nenhuma participante do sexo Feminino reportou ter caído por estar sob influencia de álcool e/ou drogas, enquanto 0,2% dos homens afirmaram estar sob influência quando sofreram quedas. Além disso, 0,5% das mulheres e 0,2% dos homens disseram estar realizando atividades perigosas quando caíram ($p=0,0001$).

Tabela 2 – Se caiu, estava realizando atividade.

<i>Atividade</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Normal	393	10,4	295	8,4	688	9,4	
Perigosa	19	0,5	8	0,2	27	0,4	
Sob influência	0	0,0	8	0,2	8	0,1	0,0001
NSA*	3374	89,1	3218	91,2	6592	90,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Esses resultados vão ao encontro com os encontrados na literatura, Fabrício, Rodrigues e Costa Junior observaram em seu estudo que os idosos normalmente caem realizando atividades rotineiras; apenas dois idosos participantes desse estudo sofreram quedas ao realizar atividades perigosas. Além disso, maioria (85%) das quedas ocorre dentro de casa ou em seus arredores, durante o dia e geralmente na execução de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro, cozinhar, limpar a casa ou tomar banho (SOUZA, 2003). Nas instituições, as quedas ocorrem mais à noite, principalmente nas trocas de turno. Cerca de 10% das quedas acontecem em escadas, principalmente durante a descida (BRASIL, 2007). Pesquisas também sugerem que o consumo de álcool, e suas consequências são mais comuns em idosos do sexo Masculino (FABRÍCIO, RODRIGUES e COSTA JUNIOR, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Rio Grande do Sul é um dos estados brasileiros com maior distinção entre as quatro estações do ano, onde ocorrem significativas oscilações relacionadas ao clima, temperatura, umidade nas suas diferentes regiões os quais representam fatores ambientais que interferem na saúde do indivíduo. Estes podem ocasionar problemas leves à graves nos sistemas respiratórios, cardiovasculares e osteomusculares, principalmente em idosos.

As novas tecnologias que nos permitem a manutenção e o prolongamento da vida humana nos coloca frente a novos desafios quanto à prevenção e promoção da saúde por parte de todos os atores que atuam no setor. Um destes desafios consiste na mudança da cultura, principalmente por parte do usuário, de que a prevenção clínica em saúde para homens e mulheres é primordial para a garantia da qualidade de vida. Esta será assegurada se o usuário adotar medidas de prevenção, comportamento ativo e estilo de vida adequado. Em relação as quedas, sabe-se que a idade e o sexo são fatores de risco considerados imutáveis para acidentes e óbitos precoces em idosos, mas existe uma gama de fatores de risco mutáveis, e portanto, relevantes na prevenção de quedas e fraturas. As quedas frequentemente causam dependência em idosos, pois estão relacionadas a um índice elevado de incapacidade funcional e de morbimortalidade (MACHADO et al, 2009).

A prática de exercícios físicos regulares pode melhorar a capacidade física em idosos, proporcionando aumento da autoestima e confiança, além de diminuir o risco de quedas. Programas de fisioterapia aquática e em solo estão relacionados à melhora do equilíbrio e da qualidade de vida em idosos (CUNHA et al, 2009).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2007. (**Série A. Normas e Manuais Técnicos**).

CEREPRI, CENTER FOR RESEARCH AND PREVENTION OF INJURIES, Athens University. Athens-Greece; 2002. [capturado em 2010 nov. 11]. Disponível em: <http://www.euroipn.org/cerepri>. Acesso em novembro 2010.

SPIRDUSO, W. W.; FRANCIS, K. L.; MACRAE, P. G. **Physical Dimensions of Aging**. 2nd ed. UK: Human Kinetics; 2005.

CUNHA, M. F. et al. A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo. Rio Claro, **Motriz**. v.15 n.3, jul/ago, p. 527-536, 2009

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.1, 2004.

MACHADO, T. R.; OLIVEIRA, C. J.; COSTA, F. B. C.; ARAUJO, L. A. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev Eletr Enf**. [Internet].; v. 11, n. 1: p. 32-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>.

MATTOX, D.; FELICIANO, D.; MOORE, E. editores. **Trauma**. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> (acessado em 27/06/2012).

PAIXÃO JUNIO R, C. M.; HECKMAN, M.F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.; GORZONI, M.; DOLL, J. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan;. p. 954-61. 2006

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

PERRACINE, M. R. **Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso**. 2006. Disponível em: <http://www.pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas.pdf> Acesso em 20 de maio de 2010.

SBGG, SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Quedas em idosos: prevenção [**monografia**]. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2008

SPIRDUSO, W. W.; FRANCIS, K. L.; MACRAE, P. G. Physical Dimensions of Aging. 2nd ed. UK: **Human Kinetics**; 2005.

SOUZA, A. C. A. Quedas no Idoso. In: TERRA, N. L. organizador. **Entendendo as queixas do idoso**. Porto alegre: Edipucrs; p. 379-401, 2003.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; p. 331 -347, 2002.

Capítulo 19

TABAGISMO E O IDOSO GAÚCHO

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Aline Zuardi Maia

Gabriela Guimarães Oliveira

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma das principais causas de mortes evitáveis em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente um terço da população mundial adulta é fumante (INCA, 2014). Caso as tendências de consumo do cigarro se mantenham, a estimativa é que ocorram mais de 10 milhões de mortes anuais por volta de 2030 em decorrência do tabagismo (INCA, 2014).

No Brasil, de acordo com o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (2003) entre pessoas de 15 anos ou mais residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal o hábito de fumar variou de 12,9 a 25,2%. Nesta mesma pesquisa, os homens apresentaram prevalência maior em todas capitais quando comparados às mulheres e Porto Alegre foi identificada como a cidade que possui a maior proporção de fumantes.

Estima-se que o tabagismo corresponda a 85% dos óbitos provocados por enfisema pulmonar, 45% por infarto do miocárdio, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares e 30% das provocadas por câncer (ZAITUNE et al., 2012). No cigarro existem mais de 4500

substâncias químicas com consequências deletérias para a saúde, efeitos cancerígenos, mutagênicos, tóxicos e irritantes (NUNES, 2006).

A nicotina é a substância presente no tabaco que pode provocar a dependência e se associa à síndrome de abstinência com alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade (SENAD, 2013). Ademais, os fumantes podem pesar 4 quilos a menos que os não fumantes em decorrência de um aumento da taxa metabólica e redução do apetite, pois a nicotina está relacionada com a regulação do comportamento alimentar de forma negativa (SENGER et al., 2011).

Pessoas mais velhas geralmente demonstram mais dificuldades quando decidem parar de fumar pelo fato de estarem por mais tempo expostas ao hábito e dependentes da nicotina, fumam um número maior de cigarros e possuem mais doenças relacionadas ao mesmo (COX, 1993).

Em relação à pessoa idosa Goulart et al. (2010) enfatizam que indivíduos não fumantes podem tardar o processo de envelhecimento alcançando de uma forma melhor a longevidade. O mesmo estudo relata que o uso do cigarro pode afetar vários órgãos e sistemas, como o cardiovascular promovendo o aumento da adesividade plaquetária e disfunções endoteliais, intoxicação do sistema nervoso central, produção de estresse oxidativo e aceleração do envelhecimento e aumento do LDL acompanhado da diminuição do colesterol HDL.

Tornam-se importantes as ações de cessação do fumo independente da faixa etária, Bratzler et al. (2002) evidenciam que o abandono do cigarro mesmo em pessoas mais velhas é responsável pelo aumento da sobrevida em decorrência da diminuição da exposição aos fatores que levam aos danos biológicos.

Após a identificação dos diversos malefícios do uso do cigarro para a saúde da pessoa idosa percebe-se que as ações de prevenção e abandono desse hábito são de suma importância para um envelhecimento saudável. Ações educativas com esse objetivo podem alcançar resultados positivos, como no caso do “Programa de Cessação do Tabagismo” de Luppi et al. (2006) onde 35,9% dos participantes obtiveram sucesso após um ano de tratamento e consequente abandono do hábito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos do RS foram questionados quanto ao seu hábito de fumar cigarro. Referiram que fumavam regularmente (todos os dias) 11,7% dos participantes, enquanto 24,9% que fumavam, mas pararam e 62,7% nunca fumaram, conforme tabela 1. Dentre os idosos que responderam que fumavam regularmente ou que pararam, o percentual de homens sempre foi maior que o de mulheres, demonstrando que esse hábito é mais comum no sexo Masculino.

Tabela 1 – Hábito de fumar.

<i>Hábito de fumar</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Fuma	298	7,8	557	15,8	855	11,7	
Parou de fumar	596	15,8	1225	34,7	1821	24,9	
Nunca fumou	2863	75,6	1725	48,9	4588	62,7	<0,0001
NSR*	29	0,8	22	0,6	51	0,7	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Peixoto et al. (2006) avaliaram as condições de saúde e de tabagismo entre idosos de duas comunidades do Brasil e identificaram que em ambas as regiões os indivíduos que relataram que “fumam atualmente” e que são “ex-fumantes” são predominantemente do sexo

Masculino. Esse achado corrobora com o presente estudo dos Idosos do RS, onde os homens também foram a maioria nessas respectivas respostas quando comparados às mulheres.

Freitas et al. (2012) demonstram que existe uma alteração das medidas da força muscular respiratória de idosos fumantes quando comparados aos não fumantes, principalmente a diminuição da pressão inspiratória máxima, que é um dos indicadores de força muscular respiratória. Uma característica comum ao processo de envelhecimento é a diminuição da força dessa musculatura em decorrência da sarcopenia, fato este que provoca uma baixa tolerância ao exercício, falta de ar e hipoventilação, influenciando o desempenho dos idosos em suas atividades do cotidiano (SIMÕES et al. 2007). Nesse contexto, ações de prevenção, promoção e proteção da saúde que visam o abandono deste hábito mostram-se de suma importância para a população idosa, visto que, essa prática pode contribuir para a diminuição da força muscular respiratória que já é alterada de forma negativa pelo processo natural do envelhecimento.

Cabe também ressaltar que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 37% de morte de pessoas idosas e tem entre os seus fatores de risco o tabagismo (Ferreira et al. 2010). Desse modo, a elaboração de estratégias assistenciais e educacionais que previnam as práticas agravantes do estado de saúde dessa população podem contribuir para o seu cuidado integral.

Tabela 2 – Hábito de fumar cigarro entre as mulheres gaúchas de acordo com a faixa etária.

Hábito de fumar	60 – 69 anos		70 – 79 anos		>80 anos		Total		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fuma	194	9,7	77	6,2	25	4,8	296	7,9	0,0003
Parou de fumar	315	15,8	212	17,1	70	13,5	597	15,9	
Nunca fumou	1490	74,5	951	76,7	424	81,7	2865	76,2	
Total	1999	53,2	1240	33,0	519	12,7	3758	100,0	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Tabela 2 mostra a distribuição das participantes do sexo Feminino quanto à faixa etária e o nível de tabagismo. Levando-se em consideração o hábito de fumar e o total de idosos do sexo Feminino observou-se que a proporção de idosas que nunca fumaram (76,2%) foi superior ao de idosas que fumam regularmente (7,9%) ou que já fumaram alguma vez na vida (15,9%). Ainda nesta análise, considerando as proporções de idosas em cada faixa etária, as compreendidas na faixa etária de 80 anos ou mais apresentaram a maior proporção de idosas que nunca entraram em contato com o tabaco (82%). Da mesma forma, observou-se que a porcentagem de mulheres idosas que nunca fumaram é diretamente proporcional ao aumento da faixa etária, ao contrário observamos entre as idosas que fumavam quando foram entrevistadas pela pesquisa. Dados obtidos pelo estudo IMUSCE (*Italian Multicenter Study on Centenarians*) também revelaram uma prevalência muito baixa de fumantes (1,44%) e ex-fumantes (9,93%) em uma população longeva (FRANCESCHI et al. 2000). Goulart et al. (2010) destacaram que entre os idosos longevos o tabagismo é extremamente raro e, mesmo quando ocorre, está correlacionado, de maneira quase exclusiva, a condições ruins de saúde e falta de autossuficiência, indicando que isto compromete o estado de saúde e a qualidade de vida, mesmo em pessoas de vida extremamente longa. Portanto, o tabagismo desfavorece a longevidade,

sendo fator de risco para inúmeras doenças, principalmente câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Acredita-se que idosos não-fumantes podem postergar o surgimento de doenças e do processo de envelhecimento, obtendo assim a longevidade (GOULART et al. 2010).

Por outro lado, em relação ao hábito de fumar regularmente as idosas mais jovens, compreendidas entre a faixa etária de 60-69 anos constituíram a maior proporção (9,7%). Peixoto et al. (2006) também detectaram que as faixas etárias mais jovens de mulheres idosas, compreendidas entre 60-64 e 65-69 anos foram as que apresentaram maiores prevalências de tabagismo atual. Estudos apontam uma relação direta entre tabagismo e a autopercepção negativa do estado de saúde (SERNACHE et al. 2010) (BARROS et al. 2009). Assim, sugere-se que esta proporção de idosos jovens fumantes, deve-se ao fato de uma percepção errônea do seu estado atual de saúde ou pelo fato de ainda não apresentarem sintomas ou alterações significativas consequentes do uso de tabaco.

A faixa etária compreendida entre 70-79 anos apresentou a maior proporção de idosas ex-fumantes (17,1%). Estudos apontam que os idosos que param de fumar na faixa dos 70 anos têm um aumento da sobrevivência em aproximadamente 20% e que o desejo de parar de fumar é maior entre aqueles idosos que reconheçam nesse hábito efeitos sobre a sua saúde. O motivo desse resultado seria o surgimento de problemas de saúde, que obrigam os fumantes a cessar a prática, além da maior probabilidade de óbito de tabagistas e a crescente preocupação em relação à saúde com o avanço da idade (FRANCESCHI et al. 2000) (GOULART et al. 2010).

Tabela 3 – Hábito de fumar cigarro entre os homens gaúchos de acordo com a faixa etária.

<i>Hábito de fumar</i>	<i>60 – 69 anos</i>		<i>70 – 79 anos</i>		<i>>80 anos</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Fuma	297	16,6	176	13,7	85	19,5	558	15,9	0,0387
Parou de fumar	607	34,0	461	36,0	154	35,2	1222	34,9	
Nunca fumou	883	49,4	645	50,3	198	45,3	1726	49,2	
Total	1787	51,0	1282	36,6	437	12,4	3506	100,0	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao hábito de fumar cigarro no sexo Masculino distribuído por faixa etária há proporcionalmente menos homens que nunca fumaram entre os com 80 anos e mais em comparação aos de faixa etária entre 60 e 69 anos, conforme Tabela 3. Verifica-se que há um aumento de pessoas que fumam, conforme o avanço da idade, onde 16,6% dos idosos homens são fumantes, enquanto que 19,5% dos idosos homens na faixa etária mais elevada.

Um estudo realizado na região sul do Brasil demonstrou que 10,6% das pessoas com 60 anos ou mais eram fumantes e, conforme o aumento da idade, a prevalência de usuários de tabaco diminuiu (ARAÚJO et al. 2004), diferente do observado nesta pesquisa, pois a faixa etária com menor frequência de tabagismo atual foi o grupo do idade entre 70 e 79 anos.

O número de mulheres que fumam está aumentando, apesar dos homens ainda fumarem mais do que o gênero Feminino, em qualquer idade (ARAÚJO et al. 2004). Em relação ao sexo Masculino, vem ocorrendo redução do uso de cigarro em países mais desenvolvidos e esta leve diminuição do consumo de cigarro referente aos homens está ocorrendo tanto em países mais favorecidos como nos desfavorecidos,

porém, acomete mais os homens de classes sociais mais altas (ARAÚJO et al. 2004).

Assim como o número mulheres que nunca fumaram é maior em relação aos homens, a quantidade de pessoas ex-fumantes é maior no gênero Masculino do que no Feminino (PASKULIN e VIANNA, 2007). Estes dados podem ser explicados por uma questão cultural, onde antigamente, era mais aceitável que os homens fumassem do que as mulheres, o que veio a proteger, de certa forma, as idosas dos inúmeros malefícios que o cigarro oferece (PASKULIN e VIANNA, 2007).

Em uma pesquisa realizada com idosos institucionalizados foi detectado que o grau de dependência moderada dos fumantes não teve relação com a idade, porém, foi observado que a dependência elevada acomete mais pessoas com faixa etária mais alta, onde idosos com 70 anos a 79 anos e os de 80 anos ou mais, o grau de dependência elevada mostrou-se maior do que no grupo de baixa dependência (CARVALHO et al. 2010). Com isto, sugere-se que, quanto maior a idade, maior o grau de dependência ao cigarro que o sujeito adquire, pois quanto mais idosa a pessoa for, seu organismo está a mais tempo exposto a droga (CARVALHO et al. 2010). Fato este que merece atenção no RS onde 13,7% dos idosos entre 70-79 anos referiu que fumar atualmente.

A redução do uso de tabaco no Brasil vem ocorrendo nos últimos 15 anos e se dá a partir de sua legislação que é uma das mais fortes em relação ao resto do mundo (CAVALCANTE, 2005). Desde 2011 vem ocorrendo uma mobilização para que a sociedade civil organizada possa participar também do controle do tabagismo, propagando a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, conseguindo o reforço da sociedade brasileira (CAVALCANTE, 2005). De acordo com o exposto acima, o INCA, através de um contato eletrônico, tem articulado o Fórum

Permanente por um Mundo Livre de Tabaco, que já contém mais de mil pessoas cadastradas de diversos setores da sociedade civil organizada (CAVALCANTE, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos apontam que o uso do tabaco é responsável por quase 10 mil mortes por dia e cerca de 4,9 milhões de mortes por ano em todo o mundo. Da mesma forma, apontam associações fortes entre o uso do tabaco e diversas doenças cardíacas, respiratórias, cerebrais e cancerígenas (BRATZLER et al., 2002).

Para Marinho et. al. (2010) é evidente que a prevalência de tabagismo entre idosos aumentou de forma significativa em ambos os sexos. Contudo, as diferenças de gênero no uso do tabaco são bem conhecidas entre os idosos, onde prevalecem as maiores taxas no sexo Masculino, apesar de coortes recentes terem demonstrado uma maior utilização de tabaco em mulheres jovens. Assim, essas estimativas implicam que, no futuro, o uso de tabaco pode aumentar entre mulheres idosas (MARINHO et al., 2010).

As questões socioculturais ao longo do tempo causaram inúmeras discriminações referentes ao sexo Feminino e a mulher foi colocada em um papel desigual dentro da sociedade em relação ao homem. Quando se fala em tabaco, esse fato favoreceu e protegeu a mulher em relação ao acesso e ao uso de cigarro e das doenças que a droga propicia (PASKULIN et al., 2007). Este fator também pode ter influenciado o aumento do uso da substância pelo gênero Feminino na sociedade contemporânea, onde as mulheres tentam se igualar ao sexo Masculino em muitas tarefas e até mesmo ao hábito de fumar, que poderia ser visto, até um período atrás, como status.

A redução do tabaco está ocorrendo em maior número em classes sociais mais altas, o que colabora a se pensar que o uso do cigarro pode estar associado com a cultura a qual o sujeito está inserido e o lugar que ele ocupa ou vem a buscar dentro da sociedade, salientando que ocorreu um aumento da prevalência de tabagismo entre jovens e mulheres (os dois grupos, cada um com sua particularidade, buscam algum tipo de reconhecimento e espaço, mesmo que inúmeros tabus já tenham sido superados) (ARAUJO et al., 2004).

A pessoa idosa pode estar mais vulnerável e isso favorecer o maior uso de tabaco. Em muitos casos os idosos utilizam medicamentos que combinados com algumas substâncias nocivas do fumo, podem vir a acarretar novos problemas ou potencializar os já existentes, dificultando possíveis recuperações e, até mesmo, colaborando para um distanciamento interpessoal (SENGER et l., 2014).

Indubitavelmente, o uso do tabaco entre idosos é um problema de saúde pública potencialmente evitável e extremamente importante no que tange a sociedade. Entretanto, poucos estudos epidemiológicos avaliaram as taxas de consumo de tabaco nessa parcela da população até o momento. Assim, são necessárias mais pesquisas com esse grupo, visando identificar melhor seus problemas de saúde, além de uma análise mais profunda sobre seus fatores culturais e socioeconômicos.

Sugere-se que mais investimentos em prevenção sejam fomentados por parte das instituições públicas e privadas para que o abandono do hábito de fumar seja mais frequente entre o segmento populacional idoso. Grupos de Educação em Saúde, de Convivência e campanhas no âmbito da Atenção Primária à Saúde que abordem esse tema e seus malefícios para a pessoa idosa podem ser ferramentas úteis no combate ao tabagismo e seus danos para a saúde.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.J. et al. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J Bras Pneumol**, v. 30, suppl. 2, 2004.

BARROS, M.B.A. et al. Autoavaliação Da Saúde E Fatores Associados. **Rev Saúde Publica**, v.43, n.2, p.27-37, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Instituto Nacional do Câncer: Rio de Janeiro, 2003.

BRATZLER, D. W.; OEHLERT, W. H.; AUSTELLE, A. Smoking In The Elderly: it'S never too late to quit. **J Okla State Med Assoc**, v. 95, n. 3, p. 185-91, 2002.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO A. M. L. Tabagismo em Idosos Internados em Instituições de Longa Permanência. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 3, 2010.

CAVALCANTE ,T. M. O Controle Do Tabagismo No Brasil: Avanços e Desafios. **Rev Psiq Clín**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

COX, J.L. Smoking Cessation In The Elderly Patient. **Clin Chest Med**, 1993 Sep; v. 14, n. 3, p. 423-8, 1993.

FERREIRA, C.C.C. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 5, p. 621-628, 2010.

FRANCESCHI, C. et al. Do Men And Women Follow Different Trajectories To Reach Extreme Longevity?. **Ageing**, v.12, n.2, p. 77-84, 2000.

FREITAS, E.R.F.S.; ARAUJO, E.C.L. S.; ALVES, K.S. Influência do Tabagismo na Força Muscular Respiratória em Idosos. **Fisioter Pesq**, v. 19, n. 4, p. 326-331, 2012.

GOULART, D. et al. Tabagismo em Idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.13, n.2, p. 313 – 320, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo: dados e números.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dado&snm&link=mundo.htm>. Acesso em: 21set 2014.

LUPPI, C. H. B.; ALVES, M. V. F. F.; SANTOS, A. A. Programa de Cessação ao Tabagismo: perfil e resultados. **Rev Ciênc Ext**, v. 2, n. 2, p.10, 2006.

MARINHO, V. et al. Tobacco Use Among the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.12, p. 2213-2233, 2010.

NUNES, E. Consumo de Tabaco: efeitos na saúde. **Rev Port Clin Geral**, v. 22, p. 225-44, 2006.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil Sociodemográfico e Condições de Saúde Auto-Referidas de Idosos de Porto Alegre. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 757 – 68, 2007.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Condições de Saúde e Tabagismo Entre Idosos Residentes em duas Comunidades Brasileiras. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, 2006.

SENAD. **Prevenção do Uso de Drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2013.

SENGER, A.E.V. et al. Alcoolismo e Tabagismo em Idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SERNACHE, F.E.R.F. et al. Fatores Associados ao Tabagismo Em Idosos Residentes na Cidade De Londrina, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.13, n.2, p.277-288, 2010.

SIMÕES, P.P.; AUAD, M.A.; DIONÍSIO, J.M.M. Influência da Idade e do Sexo na Força Muscular Respiratória. **Fisioter Pesqui**, v. 14, n. 1, p. 36-41, 2007.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores Associados ao Tabagismo em Idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.

Capítulo 20

TRATAMENTO DO CÂNCER EM IDOSOS GAÚCHOS

Cristine dos Reis
Iride Cristofoli Caberlon

INTRODUÇÃO

O Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. As células adquirem características invasivas, infiltram-se nos tecidos vizinhos e alcançam os vasos linfáticos e sanguíneos, instalam-se em outras partes do corpo, surge tumor primário localizado sem e/ou com metástase (tumor secundário) (INCA, 2011).

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando, e, com isso, o tema tem conquistado espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira (INCA, 2011).

Em relação à epidemiologia o Câncer representa a terceira causa de morte, perdendo para DCV e agravos originados dos acidentes de trânsito e violência urbana (BRASIL/MS, 2008). Os fatores que contribuem para este aumento são aumento da expectativa de vida, urbanização e industrialização, estilo de vida, hábitos, comportamentos e consumo de alimentos com agrotóxicos (BRASIL/MS, 2008).

A morbidade e a mortalidade associadas a diferentes tipos de câncer aumentam com a idade. Os cânceres de mama e da próstata são os mais freqüentes entre mulheres e homens idosos, respectivamente. A prevenção secundária, por meio da detecção precoce, é a melhor forma de redução da mortalidade associada a esses cânceres (LIMA-COSTA, 2003).

Pretende-se, neste capítulo, abordar aspectos sobre o câncer na população idosa a partir dos resultados do estudo “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul”, realizado em 2010 e cuja população era de pessoas de 60 anos ou mais, residentes no Estado do Rio Grande do Sul. Este estudo teve por objetivo observar e quantificar as diferentes dimensões do Envelhecimento Ativo nos dias atuais. Dentre alguns assuntos, foram pormenorizadas questões relacionadas a se já fez tratamento para o câncer e em caso afirmativo para que tipo e qual o tratamento realizado.

As respostas às questões levantadas ratificaram a importância da abordagem do tema sobre câncer e envelhecimento do idoso, podendo-se identificar alguns aspectos sobre o perfil dos idosos, descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das questão mostrada a seguir obteve-se as respostas que estão dispostas na tabela 1.

Tabela 1 – Fez tratamento para câncer.

<i>Tratamento para câncer</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não teve câncer	3518	92,9	3238	91,8	6756	92,4	0,0604
Câncer de pulmão	60	1,6	49	1,4	109	1,5	0,4886
Câncer de intestino (grosso, cólon ou delgado)	6	0,2	9	0,3	15	0,2	0,3616
Câncer útero ou de colo do útero	27	0,7	0	0,0	27	0,4	<0,0001
Câncer de estômago	11	0,3	8	0,2	19	0,3	0,5918
Câncer mama	40	1,1	3	0,1	43	0,6	<0,0001
Câncer próstata	0	0,0	52	1,5	52	0,7	<0,0001
Leucemia ou câncer no sangue	2	0,1	2	0,1	4	0,1	0,6607
Não sabe o tipo	10	0,3	28	0,8	38	0,5	0,0016
Outro tipo	10	0,3	14	0,4	24	0,3	0,3217
NSR*	121	3,2	139	3,9	260	3,6	0,0864

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela acima demonstra os resultados obtidos do total dos idosos (60 anos e mais) pesquisados em 2010, que do total questionadas sobre se tiveram câncer ou não, obteve-se que 92,9% das mulheres e 91,8% dos homens não tiveram Câncer. Dos idosos que tiveram câncer os principais tipos encontrados no sexo Feminino, em ordem de maior para menor prevalência, foram mama (1,1%), câncer de útero ou colo do útero (0,7%) onde $p < 0,0001$, além de pulmão (1,6%) e câncer de estômago (0,3%). Evidencia-se que 0,3% das mulheres não souberam informar o tipo e 3,2% não soube responder ao serem indagadas. Em relação aos tipos de câncer que mais acometeram os homens, observou-se que foi o câncer de próstata (1,5%) onde $p < 0,0001$, seguindo o câncer de pulmão (1,4%) e o de intestino (0,3%) (grosso/cólon ou delgado). Salienta-se que o percentual de homens que não souberam informar o tipo de câncer foi maior (0,8%) do que as mulheres e os que não souberam responder (3,9%) da mesma forma.

No Brasil, o total dos diferentes tipos de câncer nas mulheres foram estimados para 2013 em mais 260 mil casos novos, e nos homens em mais de 257 mil, onde o câncer de pele do tipo não melanoma será o mais incidente, cerca de 134 mil casos, seguido pelo de próstata (60 mil), mama Feminino (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18mil) (INCA, 2011).

O estudo de Curri Hallal, 2001, encontrou uma correlação entre sexo e tipos de câncer parecidos com este estudo. Os achados deste estudo no sexo Masculino acompanharam as estimativas nacionais. Já no sexo Feminino, o câncer mais prevalente foi o de pulmão e após o de mama, colo de útero, diferente do que o observado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011).

Há um aumento da prevalência de câncer de pulmão no sexo Feminino em todo o mundo. (Liaw, 2005). Curri Hallat et. al., 2001 verificaram um aumento das taxas de mortalidade por esse câncer nas mulheres do Rio Grande do Sul. Segundo INCA, 2011, os homens normalmente apresentam maiores taxas deste câncer. Dentre os fatores de risco incluem-se exposição à carcinógenos ocupacionais e ambientais, repetidas infecções pulmonares, deficiência e excesso de vitamina A, histórico familiar e o tabagismo.

O sexo Masculino apresenta maior incidência na maioria das populações. A razão de masculinidade (M/F) para esse câncer é de 1,4:1. (INCA, 2011). O estudo do Perfil dos Idosos, não obteve significância estatística entre homens e mulheres, mas acompanhou esta tendência. Dentre os fatores de risco deste tipo de câncer estão o consumo excessivo de carne vermelha, embutidos e bebidas alcoólicas, o tabagismo e a obesidade ou o sobrepeso. Os mais relevantes são a histórico familiar, predisposição genética ao desenvolvimento de doenças

crônicas do intestino. A idade também é considerada um fator de risco, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam com a idade.

Neste estudo, o câncer de próstata e de mama foram um dos que mais acometeram homens e mulheres, respectivamente, o que corrobora com as pesquisas nacionais (INCA, 2011).

Diante desta realidade, segundo INCA (2011, p. 33 e 35) tanto no câncer de próstata quanto no de mama a idade é o principal fator de risco. Aproximadamente 62% dos casos de câncer da próstata diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. Com o crescimento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos aumente cerca de 60% até o ano de 2015. Diferentemente, nas mulheres, as taxas de incidência do câncer de mama aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta.

O câncer de mama causa nas mulheres grande angústia devido à alta incidência, o risco de mutilação, prejuízos à autoimagem e à alterações estéticas no organismo (FRASSON et al., 2011). Dentre os fatores de risco conhecidos relaciona-se o sexo Feminino (100 mulheres para 1 homem), idade (quanto mais idosa, maior o risco), história familiar de neoplasia mamária, raça (maior em mulheres brancas e judias Askenazi), alterações genéticas, exposição ao estrogênio, densidade mamária, álcool, obesidade e radioterapia prévia, hábitos de vida e os fatores ambientais.

A prevenção primária consiste em cuidar dos fatores de risco modificáveis e na secundária a realização do rastreamento anual ou conforme indicado em cada situação e o diagnóstico precoce antes das manifestações clínicas (FRASSON et al., 2011).

O Diagnóstico Clínico é estabelecido mediante o levantamento da história pregressa, exame físico; exames laboratoriais e bioquímicos, radiimagem e outros exames específicos, biópsias, diagnóstico diferencial e definitivo. Após serão definidos pela equipe médica a classificação do tumor, o estadiamento, alternativas de tratamento (clínico, cirúrgico), alternativas de intervenção e prognóstico (INCA, 2012; MORAES, 2012). A comunicação dos resultados da situação e gravidade da doença devem ser comunicados ao paciente e à família e discutir com os mesmos as alternativas de tratamento e reabilitação, bem como receber da equipe especializada ao longo do processo o apoio e a orientação adequada e contínua (CAPONERO e SILVA, 2011).

O tratamento do Câncer tem por objetivo a busca da cura, do controle da doença com redução, combate de metástases e/ou cuidados paliativos para garantia de uma morte digna e humanizada. Para tanto, os tipos de tratamento disponíveis são: o cirúrgico, visando a retirada do tumor e/ou em alguns casos as metástases; o Quimioterápico e o Radioterápico, com o intuito de eliminar a doença e/ou redução e controle temporária da mesma; e por fim o Paliativo, buscando minimizar os sintomas e proporcionar conforto e bem estar, para promover um processo de finitude com morte digna e humanizada (INCA, 2011).

Recomenda-se a busca imediata de atendimento médico quando surgir os primeiros sinais e sintomas, para que se possa estabelecer o diagnóstico precoce, bem como o tratamento adequado frente à natureza, tipo de tumor e gravidade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, atendendo os princípios e diretrizes do SUS, conforme preconiza a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece a Atenção Integral a todo o cidadão, mediante de uma rede regionalizada e articulada de ações e serviços de saúde para acesso e atendimento aos indivíduos, nos diferentes estágios e necessidades do ciclo de vida na promoção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). A Lei 8.080/90 foi regulamentada 21 anos depois pelo Decreto nº 7508/2011 tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS nos seus detalhes, tão necessários para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão (Brasil, 2011).

Ao se tratar da Atenção Oncológica a mesma deve ser prestada sem preconceito e discriminação a todo cidadão acometido por câncer ou uma neoplasia.

Dessa forma o Ministério da Saúde instituiu mediante a Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas (municípios, estados, união e Distrito Federal), respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005).

A Política segundo o Ministério da Saúde deve ser organizada de forma articulada entre as três esferas de gestão, permitindo, dentre outros itens:

I - desenvolver estratégias coerentes de promoção voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para a execução de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil, e estabelecer os mecanismos de sua monitorização;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo à universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Desta forma a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: Promoção

e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Média complexidade; Alta complexidade; Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; Plano de Controle do tabagismo e outros Fatores de Risco, do Câncer do Colo do Útero e da Mama; Regulamentação suplementar e complementar; Regulação, fiscalização, controle e avaliação; Sistema de Informação; Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica; Avaliação Tecnológica; Educação permanente e capacitação dos profissionais das diferentes equipes que atuam nos serviços e programas (BRASIL/MS, 2005a, 2005b).e finalmente Pesquisa sobre o câncer (BRASIL/MS, 2011).

A rede de serviços de atenção a saúde do SUS na área de Oncologia é composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, (UNACON) e pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Nos UNICONS são realizados o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades podem prestar atendimento nos serviços de: Serviço de Cirurgia Oncológica; Serviço de Oncologia Clínica; Serviço de Radioterapia; Serviço de Hematologia; Serviço de Oncologia Pediátrica. Nos CACONS são realizados o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de cânceres. Estas unidades podem prestar atendimento em todos os serviços de: Serviço de Cirurgia Oncológica; Serviço de Oncologia Clínica; Serviço de Radioterapia; e Serviço de Hematologia (BRASIL/MS, 2005a, 2005b, 2011).

Atuando de forma complementar, existem ainda Serviços Isolados de Radioterapia, em locais onde a capacidade de produção de radioterapia não seja suficiente na área. O atendimento realizado por estas unidades se dá a partir do encaminhamento do paciente por uma UNACON ou CACON.

Também de maneira complementar e formalmente vinculados aos UNACON/CACON no sentido de oferecer assistência integral ao paciente, podem ser cadastrados Hospitais Gerais para a realização de cirurgias oncológicas nas áreas de Ginecologia/Mastologia, Urologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo.

A Portaria SAS/MS nº 741, de 19/12/2005, estabeleceu as normas e os critérios para a habilitação na alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica e definiu parâmetros assistenciais para orientação do gestor do SUS. Com base nestes critérios os estados brasileiros em conjunto com seus respectivos municípios foram organizando a sua rede de serviços regionais para prestar uma atenção integral, longitudinal e precoce à população portadora de câncer. Assim no Brasil, em 2010, a rede de alta complexidade era composta por 41 hospitais habilitados como CACON, 210 hospitais habilitados como UNACON e 09 hospitais gerais com cirurgia oncológica. Em julho de 2012 dos 180 serviços existentes, 148 integram o SUS, atendendo as necessidades de todo o país. E estão divididos entre 43 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), 92 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e 13 serviços isolados de radioterapia (BRASIL/MS, 2012).

Em 2011, no RIO GRANDE DO SUL, esta rede era constituída por 03 hospitais com CACON, 23 hospitais com UNACON, sendo dispostos em 18 diferentes cidades e 01 Centro Regional de Radioterapia LTDA/CRR Serviço Isolado de Radioterapia em Caxias do Sul. O plano diretor de regionalização divide o estado em 7 macrorregiões, sendo elas: A macrorregião sul possui centros de oncologia com quimioterapia e radioterapia em Pelotas e Rio Grande; A macrorregião do vales - possui centros de oncologia com quimioterapia em Lajeado, Santa Cruz do Sul e Cachoeira do Sul, a radioterapia é referida para Porto Alegre; A

macrorregião Missioneira possui centros de oncologia com quimioterapia em Santa Rosa, Ijuí e Cruz Alta, e radioterapia em Ijuí sendo referência para a macrorregião; A Macrorregião centro-oeste possui centros de oncologia com quimioterapia e radioterapia em Santa Maria e Uruguaiana; A Macrorregião Norte possui centros de oncologia com quimioterapia em Passo Fundo; A Macrorregião da Serra possui centros de oncologia com quimioterapia em Bento Gonçalves e Caxias do Sul, e radioterapia em Caxias do Sul; E a Macrorregião Metropolitana possui centros de oncologia com quimioterapia e radioterapia em Porto Alegre, e centros de quimioterapia em São Leopoldo e Novo Hamburgo.

O importante na promoção e reabilitação da saúde é que se proporcione ao paciente, nas diferentes etapas do tratamento em oncologia, os cuidados específicos adequados à cada caso, isto é, cuidados integrais e humanizados ao idoso em relação as atividades da vida diária e atividades instrumentais, como higiene corporal, bucal, alimentar, das eliminações e de saúde mental; alimentação, nutrição e hidratação adequada, manutenção da saúde visual, auditiva, capacidade funcional, locomoção e equilíbrio, boa comunicação e apoio social e espiritual, e principalmente proporcionar medidas de alívio da dor, do desconforto e do sofrimento psíquico.

Além disso, é importante promover momentos de diálogo sobre sua situação, de silêncio, de reflexão e de atendimento de suas necessidades, desejos, espirituais, de respeito aos seus valores. Outro cuidado que devemos ter é com os cuidadores e familiares do idoso, prestando atenção e apoio, ouvi-los, orientá-los e ser solidário. Não podemos descuidar do atendimento individual personalizado, ampliando os cuidados para todas as comorbidades e iatrogenias que possam ocorrer no decorrer do tratamento do câncer e no processo de finitude.

Aos pacientes que se submetem ao tratamento de quimioterapia, além dos cuidados já mencionados, há outros cuidados específicos associados ao tipo de fármacos indicados e prescritos. Precisa-se cuidar ao fazer a barba ou depilação, ao fazer as unhas, não retirar as cutículas; cuidar com o ressecamento e descamação da pele e para tanto deve-se utilizar desodorantes e hidratantes que não contenham álcool. Temos que vigiar e tratar a dor, a queimação, inchaço, vermelhidão no braço por onde são ministrados os medicamentos, o controle da febre por mais de duas horas que geralmente é igual ou maior de 38° C; observar manchas ou placas vermelhadas no corpo, sangramentos que demoram a estancar; dispnéia ou dificuldade de respirar; diarreia por mais de dois dias e sensação de dor ou ardência ao urinar. Todo o tratamento com quimioterápicos pode apresentar efeitos colaterais, dentre os mais comuns podemos citar: fraqueza, daí deve-se aumentar os períodos de descanso, repouso e sono; diarreia que pode ser combatida com ingestão de líquidos e alimentos específicos; perda de Peso e/ou aumento; feridas na boca; queda de cabelos e de pelos do corpo; enjôo, náuseas e vômitos; tonturas.

Por outro lado os pacientes que se submetam a tratamento de Radioterapia também necessitam de cuidados especiais ao longo do mesmo. A intensidade de seus efeitos depende da dose do tratamento, da parte do corpo tratada, da extensão da área irradiada, do tipo de irradiação e do aparelho utilizado. Os efeitos indesejáveis mais frequentes os quais aparecem na 3ª semana de aplicação e desaparecem poucas semanas depois de terminado o tratamento: o cansaço, a perda de apetite e as reações da pele (vermelha, irritada, queimada ou bronzeada, tornando-se seca e escamosa), febre igual ou acima de 38°C; dores; assaduras e bolhas; secreção na pele.

Quanto aos cuidados paliativos é fundamental utilizar estratégias efetivas para o alívio da dor e de qualquer sintoma que prejudique qualidade de vida do idoso, assim como o alívio dos sintomas: náuseas, vômitos, anorexia, caquexia, úlcera de pressão, dispneia, diarreia, constipação, obstrução intestinal, astenia, insônia, sedação, delírio, alterações psicossociais, crise existenciais e espirituais. Outro aspecto muito importante é suprir a falta de apoio social e familiar, problemas financeiros, conflitos familiares, dentre outros (CAPONERO; SILVA, 2011).

A prevenção do câncer ao longo do ciclo de vida é realizada com ações educativas e promotoras de um Envelhecimento Ativo e de qualidade, incluindo: hábitos de vida saudáveis, estilo de vida adequado à idade, rastreamento periódico anual e/ou exames preventivos (de mama, útero e pele) nas mulheres e nos homens (de próstata, cólon retal e pele), para ambos os sexos de pulmão e fígado para indivíduos tabagistas e etilistas; controle de peso, altura, IMC, TA, glicemia e revisão anual da saúde (BRASIL, 2008; CAPONERO e SILVA, 2011; BERZINS, 2012; INCA, 2012).

Já a portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. O Art. 4º desta portaria descreve os oito princípios e diretrizes desta política, que são I- princípios gerais; II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; III - princípios e diretrizes

relacionados à prevenção do câncer; IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. E o Art.30 refere de quem é a competência para a estruturação e implementação desta política nos estados e municípios de todo o país “*Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer*” (Brasil/MS, 2013). E posteriormente a portaria nº 875, de 16 de maio de 2013 estabelece as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) (BRASIL/MS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados do estudo realizado (tabelas 1) mostra que a frequência do câncer está aumentando gradativamente na população do RS, tanto por sexo, como por gênero nos diferentes tipos de câncer específicos em homens (câncer de próstata) e nas mulheres (câncer de mama, útero e colo do útero), sendo significativo p 0,01. O estudo do Perfil dos Idosos, não obteve significância estatística entre homens e mulheres, mas acompanhou a tendência, dos estudos já publicados. Os principais tipos de câncer identificados nos idosos do RS em homens foram câncer de próstata, traquéia, brônquio e pulmão e cólon e reto; e nas mulheres câncer de mama, útero e colo do útero e cólone reto (figura 2).

O estudo da história natural da doença “câncer” nos aponta as causas do início deste fenômeno, as quais podem levar o nosso organismo a desenvolver gradativamente um desequilíbrio entre as interações de fatores (agentes mórbidos, o hospedeiro humano e os fatores ambientais) no período pré-patogênico, gerando uma fase de suscetibilidade pré-clínica, seguindo-se posteriormente a manifestação clínica da doença (período patogênico), a qual preconiza diagnóstico precoce e instalação imediata do tratamento adequado conforme a etiologia do tumor, visando a cura e a recuperação.

Desta forma tanto o indivíduo com suas características quanto o ambiente em que ele vive (falta de higiene, alimentos e água contaminados, exposição à carcinógenos ocupacionais e ambientais, agentes patogênicos) e seus determinantes (fatores psicossociais, socioculturais, políticos e socioeconômicos), como os fatores internos do próprio indivíduo (precondições próprias, como hereditariedade, condições nutricionais, repetidas infecções pulmonares, deficiência e excesso de vitamina A, histórico familiar, tabagismo e fatores congênitos ou adquiridos decorrentes de doenças anteriores), são fatores que influenciam direta ou indiretamente para o surgimento do processo saúde-doença e responsáveis pelo desencadeamento de situações de doenças oncológicas.

Logo, pode-se considerar que a prevenção (primária, secundária e terciária) de toda e qualquer doença, e aqui, em especial, do câncer é fundamental, independente de idade, sexo, gênero e etnia.

A promoção da saúde abrange, por um lado, a execução de ações e medidas gerais de saúde, bem estar e de qualidade de vida, pela alimentação adequada, saúde mental, educação e cultura, atividade física, lazer e esporte, moradia e ambientes saudáveis e boas condições de saneamento básico, de trabalho e lazer; e por outro lado abrange

ações e medidas de proteção específicas para prevenir doenças oncológicas, pelo aconselhamento genético, controle de vetores, proteção contra acidentes e da saúde ocupacional e exames periódicos individuais para detecção precoce de casos, visando realizar o diagnóstico e tratamento precoce.

Frente ao que foi dito conclui-se que o essencial é que toda a pessoa se sensibilize que ela é a protagonista de seu projeto de saúde e de qualidade de vida ao longo de seu desenvolvimento humano, buscando sempre o apoio da família, dos profissionais de saúde dos diferentes serviços e o suporte social da comunidade. E ainda, é fundamental que o indivíduo, os grupos específicos e a sociedade sejam informados, orientados e educados adequadamente, de forma permanente, de como realizar a prevenção e a promoção da saúde pela aquisição de hábitos e estilo de vida saudáveis, realizar o controle período de sua saúde, principalmente os indivíduos que tem fatores predisponentes e determinantes específicos que podem influenciar no desenvolvimento desta doença e dos seus mais variados tipos de câncer. A prevenção deve ocorrer sempre, durante todo o ciclo de vida, independente de sexo, idade e etnia.

REFERÊNCIAS

BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90 de 19 de Setembro de 1990. Institui a Lei Orgânica Nacional da Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990.

_____. Portaria Nº 2.439/GM de 08 de Dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 741 de 19 de Dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. **Diário Oficial da União**, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Promovendo a Alimentação Saudável**. Normas e Manuais Técnicos 1.^a ed. Brasília: DF, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009. 416 p.

_____. Composição da Rede de Alta Complexidade em Oncologia no Brasil em 2010. Brasília, MS, 2010.

_____. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 12, de 13 de Dezembro de 2011. Institui a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPC) e cria seu Comitê Gestor. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

Portaria Nº 874/GM de 13 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

PORTARIA Nº 875, DE 16 DE MAIO DE 2013. Estabelece as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7508/2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de jun. 2011.

CAPONERO, R.; SILVA, C. P. C. Cuidados Paliativos em Oncologia. In: SANTOS, Franklin Santana Editor. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e alívio da dor**. São Paulo: Atheneu, 2011

CURI HALLAL, A.L. et al. Evolução da mortalidade por neoplasia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 4, n. 3, 2001

FRASSON A.; ZERWES F.; VOLLBRECHT B.; et al. Organizadores. **Previna-se do Câncer de Mama**. In: TERRA, N.L. et al. F. **Previna-se das doenças Geriátricas**. 3ª Ed. - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro : 2011. 118 p. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> . Acesso em: 25 de jan. 2013.

_____ Aspectos gerais sobre o Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo>. Acesso em: 23 jan. 2013.

_____ O que é o câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>. Acesso em: 19 fev. 2013.

LIAW, Y.P; HUANG, Y. C; LIEN, G. W. Patterns of lung cancer mortality in 23 countries: Application of the Age-Period-Cohort model. **BMC Public Health**, v. 5, n. 22, 2005 apud BASÍLIO, D. V.; MATTOS, I. E. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 – 2005. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 2, p. 204-14, 2008.

LIMA-COSTA, M,F. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, n. 12, n. 4, p. 189 – 201, 2003 apud JANES G.R. et al. Surveillance for use of preventive health-care services by older adults, 1995-1997. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 48, n. 8, p. 51-88, 1999.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Capítulo 21

HÁBITOS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Claudine Lamanna Schirmer
Maria Marina Serrão Cabral

INTRODUÇÃO

A alimentação comporta abordagens que vão desde os aspectos relativos a políticas de uso da terra e produção, distribuição e comercialização dos alimentos até a escolha coletiva e/ou individual. O universo da Alimentação corresponde a uma noção ampla e potencialmente capaz de abarcar componentes de felicidade, de bem-estar e de segurança presentes no cotidiano de pessoas de todas as idades (MENEZES et al, 2010).

No Brasil, uma das características marcantes da população idosa é o baixo poder aquisitivo, situação que é agravada em razão da exclusão dos idosos do mercado de trabalho, fato que, certamente, resulta na aquisição de alimentos de custos mais acessíveis e contribui para a monotonia da alimentação. (CAMPOS et al, 2000).

Conforme Arancetabartrina (1988), a integração social é outro fator que tem papel relevante na alteração do consumo alimentar do idoso. A solidão familiar e social predispõe o idoso à falta de ilusão e preocupação consigo, fazendo com que se alimente de forma inadequada em quantidade e qualidade. Nesses casos, há tendência ao desestímulo para

comprar e preparar alimentos variados e nutritivos (ARHONTAKI, 1990; MORIGUTI et al., 1998; CAMPOS, et al, 2000).

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso. Muitas dessas mudanças são progressivas, ocasionando efetivas reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do organismo (CAMPOS et al, 2000).

A mastigação é importante para uma boa nutrição no idoso e interfere nos hábitos alimentares. A perda de apetite em idosos tem sido, geralmente, relacionada com ausência de elementos dentários e com o uso de próteses. As pessoas que usam dentaduras mastigam 75 a 85% menos eficientemente que aquelas com dentes naturais, o que leva à diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, razão porque idosos com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais, fato que pode ocasionar consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (SHUMAN, 1998). Atualmente, sabe-se que o edentulismo não é consequência natural do envelhecimento, e que os dentes naturais, quando bem tratados, podem permanecer em funcionamento por toda a vida.

Nesse contexto, e tendo em vista o crescimento da população com 60 anos ou mais no Brasil, buscou-se descrever os hábitos e comportamentos alimentares dos idosos do RS, traçando assim um perfil dessa população.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à autopercepção do apetite ou vontade de comer, a maioria dos idosos relata ter um bom apetite, dentre estes 59,1% (n=2.237) das mulheres e 58,4% (n=2.060) dos homens, 22,9% (n=867) das mulheres e 22,6% (n=796) dos homens consideraram seu apetite ótimo, 16,8% (n=636) mulheres e 18,5% (n=652) dos homens relataram sentir fome em intensidade regular e apenas 33 mulheres (0,9%) e 18 homens (0,5%) consideraram seu apetite ruim. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Autopercepção do apetite.

Autopercepção do apetite	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Ótima	867	22,9	796	22,6	1663	22,7	
Boa	2237	59,1	2060	58,4	4297	58,7	
Péssima	13	0,3	3	0,1	16	0,2	0,0161
Regular	636	16,8	652	18,5	1288	17,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100,0	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

No que diz respeito à maneira de ingerir os alimentos, 69,3% (n=2.625) das mulheres e 69% (n=2.436) dos homens revelaram comer sem pressa, enquanto que 21,7% (n=822) das mulheres e 20,2% (n=712) dos homens comem demoradamente. Por outro lado, 6,1% (n= 214) dos homens e 4,1% (n=157) das mulheres procuram não perder tempo com a alimentação e 4,2% (n=148) e 4,1% (n=156) dos homens e mulheres, respectivamente, comem rapidamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Maneira de ingerir os alimentos.

<i>Diria que, normalmente é</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Demoradamente	822	21,7	712	20,2	1534	21,0	
Sem pressa	2625	69,3	2436	69,0	5061	69,2	
Rapidamente	156	4,1	148	4,2	304	4,2	0,0030
Não perde tempo	157	4,1	214	6,1	371	5,1	
NSA*	26	0,7	19	0,5	45	0,6	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quanto as refeições realizadas ao dia pelos idosos investigados observou-se que 94,5% (n=6.915) comem no desjejum (café da manhã) e apenas 5,5% (n=400) não costumam realizar esta refeição. Com um valor de $p > 0,05$, não evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros analisados. Por outro lado, verificamos que 17,4% (n=660) das mulheres e 15,6% (n=551) dos homens consomem algum alimento no meio da manhã (colação).

No que diz respeito ao almoço, 97,2% (7.108) dos idosos realizam esta refeição. No meio da tarde apenas 62,6% (n=4.576) dos entrevistados realizam o lanche. Estes últimos dados sem resultados significativamente estatísticos ($p > 0,05$) entre os gêneros.

O jantar é uma refeição realizada por 87,8% (n=3.100) dos homens e 85,8% (n=3.249) das mulheres, já a ceia (lanche da noite) é realizada por apenas 12,4% (n=906) idosos de ambos os gêneros, visto que não houve diferenças estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os mesmos. Dados podem ser demonstrados a tabela 3.

Tabela 3 – Refeições realizadas ao dia.

<i>Refeições</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Toma café da manhã	3569	94,3	3346	94,8	6915	94,5	0,3047
Faz colação (lanche no meio da manhã)	660	17,4	551	15,6	1211	16,6	0,0364
Almoça	3678	97,1	3430	97,2	7108	97,2	0,9029
Lancha à tarde	2400	63,4	2176	61,7	4576	62,6	0,1263
Janta	3249	85,8	3100	87,8	6349	86,8	0,0104
Ceia	491	13,0	415	11,8	906	12,4	0,1167

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na pesquisa de Lima-Filho et al., (2008), que avaliou o comportamento alimentar do consumidor idoso, verificou-se que grande parcela dos idosos (77,1%) realiza de três a quatro refeições ao dia.

Em estudo de Piatí et al., (2009), sobre o Perfil Nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense, constatou-se que 67% (28) dos hipertensos realizavam até três refeições ao dia, 33% (14) realizavam de quatro a cinco refeições ao dia e nenhum realizava mais de cinco refeições ao dia. Já no estudo de AMADO et al., (2007), em relação ao número de refeições e lanches 87,7% e 43,4% realizavam três refeições diárias, e dois lanches respectivamente.

De acordo com Galisa et al., (2007), recomenda-se que o número de refeições diárias seja de quatro a seis. Entre os brasileiros, o hábito é, geralmente quatro refeições ao dia, dentre elas: 1ª refeição – desjejum ou refeição matinal ou café da manhã, 2ª refeição – almoço, 3ª refeição – lanche e 4ª refeição- jantar. As outras refeições são lanches intermediários e ceia (ou lanche da noite).

Em relação ao local e forma que os idosos costumam realizar suas principais refeições, 95,8% (n=3.626) das mulheres e 94,3% (n=3.329) dos homens costumavam preparar e realizar a sua principal refeição em casa, 1,5% (n=58) das mulheres e 1,8% (n=62) dos homens relataram ser sua principal refeição preparada fora, mas consumida em casa. Apenas 2,1% (n=74) dos homens e 0,8% (n=29) das mulheres realizaram sua principal refeição em restaurante comercial e 0,6% (n=22) dos homens e 0,5% (n=20) das mulheres costumavam ir à casa de familiares (Tabela 4).

Tabela 4 – Local e forma que os idosos costumam realizar sua principal refeição.

Como e onde costuma realizar sua principal refeição	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Em casa	3626	95,8	3329	94,3	6955	95,1	0,0001
Familiar	20	0,5	22	0,6	42	0,6	
Preparada fora	58	1,5	62	1,8	120	1,6	
Restaurante	29	0,8	74	2,1	103	1,4	
NSR*	53	1,4	42	1,2	95	1,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em estudo similar, Lima-Filho et al., (2008) avaliou o comportamento alimentar do idoso, e verificou o local em que os idosos normalmente realizam suas refeições durante os dias de semana (segunda-feira a sexta-feira), onde a quase totalidade (95,8%) as realizou em casa. Aos finais de semana, muitos idosos preferem almoçar em casa (60,4%). Da parcela que almoça fora de casa nos finais de semana, 31,3% a fizeram em restaurantes e 8,5% na casa de familiares. Quando questionados sobre o hábito de comer fora de casa, somente 9,4% afirmaram que o tem com frequência; 36,5% adotaram o hábito algumas vezes por mês; 29,2% raramente saíram para fazer refeição; e 25% afirmaram não possuir este hábito. Os dados apresentados demonstram que os idosos são bastante caseiros, preferindo a comida de casa à de

outros locais. Neste mesmo estudo verificou-se que a frequência com que os idosos costumam preparar sua comida está associada ao gênero. Dos 41,8% que afirmaram ter o hábito de preparar sua própria comida, cerca de 80% eram mulheres e dos 36,7% que afirmaram nunca preparar sua comida, 92% eram homens. A maioria dos idosos não têm o hábito de pedir comida “*delivery*” (61,5%); e 38,5% usaram pouco o serviço de entrega de refeições à domicílio (LIMA-FILHO et al., 2008).

Quanto ao histórico nutricional ou dietético, para muitos idosos, a incapacidade de se alimentar sozinho, problemas dentários, alterações no paladar e no olfato, hábito alimentar precário, modismo alimentar e falta de conhecimento sobre nutrição estão entre os problemas mais comuns que podem levar a uma ingestão inadequada de alimentos e nutrientes (MAHAN & SCOTT-STUMP, 2002). Também devemos levar em consideração a ingestão excessiva de sal, consumo de álcool, dentaduras mal fixadas, problemas de mastigação ou de deglutição, refeições fora de casa com frequência, interações adversas entre alimentos e medicamentos, incapacidade de se alimentar e ainda dependência alimentar.

Outra ferramenta importante para a avaliação do histórico dietético deste grupo de idosos são os dados de ingestão alimentar, avaliados tanto pela coleta retrospectiva da ingestão alimentar tanto pelo resumo prospectivo dos alimentos ingeridos ao longo do dia (MAHAN & SCOTT-STUMP, 2002). Neste estudo optou-se pelo questionário de frequência alimentar, uma revisão retrospectiva da frequência de ingestão, ou seja, alimentos consumidos por dia, semana ou mês. Para facilitar a avaliação, este método organiza os alimentos em grupos que têm nutrientes em comum, uma vez que o foco do questionário de frequência alimentar é a frequência de uso dos grupos de alimentos ao invés de nutrientes específicos.

Quanto à frequência de consumo de alimentos, obtiveram-se os seguintes resultados (apresentados na Tabela 5):

Tabela 5 – frequências semanais do consumo de alimentos.

Alimentos	Feminino			Masculino			P
	N	Média	dp	N	Média	Dp	
Frutas	3683	8,7842	±5,9350	3368	7,9180	±5,4471	0,0000
Verduras e legumes	3715	9,8012	±5,1553	3453	9,5677	±5,7829	0,0018
Alimentos gordurosos	1988	3,3130	±4,2441	2189	3,5238	±4,4109	0,1163
Doces	2586	3,4162	±3,7932	2594	3,6044	±4,0769	0,0342
Refrigerantes	2249	5,7598	±7,3021	2260	6,3905	±7,6741	<0,0001
Bebidas alcoólicas	420	1,7710	±3,7000	1128	1,8547	±3,1621	<0,0001
Leites e derivados	3658	11,4663	±4,9516	3416	11,2721	±4,7964	0,0941
Carnes e ovos	3726	10,0359	±4,9335	3487	10,2108	±4,8898	0,1308
Cerais (arroz, e massas integrais)	3427	9,0018	±5,1835	3128	8,9141	±5,2713	0,4974

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

De acordo com a Tabela 5, as frutas foram consumidas $8,78 \pm 5,93$ vezes por semana pelas mulheres e $7,91 \pm 5,44$ pelos homens. Santos et al., (2007) em seu estudo com idosos hipertensos teve uma frequência de consumo de frutas de 39,2% na escala de 5 a 7 vezes na semana e de 33,6% numa escala de 2 a 3 vezes por semana.

Quanto ao consumo de verduras e legumes, alimentos fontes de vitaminas e minerais essenciais às condições fisiológicas e metabólicas do envelhecimento, as mulheres consumiram em torno de $9,8 \pm 5,15$ vezes por semana, enquanto os homens $9,56 \pm 5,78$. Ainda no estudo de Santos et al, (2007), apresentou-se o consumo de verduras de 24,8% na

escala de 5 a 7 vezes por semana, e de 35,2% na escala de 2 a 3 vezes por semana.

O consumo de frutas e verduras é um ponto positivo, visto que são boas fontes de vitaminas e minerais, além de fibras, que exercem um impacto significativo sobre a fisiologia humana, dentre estes, podemos citar efeitos hipocolesterolêmicos. As fibras solúveis parecem diminuir especificamente o colesterol LDL. De acordo com Mahan & Scott-Stump (2005), as fibras insolúveis se ligam a carcinógenos lipossolúveis e os removem do trato gastrointestinal, exercendo um efeito preventivo global sobre os riscos de câncer.

Em relação aos alimentos gordurosos, verificou-se que o consumo destes pelos idosos foi em torno de $3,4 \pm 4,44$ vezes por semana, sendo que a diferença entre as médias do gênero Masculino e Feminino não foram significativas estatisticamente ($p > 0,05$). A pesquisa de Caetano et al., (2008) descreveu os fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos, verificou a ingestão de gordura, revelada por 48 (33,1%) idosos estudados, seja ela de origem vegetal ou animal.

Os alimentos doces foram mais consumidos pelos homens do que pelas mulheres, respectivamente $3,60 \pm 4,07$ e $3,41 \pm 3,79$ vezes por semana. O estudo de Freitas et al, (2011) avaliou alimentos mais consumidos por idosos residentes na Zona Leste de São Paulo, onde o açúcar refinado apareceu em quarto lugar na lista dos dez alimentos mais consumidos pelos idosos. Já na pesquisa de Machado et al., (2009) que relacionou a frequência de consumo alimentar dos idosos portadores da doença de Alzheimer, constatou-se que o consumo diário de doces foi referido por 36% e 28% dos idosos em estágio leve e moderado da doença, respectivamente.

Pela análise da ingestão de refrigerantes verificou-se que estes foram consumidos em torno de $6,39 \pm 7,67$ e $5,75 \pm 7,30$ vezes por semana por homens e mulheres, respectivamente. No estudo de Amado et al., (2007), que avaliou aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas, verificou-se que cerca de metade da amostra (50,9%) relatou o não consumo de bebidas do tipo sucos industrializados, refrigerantes, achocolatados (toddyinho), etc.

O consumo de bebidas alcoólicas é um fator contribuinte para a elevação da pressão arterial, na proporção de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente (PESSUTO e CARVALHO, 1998), além de estar associado ao surgimento de gordura localizada na região abdominal (MACHADO e SICHIERI, 2002).

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas pelos idosos, percebeu-se que houve uma ingestão em torno de $1,85 \pm 3,16$ vezes por semana pelos homens, pouco superior a das mulheres $1,77 \pm 3,70$ vezes por semana. Em estudo realizado por Silva et al., (2007) sobre os fatores de risco de DCV em idosos com diabetes tipo 2, 4% dos pesquisados possuíam hábito etilista diário. Já no estudo de Amado et al., (2007) 84 (79,2%) das idosas avaliadas referiram nunca ter feito uso de bebidas alcoólicas.

Quanto ao consumo de alimentos fontes de cálcio, o leite e seus derivados (queijo, requeijão e ricota), foram consumidos em uma frequência de $11,36 \pm 4,86$ vezes durante a semana pelos idosos, sem diferenças estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os gêneros. Em estudo semelhante relatado por Frank & Soares (2002), foi observado que o consumo de leite foi citado como o segundo alimento de maior frequência de consumo diário, presente na dieta de mais de 70% dos idosos.

No estudo de Tomazoni e Siviero (2009) que avaliou o consumo de potássio em idosos hipertensos, 63,3% dos entrevistados consumiam leite integral diariamente.

As recomendações de ingestão de cálcio no envelhecimento estão recebendo maior atenção nos últimos anos, principalmente devido ao papel importante deste mineral no desenvolvimento da osteoporose. Existem outros fatores que interferem na disponibilidade e utilização do cálcio dietético, como, por exemplo, a absorção gastrintestinal e a inadequação da produção de vitamina D, que participa ativamente deste processo. Em mulheres pós-menopausa, devido à redução da produção de estrógeno e deficiência na formação da vitamina D, existe à predisposição a um balanço negativo de cálcio e aceleração da perda de massa óssea (NUNES, 2012).

Em relação ao consumo de carnes e ovos, alimentos de fontes proteicas, estes alimentos foram ingeridos em torno de $10,11 \pm 4,91$ vezes durante a semana pelos idosos em ambos os gêneros, visto que não houve diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). No estudo realizado por Lopes et al., (2010) que avaliou o perfil antropométrico e alimentar de idosos frequentadores do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), 16,13% dos idosos consumiam diariamente carne bovina. No mesmo estudo, Lopes et al. (2010), constatou que 3,22% consumiam carne de frango diariamente. Lima-Filho et al. (2008), avaliou o comportamento alimentar do idoso, onde 15% dos entrevistados consumiam carne de peixe de 1 a 3 vezes por semana.

O consumo de cereais, arroz e massas integrais, alimentos fontes de carboidratos, observou-se um consumo em torno de $8,95 \pm 5,22$ vezes por semana tanto pelos homens quanto pelas mulheres, visto que não

houve diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros ($p>0,05$).

Em pesquisas semelhantes, como a de Amado et al., (2007) onde verificou-se a presença frequente no consumo semanal das idosas, os grupos cereais e pães foram os mais referidos. Resultados semelhantes foram observados por Marucci (1992), em estudo com 308 idosos do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde os cereais e derivados (pães e arroz) foram identificados como os mais utilizados, por serem mais populares entre os idosos com problemas mastigatórios e por apresentarem baixo custo (MARUCCI, 1992). Desta forma é necessário então, que esses alimentos devam constar na alimentação desta população, porém de uma forma equilibrada e ajustada.

Tabela 6 – Adição de sal aos alimentos.

<i>Adição de sal</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	113	3,0	192	5,4	305	4,2	<0,0001
Não	3172	83,8	2839	80,4	6011	82,2	
NSR*	501	13,2	498	14,1	999	13,7	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Conforme a Tabela 6, que apresentou o consumo de sal pelos idosos, pôde-se verificar que 83,8% ($n=3.172$) das mulheres e 80,4% ($n=2.830$) dos homens não costumam adicionar sal aos seus alimentos quando já servidos em seu prato, e apenas 3% ($n=113$) das mulheres e 5,4% ($n=192$) dos homens adicionam sal aos seus alimentos depois de prontos. Com base nesses dados, conclui-se que os idosos da presente pesquisa estavam bem orientados sobre cuidados com o sal na alimentação e a utilização de temperos como substitutos do sal de adição

no preparo dos alimentos. No estudo de Amado et al., (2007) que avaliou aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso, a grande maioria das idosas (94,3%) referiu não colocar mais sal na comida servida em seu prato e apenas 5,7% informou fazer uso desse hábito.

O consumo excessivo de sal na dieta é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, por elevar os níveis pressóricos (MOLINA et al., 2003). O consumo de sal aumenta o risco de desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, além de propiciar o desenvolvimento e a elevação da intensidade da hipertensão arterial (CASTRO et al., 2005).

Tabela 7 – Ingestão hídrica por dia.

<i>Ingestão de 6 a 8 copos de água</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	2351	62,1	2038	57,8	4389	60,0	0,0002
Não	757	20,0	739	20,9	1496	20,5	
NSR*	678	17,9	752	21,3	1430	19,5	
<i>Total</i>	<i>3786</i>	<i>51,8</i>	<i>3529</i>	<i>48,2</i>	<i>7315</i>	<i>100</i>	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à ingestão hídrica (Tabela 7), a pirâmide alimentar modificada para a população idosa recomenda o consumo de 8 ou mais copos de água ao dia. Através da análise da tabela, verificou-se que 62,1% (n=2.351) das mulheres e 57,8% (n=2.038) dos homens referiram ingerir de 6 a 8 copos de água ao dia (1,5 a 2L), incluindo chás, sucos naturais e chimarrão, e excluindo refrigerantes. E, 20,9% (n=739) dos homens e 20% (n=757) das mulheres não ingeriram mais de 6 copos de líquidos diariamente. Ainda citando o estudo de Amado et al., (2007), este mostrou que 62% das idosas ingeriam entre um a quatro copos por dia e 34% consumiram oito ou mais copos de água.

Ressalta-se a importância do consumo de água na saúde dos idosos, pois o próprio processo de envelhecimento, o nível de atividade física, o uso de medicamentos, a função renal e mecanismos homeostáticos, reduzem a sensação de sede e atuam ainda como fator contribuinte na constipação (ARBONÉS et al., 2003). Desta forma, para pessoas idosas, a água representa uma verdadeira necessidade e de acordo com O Guia Alimentar para a População Brasileira, devem ser ingeridos cerca de 1,5 a 2 litros de líquidos, dos quais 8 copos de água diários são indicados (MS, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma dieta equilibrada e adequada tem um importante papel na saúde de indivíduos, principalmente idosos, e pode ajudar no controle e prevenção de doenças, pois a alimentação saudável é um importante fator para a manutenção e o bem estar do indivíduo.

Os hábitos alimentares saudáveis auxiliam na prevenção de doenças mais comuns nessa faixa etária, tais como: cardiovasculares, diabetes e obesidade, levando a uma melhor qualidade de vida.

As preferências alimentares dos idosos tendem a seguir hábitos alimentares adquiridos na infância.

É importante considerar que o consumo alimentar desta população não deve ser restrito a uma análise qualitativa e quantitativa, compreendendo as diversas mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento, fatores econômicos, psicossociais, medicamentosos que estão associados às múltiplas doenças que interferem no consumo alimentar.

REFERÊNCIAS

- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G.; FERREIRA, R. A. R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 57, n. 4, p. 366-372, 2007.
- ARANCETA-BARTRINA, J. Pautas dietéticas nutricionales para la vejez. **Nutr Clín**, 1988. v. 8, n. 6, p. 34-40.
- ARBONÉS, G. et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). **Nutr.Hosp**, 2003. v. 18, p. 109-37.
- ARHONTAKI, J. **Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos**. 1990. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAETANO Joselany Afio et al. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Text Context Enferm**, 2008. v. 17, n. 2, p. 327-35.
- CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende; ORNELAS, Ana Paula Rodrigues de Castro. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr**, 2000. v. 13, n. 3, p. 157-65.
- CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O. R.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm**, 2005. v. 18, n. 2, p. 184-9.
- FRANK, Andrea Abdala; SOARES, Eliane de Abreu. **Nutrição no envelhecer**, 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 300p.
- FREITAS, Angélica M. de Pina; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; RIBEIRO, Sandra Maria Lima. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectiva. **Rev Bras Epidemiol**, 2011. v. 14, n.1, p. 161-77.

GALISA, M. S.; ESPERANÇA, L. M. B.; SÁ, N.G. Nutrição conceitos e aplicações. **M Books do Brasil**, 2007.

LIMA-FILHO, D. O. et al. Comportamento alimentar do consumidor idoso. **Rev de Negócios**, Blumenau, v. 13, n. 4 p. 27 – 39, Outubro/Dezembro 2008.

LOPES, A. F. et al. Perfil antropométrico e alimentar dos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) do Instituto de Biociências de Botucatu/SP. **Rev. Ciênc. Ext**, 2010.v. 6, n. 1, p. 9.

MACHADO, Jacqueline et al. Estado Nutricional na Doença De Alzheimer. **Rev Assoc Med Bras**, 2009. v. 55, n. 2, p. 188-91.

MACHADO, Paula Aballo Nunes.; SICHIERI, Rosely. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Rev Saúde Públ**, 2002. v. 36, n.2, p.198-204.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**, 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005.

MARUCCI, M. F. N. **Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos matriculados em ambulatório geriátrico**. 1992. 116 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

MENEZES, M. F. G. et al. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 2010. v.13, n. 2, p. 267-76.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi et al. Hipertensão e consumo de sal. **Rev Saúde Pública**, 2003. v. 37, n. 6, p. 743-50.

MORIGUTI, J. C. et al. Nutrição no idoso. In: OLIVEIRA, J. E., MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. Cap.14, p. 239-51.

NUNES, Ivone Freires de Oliveira Costa. **Estado nutricional e associação com variáveis demográficas, níveis séricos e ingestão alimentar de vitamina D em pessoas idosas domiciliadas em capital do Nordeste do Brasil**. 2012. 139f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enf**, 1998. v. 6, n. 1, p. 33-9.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C.. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens**, 2009. v. 16, n. 2, p. 123-29.

SANTOS, M. R. D. R. et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 2007. v. 10, n. 1, p. 73-86.

SHUMAN, J. M. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L.K., STUMP, S.E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9.ed. São Paulo: Roca, 1998. Cap. 14, p. 293-312.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl**, 2007, v. 28, n. 1, p. 113-121.

TOMAZONI, Tamires; SIVIERO, Josiane. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS. **Rev Bras Hipertens**, 2009. v. 16, n. 4, p. 246-50.

Capítulo 22

SEXUALIDADE DO IDOSO GAÚCHO

Amanda Bifano Balbinot

Iride Cristófoli Caberlon

Leticia Domingues Bertuzzi

Maria Heloisa Fialho Cauduro

INTRODUÇÃO

A trajetória de vida do ser humano é o somatório das experiências vividas, dos valores, das metas alcançadas, do conhecimento, da compreensão e das interpretações pessoais que cada um tem do mundo em que vive e convive. A velhice não é uma experiência homogênea, mas sim heterogênea, devendo-se considerar as diversidades cultural, regional, étnica, racial, de orientação sexual, das potencialidades e habilidades, assim como as questões de gênero e de filosofia de vida geradoras de nossas escolhas.

Pretende-se, neste capítulo, abordar aspectos sobre a sexualidade e o envelhecimento com o objetivo de descrever o perfil de idosos do Rio Grande do Sul. Para tanto, foram pormenorizadas questões relacionadas à sexualidade a partir do levantamento realizado pelo estudo com pessoas de 60 anos ou mais, residentes nesse estado.

Homens e mulheres passam por mudanças biológicas naturais, sendo que a qualidade de vida do idoso sofre a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Percebe-se, no entanto, que a sexualidade na terceira idade é um aspecto pouco abordado. A falta de informação pode levar à estagnação das atividades sexuais e da

intimidade, uma vez que os idosos podem desconhecer formas de lidar com as mudanças e possíveis dificuldades. A idéia de que as pessoas perdem suas habilidades sexuais à medida que envelhecem não passa de um erro ou mito. No processo de envelhecimento não há a dessexualização do idoso, ocorrem sim, transformações (LOPES, 1989).

A atividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de um(a) companheiro(a) e de suas características, além das particularidades do contexto cultural em que o indivíduo vive. Existem distintas dimensões da sexualidade que integram o indivíduo: a biológica que influencia no desenvolvimento e na manutenção da sexualidade ao longo de toda a vida; a psicológica, que abarca emoções, traços da personalidade, modos de ser e agir; e a social, regulada pela sociedade através de leis, normas éticas, morais e pelas pressões culturais impostas pela família e sociedade, grupos esses que exercem influência variável sobre o indivíduo, persuadindo-o quanto às decisões referentes ao comportamento sexual (VIEIRA, 2004, BONANÇA, 2008).

A sexualidade, além da atividade sexual, é também a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, espirituais e sociais de homens e mulheres. Devem-se distinguir atos sexuais (masturbação, beijo, relação sexual) do comportamento sexual, que inclui, além de atividades específicas, o flerte, certas maneiras de vestir, leituras, filmes eróticos dentre outros (VIEIRA, 2004).

Resgatar o direito à vida sexual ativa do idoso e da idosa implica, também, pensar outras formas de amor que perpassam pela ternura, pelos contatos físicos que erotizam o corpo, como o olhar, o toque, a voz, redescobrando as primeiras formas de amor do ser humano (SANTOS, 2003), além das outras possibilidades criativas de amar e ser amado. O

exercício da sexualidade é uma necessidade de todas as pessoas. Contudo, quando voltada aos idosos, essa necessidade é, por vezes, regada pelo preconceito e pela discriminação, caracterizando o comportamento sexual como inadequado, imoral e, até mesmo, anormal.

A vivência da sexualidade e do sexo por muito tempo foram tratadas, na nossa sociedade, como tabu dominado pelos adultos e, principalmente pelos homens que baseavam sua honra no domínio sexual. Muitas gerações de mulheres descobriram o que era relacionamento sexual a partir da noite de núpcias e da lua de mel. Somente após 1950, com o surgimento dos anticoncepcionais, a sexualidade passou a ser discutida e vivenciada com maior liberdade, modificando os conceitos e os preconceitos sociais, bem como permitindo tanto ao homem quanto a mulher a escolha do parceiro ideal para o início da vida sexual. Dessa forma, homens e mulheres passaram ter a possibilidade de descobrir sua sexualidade e também de aprender a desenvolver de diferentes maneiras a sua sensualidade (SANTOS, NASCIMENTO, 2001).

Chamamos de sexual toda a conduta que, partindo de uma região erógena do corpo (boca, olhos, voz, pele) apoiada numa fantasia, proporciona algum tipo de prazer (FREUD, 2002). Sabe-se que a vida sexual da mulher não se encerra na menopausa, apesar da diminuição da secreção de estrógenos; e que no homem, a produção de testosterona é mantida para além dos setenta anos de idade. A perda dos hormônios modifica o mecanismo e a frequência da ereção, assim como altera a lubrificação vaginal, dificultando a realização do coito. Porém, a penetração não é a única fonte produtora de prazer, há outras formas como a afeição, a ternura, o sonho, a presença de alguém que o escute, com quem compartilhe a vida (UNICRED, 2012). A partir da redescoberta do sexo e do amor, o velho reconquista seu lugar vital tanto de homem

quanto de mulher. Estudos demonstram que as relações sexuais podem diminuir com a idade, mas que o interesse sexual não desaparece, pelo contrário, aumenta, assumindo maior importância na velhice (MORAGAS, 2004).

O idoso brasileiro sofre repressões das diferentes culturas européias que exigiam uma moral familiar muito rígida, mantendo no seu imaginário um conceito de sexualidade ainda como assunto proibido, o que o impele a seguir regras de comportamento compatíveis à sua idade. Seu pensamento, por vezes, denota-se contaminado por estereótipos negativos. Inclusive, jovens consideram que os idosos são assexuados e ou pervertidos se ainda continuam a ter relações sexuais.

Recentes pesquisas na área da sexualidade humana mostram que a satisfação sexual constitui um importante preditor de bem-estar no ser humano (CASTRO, 2004). Estudos revelam que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos, embora possam mudar a frequência e a intensidade da atividade sexual (BRASIL, 2007). A identificação de disfunção nesta área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos, entretanto podem ser resolvidos com orientação e educação.

No homem, principalmente após os 75 anos, ocorrem alterações (biológicas e fisiológicas) que refletem mudanças na sexualidade: diminuição do líquido de lubrificação pré-ejaculatório; ereção pode se tornar mais flácida e retardada, demandando um tempo maior para obtenção do orgasmo; aumento do período refratário entre as ereções; ejaculação menos extensa; aumento do cansaço, diminuição da motivação e tendência à depressão. Entretanto a falta do coito não esgota as possibilidades sexuais. Na mulher também ocorrem alterações significativas, que se iniciam após a menopausa: resposta sexual mais

lenta após os 65 anos (devido à excitação diminuída em função da queda dos hormônios - atrofia da pele e da mucosa do aparelho genital e diminuição do fluxo sanguíneo na região, menor expansão da vagina e menor lubrificação - *secura vaginal*) (MESQUITA, MESQUITA CASTRO, 2012). Na mulher idosa, quanto maior a frequência de relações sexuais, maior será a chance de manter a lubrificação normal após a menopausa (MESQUITA, MESQUITA CASTRO, 2012).

É fundamental compreender que o orgasmo se apresenta como consequência de um conjunto de fatores integrados, vivenciados com receptividade, estímulos, excitação, desejo e integralidade de afetividade, prazer e satisfação. O idoso ou a idosa pode ou não (após viuvez ou separação) livremente querer reformular sua vida, buscar um novo companheira(o). Entretanto, é importante considerar que cada um possui uma visão diferenciada de viver sua sexualidade e de sentir-se feliz, exigindo uma nova forma de perceber seu corpo, sua sensualidade e sexualidade. Para tanto, precisa-se pensar em criar uma proposta de aprendizagem que oportunize ao idoso ou idosa perceber sua corporeidade e suas potencialidades para ser, sentir e agir; para buscar sua vez e voz no curso da vida; identificar e assumir o seu papel social, além de elevar sua autoestima e autoconfiança com autorrespeito.

Além disso, é de crucial importância pontuar que o aumento da frequência de práticas sexuais entre as pessoas idosas deve estar associado a iniciativas de prevenção e de assistência para o controle de eventos relacionados à exposição às doenças sexualmente transmissíveis. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública, atingindo todo o ciclo de desenvolvimento humano, o que inclui os idosos. Sendo assim, dois aspectos emergentes merecem destaque: o incremento da notificação de transmissão do HIV

após os 60 anos, e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2007).

A promoção da sexualidade saudável é garantida pelo cultivo de hábitos de higiene, de informação sobre a temática e de comportamentos adequados no atendimento às necessidades da sexualidade e sexo, conforme itens abaixo (BRASIL, 2007):

- a) Estimular o acesso e a utilização correta dos preservativos, Masculino e Feminino, assim como o uso de lubrificantes;
- b) Incluir a prevenção de DST-HIV / AIDS, focando as especificidades desse grupo na rede de Atenção Básica da Saúde, além da promoção à sexualidade saudável e prazerosa;
- c) Participar de oficinas educativas sobre sexualidade e prevenção de doenças na terceira idade;
- d) Usar sempre e corretamente a camisinha (feminina e masculina), em todas as relações sexuais;
- e) Jamais compartilhar agulhas e seringas com outras pessoas;
- f) Manter a vigilância em saúde principalmente no caso de necessitar receber uma transfusão de sangue, exigindo que o mesmo seja testado para todas as doenças que possam ser transmitidas;
- g) Proteger-se do vírus da HIV, cuja tarefa é simples e obrigatória em qualquer idade.

É importante lembrar que a integralidade, subjetividade e compreensão dos diversos contextos de vulnerabilidades são elementos fundamentais para a abordagem da redução de risco. Entretanto, é preciso atentar para os sintomas de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis em pessoas mais velhas, uma vez que esses sintomas podem coincidir com outras doenças relacionadas ao envelhecimento.

A sexualidade é um elemento presente e importante na boa qualidade de vida dos idosos (PEREZ, 1994). Deste modo, a informação e assistências à saúde tornam-se fundamentais para a manutenção de uma vida sexual ativa e segura. O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), objetiva mobilizar cidades a propiciarem a seus cidadãos um Envelhecimento Ativo, observando oportunidades para a saúde, participação e segurança. Proporciona, assim, qualidade de vida à medida que se envelhece. Dentre as questões abordadas no Guia, relacionadas à temática abordada neste estudo, destacam-se a comunicação e informação, bem como o apoio comunitário e serviços de saúde.

Frente às questões levantadas, ratifica-se a importância da abordagem do tema sobre a sexualidade do idoso. Com as informações obtidas através das questões respondidas sobre sexualidade, podem-se identificar alguns aspectos sobre o perfil dos idosos, descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o guia: cidade amiga do idoso (OMS, 2008), os idosos relatam perceber comportamentos e atitudes conflitantes em relação a eles. Isto é, por um lado, sentem-se respeitados, reconhecidos e incluídos; por outro, experimentam uma falta de consideração da comunidade, dos prestadores de serviços e da sua família.

Esse embate pode ser explicado pela mudança social que hoje atravessamos, pelas normas de comportamento, pela falta de contato entre as gerações, e pelo desconhecimento generalizado do processo de envelhecimento e do que é ser velho (OMS, 2008). Essa falta de conhecimento sobre o envelhecer pode estar refletida em resultados desse estudo que evidenciam apenas 35% dos entrevistados considerarem-se sexualmente ativos. A maioria, 64,9% dos idosos,

respondeu não possuir vida sexual ativa. Revela ainda, que os homens referem realizar mais relações sexuais que as mulheres, dados estes que pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Tem relações sexuais atualmente.

Prática de relações sexuais	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Sim	1022	39,8	1547	60,2	2569	35,1	
Não	2764	58,2	1982	41,8	4746	64,9	<0,0001
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na tabela 2 observa-se a distribuição dos idosos com relação à satisfação com a vida sexual. A maior parte dos idosos não tem queixas com relação a sua vida sexual apontada como inexistente, nesta questão houve um predomínio de respostas no sexo Feminino, 1790(47,3%). Com relação aos que consideram a sua vida sexual satisfatória predominaram no sexo Masculino, 1326(37,6%).

Tabela 2 – Considera sua vida sexual satisfatória.

Vida sexual	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Satisfatória	901	23,8	1326	37,6	2227	30,4	
Nula sem queixas	1790	47,3	1101	31,2	2891	39,5	
Nula preocupante	15	0,4	15	0,4	30	0,4	
Insatisfatória	109	2,9	143	4,1	252	3,4	<0,0001
Recusa em responder	774	20,4	752	21,3	1526	20,9	
NSR*	197	5,2	192	5,4	389	5,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Os dados da tabela 2 também ressaltam que um percentual relevante de idosos, 1526 (20,9%), recusou-se a fazer considerações sobre sua vida sexual. Inúmeras são as razões que favorecem aos idosos, muitas vezes, sentirem-se constrangidos para refletir e falar a respeito de sua sexualidade e seus desejos sexuais, dentre elas encontra-se a falta de informação. O guia: cidade amiga do idoso (OMS, 2008), destaca a comunicação e informação, o apoio comunitário e serviços de saúde, como fundamentais para os idosos. Assim, verifica-se a importância de profissionais da saúde em propiciar espaços de escuta para as necessidades e dúvidas dos idosos, auxiliando-os a identificar as mudanças corporais acarretadas pela idade, como a buscar por alternativas seguras e mais satisfatórias, caso pretendam possuir uma vida sexual ativa.

Uma questão relevante ao se abordar a temática sobre sexualidade é referente aos aspectos de prevenção, ou seja, o uso de proteção durante as relações sexuais. A tabela 3 apresenta dados referentes à utilização ou não de proteção durante as relações sexuais pelos idosos.

Tabela 3 – Faz uso de proteção.

<i>Uso de proteção</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sempre	121	3,2	166	4,7	287	3,9	
Às vezes	82	2,2	135	3,8	217	3,0	
Não – Monogâmico	591	15,6	832	23,6	1423	19,5	
Não - Desnecessário	68	1,8	114	3,2	182	2,5	
Não – mas acha importante	51	1,3	92	2,6	143	2,0	
Não – Parceiro não gosta	12	0,3	36	1,0	48	0,7	<0,0001
Não – Acha prejudicial	12	0,3	16	0,5	28	0,4	
Não – Masturbação	13	0,3	17	0,5	30	0,4	
Recusa em responder	879	23,2	897	25,4	1776	24,3	
NSA*	1957	51,7	1224	34,7	3181	43,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A maior parte dos entrevistados respondeu não manter relações sexuais por isso a resposta quanto ao uso de preservativos não foi aplicável em 43,5%. Porém, 24,3% recusaram-se a responder. Tendo isso em vista, estes aspectos podem reportar, também, a dificuldade em falar sobre a própria sexualidade e/ou manter relações sexuais ao envelhecer. Em relação à utilização de proteção, quando idosos mantêm relações sexuais, apenas 3,9% responderam sempre utilizar proteção, e às vezes, 3%. Esses dados refletem o baixo índice de atitudes preventivas, o que pode corroborar o previamente exposto acerca do incremento de notificação da transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV. Além disso, os dados assinalam certa noção de segurança nas relações monogâmicas, pois dos idosos que referem ser ativos sexualmente e não utilizarem proteção, essa foi a principal razão apontada.

Consoante ao previamente exposto, a sexualidade acompanha o indivíduo durante todo o ciclo vital. Sendo assim, o Guia Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) divulga a ausência de serviços ou programas de prevenção de doenças e promoção de saúde percebida pelos idosos. Na relação de serviços importantes estão o rastreamento preventivo, a atividade física, a educação sobre prevenção de lesões, a orientação nutricional e as terapias voltadas para a saúde mental. Dentre as características amigáveis aos idosos referenciadas na área metropolitana do Ruhr, por exemplo, estão os grupos de autoajuda ou organizações que oferecem atividades esportivas para condicionamento físico ou reabilitação, e avaliações de saúde feitas regularmente, em domicílio (OMS, 2008).

A tabela 4 apresenta a distribuição dos idosos quanto ao seu posicionamento em relação à homossexualidade, por gênero.

Tabela 4 – Como os idosos encaram a homossexualidade.

Sobre homossexualidade	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Simpatiza	863	22,8	551	15,6	1414	19,3	<0,0001
Respeita	666	17,6	730	20,7	1396	19,1	
Sem opinião	281	7,4	251	7,1	532	7,3	
Indiferente	1103	29,1	1084	30,7	2187	29,9	
Condena	226	6,0	284	8,0	510	7,0	
Recusa em responder	380	10,0	369	10,5	749	10,2	
NSR*	267	7,1	260	7,4	527	7,2	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Os dados da tabela 4 assinalam que a maior parte dos idosos é indiferente em relação à homossexualidade, mas, os que aceitam com simpatia predominaram no sexo Feminino 863(22,8%), enquanto os que não aceitam e condenam predominaram no sexo Masculino, 284(8,0%).

Mota (2009) afirma que idosos homossexuais acabam por suportar uma dupla carga de preconceitos, em que, privados da possibilidade de formação de entidades familiares, sujeitam-se ao isolamento, comprometendo a afirmação de sua identidade social.

Tabela 5 – Conhece ou convive com um homossexual.

Conhece	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
É homossexual	8	0,2	9	0,3	17	0,2
Convive	36	1,0	40	1,1	76	1,0
Sim, vê seguidamente	412	10,9	311	8,8	723	9,9
Sim, mas vê poucas vezes	674	17,8	581	16,5	1255	17,2
Evita qualquer relacionamento	168	4,4	211	6,0	379	5,2
Não conhece	1607	42,4	1548	43,9	3155	43,1
Recusa em responder	412	10,9	414	11,7	826	11,3
NSR*	476	12,6	425	12,0	901	12,3

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Na tabela 5 observamos a distribuição dos idosos com relação a ter conhecidos ou conviver com homossexuais. A maior parte dos idosos não conhece nenhum. Os que convivem e encontram seguidamente predominaram no sexo Feminino, 412(10,9%), enquanto os que evitam qualquer relacionamento predominaram no sexo Masculino, 211(6,0).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da sexualidade permanece presente na vida dos seres humanos independente da sua idade, cor, gênero, religião ou qualquer outro aspecto de construção do indivíduo. Dessa forma, torna-se imprescindível que os jovens, adultos e idosos compreendam que a sexualidade não tem idade e que deve ser praticada por todos os indivíduos que a desejam. O idoso deve se libertar do estereótipo “velhice assexuada”, libertando-se do medo de envelhecer (LYRA e JESUS, 2007).

O comportamento sexual é regido pela cultura, religião, valores e principalmente pela educação, determinando a forma como o ser humano irá vivenciá-la ao longo de todo o ciclo de vida (ALMEIDA, 2008). Verifica-se que as idosas da atualidade, vivenciaram a adolescência e juventude nas décadas de 20 a 40, são fruto de uma educação repressora e severa, em que o exercício da sexualidade era algo sujo, pecaminoso, devendo ser praticado somente após o casamento e exclusivamente para a reprodução.

No entanto, a sexualidade nos idosos deve ser concebida numa visão holística, partindo do princípio que a mesma compõe a totalidade do ser, não sendo somente algo biológico, mas que envolve os aspectos biopsicossocioculturais e religiosos, e que está presente desde o nascimento, acabando apenas com a morte (ALMEIDA, 2008).

A sexualidade de cada pessoa deve ser abordada de acordo com sua história, com sua motivação, dependente de suas necessidades e vontades. Precisa ser ouvida e sentida em seu corpo e no do seu companheiro (a), o que a torna um processo de conhecimento mútuo. Ainda que muitas vezes o envelhecimento venha acompanhado do estigma de que o exercício da sexualidade não mais pertenceria a essa fase da vida, impera que sejam repensados posicionamentos e flexibilizadas posturas.

Torna-se fundamental, mudar este paradigma. Ou seja, realizar o empoderamento dos benefícios da sexualidade e do sexo na velhice pela família, pelas equipes de profissionais dos serviços de saúde, pelas instituições de longa permanência e sociedade em geral. Portanto, frente à longevidade da população brasileira, é preciso que a sociedade avance na reflexão e compreensão dessa temática e desenvolva atitudes mais positivas, uma vez que a sexualidade representa um dos pilares para a realização biopsicossocial do ser humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. **Amor e Sexo após os 60 anos: utopia ou realidade?**, 2008. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/psicoterapia-artigos/amor-e-sexo-apos-os-60-anos-utopia-0o-realidade-444432.html>>. Acesso 08 set. 2012.

BONANÇA, P. **Sexualidade e Tabu na Terceira Idade**. Disponível em <<http://www.artigonal.com/psicoterapia-artigos/sexualidade-e-tabu-na-terceira-idade-660143.html>>. Acesso em: 09 out. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do Homem**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, MS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: DST e AIDS / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

FREUD, S. **Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

LOPES, G.P. **Sexualidade Humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

LYRA, D.G.P; JESUS, M.C.P Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. **Revista Nursing-** Edição Brasileira, v. 104, nº 9, p.23-30, 2007.

MESQUITA, F.J.C; MESQUITA, F.J e CASTRO, C.G.M.A. Amor e sexo. In: **Instituto Unicred**. Estilo de Vida Saudável do Idoso. Fortaleza, Unicred, 2012.

MORAGAS, R.M. Necessidades psicológicas e sexuais. In **Gerontologia Social: envelhecimento e Qualidade de vida**. Tradução Nara Costa Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 2004.

MOTA, M. P. Homossexualidade e Envelhecimento: algumas reflexões no campo da experiência. In: **SINAIS** - Revista Eletrônica – Ciências Sociais. Vitória: CCHN, UFES, v.1, n.06, p. 26-51, 2009.

PEREZ, E. A. Sexualidade em los ancianos. In: PEREZ, E. A et al (Org) **La Atención de los ancianos: un desafio para los años noventa**. OPS, 1994.

SANTOS, G.A; NASCIMENTO, N.M.R.A. Vivência da sexualidade. In: TERRA, N. L. **Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001. p. 113-11.

SILVA, J.C; FIGUEIREDO, M.L.F. **A percepção da mulher idosa sobre sua sexualidade: uma contribuição para a Enfermagem**. Teresinha, EDUFPI, 2010. 128p.

SANTOS,S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

VIEIRA, EB. Sexualidade. In: **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

UNICRED. **Estilo de vida saudável do idoso**. Instituto UNICRED(Org). Fortaleza: Instituto Unicred, 2012.

Capítulo 23

COMPOSIÇÃO FAMILIAR DOS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

Amanda Bifano Balbinot
Leticia Domingues Bertuzzi
Maria Heloisa Fialho Cauduro

INTRODUÇÃO

O presente capítulo aborda aspectos relacionados à temática do respeito e da inclusão social do idoso, enfatizando características sobre a composição familiar na qual está inserido, com objetivo de descrever o perfil desses indivíduos no estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, buscou-se estabelecer uma relação entre as áreas acima referidas e as oito categorias para o Envelhecimento Ativo propostas pelo o Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), identificando fatores que possam favorecer e dificultar a vida desses cidadãos na sociedade.

Percebe-se que a organização familiar vem passando por mudanças ao longo dos tempos, sendo que algumas das novas características das famílias brasileiras são reveladas nos dados do Censo 2010: aumentou o número de uniões informais, separações e divórcios. A proporção de casais sem filhos teve um acréscimo de 14,9% para 20,2% entre 2000 e 2010, e no Rio Grande do Sul (RS) cresce a tendência de cônjuges que optam por não ter filhos para atingir maior renda salarial. Verifica-se, assim, no Brasil a queda da média da taxa de fecundidade para 1,90 filhos (média abaixo da taxa esperada para a reposição da população, que é de 2,1), denotando uma aceleração do envelhecimento

médio dos brasileiros, conforme aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

A expectativa de que em 40 anos o Brasil apresente mais de 50 milhões de idosos exprime a necessidade de se traçar um novo perfil de demandas que atendam o aumento do contingente de idosos e da proporção de idosos “mais idosos” (McCRAKEN, PHILLIPS, 2005). Entretanto, esse novo perfil se instaura no país quando outras necessidades básicas como a alimentação, a moradia e o saneamento ainda não foram atendidas (PASKULIN, VIANA, 2007). As políticas de saúde brasileiras relacionadas ao envelhecimento, até o atual momento, basearam-se numa prática centrada no tratamento das doenças e de suas complicações. Porém, para o planejamento de ações na área de saúde, a lógica de atenção deve abarcar a construção de estratégias que previnam doenças e promovam a saúde, valorizando a interlocução dessas estratégias com os sujeitos, as famílias, os serviços de saúde e o governo (PASKULIN, VIANA, 2007).

Outro fator revelado pelo Censo 2010 refere à maioria dos domicílios, atualmente, possuir duas fontes de renda, uma vez que tanto o homem quanto a mulher trabalham, sendo que no RS esse percentual representa de 72,05%. Além disso, a porcentagem de famílias chefiadas por mulheres no país passou de 22,2% para 37,7% entre 2000 e 2010 (IBGE, 2012). Esses dados apontam para algumas mudanças de papéis, tendo em vista que as mulheres eram responsáveis pelos cuidados da nova e da prévia geração, assim como dos membros doentes de suas famílias.

Com o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, modifica-se seu papel na família, assim como sua expectativa de vida: aumento nos índices de morbidade e mortalidade, apesar de que em índices menores

do que o dos homens (CARTER e MCGOLDRICK, 1995). Dessa forma, o suporte familiar de um membro cuidador para os idosos, quando necessário, também se altera. Além da família, outras agências sociais e/ou instituições devem partilhar mais diretamente dos cuidados com os idosos nesses casos.

A família possui um lugar de destaque na vida do idoso. A convivência com familiares é considerada vantagem para alguns idosos: “permanecer com a família significa ser bem cuidado, ter carinho e manter o *status* social, na visão da população de Trípoli” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). No entanto, com as mudanças nas relações familiares, nem sempre se consegue obter o apoio, a atenção, o afeto, o cuidado e a proteção desejados, levando à marginalização dos mais velhos dentro da própria família.

Em uma família estruturada, com fronteiras e papéis bem definidos, é possível perceber o crescimento de todos os membros familiares, incluindo o do idoso. Isso acontece, pois, além da comunicação clara e fluida, os membros apresentam conhecimento de suas funções, dos seus lugares, conseguindo respeitar as diferenças (ZIMERMAN, 2000).

Em famílias emaranhadas, com fronteiras pouco delimitadas, e em famílias com fronteiras excessivamente rígidas, há o predomínio da falta de clareza nos papéis, da dificuldade na comunicação, da falta de respeito entre os membros, do não reconhecimento de limites e das diferenças de cada um, isto é, de relacionamentos carregados de frustrações. Essas características tendem a dificultar o crescimento e a evolução pessoais, favorecendo comportamentos de isolamento (fronteiras mais rígidas, em função do medo e receio de punições), de dependência (fronteiras pouco delimitadas, em que pode haver o excesso de zelo) (ZIMERMAN, 2000). As relações familiares são de extrema

importância para a formação do indivíduo, e se transformam ao longo da vida como forma adaptativa às transições de seus membros. Nesse sentido, torna-se extremamente importante ampliar a rede social, pessoal e familiar a fim de possibilitar a manutenção de relações de suporte a essas mudanças.

Em países subdesenvolvidos, os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos demandam respostas urgentes (ASSIS, 1998). Tendo isso em vista, às Políticas Públicas cabem garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação), além de desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa como a criação de centros de convivência, assistência especializada à saúde, serviços de apoio domiciliar, programa de medicamentos, universidades da terceira idade, etc. (VERAS, CALDAS, 2004). No Canadá, em 1974, o documento conhecido como *Relatório Lalonde* definiu as bases de um movimento pela promoção da saúde, evidenciando como consigna básica “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos” (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000; VERAS, CALDAS, 2004).

À esteira disso, pode-se citar a aposentadoria, que, dentre outras proposições, deveria garantir a inclusão social do idoso na sociedade, mas que sob o ponto de vista econômico, não permite o atendimento satisfatório das suas necessidades de sobrevivência, especialmente quando o envelhecimento não é saudável (FERNANDES, SANTOS, S/D). Ainda, a diminuição das habilidades sociais do idoso ante o fugaz desenvolvimento científico-tecnológico, pode tornar suas contribuições menos relevantes e/ou desinteressantes (FERNANDES, SANTOS, S/D).

Os idosos, aposentados ou não, deveriam poder desfrutar do processo de envelhecimento de sua aposentadoria com dignidade. Assim, torna-se imprescindível a construção de espaços para que os idosos

possam permanecer ativos (MENDES, GUSMÃO, FARO, LEITE, 2005). Esses espaços devem ser criados conforme as demandas específicas da população. Por isso, a necessidade de se conhecer o perfil dos idosos em questão, a fim de lhes proporcionar atividades e tarefas que sejam agradáveis. Independente da situação financeira, o idoso deve estar envolvido em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade (MENDES, GUSMÃO, FARO, LEITE, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008), a participação e suporte social estão relacionados à boa saúde e ao bem estar ao longo da vida. A participação social passa a ser peça chave para um bom envelhecimento. Para tanto são necessários meios adequados de transporte, fácil acesso e segurança nos locais onde se encontrarão idosos, assim como informações sobre as atividades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Ainda conforme a OMS (2008), é importante ressaltar que atividades intergeracionais são consideradas mais interessantes pelos idosos do que as essencialmente voltadas para o público acima de 60 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao elaborar o perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, neste estudo, considerou-se importante conhecer a composição familiar na qual o idoso se encontra inserido como: se possui filhos ou não, com quem reside, bem como, aspectos sobre inclusão social e respeito. A seguir, as Tabelas de 1 a 4, apresentam dados referentes às características familiares dos idosos.

Tabela 1 – Possui filhos.

<i>Filhos</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	3479	91,9	3317	94,0	6796	92,9	
Não	307	8,1	212	6,0	519	7,1	0,2621
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011

Em relação a ter filhos ou não (Tabela 1), 91% das mulheres e 94% dos homens referiram ter filhos. Com as mudanças nas novas configurações familiares (recasamentos, por exemplo), gerações mais novas não têm demonstrado tanto tempo para o cuidado dos mais velhos, o que acaba por isolar ou excluir o idoso dentro da própria família. Sendo assim, o Guia: Cidade Amiga do Idoso sugere atividades comunitárias voltadas para a família, assim como ambientes comunitários, atividades e eventos que atraiam pessoas de todas as idades, combinando necessidades e preferências de distintos grupos etários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Tabela 2 – Média de filhos e filhos atualmente vivos.

<i>Filhos</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	
Total	3,22	3,23	0,040
Vivos	2,95	3,05	0,048

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A média do número de filhos apontada na (Tabela2), por gênero do entrevistado aproximam-se, de 3,22filhos para o sexo Feminino e 3,23 para o Masculino. Esses dados apontam para uma tendência à redução do número de filhos, pois segundo levantamento do IBGE, atualmente, a média nacional de fecundidade é de 1,90 (IBGE, 2012). Esses dados evidenciam maior aceleração médio do envelhecimento da população,

além da necessidade de investimentos e qualificação para o atendimento dessa população.

Referente ao número de filhos vivos (Tabela 2), a média é de 3,05 filhos para o gênero Masculino e 2,95 para o Feminino.

Tabela 3 – Mora com quem.

<i>Mora com</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Cônjuge/ companheiro (a)	1591	42,0	2148	60,9	3739	51,1	---
Filhos	1548	40,9	1354	38,4	2902	39,7	0,0277
Netos	291	7,7	185	5,2	476	6,5	<0,0001
Outros parentes	278	7,3	240	6,8	518	7,1	0,3664
Empregados	24	0,6	20	0,6	44	0,6	0,7103
Profissional de enfermagem	31	0,8	16	0,5	47	0,6	0,0506
Outros não parentes	35	0,9	22	0,6	57	0,8	0,1433
Sozinho(a)	775	20,5	542	15,4	1317	18,0	<0,0001

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à pergunta sobre residir com quem (Tabela 3), 42% das mulheres e 60,9% dos homens responderam morar com o cônjuge ou companheiro, enquanto que 40,9% das mulheres e 38,4% dos homens referiram morar com filhos, demonstrando que a maior parte dos idosos reside com seus familiares. É importante ressaltar que 20,5% das mulheres e 15,4% dos homens responderam que residem sozinhos. Conforme os dados do IBGE (2012), o Estado do RS possui o segundo maior percentual de pessoas vivendo sozinhas (de 15,05%), dados que se aproximam dos relatos do gênero Masculino. Quanto ao gênero Feminino, a pesquisa encontra médias ainda maiores, revelando mais pessoas sozinhas em sua moradia.

Tabela 4 – Fica sozinho algum período do dia.

<i>Fica sozinho no período da</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Manhã	1032	27,3	786	22,3	1818	24,9	0,6011
Tarde	1127	29,8	833	23,6	1960	26,8	0,6335
Noite	734	19,4	532	15,1	1266	17,3	0,3367

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao turno do dia em que o idoso fica mais sozinho a Tabela 4 aponta para os turnos da manhã e tarde. À noite, o percentual de idosos sozinhos reduz.

Tabela 5 – Frequência de Idosos que participam mensalmente de atividades desenvolvidas pela comunidade.

<i>Participa de atividades</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	707	18,7	595	16,9	1302	17,8
Não	3079	81,3	2934	83,1	6013	82,2
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à participação em atividades desenvolvidas pela comunidade (Tabela 5), é significativo o percentual de idosos que não participa destas atividades, 82% dos entrevistados. O Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), apresenta uma seção específica para tratar da participação social, assim como do suporte social, por estarem intimamente relacionados ao bem estar e a uma boa saúde. A participação em atividades de lazer, sociais, culturais na comunidade e com a família permite ao idoso continuar a exercer a sua autonomia, a gozar de respeito e estima mantendo e formando relacionamentos de apoio e carinho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo socialmente ativo, em que a relação com outras

peças contribuí com a sua qualidade de vida significativamente (ZIMERMAN, 2000).

Para uma maior participação social dos idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade, segundo O Guia (OMS, 2005) deve-se disponibilizar um leque maior de oportunidades que sejam próximas de onde moram os idosos e acessíveis em termos de deslocamento e condições financeiras. Os contatos sociais, muitas vezes, devido a perdas ou pela própria saúde debilitada limitam as atividades para o idoso, o Guia menciona que visitar os idosos isolados é uma forma de estimulá-los, e aponta um exemplo positivo em Melbourne e Xangai, a existência de organizações que visitam os idosos e os convidam a participar de suas atividades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Tabela 6 – Algum familiar pediu dinheiro emprestado ou empréstimo no seu nome.

<i>Dinheiro emprestado</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Não aceitaria	609	16,1	614	17,4	1223	16,7	
Não aceitou	136	3,6	106	3,0	242	3,3	
Nunca pediram	2231	58,9	1931	54,7	4162	56,9	
Atrasado	58	1,5	67	1,9	125	1,7	
Não pagou	61	1,6	65	1,8	126	1,7	<0,0001
Está pagando	107	2,8	194	5,5	301	4,1	
Pagou	572	15,1	542	15,4	1114	15,2	
NSR*	12	0,3	10	0,3	22	0,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação à realização de empréstimo em nome do idoso ou solicitação de dinheiro emprestado por algum familiar (Tabela 6), 58,9% das mulheres e 54,7% dos homens referiram que nunca nenhum familiar fez tal solicitação. No entanto, 3,6% das mulheres e 3,0% dos homens, ao serem questionados sobre a possibilidade de empréstimo de dinheiro a familiares não aceitaram a proposta. Dos que aceitaram emprestar

dinheiro ou fazer empréstimo em seu nome, 15,1% das mulheres e 15,4% dos homens referiram que o familiar pagou o empréstimo, enquanto que 1,6% das mulheres e 1,8% dos homens evidenciaram que o familiar nunca pagou.

Consoante ao Guia: Cidade Amiga do Idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), em muitos países os idosos desfrutam de uma renda pequena, o que é agravado em classes menos favorecidas, em que a aposentadoria do idoso é, muitas vezes, o que sustenta uma família inteira. Essa situação tende a excluí-los do convívio social.

Tabela 7 – Conhecimento referente ao Estatuto do Idoso.

<i>Estatuto do idoso</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Conhece	266	7,0	310	8,8	576	7,9	0,0023
Conhece parcialmente	772	20,4	711	20,1	1483	20,3	
Ouviu falar	2294	60,6	2059	58,3	4353	59,5	
Desconhece	322	8,5	353	10,0	675	9,2	
NSR*	132	3,5	96	2,7	228	3,1	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao conhecimento do Estatuto do Idoso (Tabela 7), 7% das mulheres e 8,8% dos homens referiram conhecer o estatuto, enquanto que 8,5% das mulheres e 10% dos homens responderam não conhecê-lo. No entanto, 60,6% das mulheres e 58,3% dos homens referiram que já ouviram falar do Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, veio garantir aos idosos o direito de preservar a dignidade, da maior inclusão destes na sociedade, assim como assegurar maior acesso à saúde, assistência, educação, cultura, esporte e lazer, transporte e outros quesitos. Além disso, o

Estatuto do Idoso aponta medidas de proteção que salvaguardam os direitos dos Idosos sempre quando estes forem ameaçados ou violados. A pesquisa nacional realizada pelo SESC e a Fundação Perseu Abramo no ano de 2007 apontam para o fato de que a maioria da população idosa, 73%, sabe da existência do Estatuto do Idoso, sendo que 61% destes conhecem apenas “de ouvir falar”.

O desconhecimento total em relação ao Estatuto do Idoso é maior entre os idosos, 27%, do que entre os que não idosos, 18% (FUNDAÇÃO PERCEUABRAMO, 2012). Estes dados ratificam os apresentados na Tabela 7 de 59,5% dos entrevistados, terem apenas ouvido falar sobre o Estatuto do idoso, alertando para a falta de informação e a baixa procura dos idosos pelos seus direitos.

O Guia: Cidade Amiga do Idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) refere que os idosos percebem atitudes conflitantes em relação a eles: por um lado se sentem respeitados e incluídos, por outro experimentam a falta de consideração comunidade, família e prestadores de serviços. Com um resultado de apenas 8,5% dos idosos conhecerem o Estatuto do Idoso, alerta-se para o grau de participação dos mais velhos na vida social, cívica e econômica da cidade em que está inserido, uma vez que estas funções estão fortemente relacionadas à inclusão social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados, neste estudo, sobre o perfil dos idosos no Rio Grande do Sul e sua composição familiar indicam que a maioria dos idosos reside com seu cônjuge ou seus filhos, destacando, assim, a presença da família na vida dos participantes. No entanto, a atual taxa de

fecundidade, demonstra certa tendência à redução do número de filhos e a uma ampliação no número de pessoas que residem sozinhas.

Ao abordar qualidade de vida, deve-se levar em consideração a trajetória de vida da pessoa. Através disso é possível identificar possíveis práticas saudáveis. Dentre os aspectos que favorecem o bem-estar dos indivíduos, a participação social destaca-se em virtude da interação, comunicação e autonomia que proporciona aos idosos. Contudo, esse aspecto merece maior atenção das famílias, da comunidade e das autoridades, uma vez que pode influenciara qualidade de vida dessa população.

Dessa feita, profissionais das redes de atenção aos idosos, familiares, representantes de autoridades governamentais, etc., deveriam investir no fortalecimento de ações em saúde que produzissem efeitos positivos nos idosos, como por exemplo, oferecimento de oportunidades de socialização e estimulação aos hábitos saudáveis por meio de atividades coletivas (PASKULIN e VIANNA, 2007). A qualificação das equipes de atenção básica e o preparo dos futuros profissionais para uma prática efetiva de cuidado integral ao idoso, respeitando os valores, os desejos, a cultura e a escolaridade dessas pessoas (PASKULIN e VIANNA, 2007), tornam-se imprescindíveis para o desenvolvimento de uma cidade amiga do idoso.

REFERÊNCIAS

ASSIS M. Aspectos sociais do envelhecimento. Em: Caldas (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998, p 39-48.

CARTER, B., & MCGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar**. POA: Artes Médicas, 1995.

FERNANDES M.G.M., SANTOS S.R. **Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo.**

Disponível em:

<<http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Artigos%20e%20Cap%C3%ADtulos%20de%20Livros/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20e%20Direitos%20do%20Idoso.pdf>> . Acesso em: 20 nov. 2012.

FUNDAÇÃO PERCEUABRAMO. Idosos no Brasil Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil, 2012.** Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1>. Acesso em: 22 nov. 2012.

McCRAKEN K, PHILLIPS D. International demographic transitions. In: Andrews GJ, Phillips DR (Org). **Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice.** London: Routledge, 2005.

MENDES M.R.S.S.B. et al. **A situação social do idoso no Brasil.** Acta Paul Enferm.,18(4) p. 422-426, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso.** OMS: Brasília, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASKULIN L. M.G, VIANNA L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p.757-768, 2007.

SANTOS S.R. et al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.10, n.6, p. 757-64, 2002.

VELARDE J.E, AVILA F.C. Methods for quality of life assessment. **SaludPúblicaMéx**, v. 44, n.4, p.349-61, 2002.

VERAS R.P, CALDAS C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n 2, p. 423-432, 2004.

ZIMERMAN G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Capítulo 24

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES: SOCIAL, CÍVICA E FÍSICA

Andrea Ribeiro Mirandola

Ângelo José Gonçalves Bós

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Fernanda Letícia Alves

INTRODUÇÃO

O ser humano por sua natureza sempre deseja estar inserido em um determinado meio social, seja no ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Desse modo, naturalmente, os indivíduos que compartilham estes espaços são, também, os provedores de suporte social. Neste cenário, os indivíduos procuram interagir, conhecer e relacionar-se com outras pessoas, vivenciando momentos de lazer, de trabalho e convívio social (LEITE, 2008).

Em relação ao segmento populacional idoso observa-se que estes estão inseridos no meio social de diversas maneiras: integração com a família, relação com os vizinhos, participando de atividades em grupos de terceira idade, convivência com seus colegas de trabalho ou se aposentado, mantendo seus vínculos com ex colegas de profissão. Porém, observa-se que uma parcela da população idosa afasta-se de todas as relações sociais e fica restrita ao espaço do lar, situação que favorece para a ocorrência de isolamento e solidão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere o envelhecimento de maneira ativa da população e recomenda políticas de saúde na área

do envelhecimento que levem em consideração os determinantes sociais, econômicos, comportamentais, pessoais e culturais (VERAS, 2009).

O Envelhecimento Ativo refere-se a boa condição de saúde física e mental e também a inclusão social, permitindo ao idoso desempenhar suas funções dentro da sociedade em que ele está inserido (OMS, 2005).

Acredita-se na importância de estimular o idoso a atuar como protagonista na sua história de vida, através da participação em atividades sociais, exercer sua cidadania através de atividades cívicas, e também em atividades físicas.

No que diz respeito a atividade física Werle (2009) afirma que não há evidências científicas conclusivas que esta possa prolongar a vida mas, por outro lado, a atividade física interfere diretamente no estilo de vida de forma preventiva, isso, conseqüentemente, age sobre esperança de vida do indivíduo e permite uma melhor qualidade de vida e maior interação social.

Pretende-se neste capítulo, abordar aspectos sobre participação social, participação cívica e atividade física na população idosa a partir dos resultados do estudo “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul”. Esta pesquisa teve por objetivo observar e quantificar as diferentes dimensões do Envelhecimento Ativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participação Social

Foi questionado aos entrevistados se estes participam de atividades sociais mensalmente (festas, shows, bailes, almoços e eventos

festivos, cinema, teatro, apresentações, bingos, jogos esportivos ou recreativos), conforme tabela 1.

Tabela 1 – Participação dos Idosos em Atividades Sociais Mensalmente.

Participação em Atividades Sociais	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Sim	1502	49,6	1526	50,4	3028	41,4	
Não	2284	53,3	2003	46,7	4287	58,6	<0,0001
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Os que responderam “não” participar destas atividades corresponderam a 4287 (58,6%) indivíduos, dentre estes, 2284 (53,3%) do sexo Feminino e 2003 (46,7%) do sexo Masculino. O número de mulheres que não frequentam atividades na comunidade foi maior que o de homens. Já os que responderam “sim” somam 3028 (41,4%) idosos, dentre estes, 1526 (50,4%) do sexo Masculino e 1502 (49,6%) do sexo Feminino ($p= 0,239$). Enfatiza-se o número expressivo de idosos que relataram não participar de atividades sociais, sendo esta pergunta realizada de forma ampla e apresentados diversos exemplos.

O estudo de Salvador, Reis e Florindo (2009) observou a prática de caminhada da população idosa em São Paulo. Os seus resultados também enfatizaram a prevalência do sexo Masculino em relação às atividades fora de suas residências, quando estes demonstraram terem mais o hábito da caminhada como forma de deslocamento. Aspectos do meio público que são favoráveis para esta prática foram identificados entre os idosos, tais como a boa percepção de segurança durante a noite, a presença de praças e de iluminação noturna.

A participação social e o suporte social são fundamentais para o bem estar ao longo do processo de envelhecimento. Participar de atividades na comunidade garante maior autonomia aos idosos, como também proporciona o estabelecimento de vínculos com o meio em que estes vivem.

Os idosos abordados no Guia Global: cidade amiga do idoso, referiram que a sua capacidade de participar em atividades sociais é diretamente influenciada pela diversidade de atividades oferecidas, o acesso a esses eventos e as informações sobre a realização dos mesmos. Atividades Inter geracionais, que integrem várias culturas, perto de onde moram, financeiramente acessíveis e com melhor acessibilidade para pessoas de diferentes capacidades foram relatadas como fatores indispensáveis à participação em atividades na comunidade. A iniciativa de criação de mais centros comunitários, perto do local de residência dos idosos mostra-se como uma alternativa de combater o isolamento e incentivo para socialização deste segmento populacional.

O novo cenário demográfico das cidades brasileiras gera a necessidade de mecanismos que garantam ao idoso seu lugar na sociedade e sua cidadania. Essa parcela da população cada vez mais presente compõe-se de pessoas que existem “no tempo e no espaço”, sendo, portanto, possuidoras de sentimentos, desejos, percepções e direitos de participarem da vida social das comunidades nas quais estão inseridas. O aspecto social torna-se fundamental para este segmento populacional, sendo geralmente no “contexto da cidade” elaborados os papéis sociais e estabelecidos vínculos de amizade e trocas de conhecimentos adquiridos ao longo dos anos (CAROLINO; SOARES; CÂNDIDO, 2011).

O Estatuto do Idoso (2003), quando se refere aos direitos da educação, cultura, esporte e lazer afirma o papel do Poder Público na criação de mecanismos que propiciem ao idoso maior interação com a comunidade em que vive. Através de produtos e serviços que respeitem suas diferentes capacidades e criação de oportunidades para integração do idoso à vida moderna.

No estudo de Leite et al. (2008) enfatiza-se a teoria de que os indivíduos que estão inseridos em um espaço social, são também providos de suporte social. A participação na comunidade mostra-se como um fator de suma importância para a inclusão social dos idosos nas cidades contemporâneas, evitando assim o isolamento e as futuras consequências deste comportamento.

Participação Cívica

Quando interrogados sobre a última eleição, os idosos isentos e sem interesse em votar somaram 1534(21%), dentre estes, 816(21,6%) do sexo Feminino e 718(20,3%) do sexo Masculino, conforme tabela 2. Já os que não conseguiram votar totalizam 87(1,2%), destes, 56(1,5%) do sexo Feminino e 31(0,9%) do sexo Masculino. Os que não quiseram votar constituem 455(6,2%), sendo 234(6,2%) do sexo Feminino e 221(6,3%) do sexo Masculino. Os idosos que votaram compõem 5174(70,7%), destes 2647(69,9%) do sexo Feminino e 2527(71,6%) do sexo Masculino. No total não souberam responder 65(0,9%), sendo 33(0,9%) do sexo Feminino e 32(0,9%) do sexo Masculino. O número de entrevistados foi de 7315(100%), destes 3786(51,8%) do sexo Feminino e 3529(48,2%) do sexo Masculino ($p=0,107$).

Tabela 2 – Participação na última eleição.

<i>Votou na última eleição</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Votou	2647	69,9	2527	71,6	5174	70,7	
Isento sem interesse	816	21,6	718	20,3	1534	21,0	
Não conseguiu	56	1,5	31	0,9	87	1,2	0,1076
Não quis	234	6,2	221	6,3	455	6,2	
NSR*	33	0,9	32	0,9	65	0,9	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011

Não obstante, o número cada vez mais expressivo de idosos na sociedade, a participação cívica desse eleitor brasileiro tem sido negligenciada pela maioria dos candidatos. Existe uma crença de que eles não exercem sua participação cívica, deixando de votar após os 70 anos, pois a partir dessa idade é desobrigado pela lei. Nos Estados Unidos, onde o voto é voluntário, essa porção da população é a que mais vota.

Os resultados da pesquisa mostram que os idosos do Rio Grande do Sul são participantes ativos nas eleições, a mostra disso foi a participação de 91% dos idosos de 60 a 69 anos, cujo voto é obrigatório. Esse percentual é maior que os 85% de votantes no pleito presidencial de 2010, conforme os dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Entre os eleitores de 70 a 79 anos, mesmo sendo isentos, 55% cumpriram com o seu direito cívico. A percentagem de idosos votantes entre 80 e 89 anos se mantém expressiva, com 32%. Destaca-se na pesquisa o número de votantes com 90 anos ou mais de idade que apesar de enfrentarem o peso dos anos vividos, 16% fizeram questão de deixar nas urnas os seus votos em 2010.

Elkins (2000) afirma que a falta de obrigatoriedade do ato de votar é uma das justificativas do índice de comparecimento nas urnas. Para

explicar a falta de interesse em votar alguns autores como Oliveira (1999) usam como argumento a falta de escolaridade e de recursos econômicos, assim os indivíduos seriam menos politizados e deteriam menos informações.

Ao analisar-se a variável dificuldade de chegar ao local de votação, os idosos que tiveram problemas em chegar ao local de votação somam 211(2,9%), dentre estes, 104(2,7%) do sexo Feminino e 107(3,0%) do sexo Masculino, conforme tabela 3. Com relação ao local de votação (degraus, corrimão ou iluminação) sentiram dificuldade 150(2,1%) indivíduos, sendo 64(1,7%) do sexo Feminino e 86(2,4%) do sexo Masculino. Os que não sabiam onde votar totalizam 63(0,9%), destes 36 (1,0%) do sexo Feminino e 27(0,8%) do sexo Masculino. As pessoas que tiveram dificuldade de locomoção/acompanhamento somam 146(2,0%), sendo 83(2,2%) do sexo Feminino e 63(1,8%) do sexo Masculino. Já os que não enfrentaram dificuldades compõem 5246(71,7%), destes 2707(71,5%) do sexo Feminino e 2539(71,7%) do sexo Masculino. Os que não souberam responder 1327(18,1%), sendo 705(18,6%) do sexo Feminino e 622(17,6%) do sexo Masculino.

Tabela 3 – Dificuldades em relação ao local de votação.

<i>Local de votação</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Dificuldade para chegar ao local	104	2,7	107	3,0	211	2,9	0,466
Dificuldade no local (degraus, corrimão ou iluminação inadequada)	64	1,7	86	2,4	150	2,1	0,024
Não sabia onde votar	36	1,0	27	0,8	63	0,9	0,390
Dificuldade de locomoção/acompanhamento	83	2,2	63	1,8	146	2,0	0,213
Não enfrentou dificuldade	2707	71,5	2539	71,9	5246	71,7	0,671
NSR*	705	18,6	622	17,6	1327	18,1	0,269

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Pode-se observar que a maioria dos sujeitos da pesquisa não sentiram dificuldades em participar das eleições, mas ainda é complicada a acessibilidade para outros. O Guia Global: cidade amiga do idoso descreve que na cidade de *Portage La Prairie* as cédulas de votação são levadas na residência do idoso, assim como pessoas com deficiência auditiva tem fones de ouvido a sua disposição para a votação, assim eles possibilitam ao idoso sua participação (OMS, 2008).

Com essas informações, pode-se observar que os idosos representam uma faixa da população cada vez mais ativa na sociedade e que os políticos do nosso país deveriam estar mais atentos a essa faixa etária.

Atividade Física

Tabela 4 – Média de minutos semanais de prática de atividade física.

Sexo	N	Média	Dp	Atividade física		p
				N	%	
Feminino	3786	23,4316	±60,4898	858	22,7	<0,001
Masculino	3529	27,6923	±67,3243	939	26,7	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quando perguntado aos idosos em média, quantos minutos por semana realizam atividades físicas regulares por 10 minutos ou mais como caminhadas, corridas, esportes, ginástica, musculação, tivemos os seguintes resultados: a média de minutos por semana que praticam atividade física regular por 10 minutos ou mais (cada atividade) foi maior entre os homens com 27,7 minutos ($p < 0,001$). A OMS sugere que sejam praticados 30 minutos diários, podendo ser dividido em dois ou três momentos. Conceitualmente, a atividade física caracteriza-se por qualquer movimento corporal que resulta em gasto energético maior do que em repouso (CARPENSEN et al, 1985).

Entretanto, poucas pessoas idosas praticavam algum exercício físico por 10 minutos ou mais. A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associada a falta de hábitos saudáveis, sendo bastante prevalente a inatividade física entre os idosos (BRASIL, 2006).

A percentagem de mulheres que referiram praticar atividade física foi de 22,7% contrastando com 26,7% dos homens ($p < 0,001$). A média de minutos por semana de prática de atividade física entre os praticantes não teve diferença significativa entre os dois sexos, as mulheres praticantes referiram realizar em média $103,4 \pm 88,79$ minutos por semana enquanto os homens praticantes referiram realizar em média $104,0 \pm 95,34$ minutos ($p = 0,785$). Nas últimas décadas, tem se discutido os benefícios da prática de atividades físicas para a promoção e a manutenção da saúde. A prática de forma sistemática diminui a intensidade e a velocidade de implantação de disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares decorrentes do envelhecimento do organismo (SALIN, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à participação dos idosos na votação, pode-se observar que os mesmos representam um segmento populacional que está cada vez mais ativo na sociedade. No entanto, percebe-se que as Políticas Públicas do nosso país ainda não estão adequadas o suficiente para as necessidades dessa faixa etária.

No Brasil apesar dos esforços as iniciativas para programa de atividade física para idosos são isoladas, fragmentadas e insuficientes, carecendo de apoio político, econômico e social, portanto o incentivo e a

elaboração de projetos que visem o aumento da prática de exercícios físicos é um grande desafio contemporâneo e que merece destaque no meio científico, sendo esses fatores determinantes para um Envelhecimento Ativo.

Acredita-se que a manutenção de um estilo de vida ativo durante o curso da vida, sobretudo na terceira idade, traz benefícios que não se restringem aos aspectos físico-funcional e mental dos indivíduos, mas repercutem também na dimensão social, promovendo a independência, mantendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos no processo de envelhecimento.

Com a mudança da configuração etária da população brasileira, é de suma importância que os gestores públicos tenham conhecimento das necessidades peculiares a esses indivíduos idosos. A inserção destes na sociedade em que vivem é determinante de suas relações sociais, de suas interações cotidianas que ampliam a vida urbana e lhes garantem um Envelhecimento Ativo.

O redirecionamento de Políticas Públicas voltadas ao idoso e sua comunidade mostra-se como um desafio para a sociedade contemporânea. Ações concretas, que possibilitem uma coexistência saudável e amigável entre o idoso e o espaço comunitário em que este vive são de suma importância para uma vida urbana satisfatória e mantenedoras dos atrativos que a cidade oferece para a sua população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Série E. Legislação de Saúde, 2. Ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

CAROLINO, J. A.; SOARES, M.L.; CÂNDIDO, G. A. Envelhecimento e Cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. **Qualitas Revista Eletrônica**, vol. 1, n. 1, p. 1-11, 2011.

CARPENSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related reseach. **Public Health Rep**, v. 100, p. 126-131, 1985.

ELKINS, Z. **Quem iria votar? Conhecendo as consequências do voto obrigatório no Brasil**. v. 6, n. 1, Campinas: Opinião Pública, Abr. 2000.

LEITE, M.T. et al. Idosos Residentes no Meio Urbano e Sua Rede de Suporte Familiar e Social. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 250-257, 2008.

OLIVEIRA, L.H.H. **Voto Obrigatório e Equidade Um Estudo de Caso**. São Paulo: São Paulo, Perpectica, v.13, n. 4, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: cidade amiga do idoso**. Genebra: Publicações da Organização Mundial da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde (Opas), 2005.

SALIN, M. S. **Diretrizes para implantação de programas e ações de Atividade física para idosos**. Universidade do Estado de Santa Catarina, Dissertação de Mestrado, 2006.

SALVADOR, E.P.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. A Prática de Caminhada Como Forma de Deslocamento e sua Associação com a Percepção do Ambiente em Idosos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 14, n.3, p. 197-205, 2009.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World Urbanization Prospect: The 2011 Revision, Urban Population**. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wup/CD-ROM/Urban-Rural-Population.htm>> Acesso em 14 jan. 2013.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS. **Living Conditions of Low-income Older Persons in Human Settlements, 2006**. A Global Survey in Connection With The International Year of Older People. Disponível em: <<http://www.chs.ubc.ca/archives/?q=node/1050>> Acesso em: 14 jan. 2013.

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

WERLE, M. H. **Fatores de Risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos**. Dissertação (Mestrado em Biomédica) Programa de Pós-Graduação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

Capítulo 25

COMO OS IDOSOS SE COMUNICAM NO SUL DO PAÍS

Letícia Farias Gerlack

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Ângelo José Gonçalves Bós

INTRODUÇÃO

No que diz respeito à comunicação e informação, o guia Cidade Amiga do Idoso da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) considera que estar a par dos acontecimentos, receber informações úteis e manter contato com outras pessoas é fundamental para o Envelhecimento Ativo e saudável. Rádio, televisão, jornal, internet e a comunicação verbal são diferentes meios de comunicação que podem ser utilizados pelas sociedades, em maior ou menor grau, de acordo com o desenvolvimento e a cultura local.

Comunicar é uma ação intrínseca ao ser humano, que surgiu com a primeira comunidade humana. Antes de adquirir a fala, o homem pré-histórico já se comunicava por meio de gestos e desenhos. Com a evolução humana, outras formas de comunicação foram sendo exploradas, fruto das próprias necessidades do homem, principalmente a de evitar a solidão e a ignorância (PENA, 2005). Desta forma, a informação, no sentido de conhecimento comunicado, e o ato comunicativo são considerados fundamentais para a dinâmica da vida na sociedade contemporânea (CAPURRO e HJORLAND, 2007).

No entanto, ao mesmo tempo em que os meios de comunicação são considerados essenciais para a disseminação da informação, da manutenção das relações sociais e dos indivíduos ativos, a variedade de informações ou de fontes disponíveis não representa sinônimo de qualidade e efetividade na comunicação ou conteúdo apreendido pelos idosos. A informação em excesso, inútil, complexa e sem adequação da linguagem, além do uso demasiado de tecnologias podem contribuir para maior desinteresse, desinformação e isolamento social. Neste contexto, avaliar quais são os meios de comunicação mais acessados e acessíveis ao idoso é imprescindível ao aprimoramento dos meios de comunicação, bem como da disseminação de informação útil, relevante e adequada à população idosa (OMS, 2008).

Ao longo deste capítulo, os resultados relacionados ao quesito comunicação e informação, como parte integrante da pesquisa Perfil Idosos do Rio Grande do Sul (PIRS), serão descritos e discutidos, a partir dos achados e preocupações levantadas no estudo da OMS e da literatura no âmbito do Envelhecimento Ativo, informação, comunicação e educação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Comunicação Verbal

De uma forma geral, os idosos consideram como o principal meio de comunicação o popularmente conhecido como “bate-papo”. Esta prática é a forma de comunicação preferida, pois propicia o contato direto com familiares, amigos e pessoas de convívio diário (OMS, 2008). O hábito dos idosos de conversar com outras pessoas, além daquelas com as quais conviviam na mesma residência, foi bastante referido no

presente estudo, tanto pelos homens, quanto pelas mulheres. Quase 100% de idosos e idosas costumavam conversar, semanalmente, com pessoas com as quais não moravam juntos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de idosos e idosas que costumam conversar, semanalmente, com pessoas que viviam em outra residência.

<i>Costumam conversar</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	3256	99,8	3026	99,7	6282	99,7	
Não	530	14,0	503	14,3	1033	14,1	0,6941
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Segundo Lobo e Mazeto (2012), a rede social dos idosos pode ser formada pelas relações estabelecidas entre eles, seus vizinhos, familiares, cuidadores, prestadores de serviços e equipamentos sociais. A rede é tecida entre pessoas próximas e do entorno de seus lares, representando fontes de suportes sociais. Essa rede proporciona aos idosos oportunidades de manter sua identidade social, receber apoio, auxílio material, serviços, informações e novos contatos sociais (LOBO e MAZETO, 2012).

Por outro lado, em média 14% (proporção semelhante de homens e mulheres) relatou não conversar com outras pessoas. Pressupõe-se que este número poderia representar os idosos que vivem socialmente isolados, ou em risco de isolamento, por não terem contato com outras pessoas. De acordo com o estudo da OMS (2008), este fato é independente das condições econômicas de uma cidade, e dependente das incapacidades do próprio idoso, da falta de apoio de sua família e do fato de viver só. Sobre este aspecto, consideram-se algumas alternativas para promover a maior interação social destes indivíduos, como receber informações através de voluntários, empregados domésticos, porteiros,

cabeleireiros, entre outras pessoas com as quais o idoso possa conviver e confiar. Afinal, pessoas idosas apreciam aqueles que são gentis com tempo para lhes dar atenção.

No entanto, para melhorar a qualidade de vida, manter a autonomia e independência dessa população é fundamental que a rede e o suporte social estejam mobilizados e preparados para entender a complexidade das diversas maneiras de envelhecer. Nesse sentido, programas para sensibilização de moradores e colaboradores de condomínios sobre temas de envelhecimento e longevidade, na região Sudeste do Brasil, vêm sendo desenvolvidos e reconhecidos como experiência inovadora e exitosa na promoção do Envelhecimento Ativo na comunidade (LOBO e MAZETO, 2012).

O telefone representa um canal de comunicação efetivo entre os idosos. Em Istambul foi considerado o meio universal e mais confiável para se comunicarem (OMS, 2008). No estado do Rio Grande do Sul (RS), quase 70% dos idosos dispõe de telefone fixo ou celular em suas residências (Tabela 2). A pequena porcentagem que relatou não gostar de atender o telefone, pode refletir alguns aspectos já descritos em literatura como a preocupação com ligações de telemarketing agressivo ou fraudes (OMS, 2008), limitações físicas ou cognitivas que podem limitar a execução da tarefa (PEREIRA e RODRIGUES, 2007) e dificuldades em compreender e acessar a interface de telefones celulares e, assim, utilizar os aparelhos (ZANELA et al., 2010). Zanela et al. (2010) apontam como excelente investimento a iniciativa das empresas de produzir produtos adaptados para o idoso, particularmente aparelhos celulares com interface amigável. Segundo os autores, tais inovações possuem um caráter social por gerar autonomia, diminuindo a exclusão social e promovendo qualidade de vida aos indivíduos idosos. Além disso, outra iniciativa interessante e que poderia ser de grande utilidade seria a

criação de um serviço via telefone, que disponibilizasse informações relevantes aos idosos, de fácil acesso e conhecido pela comunidade (OMS, 2008).

Tabela 2 – Proporção de idosos que dispõe de telefone em casa (fixo ou celular).

<i>Telefone</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sim	2565	67,7	2303	65,3	4868	66,5	
Não	812	21,4	757	21,5	1569	21,4	
Nunca atende	357	9,4	410	11,6	767	10,5	0,0111
NSR*	52	1,4	59	1,7	111	1,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Televisão, Rádio e Jornal como canais de comunicação

Nos países em desenvolvimento, a televisão, o rádio e o jornal representam os meios de comunicação mais corriqueiros entre os idosos. Neste contexto, os idosos do RS foram questionados quanto ao hábito de assistir televisão, ouvir rádio e ler jornal. Observou-se que a televisão foi a mídia mais utilizada por 95% dos idosos (dados não demonstrados). Assistir à televisão é uma das maneiras mais difundidas, quando não a principal, de usar o tempo livre, ademais, pode funcionar como companhia para os mais solitários (PENA, 2005). Pesquisa recente (SÁ e ALMEIDA, 2012), realizada com idosos de grupo de convivência na região Nordeste do Brasil, observou perfil semelhante, em que os canais de comunicação e fontes de informação mais utilizadas pelos idosos foram a televisão, o rádio e as conversas informais.

Embora o tempo gasto com os três canais tenha sido semelhante entre homens e mulheres (3 horas assistindo televisão, 1,5 horas ouvindo rádio e 30 minutos lendo jornal ou revista), os homens ouviam rádio e liam

jornal em maior proporção que as mulheres (Tabela 3). Cerca de 40% das mulheres e 50% dos homens referiu ter o costume ler jornal que, por sua vez, foi o meio menos utilizado entre os idosos entrevistados. Analisando esses resultados sob o prisma de estilo de vida, a quantidade de horas despendidas com essas atividades também podem representar indicadores importantes quanto ao nível de sedentarismo dessa população (MAZO et al., 2012). Estudo realizado em Florianópolis/Santa Catarina verificou que idosos mais ativos despendiam cerca de 7 horas por dia com televisão, rádio e atendendo visitas (BENEDETTI, 2004).

Se, por um lado, a televisão é um meio de comunicação utilizado com frequência pelos idosos no RS, por outro, ela é alvo de queixas quanto ao tipo de programação que disponibiliza em algumas cidades do mundo (OMS, 2008). Ainda que a qualidade de informação oferecida pelas mídias não tenha sido abordada junto aos idosos gaúchos, cabe ressaltar que o artigo 24 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) trata especificamente deste tema. O documento preconiza que esses veículos devam manter espaços ou horários especiais onde sejam abordados temas sobre o processo de envelhecimento para o público em geral, bem como apresentem conteúdo informativo, artístico e cultural voltado ao idoso.

Uma pesquisa realizada em sete instituições de ensino superior, localizadas em diferentes regiões do Brasil, verificou que a maioria dos locais utilizou o rádio e a televisão como meio de divulgação das atividades dedicadas aos idosos, por serem meios de comunicação mais acessados pela população em geral (STREIT e FIGUEIREDO, 2011). De acordo com Streit e Figueiredo (2011), o dito marketing social, quando bem planejado e direcionado à população idosa contribui para a motivação e permanência dos idosos nos programas ofertados pelas universidades.

Segundo a OMS (2008), os próprios idosos sugerem que os meios de comunicação incluam na sua programação regular mais assuntos de seu interesse, ou que os disponibilizem em jornais, programas de rádio ou televisão especializados. Outra questão importante apontada na promoção do acesso às fontes de informações é baratear seus custos ou torná-las públicas e gratuitas.

Tabela 3 – Tempo despendido com televisão, rádio, jornal ou revista, internet e conversa com amigos.

<i>Número de horas por dia</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>dp</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	
Assistindo TV	2,7209	±2,1534	2,7778	±2,1860	0,2621
Escutando rádio	1,4078	±1,6250	1,6151	±1,6977	0,0000
Lendo jornais e revistas	0,4496	±0,8317	0,5284	±0,8008	0,0000

Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

O uso da Internet

No âmbito comunicacional, a internet revolucionou a forma de captar e disseminar a informação (PENA, 2005). Para alguns idosos participantes dos grupos focais na pesquisa da OMS, a internet é uma ferramenta de comunicação muito interessante, por sua abrangência e conveniência. Além disso, representa uma alternativa para manter o contato com pessoas, especialmente com os filhos que vivem em lugares distantes. Por outro lado, a dinâmica acelerada que possuem estas tecnologias e a falta de acesso a computadores e internet podem fazer com que os idosos se sintam à margem dos acontecimentos e excluídos socialmente.

Apesar do uso da internet através do computador parecer um meio de comunicação atrativo e útil para alguns idosos, para outros significa

uma tecnologia pouco familiar, sobre a qual se sentem incapazes e com dificuldade de aprender. No RS, quase 90% dos idosos estudados não acessava a internet. Apenas 12%, em média, referiu que costumava acessá-la uma vez por semana. Quando questionados sobre a vontade de aprender a utilizar o computador e a internet, 83% dos idosos gaúchos não demonstraram vontade em realizar aulas ou cursos nesta área. Quando se compara as diferenças entre homens e mulheres em relação ao uso da internet, elas mínimas, onde as mulheres utilizam um pouco menos este meio, porém, tem vontade de aprender a utilizar o computador ou já estão realizando cursos nesta área (dados não demonstrados).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011 mostram que apesar do avanço no uso da internet em todas as faixas etárias, as pessoas de 50 anos ou mais de idade correspondem às que menos utilizaram a internet no período pesquisado, apenas 18,4%. Dados da pesquisa apontam que todas as faixas etárias, com exceção das acima de 40 anos de idade, apresentam percentuais de usuários acima de 50%, tendo o grupo de 15 a 17 anos alcançado 74,1% e 71,8% o de 18 à 19 anos (IBGE, 2011). Sá e Almeida (2012) observaram que apesar das novas tecnologias de informação e comunicação representarem aos idosos uma nova maneira de se comunicar, obter informação e de se inter-relacionar, grande parte deles apresentam dificuldades no uso dessas ferramentas.

Além das dificuldades e do sentimento de incapacidade de acompanhar novas tecnologias, outros fatores são considerados para que o idoso não utilize computadores e internet. O custo elevado e a falta de acessibilidade ou disponibilidade, tanto de computadores, quanto de aulas voltadas especificamente ao idoso foi relatado mundo afora (OMS, 2008). Neste sentido, aconselha-se que além do barateamento de custos destas

tecnologias por parte dos governos, os idosos possam ter acesso a elas em bibliotecas públicas e centros comunitários, por exemplo, assim como professores que ensinem aos idosos individualmente, respeitado cada ritmo próprio de aprendizado.

O ambiente de cursos, atividades físicas, artísticas ou culturais como canal informal de comunicação

Segundo documento Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008), interagir ativamente com a comunidade é a melhor maneira de se permanecer informado. Neste sentido, o uso de canais informais para divulgação e troca de informações, ou seja, lugares onde os idosos costumam se reunir, são reconhecidos e utilizados como um exemplo de comunicação amigável ao idoso. A literatura refere que os idosos apreciam muito a troca de informações realizada através do contato outras pessoas ou por intermédio de associações, centros comunitários, clubes, entre outros (OMS, 2008). A partir desse panorama, o presente estudo observou o envolvimento dos idosos com atividades artísticas e culturais, além do interesse em participar de atividades educativas, descritos na Tabela 4.

Interessante observar que grande parte dos idosos (cerca de 85%) não gostaria de realizar atividades de artesanato, música, teatro, dança, yoga, pilates, ginástica ou similares. Entre as atividades realizadas, o artesanato foi a mais freqüente entre os idosos, embora numa frequência muito pequena, inferior a 1%. Dança, yoga, pilates e ginástica foram as segundas atividades mais realizadas. Em contrapartida, o teatro e a música foram as atividades menos realizadas pelos idosos. As mulheres demonstraram mais interesse por artesanato, dança, yoga e pilates, enquanto os homens se interessavam mais por música ou teatro.

Tabela 4 – Frequência de idosos interessados em participar de diferentes tipos de cursos.

<i>Tipo de curso</i>	<i>Interesse</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Cursos de línguas estrangeiras	Gostaria	114	3,0	100	2,8	214	2,9	0,9123
	Sem interesse	3294	87,0	3090	87,6	6384	87,3	
	Já realiza	8	0,2	7	0,2	15	0,2	
	NSA*	370	9,8	332	9,4	702	9,6	
Continuar os estudos (Educação formal)	Gostaria	555	14,7	393	11,1	948	13,0	0,0001
	Sem interesse	2816	74,4	2760	78,2	5576	76,2	
	Já realiza	31	0,8	25	0,7	56	0,8	
	NSA*	384	10,1	351	9,9	735	10,0	
Cursos de artesanato	Gostaria	325	8,6	90	2,6	415	5,7	<0,0001
	Sem interesse	3023	79,8	3101	87,9	6124	83,7	
	Já realiza	52	1,4	5	0,1	57	0,8	
	NSA*	386	10,2	333	9,4	719	9,8	
Cursos de informática	Gostaria	257	6,8	232	6,6	489	6,7	0,06224
	Sem interesse	3099	81,9	2918	82,7	6017	82,3	
	Já realiza	47	1,2	34	1,0	81	1,1	
	NSA*	383	10,1	345	9,8	728	10,0	
Aulas de dança, yoga ou ginástica	Gostaria	314	8,3	165	4,7	479	6,5	<0,0001
	Sem interesse	3119	82,4	3071	87,0	6190	84,6	
	Já realiza	27	0,7	16	0,5	43	0,6	
	NSA*	326	8,6	277	7,8	603	8,2	
Curso de música ou teatro	Gostaria	224	5,9	198	5,6	422	5,8	0,4176
	Sem interesse	3235	85,4	3050	86,4	6285	85,9	
	Já realiza	1	0,0	3	0,1	4	0,1	
	NSA*	326	8,6	278	7,9	604	8,3	

*Não se aplica; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Essa baixa frequência de participação ou interesse em participar desse tipo de atividade parece preocupante, posto que o envolvimento com atividades na comunidade é uma iniciativa importante no que diz respeito a interação com a sociedade e a troca de informações. Estudos têm demonstrado que atividades realizadas em grupos são muito úteis para o fortalecimento de redes de apoio do idoso, na organização e mobilização para o afetivo, além de ter o potencial de exercer um espaço

de ensino-aprendizagem (COMBINATO et al., 2010; BARROS e MENDONÇA, 2012).

Em relação ao desenvolvimento de outras habilidades que podem facilitar a comunicação, como alfabetização, aprimoramento nos estudos e aprender outra língua, observou-se que os idosos do RS demonstram muito pouco interesse. De acordo com a Tabela 4, cerca de 80% dos idosos não manifestaram desejo de alfabetizar-se ou de terminar a sua formação. Maior ainda foi a freqüência dos que não tinham interesse em realizar cursos de línguas, esta quase alcançou 90%. Novamente foram as mulheres o grupo com maior interesse em continuar estudando.

Considerando que a educação sempre esteve ligada a crianças e jovens (UNICOVSKY, 2004), o baixo interesse por cursos entre os idosos poderia ter relação a um estilo educativo inadequado e pouco atrativo a este público. Esses resultados são úteis por diversos motivos, especialmente porque podem servir como subsídio para o planejamento de novas práticas educativas voltadas aos idosos. Percebe-se que ao mesmo tempo em que a educação se configura como um dos meios de superar imposições postas aos idosos pela idade e pela sociedade, a ela se apresenta o grande desafio de gerar motivação para que indivíduos nessa faixa etária se interessem pelo que se pretende ensinar, de modo que empreguem esforço e dedicação na busca de criação de estratégias para reaprender a aprender (UNICOVSKY, 2004).

Um exemplo de novas práticas de educação são os programas voltados para idosos em universidades brasileiras. Esses programas se diferenciam em alguns aspectos, porém possuem propósitos comuns, como o de rever os estereótipos e preconceitos com relação à velhice, promover a auto-estima, o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a

independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem-sucedida (VERAS e CALDAS, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados de pesquisa apresentados neste capítulo é possível concluir que apesar do risco da exclusão social devido à falta de informações, os idosos do Rio Grande do Sul possuem, basicamente, como principais canais de comunicação e fontes de informação a televisão e as conversas informais.

Considerando que a principal mídia utilizada, a televisão, ainda carece de programas educativos e que despertem a consciência crítica para o Envelhecimento Ativo, é importante que as autoridades reflitam e invistam em mudanças adequando essa realidade ao público idoso e aos objetivos que se pretende em se tratando da ampla gama de aspectos relacionados à promoção do Envelhecimento Ativo e com qualidade de vida. Além disso, é importante que os gestores atentem para a rede social que é tecida em torno do idoso, observando a necessidade de sensibilização e capacitação dos diversos atores que a constituem, prevenindo, assim, que se instale no seu entorno um ambiente insalubre e pernicioso.

Finalizando, o acesso bastante restrito à internet, bem como o baixo interesse em participar de cursos educativos de alfabetização, línguas e outros temas podem indicar ao gestor uma demanda de projetos educacionais mais atrativos ao público idoso. Além contemplar o aprendizado acerca do uso de novas tecnologias, esses projetos devem envolver a formação de profissionais capazes de compreender o idoso como indivíduo dotado de singularidades sociais, biológicas e psicológicas, criando um ambiente saudável e propício ao aprendizado

mútuo, que perpassa a educação formal, a arte a cultura e a inclusão social.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. P.; MENDONÇA, V. B. Revisão sistemática da produção científica sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 3, n. 2, p. 693-703, 2012.

BENEDETTI, T. B. **Atividade física: uma perspectiva de promoção de saúde do idoso no município de Florianópolis**. 2004. 238 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciência de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BRASIL. Lei nº 1074 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências: **Diário Oficial da União**; 03 de out. de 2003.

CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. Tradução de Ana Maria Pereira Cardoso; Maria da Glória Achtschin Ferreira; Marco Antônio de Azevedo. **Perspectiva em Ciência da Informação**, v. 12, n. 1, p. 148-207, 2007.

COMBINATO, D. S. et al. “Grupos de Conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**. v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2011**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

MAZETO, I. V.; LOBO, T. Redes Sociais do condomínio Amigo: IAPI E COPAN. **Revista Portal de Divulgação**, n.18, Fev. 2012. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio -demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Rev Port Cien Desp**. v. 5, n. 2, p. 202–212, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Genebra: OMS, 2008. 67 p. Disponível em: <www.who.int/entity/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 01 dezembro 2012.

PENA, F. **Teoria da Comunicação – conceitos, mídias e profissões**. Rio de Janeiro: Editora. Rio, 2005. 432p.

PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M.C. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio vila vida em Jataí-GO. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 12, n. 1, 2007.

SÁ, M. E. G.; DE ALMEIDA, V. L. A inclusão dos idosos no mundo digital através das novas tecnologias da Informação e comunicação (NTICs). **Conex. Ci. e Tecnol.** Fortaleza/CE. v. 6, n. 1, p. 1-14, mar. 2012.

STREIT, I. A.; FIGUEIREDO, A. A. Universidades e envelhecimento: ações de marketing em seus projetos para idosos. **Com Scientiae Saúde**. v. 10, n. 2, p. 305-311, 2011.

UNICOVSKY, M. A. R. A educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos. **Rev bras enferm, Brasília (DF)**. v. 57, n. 2, p. 241-3, 2004.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

ZANELA, F. B.; BARTHOLO JUNIOR, R.S.; NAVEIRO, R. M. Análise do uso de telefones celulares: o caso da população idosa. In: XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2010, São Paulo. **Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente**. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STP_117_765_15468.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

Capítulo 26

SUORTE COMUNITÁRIO E ACESSO A SAÚDE

Andrea Ribeiro Mirandola

Andressa Lewandowski

Claudine Lamanna Schirmer

Maria Heloisa Fialho Cauduro

INTRODUÇÃO

Os achados do “Guia global: cidade amiga do idoso” (GGCAI) ressaltam a importância dos serviços de saúde e apoio da comunidade para a manutenção da saúde e independência dos idosos, assim como o desejo da existência de um sistema básico de saúde com cuidados de qualidade e acessível para todos (OMS, 2008).

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às Políticas Públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Nesse cenário as doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade.

Fato importante a ser observado é que suporte social e apoio comunitário para os idosos estão associados aos relacionamentos pessoais e sociais, e isto está diretamente voltado a promoção da saúde para esta população (BULGARELLI et al, 2011).

O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias (LOUVISON et al, 2008).

Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde (LOUVISON et al, 2008). A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O modelo teórico de utilização de serviços descrito por Andersen & Newman agrupa os perfis de consumo em três dimensões: de capacitação, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como, por exemplo, as variáveis sociodemográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e raça (ANDERSEN e NEWMAN, 1973).

O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e

psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (RAMOS e LIMA, 2003).

Entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio (RAMOS e LIMA, 2003).

No atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, sendo classificados em formais e informais. Entende-se por sistema formal os serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, instituição de longa permanência (ILPI), atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população. Já o sistema informal ou rede de suporte social compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (ALVARENGA et al, 2011).

As questões perguntadas aos idosos foram referentes: ao atendimento recebido nos últimos seis meses; a origem dos atendimentos; a maneira como adquiriu os medicamentos, caso tenha consultado e recebido prescrição; a tomada de decisão sobre assuntos importantes (autonomia); quem procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde; se precisou ou quis ficar em Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI); quais procedimentos realizados nos últimos meses; o conhecimento sobre a existência de algum posto ou centro de saúde próximo; os motivos de não usar ou usar pouco o posto de saúde; o que faria em caso de emergência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 revela que a maioria dos idosos, tanto do sexo Feminino como do sexo Masculino, receberam atendimento médico nos últimos seis meses: 53,6% (n=2028) e 51,3% (n=1812), respectivamente. O atendimento odontológico aparece como a segunda opção mais citada: sexo Feminino, 10,8% (n=408); sexo Masculino, 10,3% (n= 363). Chama a atenção o fato de que um significativo percentual dos idosos

entrevistados respondeu não ter necessitado atendimento nos últimos 6 (seis) meses: sexo Feminino, 38,0% (n= 1437); sexo Masculino, 40,7% (n=1438).

Tabela 1 - Atendimento nos últimos 6 (seis) meses.

Recebeu atendimento por	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Cuidador em casa	23	0,6	25	0,7	48	0,7	0,5932
Fisioterapeuta	102	2,7	56	1,6	158	2,2	0,0011
Fonoaudiólogo	3	0,1	2	0,1	5	0,1	0,5329
Professor de ginástica	14	0,4	6	0,2	20	0,3	0,1020
Massagista	38	1,0	23	0,7	61	0,8	0,0981
Enfermagem	116	3,1	92	2,6	208	2,8	0,2400
Nutricionista	92	2,4	57	1,6	149	2,0	0,0136
Atendimento psicológico	22	0,6	10	0,3	32	0,4	0,0538
Médico	2028	53,6	1812	51,3	3840	52,5	---
Dentista	408	10,8	363	10,3	771	10,5	0,4949
Assistente social	16	0,4	19	0,5	35	0,5	0,4733
Farmacêutico	38	1,0	33	0,9	71	1,0	0,7649
Terapeuta ocupacional	9	0,2	3	0,1	12	0,2	0,1068
Outros terapeutas	7	0,2	5	0,1	12	0,2	0,6481
Não necessitou	1437	38,0	1438	40,7	2875	39,3	0,0145
NSR*	129	3,4	118	3,3	247	3,4	0,8804

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no ano de 1998 incluiu o suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Em um trabalho baseado nos dados da PNAD/1998, com 19.760 idosos, acima dos 65 anos, 67% dos homens e 76% das mulheres consultaram o médico e 11,9% dos homens e 10,7% das mulheres foram ao dentista nos últimos 12 meses (PNAD, 1998; PINHEIRO *et al*, 2002).

Dados referentes à PNAD/2003 mostraram que idosos acima dos 64 anos (79,5%) declararam ter realizado consulta com médico e 93,7% consultaram o dentista nos últimos 12 meses (PNAD, 2003).

Já os dados da PNAD/2008, com 11.963 idosos acima dos 65 anos, mostraram que 82,3% haviam realizado consulta médica e 95,6% consulta odontológica nos últimos 12 meses (PNAD, 2008). Os idosos são os que mais procuram os serviços de saúde, e o médico aparece como o profissional de saúde mais procurado por essa faixa etária da população. No entanto, as idosas apresentam uma postura que difere em relação às doenças e ao conceito de saúde, sendo essas mais inclinadas a procurar assistência mais frequentemente que os homens (FLORES e MENGUE, 2005).

Quando verificado o último atendimento de saúde prestado aos idosos entrevistados (tabela 2), 49,3% responderam ser oriundo do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 39,5% dos entrevistados responderam não ter recebido o último atendimento do SUS.

Quanto à posse de seguro saúde, 41,4% são estavam cobertos por um plano e/ou seguro privado de saúde, dos quais 53,4% referiram ter seguro social. O tipo de seguro variou de acordo com a renda e a escolaridade e os idosos com baixa renda e sem escolaridade dependiam mais do seguro público. Os seguros/planos privados não cobriam a totalidade de consultas médicas, tinham baixa cobertura de próteses (4,7%) e de medicamentos (1,3%) (LOUVISON et al, 2008).

Tabela 2 - Origem dos atendimentos.

Esse atendimento foi	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Gratuito e público (SUS)	1935	51,1	1672	47,4	3607	49,3	---
Voluntários	45	1,2	53	1,5	98	1,3	0,2442
Pago, particular	256	6,8	228	6,5	484	6,6	0,6047
Integralmente coberto pelo plano de saúde	83	2,2	114	3,2	197	2,7	0,0061
Parcialmente coberto pelo plano de saúde	72	1,9	58	1,6	130	1,8	0,4035
NSA*	1447	38,2	1445	40,9	2892	39,5	0,0171

*Não se aplica; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Tabela 3 - Como adquiriu os medicamentos, caso tenha consultado e recebido prescrição.

Como adquiriu medicamentos	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Comprou todos	569	15,0	525	14,9	1094	15,0	
Todos no Posto de saúde	1064	28,1	1022	29,0	2086	28,5	
Alguns no Posto de saúde e comprou o restante	918	24,2	711	20,1	1629	22,3	
Conseguiu alguns e ficou sem os outros	12	0,3	12	0,3	24	0,3	
Alguns no Posto de saúde e de outra maneira	28	0,7	32	0,9	60	0,8	0,0027
Conseguiu de outra maneira	9	0,2	6	0,2	15	0,2	
Não conseguiu nenhum	9	0,2	17	0,5	26	0,4	
NSA*	1093	28,9	1115	31,6	2208	30,2	
NSR**	84	2,2	89	2,5	173	2,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; **Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 3 apresenta as características da amostra em relação a como que os idosos adquiriram os medicamentos, caso estes tenham consultado e recebido prescrição, por sexo. O percentual de idosos, tanto do sexo Masculino como Feminino, que receberam todos os medicamentos no Posto de Saúde é maior do que o percentual daqueles

que receberam parte dos medicamentos no Posto de Saúde e parte adquiriram, bem como daqueles que afirmaram ter comprado todos os medicamentos: 28,5% (N= 2086), 22,3% (N= 1629) e 15% (N=1094), respectivamente.

Em revisão da literatura, realizada por CAMACHO e COELHO, em 2010, é constatado que apenas 4% das referências discutem o acesso dos idosos as medicações para o seu tratamento de saúde.

Tabela 4 - Entrar na justiça para conseguir medicamento.

<i>Entrar na justiça para conseguir medicamento</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Nunca ouviu falar	1269	33,5	1003	28,4	2272	31,1	0,0001
Nunca precisou	764	20,2	818	23,2	1582	21,6	
Já encaminhou e está aguardando	9	0,2	11	0,3	20	0,3	
Encaminhou e não conseguiu	8	0,2	8	0,2	16	0,2	
Conseguiu por algum tempo	5	0,1	3	0,1	8	0,1	
Está recebendo	13	0,3	3	0,1	16	0,2	
Desistiu	90	2,4	74	2,1	164	2,2	
NSA*	1614	42,6	1565	45,2	3209	43,9	
NSR**	14	0,4	14	0,4	28	0,4	

*Não se aplica; **Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 4 apresenta as características da amostra em relação aos idosos terem entrado ou não na justiça visando à obtenção de medicamentos por sexo. O percentual dos idosos que nunca ouviu falar da possibilidade destes pleitearem junto à justiça o fornecimento de medicamentos é maior no sexo Feminino do que no sexo Masculino: 33,5%(N=1269) e 28,4% (N=1003), respectivamente. Já o percentual dos idosos que nunca precisou entrar na justiça para conseguir medicamentos é maior entre os idosos do sexo Masculino do que no sexo Feminino: 23,2%(N=818).

O Estatuto do Idoso veio para firmar aos cidadãos com mais de 60 anos a garantia dos direito, desta forma, é importante ressaltar que compete ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (BRASIL, 2004).

Tabela 5 - Tomada de decisão sobre assuntos importantes.

Tomada de decisão	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Sempre decide sozinho	1156	30,5	1063	30,1	2219	30,3	
Busca aconselhamento	1334	35,2	1200	34,0	2534	34,6	
Decide junto com o cônjuge	734	19,4	885	25,1	1619	22,1	
Cônjuge decide	48	1,3	79	2,2	127	1,7	0,0001
Genro ou nora decidem	5	0,1	2	0,1	7	0,1	
Filhos decidem	480	12,7	277	7,8	757	10,3	
Outra pessoa	8	0,2	12	0,3	20	0,3	
NSR*	21	0,6	11	0,3	32	0,4	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Os idosos foram questionados “O quanto sua opinião prevalece na tomada decisões importantes sobre sua própria vida, como consulta médica ou fazer uma cirurgia”. Em relação a busca de aconselhamento, 1334 (35,2%) idosas responderam como primeira escolha, assim como os 1200 idosos (34%) totalizando o maior percentual (34,6%). No que diz respeito a "sempre decide sozinho", 1156 (30,5%) idosas disseram preferir decidir sobre assuntos importantes apresentando um valor muito próximo aos dos 1063 idosos (30,1%), seguindo como segunda escolha dos idosos gaúchos. A capacidade de tomar decisões está intimamente

relacionada a autonomia e a necessidade do sujeito para exercer, determinar e executar seus próprios desígnios. Autonomia também pode ser definida como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver de acordo com suas próprias regras, portanto tornando-se um atributo importante na vida do idoso, mas sabidamente difícil de mensurar (OMS, 2005).

Verificou-se como terceira escolha a opção "decide junto com o cônjuge", apresentando o número de 734 idosas (19,4%) e 1619 idosos (25,1%), totalizando 1619 (22,1%), resultados demonstram que os homens acabam consultando mais as mulheres quando se trata assuntos relacionados a saúde.

Percebe-se que na medida em que o idoso envelhece o grau de autonomia vai diminuindo consideravelmente (BÓS, 2011), sendo importante salientar que o fato do idoso se tornar mais dependente a partir do envelhecimento não precisa necessariamente diminuir ou perder sua capacidade de tomar decisões em relação a sua vida.

Para Pascoal (1996), autonomia "*é o estado de ser capaz de estabelecer e seguir regras.*" O autor adverte que para o idoso, a autonomia é mais útil que a independência, como um objetivo global, haja vista a possibilidade de restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência. Exemplo disso são pessoas extremamente poderosas no mundo dos negócios ou na política, dependentes de uma cadeira de rodas.

Ao que se sabe, a perda da autonomia representa, para os idosos, é uma das maiores preocupações. Para esta população, saúde está relacionada, diretamente, com independência, capacidade para fazer as coisas, trabalhar, poder ir e vir, mesmo portando algumas doenças

crônicas. Mantendo-se os idosos independentes e autônomos, as dificuldades serão menores, tanto para si quanto para a família e para a sociedade. (PIRES e SILVA, 2001).

O foco central da Política Nacional do Idoso é a promoção de um envelhecimento saudável, através da manutenção da capacidade funcional, ou seja, valorizando a autonomia e preservando a independência física e mental do idoso. As doenças físicas e mentais levam à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional, assim entendido como a capacidade que tem o indivíduo de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (BRASIL, 1999).

Deste modo, estimular, preservar a autonomia do idoso deve ser uma premissa na assistência, para tanto é necessário atividades que fortaleçam o empoderamento este favorece a autodeterminação e a independência do mesmo na prevenção, promoção e recuperação de sua saúde (BARROS e CHIEZA, 2007).

Assim sendo, como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento, o conceito de saúde inclina-se para a manutenção da autonomia, mesmo na presença de doenças crônicas (MOTTA e AGUIAR, 2007).

Tabela 6 - Procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde.

<i>Procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Parentes	1461	38,6	1457	41,3	2918	39,9	0,0195
Farmácia	89	2,4	98	2,8	187	2,6	
Pessoas com conhecimento	100	2,6	86	2,4	186	2,5	
Profissionais de saúde	2068	54,6	1801	51,0	3869	52,9	
NSA*	51	1,3	68	1,9	119	1,6	
NSR**	17	0,4	19	0,5	36	0,5	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não se aplica; **Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Quando questionados sobre "O que o Sr (a) procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde?" a maioria respondeu recorrer aos profissionais de saúde totalizando 3869 idosos (52,9%), sendo que idosas foram 2068(54,6%) e idoso 1801(51%). Como segunda escolha tivemos a procura por parentes, verificando o número de 1461 idosas(38,6%) e 1457 idosos(41,3%).

O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores.

Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades.

O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Acredita-se que o problema de saúde em questão, o vínculo com o serviço de saúde e o grau de dependência do idoso, serão determinantes na sua primeira escolha.

Donabedian (1973), por um lado, delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir deste as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Por outro, avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Tabela 7 - Precisou ou quis ficar em Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI).

<i>Ficar em ILPI</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Nunca quis ou precisou	3675	97,1	3425	97,1	7100	97,1	
Lugar não agradou e não era acessível	38	1,0	38	1,1	76	1,0	
financeiramente							
Não era acessível	15	0,4	16	0,5	31	0,4	
financeiramente							
Lugar não agradou	14	0,4	12	0,3	26	0,4	0,7510
Morou por um tempo e não precisou mais	18	0,5	10	0,3	28	0,4	
Morou por um tempo e não se adaptou	13	0,3	18	0,5	31	0,4	
NSR*	13	0,3	10	0,3	23	0,3	
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; p=; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

A tabela 7 apresenta as características da amostra em relação aos idosos que precisaram ou que quiseram ficar em Instituição de Longa Permanência por sexo. O percentual de idosos que nunca quiseram ou nunca precisaram ficar em uma Instituição de Longa Permanência é rigorosamente igual para ambos os sexos: 97,1% (N=3675, Feminino; N=3425, Masculino). O percentual de idosos que declarou que “não era acessível financeiramente” ou que “morou por um tempo e não se adaptou” foi maior entre os idosos do sexo Masculino do que os idosos do sexo Feminino: 0,5% (N=16) e 0,4% (N= 15); 0,5%(N=18) e 0,3% (N=13), respectivamente. Já os percentuais dos idosos que declaram “não ter gostado destas instituições” ou que “moraram por um tempo mas não precisou mais” foi maior entre os idosos do sexo Feminino do que entre os idosos do sexo Masculino: 0,4% (N=14) e 0,3% (N= 12); 0,5% (N= 18) e 0,3% (N=10), respectivamente.

Para CAMARANO e KANSO (2010) nas ILPIs pesquisadas residem cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. Os mesmos autores fazem uma definição de ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados.

Tabela 9 - Conhecimento sobre a existência de algum posto ou centro de saúde próximo.

Conhece algum posto de saúde próximo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conhece e frequentemente usa	2055	54,3	1642	46,5	3697	50,5
Conhece e pouco usa	1189	31,4	1331	37,7	2520	34,4
Sabe onde fica e nunca usa	138	3,6	176	5,0	314	4,3
Não existe ou é longe	65	1,7	45	1,3	110	1,5
Já ouviu falar e não sabe onde fica	133	3,5	132	3,7	265	3,6
NSR*	206	5,4	203	5,8	409	5,6
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

Em relação ao conhecimento sobre o Posto de Saúde (PS) 50% dos idosos usam frequentemente e 34,6% mencionam usar pouco o serviço (tabela 9).

Experiências de vida bem como a capacidade de aprender são fatores que os idosos relataram como sendo facilitadores de um apoio comunitário. Em outro ponto de vista, a falta de conhecimento sobre a existência de um serviço de saúde comunitário foi relatado como uma barreira que cria certa dificuldade aos idosos em receber um apoio comunitário. Outro aspecto relevante na percepção sobre serviços de apoio comunitário é a expectativa que se vive frente à tomada de

decisões em casos de assistência ao paciente idoso (BULGARELLI, 2011).

Tabela 10 - Motivos de não usar ou usar pouco o posto de saúde.

Motivos	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Usa frequentemente	1908	50,4	1515	42,9	3423	46,8	---
Não necessita	553	14,6	576	16,3	1129	15,4	0,0424
Prefere particular ou convênio	334	8,8	362	10,3	696	9,5	0,0364
Local de difícil acesso	83	2,2	64	1,8	147	2,0	0,2487
Dificuldade de agendamento	389	10,3	472	13,4	861	11,8	<0,0001
Não tem profissionais que necessita ou gostaria	141	3,7	119	3,4	260	3,6	0,4162
Não conhece os serviços	96	2,5	99	2,8	195	2,7	0,4743
NSR*	391	10,3	443	12,6	834	11,4	0,0027
Total	3786	51,8	3529	48,2	7315	100	

*Não soube responder; Fonte: Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul, 2011.

No que diz respeito aos motivos para não usar o PS, 15,3% referem não necessitar ir ao posto, 11,8% referem ser difícil agendar consulta e 9,8% preferem consultar médico particular (tabela 10).

Os principais motivos citados para a não utilização dos serviços, mesmo precisando, foram relacionados às questões da gravidade da doença, à auto-medicação e, ainda, à qualidade, distância e custo dos serviços. Quando analisados os idosos de menor renda, os motivos citados foram o problema não ser grave, distância e qualidade dos serviços de saúde (LOUVISON et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do estado de saúde da população idosa pode estar associada à utilização dos serviços de saúde. Acredita-se que os inquéritos de saúde possam permitir avaliar com clareza o padrão de utilização dos serviços de saúde, identificando, também, as dificuldades encontradas pelos usuários do sistema, para que assim a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) seja alcançada.

Percebe-se que mesmo após duas décadas de criação do SUS, o serviço de saúde ainda é desconhecido ou de difícil acesso para grande parte dos idosos entrevistados. Dentro desta problemática a Atenção Primária a Saúde mostra-se essencial, enquanto reorganizadora do sistema de saúde, para a valorização e o desenvolvimento do apoio social e a construção de redes de atenção à saúde do idoso.

Acredita-se ter poucos estudos sobre suporte comunitário, acesso a saúde, serviços de saúde e sua relação com idoso, face a dificuldade de encontrar literatura referente a idosos e temas referidos, sendo de extrema importância mais estudos, na medida em que relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam na qualidade de vida dessa população e que, por sua vez, depende de Políticas Públicas integradas e efetivas .

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2603-2611, 2011.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Mem Fund Q Health Soc**, v.51, n.1, p. 95-124, 1973.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.

BRASIL, Portaria Nº 1.395/GM, de 13 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, 13 dez. 1999.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BULGARELLI, A.F. et al. Apoio comunitário na atenção integral ao idoso: uma revisão integrativa sobre as publicações científicas entre 1997 e 2011. **Rev Gaúcha Odontol**, v.59, n.4, p. 627-632, 2011.

CAMACHO, A.L.F , COELHO MJ. C. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.2, p. 279-84, 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev Bras Est Pop**, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

FLORES L.M.; MENGUE S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v.39, n.6, p. 924-9, 2005.

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-4, 2008

Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v.7, n.4, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413. Acesso em 27 out. 2013.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.1, p. 27-34, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup. 2, p.190-198, 2004.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-60517-09-1

