

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**PERFIL DOS IDOSOS EM UMA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ADRIANO LUIZ DA COSTA FARINASSO

Ribeirão Preto

2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

**PERFIL DOS IDOSOS EM UMA ÁREA DE ABRANGENCIA DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem
Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso.

ADRIANO LUIZ DA COSTA FARINASSO

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Marques

Ribeirão Preto

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIANO LUIZ DA COSTA FARINASSO

Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Sueli Marques

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Oséias Guimarães de Andrade

Instituição: UEM

Assinatura: _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Farinasso, Adriano Luiz da Costa

Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2004.

112p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sueli Marques

1. Saúde do idoso. 2. Programa de Saúde da Família. 3. Perfil de Saúde.

Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha amiga de todos os momentos, que desde o meu nascimento me acompanha em todas as vitórias e derrotas: **Laurizete** – minha mãe querida.*

Agradecimentos

À **Profª Drª Sueli Marques**, minha orientadora, por sua paciência e dedicação pra comigo na execução deste trabalho.

À **Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues** pelas importantíssimas contribuições e pelo afetuoso acolhimento nos momentos iniciais e mais difíceis.

Ao **Prof Dr Oséias Guimarães de Andrade** pelas valiosíssimas contribuições.

Ao **Prof Dr Wanderlei José Haas** pela valiosíssima ajuda na análise dos dados.

À **Profª Drª Yolanda Martinez Dora Évora**, coordenadora do MINTER - UNOPAR/UEL/USP.

À **Celmira Lange**, obrigado pelos conselhos e favores, sem eles seria muito difícil chegar ao fim.

Ao **Sr Valmir Inácio de Oliveira**, ex-Secretário Municipal de Saúde de Jandaia do Sul - PR, pela ajuda e confiança que em mim depositou.

Às enfermeiras **Edileuza, Isabel, Glecimar, Valderis e Marilena** pela ajuda na coleta de dados.

Às ex-alunas, hoje colegas, **Joice e Rosemary (Tatinha)**, pela magnífica atuação no trabalho de campo.

Aos meus colegas **Lúcio e Marcelo**, pelo apoio e diversão.

A todos meus familiares, principalmente meu **avô Nenê**, minha **avó Inês** e minha **tia Laura** pelo constante apoio.

A **todos os idosos** que participaram deste estudo.

Obrigado !!!!

RESUMO

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. Ribeirão Preto. 2005. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O envelhecimento saudável, com vistas à manutenção da capacidade funcional, deve ser o foco das políticas sociais e de saúde para os idosos. Neste contexto, a instrumentalização das equipes de saúde da família para atender esta emergente parcela populacional deve ser vista como primordial para a consolidação do sistema formal de apoio ao idoso. Assim, este estudo objetivou caracterizar um grupo de idosos velhos (75 anos e mais de idade), residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Jandaia do Sul-PR, quanto ao perfil sócio-demográfico e de saúde. A amostra estudada foi obtida pelo sorteio aleatório de 20% da população de idosos com 75 anos e mais de idade, residentes na zona urbana de abrangência da ESF. A coleta foi realizada no domicílio dos idosos utilizando uma adaptação do *Older Americans Resources and Services (OARS)*. Foram estudados 86 idosos com média de idade de 82,02 anos; 51,2% eram do sexo feminino; a média de filhos foi de 5,71; 39,5% eram analfabetos e 39,4% trabalhavam em atividades relacionadas à agricultura. Em relação à saúde, 77,9% eram independentes; 83,7% auto-avaliaram a saúde entre “regular” e “boa”; 76,7% apresentavam co-morbidades e, a principal rede de apoio relatada foram os filhos. O estudo revelou a importância da adoção de medidas preventivas e promocionais de saúde pelas equipes de saúde da família, na garantia de apoio formal para o idoso e sua família.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Programa de saúde da família; Perfil de saúde.

ABSTRACT

FARINASSO, A. L. C. **Profile of aged persons in an area covered by the Family Health Strategy**. Ribeirão Preto. 2005. 112 f. Masters Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2005.

Social and health policies for aged persons must focus on healthy aging with a view to maintaining functional capacity. In this context, equipping the family health team to attend to this emerging part of the population must be seen as paramount to consolidate the formal support system for these persons. This study aimed to characterize the sociodemographic and health profile of a group of old-old adults (over 75) who live in the area covered by the Family Health Strategy (FHS) in Jandaia do Sul-PR. The study sample was obtained through the random selection of 20% of the old-old population in the urban area covered by the FHS. Data were collected at their homes, using an adapted version of the *Older Americans Resources and Services (OARS)*. Study subjects were 86 old-old adults; average age was 82.02 years; 51.2% were women, with an average of 5.71 children; 39.5% were illiterate and 39.4% worked in agriculture-related activities. What their health is concerned, 77.9% were independent; 83.7% self-evaluated their health between “regular” and “good”; 76.7% displayed comorbidities and children were mentioned as the main support network. The study revealed the importance for family health teams to adopt prevention and health promotion measures, thus guaranteeing formal support to aged persons and their families.

Keywords: Aged health; Family health program; health profile.

RESUMEN

FARINASSO, A. L. C. **Perfil de ancianos en un área de alcance de la Estrategia de Salud de la Familia**. Ribeirão Preto. 2005. 112 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El envejecimiento salubre, con vistas al mantenimiento de la capacidad funcional, debe ser el foco de las políticas sociales y de salud para los ancianos. En este contexto, la instrumentalización de los equipos de salud de la familia para atender a esta emergente porción de la población debe ser vista como primordial para la consolidación del sistema formal de apoyo al anciano. Así, la finalidad de este estudio fue caracterizar a un grupo de ancianos viejos (75 años y más), residentes en el área de alcance de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) del municipio de Jandaia do Sul-PR, Brasil, respecto al perfil sociodemográfico y de salud. La muestra estudiada se obtuvo por el sorteo aleatorio del 20% de la población de ancianos con 75 años y más, residentes en la zona urbana de alcance del ESF. La recopilación fue realizada en el domicilio de los ancianos utilizando una adaptación del *Older Americans Resources and Services (OARS)*. Fueron investigados a 86 ancianos con promedio de edad en 82,02 años; el 51,2% era mujeres; el promedio de hijos fue de 5,71; el 39,5% era analfabeto y 39,4% trabajaban en actividades relacionadas a la agricultura. Respecto a la salud, el 77,9% era independiente; el 83,7% auto-evaluó la salud entre “regular” y “buena”; el 76.7% presentaba comorbilidades y la principal red de apoyo mencionado fueron los hijos. El estudio reveló la importancia de la adopción de medidas preventivas y promocionales de salud por los equipos de salud de la familia, garantizando el apoyo formal para el anciano y su familia.

Palabras-clave: Salud del anciano; Programa de salud de la familia; perfil de salud.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Pirâmides populacionais do Brasil – 1980, 2000, 2020 e 2050.	21
Figura 2	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade quanto ao sexo e faixa etária. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	53
Figura 3	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo local de nascimento. Jandaia do Sul – Pr, 2004.....	54
Figura 4	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo escolaridade. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	56
Figura 5	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo avaliação das necessidades básicas. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	59
Figura 6	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o tipo de moradia. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	60
Figura 7	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o nível de dificuldade em locomover-se fora de casa. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	63
Figura 8	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a auto-percepção de saúde, Jandaia do Sul – Pr, 2004.....	67
Figura 9	Distribuição dos idosos com 75 e mais de idade, segundo a procedência da indicação dos medicamentos utilizados. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	71

Figura 10	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo auto-avaliação da visão. Jandaia do Sul – PR, 2004..	72
Figura 11	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	74
Quadro 1	Dados populacionais do município de Jandaia do Sul – Pr, 2000.....	43
Quadro 2	Serviços de saúde do SUS em Jandaia do Sul – Pr, 2004.....	45
Quadro 3	Análise estatística das idades dos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo estrato amostral. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	47
Tabela 2	Distribuição das perdas amostrais e do n estudado por estrato. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	52
Tabela 3	Distribuição das perdas amostrais por estrato e causa. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	52
Tabela 4	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade conforme a auto-percepção da cor da pele. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	54
Tabela 5	Distribuição do estado conjugal dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	55
Tabela 6	Análise estatística do número de filhos dos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – Pr, 2004.....	55
Tabela 7	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo escolaridade e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	56
Tabela 8	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo escolaridade e estrato amostral. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	57
Tabela 9	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo fontes de renda e estrato. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	57
Tabela 10	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo atividade profissional exercida. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	58

Tabela 11	Distribuição da auto-avaliação da situação econômica dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo comparação com outras pessoas da mesma idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	59
Tabela 12	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo moradores do mesmo domicílio. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	60
Tabela 13	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo hábito de fumar e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	61
Tabela 14	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo sexo e o hábito de fumar durante a vida. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	61
Tabela 15	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o consumo de bebidas alcoólicas. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	62
Tabela 16	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a prática de atividades físicas. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	62
Tabela 17	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo dificuldades em locomover-se fora de casa. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	63
Tabela 18	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o nível de dificuldade na execução das AVDs e AVDIs. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	64
Tabela 19	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a ajuda na realização das AVDs e AVDIs. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	65

Tabela 20	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo grau de dependência no desempenho das AVDs e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	66
Tabela 21	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo grau de dependência no desempenho das AVDs e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	67
Tabela 22	Distribuição da auto-avaliação de saúde dos idosos com 75 anos e mais de idade, em comparação a 12 meses atrás. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	68
Tabela 23	Distribuição da auto-avaliação de saúde dos idosos com 75 anos ou mais de idade em comparação com outras pessoas da mesma idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	68
Tabela 24	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o número de doenças referidas por sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	69
Tabela 25	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o número de doenças referidas e nível de dependência. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	69
Tabela 26	Distribuição da prevalência de doenças referidas pelos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	70
Tabela 27	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo interferência em realizar tarefas relacionadas à acuidade visual. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	72

Tabela 28	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a detenção e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	73
Tabela 29	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo dificuldade para mastigar. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	73
Tabela 30	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo posse de prótese dentária. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	73
Tabela 31	Distribuição dos idosos com 75 e mais de idade, segundo a consequência da queda mais grave. Jandaia do Sul – PR, 2004...	74
Tabela 32	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o uso, necessidade e posse de acessórios para locomoção. Jandaia do Sul – Pr, 2004.....	75
Tabela 33	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o serviço de saúde e a satisfação do idoso. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	76
Tabela 34	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a imunização nos últimos 12 meses. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	77
Tabela 35	Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a rede de apoio familiar e social. Jandaia do Sul – PR, 2004.....	77

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

1.	INTRODUÇÃO.....	18
1.1.	Relevância do problema: o envelhecimento populacional.....	19
1.2.	Processo saúde doença e o envelhecimento: bases conceituais.....	24
1.3.	Políticas públicas e o envelhecimento: enfoque na Estratégia de Saúde da Família.....	28
2.	OBJETIVO.....	38
3.	METODOLOGIA.....	40
3.1.	Delineamento do estudo.....	41
3.2.	Local do estudo.....	42
3.3.	População do estudo.....	45
3.4.	Coleta de dados.....	47
3.5.	Processamento e análise dos dados.....	49
3.6.	Considerações éticas.....	50
4.	RESULTADOS.....	51
4.1.	Bloco de características da amostra.....	52
4.2.	Bloco de características sócio-demográficas.....	53

4.3. Bloco de características de saúde.....	61
5. DISCUSSÃO.....	78
5.1. Perfil da amostra.....	79
5.2. Perfil sócio-demográfico.....	79
5.3. Perfil de saúde.....	85
6. CONCLUSÕES.....	99
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

APÊNCIDES

ANEXOS

1.Introdução

1.1. Relevância do problema: o envelhecimento populacional.

Ao iniciar qualquer discussão sobre envelhecimento é importante definir alguns conceitos e sua relação entre os diversos fatores emergentes desta conceitualização. Rodrigues; Marques; Fabrício (2000) afirmam que os estudos sobre o envelhecimento partem da natureza em que ocorre o processo, podendo ser classificados em teorias “biológicas, psicológicas e sociais”. Dentre esses aspectos, o caráter biológico do envelhecimento é o que mais chama a atenção por mostrar-se mais visível. Nesta concepção, Carvalho Filho e Alencar (1994, p. 2), definem o envelhecimento como :

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

O envelhecimento da população mundial é uma realidade incontestável. As pessoas estão vivendo por mais tempo ocasionando mudanças importantes e eminentes em diversos setores da sociedade. Entre o final do século passado e o início deste (1980 a 2020), a população mundial total deverá crescer 80%, enquanto a população de idosos crescerá 160% (RAMOS, 1993). Apesar do limite biológico de idade do ser humano não ter se modificado, a proporção de pessoas que vivem até próximo deste limite tem aumentado expressivamente (RAMOS, 2001). Esta aproximação do limiar vital deve-se, principalmente, ao avanço tecnológico da medicina e às mudanças nos hábitos de vida.

Camarano (2001) sumariza em sua revisão bibliográfica que a partir de determinada idade, onde o indivíduo consome mais do que produz,

convenciona-se chamá-lo de idoso. Desta forma, o processo de envelhecer é percebido de maneiras diversas, levando-se em conta vários fatores, entre eles, o cultural.

O envelhecimento populacional envolve não apenas o aumento do tempo de vida médio do indivíduo, mas também, a capacidade reprodutiva da população, ou seja, há o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população às custas da diminuição de jovens nesta mesma população (RAMOS, 1993). Este processo, denominado “transição demográfica”, provoca alterações na estrutura etária da população. Isso se torna evidente quando se analisa a pirâmide etária de uma determinada região.

A Figura 1 mostra a pirâmide populacional do Brasil conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004). É notadamente visível o abaulamento no formato da pirâmide com o passar das décadas, significando a diminuição das faixas etárias mais jovens e o aumento das mais velhas.

No Brasil, a transição demográfica ocorre de forma rápida e intensa, diferente dos países desenvolvidos, onde essa se deu de maneira lenta e gradativa. Conforme descrito por Camarano (2001) a proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4% em 1940 para 9% em 2000 e projeções recentes indicam que este segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020.

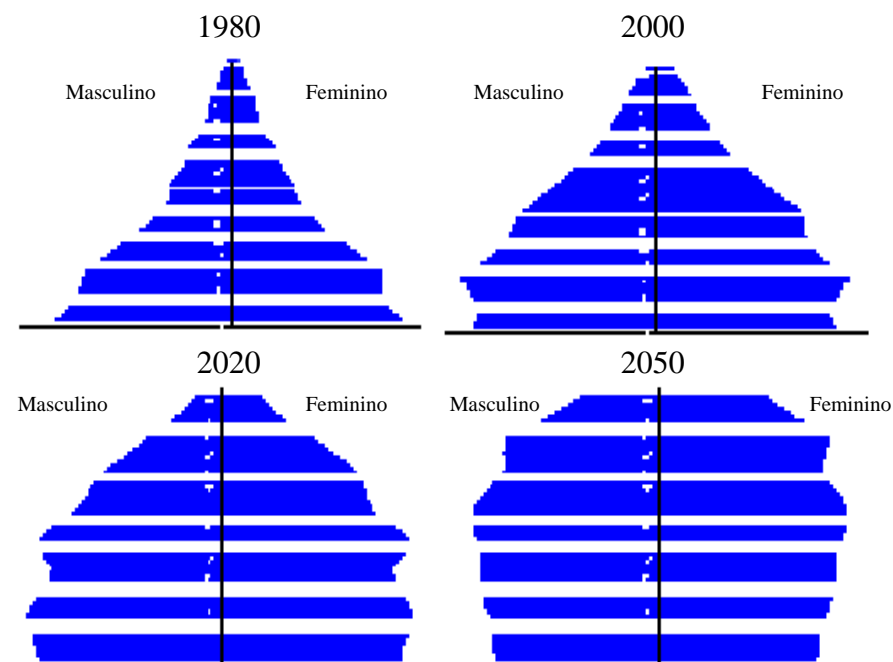


Figura 1. Pirâmides populacionais do Brasil – 1980, 2000, 2020 e 2050.
Fonte: IBGE (2004).

Outro dado de grande importância é a feminilização da velhice. A predominância das mulheres em relação aos homens na população idosa deve-se a vários fatores, entre eles, a menor exposição a riscos, vivendo assim por mais tempo. Apesar da maior longevidade do sexo feminino, as mulheres idosas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais quando comparadas aos homens (CAMARANO, 2001). Em estudo realizado por Ramos et al (1998), na cidade de São Paulo, foi encontrado o predomínio de mulheres na população, principalmente viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais e maior prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e inabilidade física.

Outro estudo realizado na mesma cidade por Lebrão (2003) mostra que 58,6% da população de idosos era constituída por mulheres, onde uma em

cada quatro mulheres possuía 75 anos ou mais e, para os homens, a proporção era de um para cinco.

Para Ramos (2001) a expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase 25 anos nos últimos 50 anos. Até 2000 a expectativa de vida ao nascer era de 63 anos para os homens e 65 para mulheres, sem que, concomitantemente, tenha melhorado as condições de vida e de saúde da maioria da população.

Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças na esfera demográfica mundial, alterações nos padrões de morbi-mortalidade também são observadas. Este fenômeno, definido por Omran (1996) como transição epidemiológica, enfoca a complexidade de mudanças nos padrões de saúde, doença, mortalidade, fecundidade e estrutura etária, aliados aos determinantes sócio-econômicos, ecológicos, de estilo de vida e de cuidado em saúde.

A transição epidemiológica, conforme descrito por Omran (1996), ocorre em cinco estágios, ou eras, descritas à seguir:

1 - Era das pestes e da fome: caracterizada por altíssima mortalidade, alta fecundidade e crescimento intenso da população. A expectativa de vida varia entre 20 e 40 anos. Como exemplo, Chaimowicz (1997) cita as quatro primeiras décadas do século passado no Brasil.

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

3 - Era das doenças degenerativas e causadas pelo homem: aumento na prevalência e mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis e de

causas externas, são as principais características dessa fase. A expectativa de vida sobe para 70 a 79 anos e as taxas de fecundidade mantêm-se decrescentes. Atualmente, alguns países em desenvolvimento encontram-se nesta fase, como é o caso do Brasil.

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

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

Neste contexto de rápida mudança no cenário demográfico e epidemiológico mundial e, principalmente, brasileiro, impele-se a necessidade de revisão de alguns conceitos relacionados ao envelhecimento, principalmente àqueles referentes à concepção do processo saúde/doença.

1.2. Processo saúde-doença e o envelhecimento: bases conceituais.

Com a transição demográfica altera-se o perfil epidemiológico em relação à morbidade e mortalidade. A preocupação pelas doenças infecto-contagiosas perde espaço para a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (RAMOS, 2001). Tais doenças, como citado por Andrade (1997), apresentam longa duração e risco de complicações, exigindo constante controle e cuidados permanentes.

O conceito de “doença única” não se aplica ao idoso, que apresenta a soma dos sinais e sintomas de uma ou mais doenças agudas, subagudas e crônicas (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2001). Assim, o desempenho funcional do idoso vai se deteriorando pouco a pouco, o que caracteriza maior fragilidade dos indivíduos com idade mais avançada. O declínio funcional decorrente do próprio processo de envelhecimento, aliado aos processos mórbidos acabam por limitar o idoso no desempenho de diversas atividades de sua vida diária.

Assim, o envelhecimento com dependência é um fenômeno que deve ser conhecido e refletido na saúde pública como um desafio social. Conforme salienta Gordilho et al (2000), a dependência constitui-se em um fator de risco para a mortalidade, sendo mais relevantes que as próprias doenças que levaram à dependência.

É necessário avaliar a incapacidade em graus de dependência, e esta avaliação tem-se mostrado um indicador sensível para avaliar as necessidades e determinar a utilização de recursos (CALDAS, 2003).

O termo dependência se liga intimamente com o termo fragilidade. Buchner; Wagner (1992), definem fragilidade como o estado caracterizado pela redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos, determinada pela combinação entre o envelhecimento biológico, condições crônicas e abuso ou desuso.

O termo “idoso frágil” é freqüentemente utilizado na literatura para aqueles idosos que vivem institucionalizados ou que possuem seu “status” funcional prejudicado. Segundo Chin A Paw et al (1999), a fragilidade é determinada por dois fatores principais: inatividade física e nutrição inadequada, sendo que a combinação entre inatividade física e perda de peso é preditivo para mortalidade e declínio funcional.

Pickering (2004) relata que dentre os principais fatores causadores da fragilidade nos idosos (incapacidade funcional, cognitiva e situação social), o estado nutricional e a nutrição são parâmetros predominantes para uma melhor avaliação do estado de saúde do idoso. De fato, as pessoas de idade mais avançada possuem um balanço físico e funcional pobre, aliada à sobreposição de vários problemas de saúde que podem levá-lo à incapacidade e morte.

Considerando os conceitos acima, infere-se que os idosos mais velhos, com 75 anos ou mais de idade, apresentam maior fragilidade e conseqüente déficit em sua capacidade funcional, caracterizando uma parcela da população de especial interesse das políticas públicas.

Os idosos frágeis são os principais usuários dos serviços de saúde, e suas características precisam ser conhecidas em detalhes para o planejamento das intervenções de saúde (PONZETTO et al, 2002).

Com o aumento da idade, as chances de aparecimento de uma ou mais doenças são maiores, o que não impede muitos idosos de levarem uma vida sem limitações. Nesta lógica, Ramos (2001) afirma que o importante na velhice é ter autonomia e independência, ou seja, que sua capacidade funcional não seja prejudicada. Assim, a saúde passa a ser resultante da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica.

A capacidade funcional surge como um conceito mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, do ponto de vista da saúde pública. Gordilho et al (2000 p. 48) afirmam que a capacidade funcional é a *“capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma”*. Neste contexto autonomia é o exercício da autodeterminação, ou seja, o indivíduo autônomo é o que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida. Para ilustrar melhor este termo, o idoso autônomo pode decidir, por exemplo, onde aplicará suas finanças.

De maneira antônima, Rosa et al (2003) definem incapacidade funcional como a presença de dificuldade ou impossibilidade em desempenhar atividades da vida cotidiana, relacionadas com a presença de algumas doenças e/ou deficiências, e influenciadas por fatores sócio-demográficos, culturais e psicossociais.

Função é a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos. É avaliada com base na execução das atividades de vida diária subdividida em duas categorias: atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AVDI) (CALDAS, 2003).

As AVDs são as tarefas relacionadas ao autocuidado e a própria subsistência do idoso, indicam o nível mais básico de independência. A escala de Katz avalia o grau de independência destas atividades e está incluída na maioria das avaliações multidimensionais, mostrando-se válida nos 40 anos que vem sendo utilizada em vários países (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2001).

As AIVDs são indicativas de uma vida independente na comunidade. Relacionam-se com os recursos disponíveis no meio ambiente. São consideradas tarefas mais complexas que as AVDs como arrumar a casa, usar o telefone e administrar as finanças. Em sua avaliação clínica, a escala de Lawton é a mais freqüentemente utilizada (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2001).

O panorama funcional onde se encontram os idosos, de uma maneira geral é exemplificado pelo inquérito domiciliar realizado na zona urbana de São Paulo por Ramos et al. (1993). Neste levantamento, apenas 14% consideraram-se livres de doenças crônicas, o que equivale dizer que 86% referiram pelo menos uma dessas doenças. Em contrapartida, mais da metade da população estudada 53% referia autonomia total nas atividades da vida diária, 29% necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, e 10% necessitava de ajuda dentre três a sete atividades.

A maioria das doenças crônicas não transmissíveis, advindas do processo de envelhecimento, resulta na perda das funções, físicas e mentais

dos idosos, interferindo nas atividades cotidianas e, conseqüentemente, na capacidade funcional.

Dentro deste contexto se evidenciam dois paradigmas que merecem destaque: a necessidade do aprimoramento do conhecimento epidemiológico e da readequação da prática clínica. Conhecer a população de idosos, preferencialmente, os mais velhos, por ser a parcela mais crescente e frágil, sujeita aos processos inerentes do envelhecimento com dependência, não deve ser visto somente como subsídio para o aprimoramento das políticas e estratégias de ação em saúde. Este conhecimento sobre a população idosa, centrado nos aspectos funcionais e de qualidade de vida, deve servir como base para a prática clínica dos profissionais que atendem o idoso na comunidade. Esta inter-relação entre os modelos clínico e epidemiológico deve ser uma constante na busca do melhor atendimento ao idoso.

Portanto, a manutenção da capacidade funcional, vista como o resultado de um envelhecer saudável, deve ser o foco das ações e estratégias de saúde para a população idosa. Esta concepção deve envolver desde a esfera política mais central (União, Ministérios e órgãos governamentais) e estender-se aos micro-processos de trabalho dos profissionais de saúde.

1.3. Políticas públicas e o envelhecimento: enfoque na Estratégia de Saúde da Família.

A preocupação com os idosos no campo das políticas públicas é recente no Brasil. Somente após a Constituição Federal de 1988, os idosos tiveram

algumas conquistas sociais importantes, dentre elas destaca-se a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), promulgada em Dezembro de 1993, através da Lei 8.742, que trouxe o benefício de 01 (um) salário mínimo mensal ao idoso (BRASIL, 2002).

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

Tendo como base a PNI, foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da portaria 1.395, de 09 de dezembro de 1999. O objetivo desta política, conforme apresentado por Gordilho et al. (2000) é permitir o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida o melhor possível. À partir desta filosofia, a PNSI traça algumas diretrizes que merecem destaque:

1º - Promoção do envelhecimento saudável: compreende ações que visam a adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

2º - Manutenção da capacidade funcional: paralelamente a promoção de hábitos saudáveis, a prevenção de agravos à saúde e a detecção de problemas de saúde instalados ou potenciais, visam a prevenção de perdas funcionais nos idosos. Neste item uma ação que merece destaque é a

vacinação para pessoas com 60 anos ou mais de idade, medida que já está consolidada em crianças, porém recente nos idosos.

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

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

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

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

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

Percebe-se nos tópicos apresentados acima, que as ações de saúde têm como tema principal a capacidade funcional do idoso, reforçando os preceitos teóricos apresentados anteriormente e que são reapresentados no Estatuto Nacional do Idoso de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

Em um contexto político mais abrangente, o Plano Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2002), traz como alguns temas principais a assistência à saúde, apoio à proteção social dos idosos, inclusive os cuidados com a saúde preventiva e reabilitação, a utilização de pesquisas e dos conhecimentos e aproveitamento do potencial da tecnologia para considerar as conseqüências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento, particularmente nos países em desenvolvimento.

Ao refletir este contexto, entende-se a necessidade da utilização de diversos meios de intervenção em saúde para promoção do envelhecimento saudável, centrado na manutenção da capacidade funcional. Desta forma, estratégias substitutivas de modelos assistenciais devem ser colocadas em primeiro plano, no diagnóstico real da situação, no planejamento e execução das ações de saúde e no aparato técnico-científico clínico dos profissionais diretamente envolvidos.

As políticas sociais, tanto para os idosos quanto para a população em geral, têm-se estruturado de forma fragmentada, dirigindo-se ao atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e comunitário. Esta fragmentação das políticas proporciona o surgimento de novas propostas, o que faz crescer internacionalmente a visão de que as unidades de atuação “família” e “comunidade” são pontos importantes da estratégia de integração destas políticas (VASCONCELOS, 1999).

Elsen (2004) considera ser a família um sistema de saúde para os seus membros, fazendo parte de um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações das quais a família se utiliza na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

Nesta lógica, Vasconcelos (1999) refere que a vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento do saber sobre o espaço, tempo e memória, e para a transmissão de conhecimentos e informações entre seus membros.

A discussão sobre a família como foco das políticas sociais e de saúde resultou em diversas experiências nos Estados Unidos, Canadá e países da Europa na década de 70, fundamentadas na crescente preocupação com a superespecialização do trabalho médico.

No Brasil, apenas no final da década de 70 é que iniciaram as diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde, trazendo para o debate político questões que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A valorização política da família no contexto de saúde nacional resultou na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1993 como tentativa de reversão do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, historicamente instalado no sistema de saúde brasileiro. A Saúde da Família em sua criação reflete a recuperação de iniciativas e movimentos inerentes ao “movimento sanitário” no sentido de reordenamento do modelo assistencial em saúde e de consolidação do SUS.

Desta forma, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como é denominada atualmente, visa a reversão do modelo assistencial até então vigente por meio da mudança do foco de atenção, sendo a família o objeto precípua. Neste contexto, entende-se como família o espaço onde se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Esta concepção permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

Tendo a família como núcleo básico em sua concepção, a ESF apresenta algumas diretrizes operacionais que devem ser seguidas, observando-se sempre as realidades regionais, municipais e locais. Valoriza os princípios da territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe e enfoque interdisciplinar. Ainda, dá ênfase na promoção da saúde e estimula a participação da comunidade na gestão da saúde.

As Unidades de Saúde da Família (USF), por meio de suas equipes multiprofissionais, devem representar o primeiro contato da população com o serviço de saúde, assegurando referência e contra-referência para os outros níveis de assistência. Devem trabalhar com um território ou área de abrangência, onde residam de 600 a 1.000 famílias. Este critério é flexibilizado em razão da diversidade política e econômica de cada região geopolítica (BRASIL, 1997).

Considerando ainda as diretrizes operacionais concebidas pelo Ministério da Saúde, as equipes de Saúde da Família devem realizar o cadastramento das famílias de sua área de abrangência através de visitas

domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este cadastramento tem como objetivo elaborar um diagnóstico de saúde da comunidade, auxiliando no planejamento e organização das ações de prevenção e promoção da saúde. Segundo Vasconcelos (1999), as famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea, o que reforça a importância deste elo de ligação criado pelo ACS entre a família e a equipe de saúde.

Segundo Souza (2000), no início das discussões sobre a Estratégia de Saúde da Família, pensou-se em focalizar a população de excluídos segundo o mapa da fome elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), o que gerou a compreensão equivocada de que o programa seria exclusivo para pessoas carentes. Ao contrário, entende-se a Saúde da Família como uma estratégia complexa de substituição do modelo assistencial ortodoxo neoliberal para outro, que busca a integralidade e universalidade da assistência, atendendo aos princípios do SUS.

Assim, a ESF é percebida como uma política pública operacional que reorienta as ações de saúde para o núcleo familiar, espaço este onde, indubitavelmente, encontram-se também os idosos. Dentro deste contexto em que se emerge a Saúde da Família, considerando os relacionamentos familiares e os arranjos domiciliares determinantes do processo saúde-doença, é que se deve conhecer qual a real situação de saúde da população idosa brasileira.

Gordilho et al (2000) consideram que o apoio aos idosos no Brasil ainda se mostra precário por se tratar de uma atividade restrita ao âmbito familiar.

Assim, o apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde dos idosos.

Conforme descrito por Rodrigues; Andrade; Mendes (1995) o suporte informal relaciona-se à ajuda de familiares e vizinhos para prestar o cuidado ao idoso; enquanto o formal refere-se ao conjunto de recursos da comunidade à disposição das pessoas que necessitam de assistência.

Desta forma a ESF insere-se na esfera formal, principalmente, no que diz respeito à instrumentalização do cuidador informal, neste caso um membro da família, para prestação de cuidados adequados às necessidades reais do idoso.

Silvestre e Costa Neto (2003), reforçam esta concepção ao afirmarem que o cuidado ao idoso deve estar centrado na família e na atenção básica de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente as que possuem a ESF, representando ao idoso o vínculo com o sistema de saúde.

Para Caldas (2003), a Saúde da Família pode se apresentar como uma estratégia eficiente face à este desafio. No entanto, seria necessário que a questão do cuidado do idoso dependente fosse incorporada de forma específica, incluindo previsão orçamentária das ações, estabelecimento de uma rede de suporte institucional e o cuidador deveria receber um conjunto de orientações voltadas para a prestação de um cuidado adequado ao idoso.

No caso específico da enfermagem, a Saúde da Família recoloca o enfermeiro na linha de frente do trabalho em saúde. Segundo Sousa (2000), o processo histórico da saúde vinculou a enfermagem à subordinação médica com a criação dos hospitais, gerando um “culto” à doença e não à saúde. A

reversão desse quadro é marcada pelo princípio da atenção básica, culminando na atualidade com a ESF.

Considerando a visão sistêmica e integral do indivíduo, o trabalho clínico-individual e a abordagem coletiva e sanitária devem estar englobados por meio de uma assistência integral e contínua tanto dos profissionais de enfermagem como do restante da equipe multidisciplinar.

Ao analisar o contexto em que se apresenta a velhice no Brasil, observam-se alguns preceitos que devem ser considerados para a relevância do estudo em questão: 1) a rapidez com que se processa o aumento da proporção de idosos na população brasileira, principalmente dos idosos mais velhos, em comparação aos países desenvolvidos; 2) a transição epidemiológica, onde as doenças infecto-contagiosas perdem espaço para as crônicas não transmissíveis, exigindo readequação, tanto da estrutura como das práticas de saúde; 3) o envelhecimento saudável, centrado na preservação da capacidade funcional do idoso, como tema central da Política Nacional de Saúde do Idoso contrapondo ao envelhecimento com dependência, fato cada vez mais freqüente entre os idosos de idade mais avançada; 4) a necessidade de garantia de suporte formal ao idoso e a sua família, considerando que ela é a principal fonte de cuidados do idoso no domicílio; 5) a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, como principal modelo assistencial para o nível básico de atenção à saúde, na junção dos modelos clínico e epidemiológico para a assistência integral da saúde.

Refletindo o exposto urge a necessidade de conhecer a real situação em que se encontram os idosos de idade mais avançada, devido a sua relação com a dependência e necessidade de cuidados no domicílio, com vistas à

instrumentalizar as equipes de Saúde da Família para elaboração e inserção de novas ações em saúde. Esta realidade deve envolver os diversos aspectos inter-relacionados do perfil dos idosos.

2. Objetivo

Caracterizar um grupo de idosos velhos (75 anos e mais de idade), residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município de Jandaia do Sul - PR, quanto ao perfil sócio-demográfico e de saúde.

3. Metodologia

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo. Segundo Gil (1999) os estudos descritivos têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Este tipo de investigação produz “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, produzindo indicadores de saúde globais para o grupo investigado. Esta técnica se utiliza de amostras representativas da população, devido às dificuldades para a realização de investigações que incluam todos os membros do grupo. A definição de representatividade fundamenta-se na teoria estatística, valorizando o caráter aleatório da amostra e a definição clara dos limites de inclusão e exclusão dos possíveis participantes (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Os levantamentos por amostragem, delineamento de pesquisa a que este estudo mais se assemelha, caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. São geralmente feitos por amostragem e com questionários padronizados. Possuem como vantagens o conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e a possibilidade de quantificação e análise estatística (GIL, 1999).

3.2 Local do estudo

Foi realizado no município de Jandaia do Sul - PR, onde o pesquisador desenvolveu a função de coordenador do Programa de Saúde da Família e integrante de uma das equipes locais.

Jandaia do Sul está localizada na zona hidrográfica da Bacia do Ivaí, ao norte do Estado do Paraná. Possui uma extensão territorial de 188 km². A agricultura é a maior fonte de economia, destacando-se a produção de café, milho, arroz e cana-de-açúcar. Patrimônio aberto em 1942, Jandaia do Sul foi elevada à categoria de município em 14 de dezembro de 1951 e emancipada na mesma data do ano seguinte.

Trata-se de um município de pequeno porte, com 20.014 habitantes, conforme estimativas do IBGE para 2003. Com relação aos aspectos demográficos, apresenta taxa de crescimento de -0,70%, considerando os anos de 1991/2000, e taxa de urbanização de 87% para o ano de 2003, conforme dados apresentados pela Secretaria de Saúde do Paraná (PARANÁ, 2004). Os dados referentes à população estão apresentados no Quadro 1, segundo informações fornecidas pelo Censo 2000 (IBGE, 2000).

Da mesma maneira que a origem do município, a implantação e consolidação dos serviços de saúde, também, é historicamente recente. Alguns esforços da organização dos serviços municipais de saúde centravam-se na oferta de consultas médicas nas especialidades básicas (clínica geral, pediatria e ginecologia) e no encaminhamento à outras especialidades para o município de Apucarana, sede da Regional de Saúde.

Quadro 1 - Dados populacionais do município de Jandaia do Sul – PR, 2000.

População residente	19.676	100%
População residente (zona urbana)	17.079	86,8%
População residente (zona rural)	2.597	13,2%
População entre 0 a 4 anos	1.522	7,73%
População entre 5 a 9 anos	1.730	8,8%
População entre 10 a 19 anos	3.643	18,5%
População entre 20 a 59 anos	10.503	53,4%
População entre 60 a 74 anos	1781	9,5%
População com mais de 75 anos	497	2,5%

Fonte: IBGE 2000

Somente em 1999 se iniciou a discussão e conseqüente implantação da ESF, com apenas três equipes e 28 ACS. Direcionavam o atendimento as populações carentes, concentrando suas atividades nas regiões periféricas da cidade.

Com a mudança do executivo municipal em 2001, surgiu a proposta de ampliação para 6 equipes e 36 ACS. Assim, atualmente, Jandaia do Sul possui seis equipes mínimas, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, abrangendo 100% das famílias subdivididas da seguinte maneira: cinco equipes acompanham a população urbana dispostas em três UBS e uma é responsável por toda a zona rural.

Com a implantação da ESF o caráter preventivo e promocional das ações, tanto individuais como coletivas, começou a ser priorizado nas discussões entre os profissionais da equipe, gestores e a população. Apesar do aprimoramento da estrutura dos serviços de saúde e na política de saúde, observa-se, na prática, que os profissionais, principalmente os médicos, agem tendenciosamente sob influência do modelo neoliberal, curativista e

especializado da medicina. Esta vertente dificulta, ainda hoje, a implantação das ações de saúde dentro da perspectiva generalista e holística. Deve-se esclarecer que a ESF ainda é um modelo em construção, historicamente recente e que possui bases conceituais e filosóficas antagônicas à formação dos profissionais mais antigos. No entanto, tendo como base o acompanhamento pessoal desta evolução, o saldo na melhoria da assistência à saúde municipal, pode ser considerado como positivo, tendo em vista que, até a implantação da ESF, todas as ações de saúde promovidas pelo município estavam centradas em consultas médicas no Pronto Atendimento Municipal, e hoje, já se discutem estratégias multidisciplinares centradas na promoção da saúde pela maioria dos profissionais.

Pode-se observar no Quadro 2, que o elevado número de leitos do SUS por habitante deve-se à existência de um hospital psiquiátrico de grande porte no município. Apesar de estar incluído nas estatísticas municipais, este hospital atende todos os municípios das macro regiões de Londrina e Maringá, totalizando mais de 80 municípios. Ainda, sobre a distribuição dos hospitais, os dois hospitais clínicos existentes no município são de pequeno porte, com ausência de tratamento intensivo e/ou semi-intensivo, com oferta de procedimentos médicos e cirúrgicos reduzidos, resultando no encaminhamento da população às cidades vizinhas com mais recursos.

Quadro 2 - Serviços de saúde do SUS em Jandaia do Sul – PR, 2004.

Serviço	Quantidade
Pronto Atendimento 24 horas	01
Unidade de Saúde da Família	04
Equipe de Saúde da Família	06
Equipe de Saúde Bucal	06
Agentes Comunitários de Saúde	36
Hospital Privado	02
Hospital Filantrópico	01
Leitos Clínica Cirúrgica	16
Leitos Ginecologia/Obstetrícia	19
Leitos Clínica Médica	15
Leitos Pediatria	17
Leitos Psiquiatria	271
Total de Leitos SUS	338
Leitos SUS/ 1.000 habitantes	16,80

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2004.

3.3 População do estudo

Foi composta por idosos residentes na área urbana de abrangência da ESF do município de Jandaia do Sul – PR, Brasil. Segundo os dados obtidos por meio do Consolidado de Informações¹ contidas no SIAB, o município possui 5.596 famílias divididas em 6 áreas pertencentes a 6 equipes de PSF, totalizando uma população de 2.503 (12,5%) pessoas com 60 anos ou mais de idade e 595 (2,9%) com idade igual e superior a 75 anos.

A escolha pela área urbana deu-se por dois motivos: fácil acesso aos indivíduos para a coleta de dados e a inconsistência dos cadastros relativos à

¹ Consolidado de Informações – Relatório extraído da base de dados do SIAB com informações inerentes ao cadastramento das famílias.

zona rural, não revelando a localização de idosos com mais de 75 anos. Esta subnotificação no cadastro rural se deve à desatualização do banco de dados do SIAB. Isso pode ser justificado pelo reduzido número de ACS da equipe rural e pelas dificuldades de acesso aos locais mais distantes, principalmente, devido a indisponibilidade de veículos específicos para o deslocamento dos profissionais da equipe.

Os critérios de inclusão adotados foram:

- Ter idade igual ou superior a 75 anos;
- Sexo masculino e feminino;
- Residir, no mínimo, seis meses em área urbana do município de Jandaia do Sul e de abrangência da ESF, conforme cadastro no SIAB.

Os critérios adotados para participação no estudo após a seleção da amostra foram:

- Possuir no ato da entrevista, condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador que pudesse auxiliar nas respostas;
- Concordar em participar da pesquisa.

A amostra foi extraída pelo método aleatório simples estratificado (PEREIRA, 1995). Utilizou-se o sorteio aleatório de 20% dos indivíduos com 75 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana, subdivididos em 3 estratos amostrais conforme localização da residência definida por critérios geográficos e socioeconômicos: 1) região periférica, bairros de recente povoação, incluindo vilas, mutirões e favelas; 2) adjacências ao centro da cidade, composta por micro-áreas próximas ao centro da cidade, mas com padrão econômico e de moradia inferior ao centro; 3) região central, composta por micro-áreas onde é

evidente o nível sócioeconômico elevado. A divisão por equipes não foi adotada para os estratos amostrais, devido ao fato de essas abrangerem diferentes regiões e seus respectivos padrões sociais, não retratando a real distribuição da população na cidade (Tabela 1). Foi prevista uma perda amostral de 15%, configuradas por óbito, recusa em participar da pesquisa, mudança de endereço e participante não encontrado.

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo estrato amostral. Jandaia do Sul – PR, 2004.

<i>Estrato</i>	<i>Nº de indivíduos</i>	<i>Nº da amostra</i>
Estrato 1	75	15
Estrato 2	235	47
Estrato 3	285	57
Total	595	119

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, cinco enfermeiras que compõem as equipes de Saúde da Família da zona urbana e duas alunas do 4º ano de graduação em enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), as quais foram devidamente treinadas pelo pesquisador e uma enfermeira doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para utilização do instrumento proposto.

O treinamento das colaboradoras totalizou carga horária de 10 horas e foi realizado no mês de abril de 2004. Durante o treinamento o instrumento foi

aplicado em um grupo de idosos não participantes da amostra pesquisada, buscando identificar dúvidas a respeito do preenchimento.

Obteve-se a autorização do Secretário Municipal de Saúde para desenvolvimento da pesquisa com idosos residentes na área de abrangência da ESF do município de Jandaia do Sul – PR (Anexo A).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Paraná, e de posse da lista de nomes e endereços gerada após o sorteio no banco de dados do SIAB, iniciou-se a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas por meio de visitas domiciliares no período de julho a outubro de 2004. A média de duração das entrevistas foi de 55 minutos, incluindo a apresentação, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação do questionário. Com os devidos esclarecimentos os sujeitos assinaram o referido Termo seguindo-se a aplicação do questionário proposto. Após três tentativas sem êxito de aplicação, as perdas foram registradas como “mudança de endereço” ou “participante não encontrado”.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, uma adaptação do *Older Americans Resources and Services (OARS)*, elaborado pela Duke University em 1978 e validado para a cultura brasileira por Ramos (1987). Para este estudo, utilizou-se uma readaptação composta por 7 partes (Apêndice A):

1ª) Dados de identificação: extraído do cadastro de família constante no SIAB e de informações pessoais coletadas durante a entrevista - sexo, idade,

cor da pele, local de nascimento e residência, estado conjugal e número de filhos;

2ª) Perfil social do idoso: escolaridade, fonte de renda e benefícios, atividade profissional exercida, auto percepção da situação econômica e moradia;

3ª) Estilo de vida: uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e atividade física;

4ª) Avaliação funcional: avaliação de Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária;

5ª) Estado de saúde: percepção do idoso a respeito da própria saúde, doenças referidas, uso de medicação, limitações físicas e quedas;

6ª) Uso e acesso aos serviços de saúde locais.

7ª) Rede de apoio familiar e social.

3.5 Processamento e análise dos dados

Após a coleta, elaborou-se um banco de dados utilizando-se o programa computacional Microsoft Excel versão 5.1.2600 (2002). Os dados foram computados em dupla entrada para verificação da consistência interna do banco. Após a digitação e validação, os dados foram exportados para o software Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 1999), versão 11.5, onde se realizou inicialmente a distribuição das freqüências relativas de todas as variáveis do instrumento. Em um segundo momento, procedeu-se a análise bivariada e estatística.

3.6 Considerações éticas

Seguindo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 196/96 CNS, este projeto de pesquisa foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. Obteve aprovação em reunião de 12/03/2004, parecer nº 056/2004 (Anexo B).

Foi apresentado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa. A participação aconteceu por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase de sua implementação (Apêndice B).

4. Resultados

4.1 Bloco de características da amostra

A amostra estudada provém de uma população de indivíduos com 75 anos e mais de idade, residentes na zona urbana do município de Jandaia do Sul – PR, conforme os critérios estabelecidos na metodologia. A população total foi estratificada em três estratos, conforme região de residência: estrato 1 – periferia, estrato 2 – região mediana, estrato 3 – centro.

O contingente estudado e as perdas amostrais estão relacionadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das perdas amostrais e do n amostral estudado por estrato. Jandaia do Sul – PR, 2004.

<i>Estrato</i>	<i>n da amostra</i>	<i>% perda</i>		<i>n estudado</i>		
		<i>amostral</i>	<i>masc</i>	<i>fem</i>	<i>total</i>	
Estrato 1	15	40%	5	4	9	
Estrato 2	47	38,3%	17	12	29	
Estrato 3	57	15,7%	20	28	48	
Total	119	31%*	42	44	86	

* Média geral de perda amostral.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das perdas por causa em seus respectivos estratos amostrais.

Tabela 3 - Distribuição das perdas amostrais por estrato e causa. Jandaia do Sul – PR, 2004.

<i>Estrato</i>	<i>Óbito</i>		<i>Mudança</i>		<i>Recusa</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Estrato 1	4	26,7	1	6,6	1	6,6	6	40,0
Estrato 2	14	29,7	1	2,2	3	6,4	18	38,3
Estrato 3	4	7,0	3	5,2	2	3,5	9	15,7
Total	22	18,5	9	7,5	6	5,0	33	31,0

4.2 Bloco de características sócio-demográficas

A média de idade dos entrevistados foi em torno dos 82,02 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos, como pode-se observar no Quadro 3.

Quadro 3 - Análise estatística das idades dos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	Masculino	Feminino
Média	82,12	81,80
Mediana	81,00	81,00
Desvio Padrão	5,162	5,416

A Figura 2 apresenta a classificação de faixa etária segundo o sexo da amostra estudada.

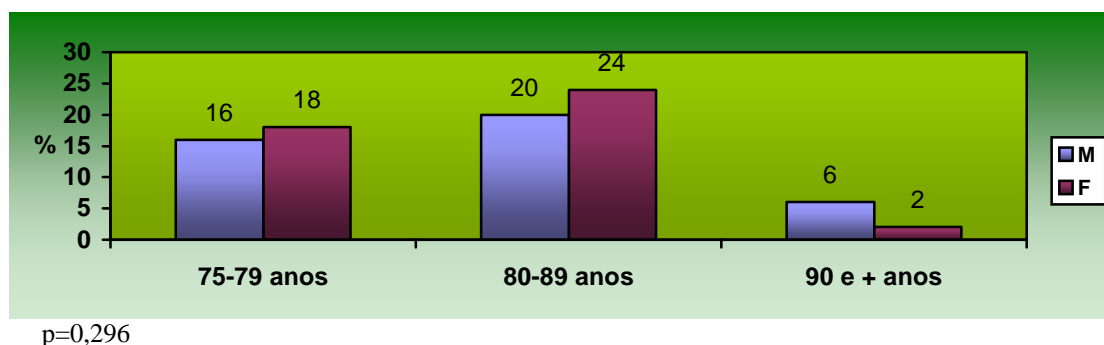


Figura 2 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade quanto ao sexo e faixa etária. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Observou-se maior proporção de mulheres em relação aos homens nas faixas etárias 75 a 79 anos e 80 a 89 anos. Ressalta-se, entretanto, que na faixa etária de 90 anos ou mais, a situação se inverte, revelando o predomínio dos homens em relação às mulheres.

Em relação à cor da pele, 89,5% dos entrevistados informaram ser de cor branca e as demais categorias totalizaram 10,5% (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade segundo a autopercepção da cor da pele. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Cor	n	%
Branca	77	89,5
Parda	6	7,0
Amarela	2	2,3
Preta	1	1,2
Total	86	100

A Figura 3 apresenta o local de nascimento dos idosos em relação ao segmento habitacional, evidenciando o predomínio da zona rural.

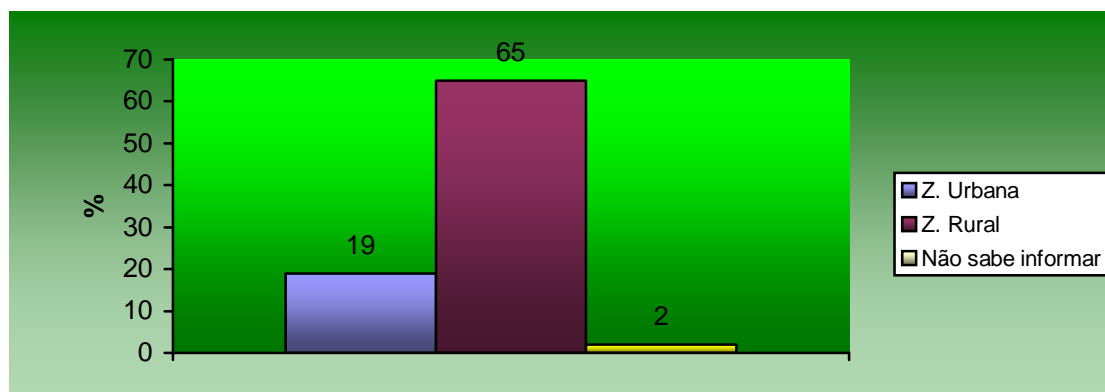


Figura 3 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo local de nascimento. Jandaia do Sul – Pr, 2004.

Os dados relacionados à situação conjugal dos idosos mostram uma percentagem relativamente semelhante para aqueles que moram com o companheiro ou esposo (45,3%) e para os viúvos (48,8%). No entanto, é importante ressaltar que o estado conjugal distribuiu-se de forma diferente em

relação ao sexo, observando-se pela predominância da viuvez nas mulheres (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição do estado conjugal dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nunca se casou ou morou com companheiro	3	7,1	0	0	3	3,5
Mora com esposo ou companheiro	27	64,3	12	27,3	39	45,3
Separado, divorciado ou dequitado	0	0	2	4,5	2	2,3
Viúvo	12	28,6	30	68,2	42	48,8
Total	42	100	44	100	86	100

A média de filhos por idoso estudado mostrou-se alta, 5,71 filho por idoso, assim como a média de filhos falecidos, 1,18 filho por idoso. A Tabela 6 mostra a distribuição estatística da variável número de filhos.

Tabela 6 - Análise estatística do número de filhos dos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – Pr, 2004.

	<i>Média (em filhos)</i>	<i>Desvio padrão</i>
Filhos próprios	5,71	3,243
Filhos adotados	0,19	0,482
Filhos falecidos	1,18	1,515

Com relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados situou-se entre os analfabetos e com menos de cinco anos de estudo (96%). Somente dois idosos referiram possuir 13 ou mais anos de estudo, de acordo com a Figura 4.

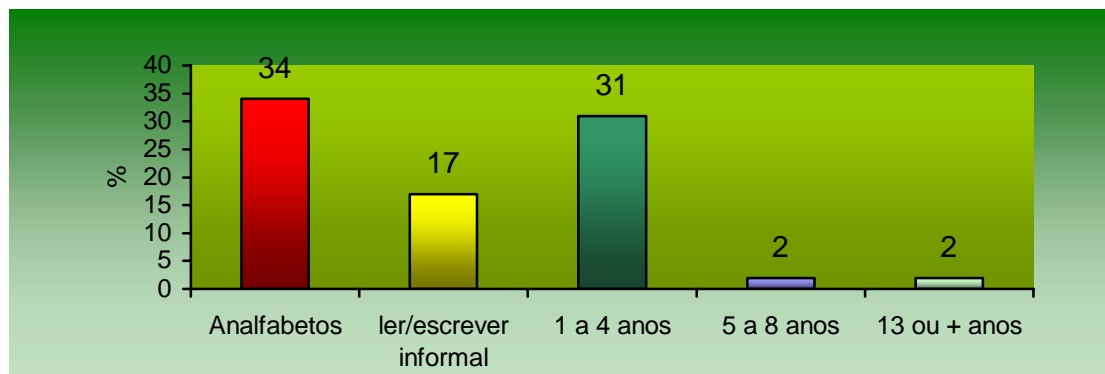


Figura 4 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo escolaridade. Jandaia do Sul – PR, 2004.

A Tabela 7 apresenta os resultados relativos à escolaridade distribuídos por sexo.

Tabela 7. Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade segundo, escolaridade e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Analfabeto	13	31,0	21	47,7
Ler/escrever informal	10	23,8	7	15,9
1 a 4 anos de estudo	15	35,7	16	16,4
5 a 8 anos de estudo	2	4,8	0	0
13 ou mais anos de estudo	2	4,8	0	0
Total	42	100,0	44	100,0

Na distribuição de escolaridade por estratos amostrais, observa-se que o estrato 1 (periferia) possui maior proporção de idosos analfabetos em relação aos outros estratos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo escolaridade e estrato amostral. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	6	66,7	13	44,8	15	31,3
Ler/escrever informal	1	11,1	8	27,6	8	16,7
1 a 4 anos de estudo	2	22,2	6	20,7	23	47,9
5 a 8 anos de estudo	0	0	2	6,9	0	0
13 ou mais anos de estudo	0	0	0	0	2	4,2
Total	9	100,0	29	100,0	48	100,0

*p=0,08

Outra questão social indagada aos participantes da pesquisa foi referente a fonte de renda que o idoso possuía. A maioria (90,7%) referiu possuir aposentadoria, as outras fontes obtiveram pequena participação (Tabela 9). Observa-se que os idosos podiam ter mais do que uma fonte de renda, conforme os tipos descritos abaixo. A distribuição entre as fontes de renda segundo os estratos mostra diferenças significativas entre as fontes de renda trabalho próprio e doações.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo fontes de renda e estrato. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Fonte de renda	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aposentadoria	8	88,9	26	89,7	44	91,7	78	90,7
Pensão	2	22,2	3	10,3	8	16,7	13	15,1
Aluguel	1	11,1	3	10,3	13	27,1	17	19,8
Trabalho próprio*	0	0	0	0	6	12,5	6	7,0
Doações*	1	11,1	0	0	12	25,0	13	15,1
Outras rendas	1	11,1	0	0	1	2,1	2	2,3

* p< 0,05.

A Tabela 10 apresenta que as atividades relacionadas com a agricultura foram referidas como a principal profissão/ocupação exercida pelos entrevistados no decorrer de suas vidas (39,4%). Apenas dois participantes informaram ter exercido atividades com formação de nível superior, confirmando os dados da Figura 3.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo atividade profissional exercida. Jandaia do Sul – PR, 2004

Ocupação	N	%
Agricultura	34	39,4
Do lar	15	17,4
Costureira	7	8,1
Não se lembra/não sabe dizer	6	7,0
Comerciante	3	3,5
Agropecuária	2	2,3
Carpinteiro	2	2,3
Doméstica	2	2,3
Serviços gerais	2	2,3
Outras atividades*	14	16,2

* Ocupações que tiveram freqüência de apenas um caso: cabelereira, chaveiro, contador, coveiro, farmacêutico, fazendeiro, técnico do IBGE, jardineiro, lavrador, pedreiro, relojoeiro, tintureiro, vendedor e zeladora.

Ainda, com relação às características de renda e trabalho, os dados revelam que 53,5% dos idosos começaram a receber o benefício da aposentadoria entre os 60 e 70 anos de idade.

Na presente pesquisa, mais da metade dos idosos (69%) avaliaram suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, dentre outras) como “boa” considerando a sua situação econômica atual (Figura 5). Também nesta variável, a distribuição entre os estratos não mostrou diferenças significativas.

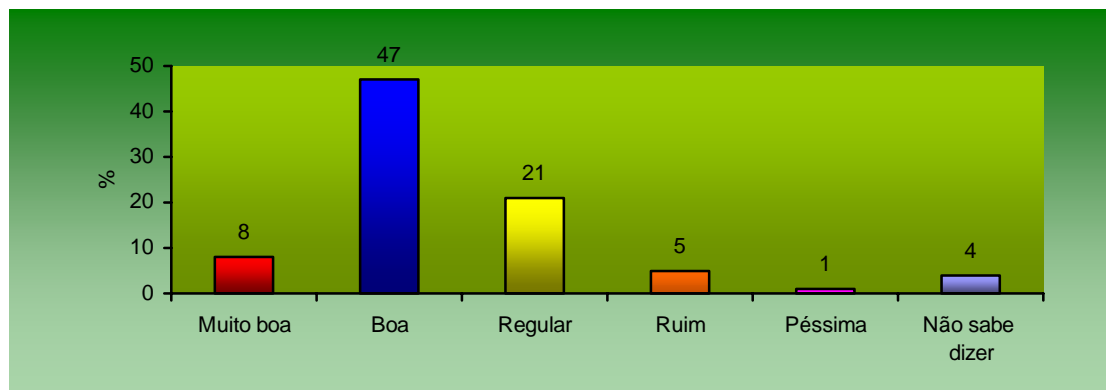


Figura 5 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo avaliação das necessidades básicas. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Em relação a auto-avaliação econômica, 50% dos entrevistados consideraram sua situação como “melhor” quando comparada com as outras pessoas da mesma idade (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da auto-avaliação da situação econômica dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo comparação com outras pessoas da mesma idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	N	%
Melhor	43	50,0
Igual	27	31,4
Pior	7	8,1
Não sabe dizer	9	10,5
Total	86	100

No que se refere a moradia, 60% referiram possuir casa própria e quitada (Figura 6). Em relação aos estratos, o tipo de moradia não mostrou diferenças significativas ($p= 0,498$).

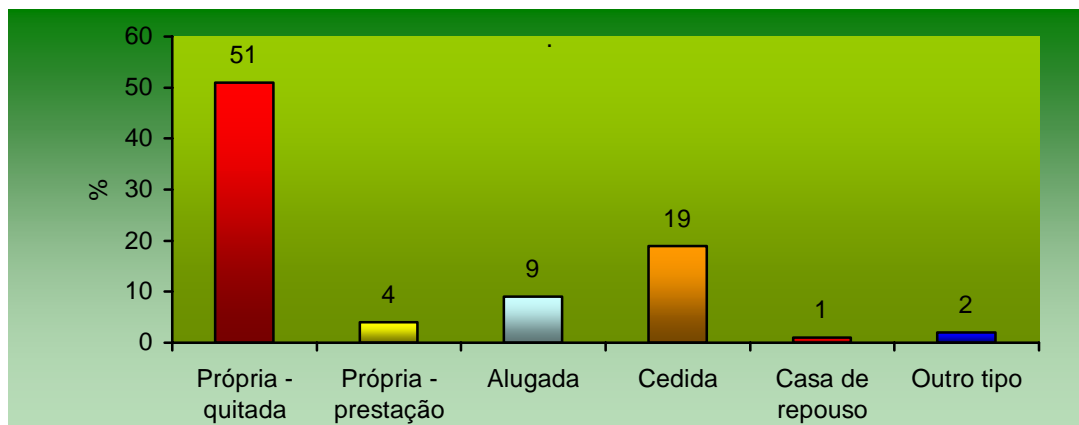


Figura 6 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o tipo de moradia. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Os resultados sobre os arranjos domiciliares dos idosos com 75 anos e mais de idade são apresentados na Tabela 12, com destaque para os idosos que vivem com a família.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo moradores do mesmo domicílio. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>n</i>	%
Sozinho	15	17,4
Esposo	25	29,1
Família	38	44,2
Acompanhante particular	5	5,8
Outra pessoa	2	2,3
Asilados	1	1,2
Total	86	100

4.3 Bloco de características de saúde

A ocorrência do tabagismo entre os entrevistados apresentou-se baixa (5,8%). A média de anos com hábito de fumar foi de 56 anos com desvio padrão de 10,6 (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo hábito de fumar e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	3	7,1	2	4,5	5	5,9
Não	39	92,9	42	95,5	81	94,1
Total	42	100,0	44	100,0	86	100,0

p= 0,548

Quando questionados se já fumaram alguma vez em suas vidas, 40,7% dos idosos responderam afirmativamente, fumando em média 32 anos e 15,8 cigarros ao dia. O hábito de fumar é estatisticamente maior nos homens do que nas mulheres (Tabela 14). Ainda, 14% dos idosos referiram a presença de fumante em sua casa ou trabalho.

Tabela 14 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo sexo e o hábito de fumar durante a vida. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sim	27	64,3	8	18,2	35	40,7
Não	15	35,7	35	79,5	50	58,1
Não sabe dizer	0	0	1	2,3	01	1,2
Total	42	100,0	44	100,0	86	100

p= 0,01

A Tabela 15 apresenta os resultados relativos ao consumo atual de bebidas alcoólicas pelos idosos.

Foram avaliados vários itens relacionados a capacidade do idoso em desempenhar diversas atividades e/ou tarefas diárias. A Figura 7 apresenta a proporção de entrevistados que referiram possuir alguma dificuldade em locomover-se fora de casa.

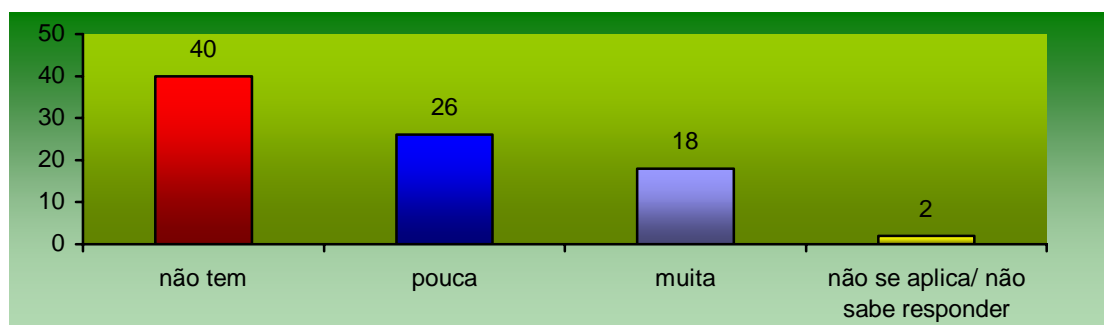


Figura 7 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o nível de dificuldade em locomover-se fora de casa. Jandaia do Sul – PR, 2004.

A Tabela 17 especifica quais as dificuldades apresentadas pelos entrevistados.

Tabela 17- Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo dificuldades em locomover-se fora de casa. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Dificuldade	Não tem		Pouca		Muita		Não se aplica / não sabe dizer	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Visual	27	31,4	40	46,5	19	22,1	0	0
Tipo de piso	52	60,5	26	30,2	6	7,0	2	2,3
Orientação	68	79,1	11	12,8	6	7,0	1	1,2
Velocidade no andar	62	72,1	16	18,6	5	5,8	3	3,5
Auditiva	45	52,3	26	30,2	14	16,3	1	1,2
Aglomerarção de pessoas	67	77,9	14	16,3	2	2,3	3	3,5
Outras	79	91,9	2	2,3	1	1,2	4	5,8

Tabela 18 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o nível de dificuldade na execução das AVDs e AVDIs. Jandaia do Sul – PR, 2004

	<i>Sem dificuldade</i>		<i>Pouca dificuldade</i>		<i>Muita dificuldade</i>		<i>Só com ajuda</i>		<i>Não consegue</i>		<i>Não sabe / não se aplica</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>	<i>n</i>	<i>%</i>
Atividades da vida diária (AVD)												
Comer	81	94,2	1	1,2	-	-	3	1,2	3	3,5	-	-
Tomar banho	75	87,2	3	3,5	1	1,2	6	7,0	1	1,2	-	-
Vestir-se	76	88,4	2	2,3	-	-	6	7,0	2	2,3	-	-
Pentear cabelo	79	97,9	1	1,2	-	-	4	4,7	2	2,3	-	-
Deitar/levantar da cama	77	89,5	3	3,5	1	1,2	4	4,7	1	1,2	-	-
Ir ao banheiro em tempo	76	88,4	2	2,3	1	1,2	7	8,1	-	-	-	-
Controle urinário	75	87,2	2	2,3	3	3,5	5	5,8	1	1,2	-	-
Controle intestinal	76	88,4	1	1,2	3	3,5	5	5,8	1	1,2	-	-
Andar no plano	74	86,0	1	1,2	2	2,3	7	8,1	2	2,3	-	-
Subir e descer escadas	69	80,2	5	5,8	1	1,2	6	7,0	5	5,8	-	-
Transporte cadeira p/ cama	72	83,7	3	3,5	1	1,2	5	5,8	3	3,5	2	2,3
Andar perto de casa	69	80,2	3	3,5	1	1,2	9	10,5	4	4,7	-	-
Atividades instrumentais da vida diária (AVDI)												
Medicar-se na hora	70	81,4	4	4,7	-	-	7	8,1	5	5,8	-	-
Fazer compras	61	70,9	6	7,0	2	2,3	7	8,1	8	9,3	2	2,3
Preparar refeições	63	73,3	5	5,8	2	2,3	5	5,8	11	12,8	-	-
Cortar unhas dos pés	60	69,8	5	5,8	3	3,5	10	11,6	8	9,3	-	-
Dirigir condução	7	8,1	-	-	-	-	-	-	2	2,3	77	89,5
Uso de transporte	60	69,8	8	9,3	2	2,3	3	3,5	11	12,8	1	1,2
Fazer limpeza de casa	62	72,1	6	7,0	1	1,2	5	5,8	11	12,8	1	1,2
Administrar finanças	65	75,6	5	5,8	-	-	4	4,7	12	14,0	-	-
Sair de casa	64	74,4	5	5,8	4	4,7	4	4,7	9	10,5	-	-
Uso do telefone	59	68,6	5	5,8	2	2,3	3	3,5	14	16,3	3	3,5
Tarefas domésticas	65	75,6	4	4,7	2	2,3	3	3,5	11	12,8	1	1,2

Tabela 19 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a ajuda na realização das AVDs e AVDIs. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	Sem ajuda		Pai/mãe/tio		Cônjuge		Irmão/prim o cunhado		Filho/entead o genro/nora		Neto/ bisneto		Amigo/ Vizinho		Acompa- nhante		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades da vida diária (AVD)																		
Comer	81	94,2	-	-	-	-	-	-	5	5,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomar banho	74	86,0	-	-	-	-	1	1,2	8	9,3	-	-	1	1,2	2	2,3	-	-
Vestir-se	76	88,4	-	-	-	-	-	-	7	8,1	-	-	1	1,2	2	2,3	-	-
Pentear cabelo	79	91,9	-	-	-	-	-	-	6	7,0	-	-	-	-	1	1,2	-	-
Deitar/levantar da cama	77	89,5	-	-	-	-	-	-	7	8,1	-	-	-	-	2	1,2	-	-
Ir ao banheiro em tempo	76	88,4	-	-	-	-	-	-	8	9,3	-	-	-	-	2	1,2	-	-
Controle urinário	77	89,5	-	-	-	-	-	-	7	8,1	-	-	-	-	2	2,3	-	-
Controle intestinal	77	89,5	-	-	-	-	-	-	7	8,1	-	-	-	-	2	2,3	-	-
Andar no plano	75	87,2	-	-	-	-	-	-	9	10,5	-	-	-	-	2	2,3	-	-
Subir e descer escadas	68	79,1	-	-	2	2,3	-	-	13	15,1	-	-	-	-	3	3,5	-	-
Transporte cadeira p/ cama	73	84,9	-	-	-	-	-	-	9	10,5	1	1,2	-	-	3	3,5	-	-
Andar perto de casa	67	77,9	-	-	1	1,2	-	-	14	16,3	-	-	-	-	4	4,7	-	-
Atividades instrumentais da vida diária (AVDI)																		
Medicar-se na hora	69	80,2	-	-	-	-	-	-	13	15,1	-	-	1	1,2	3	3,5	-	-
Fazer compras	63	73,3	-	-	-	-	-	-	19	22,1	-	-	1	1,2	3	3,5	-	-
Preparar refeições	64	74,4	-	-	1	1,2	-	-	17	19,8	-	-	1	1,2	3	3,5	-	-
Cortar unhas dos pés	58	67,4	2	2,3	1	1,2	-	-	18	20,9	2	2,3	1	1,2	3	3,5	1	1,2
Uso de transporte	60	69,8	-	-	2	2,3	-	-	21	24,4	-	-	1	1,2	2	2,3	-	-
Fazer limpeza de casa	59	68,6	1	1,2	1	1,2	-	-	19	22,1	1	1,2	1	1,2	3	3,5	1	1,2
Administrar finanças	63	73,3	1	1,2	1	1,2	-	-	19	22,1	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-
Sair de casa	62	72,1	-	-	2	2,3	-	-	19	22,1	-	-	1	1,2	2	2,3	-	-
Uso do telefone	61	70,9	-	-	-	-	-	-	21	24,4	1	1,2	1	1,2	2	2,3	-	-
Tarefas domésticas	63	73,3	-	-	1	1,2	-	-	18	20,9	-	-	1	1,2	3	3,5	-	-

A Tabela 18 apresenta atividades de vida diária dos idosos e suas referências quanto a dificuldade em desempenhá-las. Já a Tabela 19 mostra, perante estas atividades, quem ajuda o idoso à executá-las no dia-dia. Foi observado a maior participação da categoria “filho/enteado/genro/nora” no auxílio aos idosos.

Em relação ao grau de dependência para o desempenho das AVDs, 77,9% dos participantes referiram independência, ou seja, realizavam todas as AVDs sem nenhuma dificuldade. Quando distribuídos por sexo, os homens apresentaram-se discretamente mais independentes quando comparados às mulheres. No entanto esta diferença não é estatisticamente significativa (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo grau de dependência no desempenho das AVDs e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Independentes	35	83,4	32	72,7
Parcialmente dependente	4	9,5	7	15,9
Totalmente dependente	3	7,1	5	11,4
Total	42	100,0	44	100,0

p=0,40

Os idosos entrevistados mostraram maior dependência na avaliação das AVDIs, sendo que 61,6% realizavam todas as AVDIs sem dificuldade, 22,1% tinham dificuldade parcial e 16,3% em todas as atividades. A distribuição por sexo nas AVDIs apresentou um nível de significância, ainda, menor do que nas AVDs (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo grau de dependência no desempenho das AVDIs e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Realiza todas as AVDIs sem dificuldade	27	64,3	26	59,1
Dificuldade parcial nas AVDIs	9	21,4	10	22,7
Dificuldade em todas AVDIs	6	14,3	8	18,2
Total	42	100,0	44	100,0

p=0,85

Dentre os entrevistados, 83,7% auto-avaliaram sua saúde entre “regular” e “boa”. A Figura 8 apresenta a distribuição das respostas na auto-avaliação de saúde.

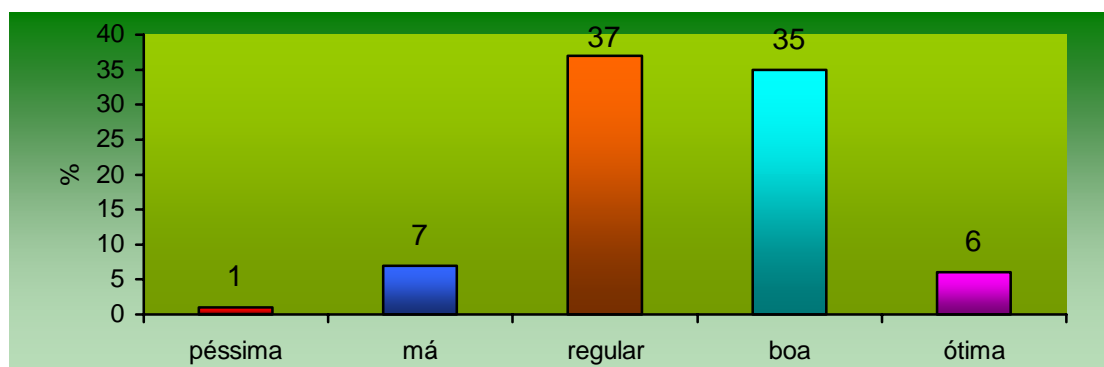


Figura 8 - Distribuição dos idosos com de 75 anos e mais de idade, segundo a auto-percepção de saúde, Jandaia do Sul – Pr, 2004.

Ainda, com relação a auto-percepção de saúde, os entrevistados compararam sua saúde com a de 12 meses atrás e com a saúde das outras pessoas da mesma idade. Estes dados são apresentados nas Tabelas 22 e 23, respectivamente.

Tabela 22 - Distribuição da auto-avaliação de saúde dos idosos com 75 anos e mais de idade, em comparação a 12 meses atrás. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	N	%
Pior	28	32,6
Igual	37	43,0
Melhor	20	23,3
Não sabe dizer	1	1,2
Total	86	100

Tabela 23 - Distribuição da auto-avaliação de saúde dos idosos com 75 anos ou mais de idade em comparação com outras pessoas da mesma idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	N	%
Pior	8	9,3
Igual	21	24,4
Melhor	51	59,3
Não sabe dizer	6	7,0
Total	86	100

A média de doenças referidas pelos entrevistados foi de 3,49 doenças por idoso, com um desvio padrão de 2,44. A Tabela 24 apresenta a distribuição da quantidade de doenças referidas por sexo. Nota-se que 76,7% dos idosos apresentaram co-morbidades. Observa-se que é estatisticamente significativa a diferença entre os sexos, em que as mulheres apresentaram número maior de doenças referidas que os homens.

Tabela 24 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o número de doenças referidas por sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nenhuma doença	8	19,0	2	4,5	10	11,6
Uma doença	8	19,0	2	4,5	10	11,6
Duas doenças	7	16,7	7	15,9	14	16,3
Três doenças	5	11,9	8	18,3	13	15,1
Mais que três doenças	14	33,4	25	56,8	39	45,3
Total	86	100	44	100	86	100

p=0,02

O relacionamento entre co-morbidades e o nível de dependência dos idosos está representado na Tabela 25. Apesar da aparente diferença entre o número de doenças e o nível de dependência, essa associação não se mostrou significativa.

Tabela 25 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o número de doenças referidas e nível de dependência. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Independente</i>		<i>Dependente parcial</i>		<i>Dependente total</i>		<i>Total</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Nenhuma doença	9	90	1	10	0	0	10
Uma doença	9	90	0	0	1	10	10
Duas doenças	10	71,4	2	14,3	2	14,3	14
Três doenças	11	84,6	2	15,4	0	0	13
Mais de três doenças	28	71,8	6	15,4	5	12,8	39

p=0,407

A proporção de doenças referidas pelos entrevistados é demonstrada na Tabela 26. A hipertensão arterial revelou-se como a mais prevalente. Entretanto, os problemas de coluna são referidos como os que mais interferem na vida dos idosos.

Tabela 26 - Distribuição da prevalência de doenças referidas pelos idosos com 75 anos e mais de idade. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Doenças referidas	Não tem		Tem, não interfere		Tem, interfere		Não sabe dizer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reumatismo	64	74,4	12	14,0	10	11,6	0	0
Artrite/artrose	58	67,4	17	19,8	11	12,8	0	0
Osteoporose	77	89,5	5	5,8	4	4,7	0	0
Asma/bronquite	80	93,0	4	4,7	2	2,3	0	0
Tuberculose	85	98,8	1	1,2	0	0	0	0
Anemia	80	93,0	4	4,7	2	2,3	0	0
Pressão alta	50	58,1	22	25,6	14	16,3	0	0
Má circulação (varizes)	56	65,1	18	20,9	12	14,0	0	0
Problema cardíaco	66	76,7	14	16,3	5	5,8	1	1,2
Diabetes	77	89,5	4	4,7	4	4,7	1	1,2
Obesidade	74	97,7	1	1,2	0	0	1	1,2
Derrame	77	89,5	5	5,8	4	4,7	0	0
Parkinson	82	95,3	0	0	4	4,7	0	0
Incontinência urinária	69	80,2	8	9,3	9	10,5	0	0
Incontinência fecal	82	95,3	2	2,3	2	2,3	0	0
Glaucoma	82	95,3	2	2,3	2	2,3	0	0
Problemas com o sono	57	66,3	14	16,3	15	17,4	0	0
Catarata	72	83,7	5	5,8	9	10,5	0	0
Prisão de ventre	72	83,7	8	9,3	5	5,8	1	1,2
Problema de coluna	54	62,8	15	17,4	16	18,6	1	1,2
Problema renal	79	97,9	3	3,5	3	3,5	1	1,2
Seqüela acidente	84	97,7	2	2,3	0	0	0	0
Tu. Malignos	84	97,7	1	1,2	1	1,2	0	0
Tu. Benignos	85	98,8	0	0	1	1,2	0	0
Outras	82	95,3	1	1,2	3	3,5	0	0

A Figura 9 apresenta a procedência da indicação dos medicamentos utilizados pelos idosos. A maioria dos entrevistados (84,9%) afirmou que todos

os medicamentos são receitados pelo médico e, apenas, 9,4% se automedicam ou seguem sugestão de outras pessoas.

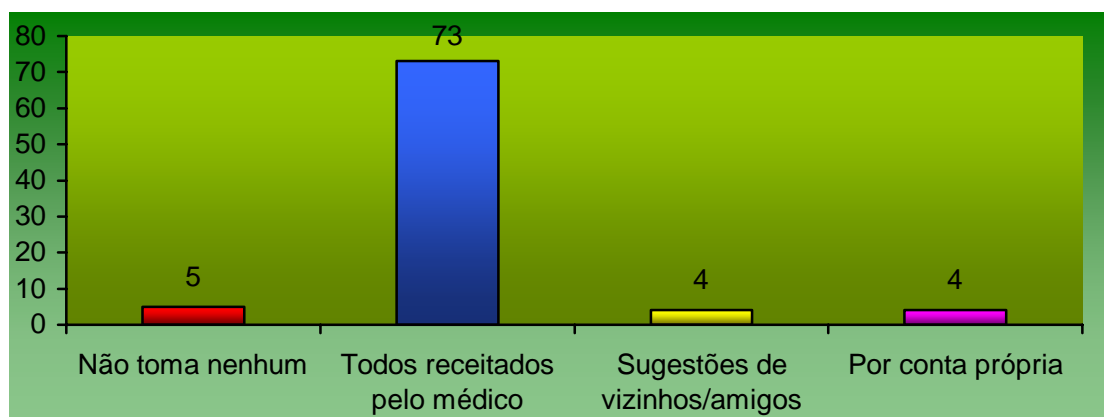


Figura 9 - Distribuição dos idosos com 75 e mais de idade, segundo a procedência da indicação dos medicamentos utilizados. Jandaia do Sul – PR, 2004.

A Figura 10 evidencia os resultados referentes a auto-avaliação da acuidade visual dos entrevistados, 79% deles avaliaram sua visão entre “regular” e “boa”. A necessidade constante do uso de óculos foi relatada em 43% dos casos e 24,4% necessitavam de uso de óculos para a visão proximal. Entretanto, apenas 37,2% referiram o uso diário dos óculos.

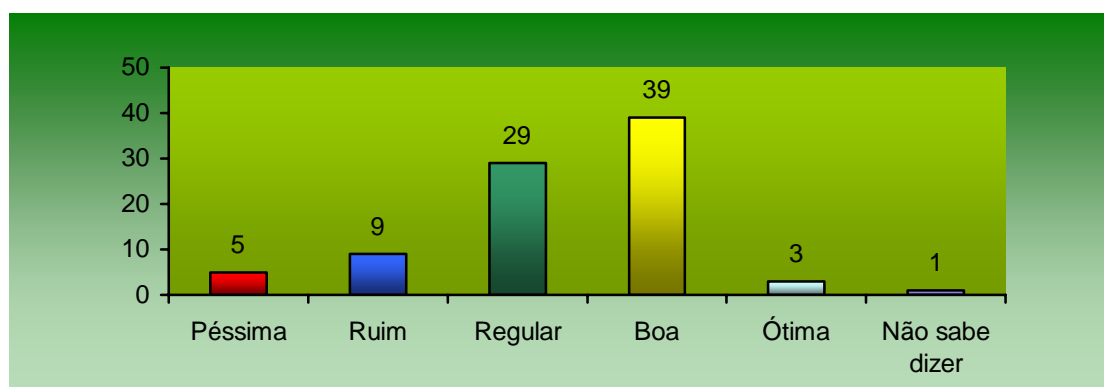


Figura 10 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo auto-avaliação da visão. Jandaia do Sul – PR, 2004.

A Tabela 27 apresenta situações em que os entrevistados referiram ter dificuldade devido aos problemas de visão, afetando negativamente no desempenho de algumas tarefas.

Tabela 27 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo interferência em realizar tarefas relacionadas à acuidade visual. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Nunca afeta</i>		<i>Raramente afeta</i>		<i>Sempre afeta</i>		<i>Não sabe dizer/ não se aplica</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Visualizar letreiro de ônibus	41	47,7	14	16,3	13	15,1	18	20,9
Visualizar semáforo	53	61,6	10	11,6	15	17,4	8	9,3
Visualizar placa de sinalização	50	58,1	14	16,3	12	14,0	10	11,7
Ver rótulo de Embalagens	38	44,2	12	14,0	23	26,7	13	15,2
Ver nota fiscal	28	32,6	10	11,6	31	36,0	17	19,8
Ler bula de remédio	27	31,4	10	11,6	32	37,2	17	19,8
Ver etiqueta de preço	32	37,2	8	9,3	30	34,9	16	18,6
Arrumar a casa	53	61,3	2	2,3	18	20,9	13	15,2
Assistir TV	57	66,3	3	3,5	19	22,1	7	8,2
Cozinhar	55	64,0	2	2,3	15	17,4	14	16,3

No que se refere a necessidade de uso de aparelho auditivo 73,3% dos idosos relataram ter necessidade e 26,7% não necessitavam. Ainda, 17,4% referiram apresentar dificuldade para conversar mediante um ruído externo, evidenciando diminuição da acuidade auditiva.

As Tabelas 28, 29 e 30 referem-se às questões de saúde bucal dos idosos. Dentre os resultados é interessante enfatizar a baixa ocorrência de indivíduos com todos os dentes preservados (apenas um caso), e 73,3% de indivíduos sem nenhum dente. Ainda, é importante relatar que 19,8% não possuem nenhum tipo de prótese dentária.

Tabela 28 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a dentição e sexo. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Todos	1	2,4	0	0	1	1,2
Nenhum	27	64,3	36	81,8	63	73,3
Somente arcada superior	1	2,4	1	2,3	2	2,3
Somente arcada inferior	7	16,7	4	9,1	11	12,8
Menos da metade	6	14,3	3	6,8	9	10,5
Total	42	100	44	100	86	100

Tabela 29 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo dificuldade para mastigar. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>n</i>	<i>%</i>
Sempre	6	7,0
Apenas alimentos duros	27	31,4
Raramente	2	2,3
Não tem	50	58,1
Não sabe dizer	1	1,2
Total	86	100

Tabela 30 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo posse de prótese dentária. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>n</i>	<i>%</i>
Não tem	17	19,8
Sim, superior	13	15,1
Sim, inferior	2	2,3
Sim, superior e inferior	54	62,8
Total	86	100

As dificuldades para falar e deglutir dos idosos entrevistados obtiveram baixa ocorrência. Dos problemas relacionados à dicção, 8,6% referiram apresentar algum tipo de problema e 14% relataram problemas na deglutição.

Os resultados relacionados ao número de quedas sofridas pelos idosos no último ano e os agravos decorrentes destas estão descritas na Figura 11 e na Tabela 31. Parte dos entrevistados (43%) sofreu algum tipo de queda nos últimos 12 meses. No entanto, a gravidade das quedas mostrou-se baixa, somente 4,6% dos idosos tiveram sua capacidade de locomoção afetada.

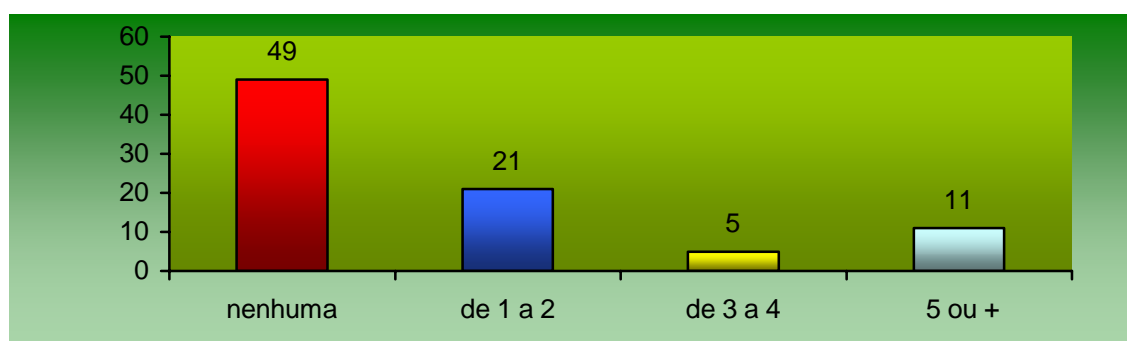


Figura 11 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Jandaia do Sul – PR, 2004.

Tabela 31 - Distribuição dos idosos com 75 e mais de idade, segundo a consequência da queda mais grave. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>n</i>	%
Sem lesão	16	43,3
Pequena lesão	15	40,5
Ferimento com ponto	3	8,1
Ferimento com ponto e fratura	1	2,7
Fratura fechada	2	5,4
Fratura exposta	0	0
Total	37	100

O último aspecto relacionado à saúde refere-se aos acessórios de locomoção utilizados pelos idosos (Tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o uso, necessidade e posse de acessórios para locomoção. Jandaia do Sul – Pr, 2004.

	<i>Não usa, não precisa</i>		<i>Não usa e precisaria usar</i>		<i>Usa às vezes, não possui</i>		<i>Usa às vezes e possui</i>		<i>Usa sempre não possui</i>		<i>Usa sempre e possui</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>	<i>n</i>	<i>%</i>
Bengala	79	91,9	1	1,2	1	1,2	2	2,3	1	1,2	2	2,3
Muleta	86	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andador	83	96,5	0	0	0	0	0	0	1	1,2	2	2,3
Cadeira de Rodas	82	95,3	0	0	0	0	0	0	1	1,2	3	3,5
Prótese	86	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

A seguir, estão relacionadas algumas características dos idosos estudados quanto ao uso e acesso aos serviços de saúde municipais e mecanismos de resolução dos problemas de saúde. A Tabela 33 apresenta os principais serviços de saúde disponíveis ao idoso no município de Jandaia do Sul, distribuídos conforme a utilização e a satisfação do entrevistado.

Tabela 33 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo o serviço de saúde e a satisfação do idoso. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Usa / está satisfeito</i>		<i>Usa / às vezes fica satisfeito</i>		<i>Usa/ nunca fica satisfeito</i>		<i>Não usa</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	Unidade Básica de Saúde	26	30,2	28	32,6	3	3,5	2
Pronto Atendimento Municipal	27	31,4	30	34,9	4	4,7	25	29,1
Hospital São José	8	9,3	12	14,0	2	2,3	64	74,5
Hosp. Nossa Senhora de Fátima	5	5,8	21	24,4	1	1,2	59	68,7
Convênios	14	16,3	20	23,3	1	1,2	51	59,4
Médico particular	12	14,0	17	19,8	0	0	57	66,4
Hospital (outro município)	2	2,3	5	5,8	0	0	79	91,9
Outro serviço	2	2,3	5	5,8	0	0	79	91,9

Quando questionados sobre o hábito de resolver os problemas de saúde diretamente na farmácia, mais de um quarto (27,9%) dos entrevistados referiu tal prática, sendo que 26,7% praticam às vezes e 1,2% sempre. Quase a totalidade dos entrevistados (98,8%) referiu ter procurado o profissional médico na última vez em que adoeceram.

A Tabela 34 apresenta a distribuição dos idosos quanto à imunização no último ano. Apenas 11,6% referiram não ter recebido nenhum tipo de vacina.

Tabela 34 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a imunização nos últimos 12 meses. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>n</i>	%
Nenhuma vacina	10	11,6
Vacina contra gripe	70	81,4
Vacina contra tétano	1	1,2
Contra gripe e tétano	3	3,5
Contra gripe, tétano e outra vacina	2	2,3
Total	86	100

Na presença de incapacidades, os filhos foram citados como a principal rede de apoio, seguidos pelo cônjuge ou companheiro(a). A Tabela 35 apresenta os resultados desta questão conforme as menções feitas pelos idosos, por ordem de importância.

Tabela 35 - Distribuição dos idosos com 75 anos e mais de idade, segundo a rede de apoio familiar e social. Jandaia do Sul – PR, 2004.

	<i>Primeira menção</i>		<i>Segunda menção</i>		<i>Terceira menção</i>		<i>Não mencionou</i>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Esposo ou companheiro	18	20,9	9	10,5	0	0	59	68,6
Filhos	58	67,4	19	22,1	1	1,2	8	9,3
Outro familiar	1	1,2	11	12,8	2	2,3	72	83,7
Amigos/ vizinhos	0	0	2	2,3	3	3,5	81	84,2
Profissional contratado	7	8,1	3	3,5			76	88,4
Associação beneficente	1	1,2	1	1,2			84	97,7
Outros	1	1,2	2	2,3	1	1,2	82	95,3

5. Discussão

5.1 Perfil da amostra

Na amostra estudada, observa-se maior quantidade de perdas nos estratos 1 e 2 em comparação com o 3 (Tabela 2, p. 52). Tal fato, possivelmente, se deve à maneira pela qual ocorreu a coleta de dados, sendo iniciada na região central da cidade em direção à periferia. Considerando que a coleta durou quatro meses e, se tratando de indivíduos com idade avançada, associando-se às condições de saúde e incapacidades, a proporção de óbitos nos estrato periférico foi maior (Tabela 3, p. 52). Destaca-se que o tempo de coleta de dados não foi condizente com o caráter transversal do estudo, resultando em perdas acima do previsto e limitações na análise de algumas variáveis.

5.2 Perfil sócio-demográfico

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 82,02 anos (Quadro 3, p. 53) não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Entretanto, quando distribuídos por faixa etária e sexo, esta amostra comportou-se diferente dos resultados encontrados em outros estudos como os de Ramos et al. (1998) e Lebrão (2003). Estes afirmam que a estrutura etária das mulheres é mais envelhecida, ou seja, que quanto mais velha a faixa de idade, maior a proporção de mulheres. Nesta pesquisa os dados brutos são compatíveis com tais estudos (Figura 2, p. 53). No entanto, a situação inverte-se quando se analisam isoladamente os idosos acima de 90 anos, revelando um predomínio dos homens

em relação às mulheres. Contudo, esta análise comparativa torna-se inadequada tendo em vista que, não há uma classificação da população acima de 90 anos nos estudos citados e, a amostra deste estudo é relativamente pequena, dificultando conclusões mais assertivas.

Da amostra de idosos velhos de Jandaia do Sul, 89,5% eram da cor branca (Tabela 4, p. 54). A região norte do Estado do Paraná, onde está inserido o município estudado, data de uma povoação historicamente recente. Durante esta colonização, o fluxo migratório dos europeus, principalmente italianos, após a segunda Guerra Mundial foi determinante da formação étnica da população que reside atualmente na região.

A busca por terras e a produtividade agrária, fez com que, no início deste processo, a maioria da população se concentrasse na zona rural, o que explica o predomínio dos idosos nascidos nesta zona (Figura 3, p. 54). Apesar da maioria dos idosos terem nascido na zona rural, a totalidade dos entrevistados residem atualmente na zona urbana. Conforme dados revelados pelo IBGE (2002), a distribuição urbana-rural da população de idosos insere-se no contexto do processo de crescente urbanização no Brasil. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais passou de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000. O grau de urbanização da população idosa acompanhou a tendência da população total, ficando em torno de 81% em 2000.

Esse processo migratório, observado no país como um todo é um dos reflexos mais marcantes do envelhecimento populacional e reflete em diversas vertentes a serem consideradas no trato à saúde desta população. Este “choque” entre estilo de vida rural e urbano e as mudanças na dinâmica familiar advindas do

processo de urbanização da velhice devem ser consideradas na atenção prestadas pelos profissionais de Saúde da Família.

O estado conjugal dos idosos distribuiu-se de forma diferente entre os sexos (Tabela 5, p. 55). A proporção de homens acima dos 75 anos que moram com esposa ou companheira é quase duas vezes e meio maior que a de mulheres na mesma condição. Em contrapartida a situação se inverte para os viúvos, sendo a proporção de mulheres viúvas maior que a de homens. Lebrão (2003), afirma que as mulheres têm uma esperança de vida maior que os homens e que esses se casam mais tardiamente e têm maiores chances de recasamento. Assim, é comum a predominância de casados entre homens e viúvas entre as mulheres. Saad (2003) conclui que o fato de estar casado serve como uma espécie de “fator protetor” contra o risco de dependência das AVDs.

Considerando que as mulheres tendem a ficar sozinhas com mais frequência, elas passam a assumir papéis de chefes de família e cuidadoras. Seu suporte informal torna-se restrito aos filhos e a alguns parentes que possam, na minoria dos casos, prestar algum tipo de ajuda. Assim, a viuvez das mulheres aliado a dependência são pontos importantes a serem considerados no suporte prestado pelas equipes de saúde da família.

Em relação ao número de filhos, a média encontrada entre os idosos deste estudo foi de 5,7 filhos, e 14% dos idosos possuem filhos adotados (Tabela 6, p. 55). Essa média, relativamente elevada de filhos, reflete os aspectos econômicos herdados da cultura rural, onde os filhos representavam força de trabalho na agricultura. É notório enfatizar a alta mortalidade entre a prole dos entrevistados,

onde 55,8% dos idosos referiram ter pelo menos um filho falecido, refletindo os padrões de alta mortalidade infantil da primeira metade do século passado.

Em relação à escolaridade encontrou-se 40% de analfabetos e 56% de indivíduos com educação elementar, restrita a menos de cinco anos de estudo (Figura 4, p. 56). Segundo o IBGE (2002), nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média da população idosa é reflexo desse acesso desigual. Ao analisar esses dados distribuídos por sexo, a situação da baixa escolaridade assume maiores proporções para as mulheres (Tabela 7, p. 56). Os valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, onde as mulheres representavam um papel mais “domiciliar”, aliado à já mencionada inacessibilidade do sistema de educação formal pela maioria dos grupos sociais da época, explicam esta desigualdade. Ramos et al. (1993); Lebrão (2003); Feliciano (2004) encontram resultados semelhantes em seus estudos.

A distribuição da escolaridade dos idosos mostrou-se diferente quando analisam-se os estratos separadamente (Tabela 8, p. 57). Os idosos da periferia apresentaram uma proporção maior de analfabetismo em comparação com as outras regiões, o que sugere ações diferenciadas para o enfrentamento do problema, em relação à região de residência.

O baixo nível de escolaridade associado a fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aparecimento da doença, considerando que esses fatores podem dificultar a conscientização das pessoas para a necessidade de

cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável, limitando a ação de fatores de risco (PERLINI, 2000).

Encontrar estratégias de solução para esses problemas requer o envolvimento de todos os profissionais da equipe, minimizando o efeito negativo da baixa escolaridade na qualidade de vida e no déficit funcional.

Quase a totalidade dos idosos (90,7%) possuía como fonte de renda a aposentadoria (Tabela 9, p. 57). Este fenômeno reflete a universalização dos benefícios da Previdência Social na última década, através da Lei Orgânica da Assistência Social. A maioria dos idosos começou a receber o benefício entre as idades de 60 a 70 anos, como já era esperado, devido as próprias características do sistema previdenciário brasileiro e a busca dos direitos dos idosos nas últimas décadas.

Os idosos que possuíam trabalho próprio como fonte de renda, representaram apenas 7% dos entrevistados. Este resultado levanta questões que dizem respeito à capacidade funcional para trabalhar, oferta de serviços e empregos para esta parcela populacional e a discriminação do idoso no mercado de trabalho, em um país capitalista e neoliberal, que direciona o investimento profissional aos mais jovens.

Com relação à profissão ou ocupação exercida pelo idoso antes de abandonar o trabalho, a maior ocorrência de respostas (39,4%) indicou a agricultura como principal ocupação (Tabela 10, p. 58). É evidente que este resultado reflete as características da região em sua evolução histórica, tratando-se de uma área exclusivamente agrícola. Em relação às mulheres 17,4% relataram atividades domésticas no próprio lar, reforçando as características

culturais da sociedade na primeira metade do século passado, em que a oferta de trabalho era reduzida e o papel social da mulher era o cuidado exclusivo da família. Vale ressaltar que apenas dois sujeitos referiram exercer atividade profissional de nível superior. Este resultado corrobora com os encontrados na variável nível de escolaridade.

Os idosos com 75 anos e mais de idade de Jandaia do Sul mostraram-se otimistas quando solicitados a auto avaliarem sua situação econômica atual, pois 88% das respostas situaram-se entre muito bom a regular (Figura 5, p. 59). Ainda, quando questionados a comparar essa situação atual com as demais pessoas da mesma idade a afirmação “melhor” e “igual” obteve 81,4% da maioria das respostas (Tabela 11, p. 59). Essa situação é o inverso da encontrada por Feliciano (2004) em um estudo realizado com idosos de um município de médio porte no Estado de São Paulo.

Com relação à moradia, 60% dos idosos referiram possuir casa própria quitada no ato da entrevista. Apenas um décimo dessa população possuía despesas com aluguel e um pouco mais de um quarto dela, reside em domicílios cedidos por outras pessoas, pagam prestações ou moram em asilo (Figura 6, p. 60). Talvez, a satisfação com a situação econômica atual relatada pelos entrevistados seja reflexo deste acesso às condições básicas de moradia e, como já foi descrito, da popularização do benefício previdenciário.

Os idosos que residem com algum membro da família ocuparam 73,3% dos casos estudados (Tabela 12, p. 60). Dentre eles, 29,1% eram casados ou viviam com companheiro(a). Os domicílios unipessoais, ou seja, que possuem um só morador, representaram 17,4% da amostra. Dados do censo demográfico de 2000

trazem resultado semelhante, 17,9% da população de idosos brasileiros vivem em domicílios unipessoais (IBGE, 2002). Tal situação reflete a independência desta parcela dos idosos e sua capacidade de exercerem o autocuidado efetivamente.

Ainda no presente estudo, 44,2% dos idosos viviam com a família, estando incluídos nesta, os filhos e outros parentes. Conforme estudo realizado por Saad (2003), os arranjos domiciliares são freqüentemente associados ao suporte do próprio idoso. Apesar de existir preferência por arranjos independentes, a co-residência dos idosos com os filhos aumenta substancialmente a probabilidade de receber ajuda no desempenho das atividades diárias.

Segundo Marques (2004), a viuvez, a presença de doença incapacitante e a escassez de recursos financeiros, levam o idoso a coabitar com indivíduos de varias gerações, levando a necessidade de rearranjos familiares devido à presença do idoso no domicílio.

Estas questões repercutem diretamente na programação das ações de saúde, principalmente das equipes de Saúde da Família, em relação ao suporte formal e informal para o cuidado do idoso dependente, considerando os arranjos domiciliares e diferenças entre homens e mulheres.

5.3 Perfil de saúde

A ocorrência do hábito de fumar entre os idosos estudados apresentou-se baixa (Tabela 13, p. 61). Porém, 40,7% dos idosos afirmaram o hábito de fumar em algum momento da vida e, dentre eles a proporção de homens foi significativamente maior do que a de mulheres (Tabela 14, p. 61).

O consumo atual de bebidas alcoólicas entre os entrevistados mostrou-se pouco significativo (Tabela 15, p. 62). A maioria das respostas positivas relacionou-se ao consumo eventual. No entanto, 37,2% dos entrevistados referiram ter consumido bebidas alcoólicas durante a vida, com média de 49,7 anos.

Apesar da maioria dos idosos deste estudo, atualmente, não praticarem esses hábitos, observa-se que uma parcela importante relatou ter sido tabagista ou etilista em algum momento da vida. Este resultado evidencia a importância das atividades preventivas e de promoção dos hábitos saudáveis de vida na população adulta. Estas medidas são imprescindíveis na prevenção de agravos futuros à saúde e na promoção do envelhecimento saudável e, devem ser priorizadas na atuação das equipes de saúde da família.

Em relação às atividades físicas, a caminhada foi indicada como a mais praticada entre os idosos com 35% de respostas positivas (Tabela 16, p. 62). Tratando-se de idosos acima de 75 anos, onde a capacidade física é limitada pelo próprio processo de envelhecimento, este resultado é otimista. A baixa frequência de respostas em outras modalidades esportivas já era esperada, tendo em vista a idade dos entrevistados, a cultura herdada do ambiente rural e as próprias limitações físicas.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, geralmente é dimensionada por meio do desempenho de algumas atividades diárias (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Neste estudo, pesquisou-se variáveis relacionadas à capacidade funcional, independência e autonomia. Quase metade (47%) dos entrevistados referiu não possuir nenhum tipo de dificuldade para

locomover-se fora de suas residências (Figura 7, p. 63). No entanto, a dificuldade visual foi referida como a que mais impossibilitava o idoso de locomover-se fora de casa, seguida da dificuldade auditiva e a irregularidade do piso (Tabela 17, p. 63).

Os resultados mostraram que 77,9% dos idosos entrevistados são independentes em relação às AVDs. É um dado relativamente alto quando comparado com resultados encontrados por Ramos et al. (1998), 33,6% e Feliciano (2004), 23,6%. Porém, assemelha-se a um estudo internacional realizado por Margolis et al. (2003) nos Emirados Árabes, que encontraram 83% de idosos independentes.

É arriscado inferir que a capacidade funcional dos idosos acima de 75 anos de Jandaia do Sul, esteja acima da média dos outros estudos nacionais. Tendo em vista que a perda amostral por óbito foi elevada, é provável que os idosos em piores condições de saúde e, conseqüentemente, com prejuízo na capacidade funcional, estejam incluídos nas perdas.

No entanto, a independência no desempenho das AVDs segundo o sexo mostrou uma distribuição semelhante aos estudos já citados (RAMOS et al., 1998; LIMA-COSTA, BARRETO; GIATTI, 2003; MARGOLIS et al., 2003; FELICIANO, 2004). As mulheres mostraram-se mais dependentes que os homens (Tabela 20, p. 66). Considerando que, a proporção de mulheres idosas em relação aos homens tende a aumentar cada vez mais, essa maior dependência das mulheres constitui-se em um aspecto importante para as equipes de saúde da família. Para Karsch (2003), a permanência de idosos incapacitados em suas casas é uma tendência atual. Nesse contexto, a mulher merece destaque devido ao seu caráter cultural de cuidadora e, nesse caso, idosa e dependente. Estratégias para

oferecer suporte a esses idosos devem ser desenvolvidas pelas equipes, considerando esses achados de dependência e feminilização.

Das 12 AVDs avaliadas, subir e descer escadas e andar perto de casa, obtiveram maior número de respostas positivas quanto a dificuldade de execução pelos idosos (Tabela 18, p. 64). Da mesma forma, essas atividades foram as que mais requeriam ajuda de outra pessoa (Tabela 19, p. 65). Esses dados corroboram com os encontrados anteriormente onde o déficit visual, auditivo e o tipo de piso, dificultam a movimentação dos idosos fora de casa. Emerge deste tema, a necessidade de adequação arquitetônica das construções urbanas para os idosos, principalmente, os mais dependentes. Tendo em vista que a proporção de idosos mais velhos e mais dependentes tende a aumentar nos próximos anos, discussões de cunho político a respeito da reestruturação dos espaços urbanos para facilitar a vida dos idosos devem ser estimuladas.

A avaliação das AVDI's traz o nível de dependência que encontra-se o idoso nas atividades relacionadas à socialização e a vida ativa dentro da comunidade. Dentre os idosos deste estudo, 61,6% mostraram-se independentes na realização dessas atividades, uma ocorrência menor que as AVDs, por tratar-se de atividades mais complexas.

Em relação ao sexo, esta independência comportou-se menos discrepante que a avaliação anterior, mas distribuindo-se de forma semelhante (Tabela 21, p. 67). Kawamoto; Yoshida; Oka (2004), encontram resultados semelhantes em um estudo realizado no Japão, onde a diferença entre os sexos mostrou-se pequena. É restrita a literatura nacional que aborda as AVDI's de forma separada nesta faixa

etária da população, o que impossibilita comparações adequadas à nossa realidade brasileira.

Dentre o nível de dificuldade, “usar o telefone” foi a tarefa com maior referências positivas, seguido do “uso de transportes coletivos” e “cortar as unhas dos pés”. As dificuldades dessas tarefas não devem ser relacionadas somente com as limitações físicas dos idosos. O rápido avanço tecnológico nas telecomunicações, com constantes mudanças nos usos de serviços telefônicos, possivelmente, estão relacionados com o nível de dificuldade atribuído pelos idosos na tarefa de usar o telefone.

É importante ressaltar, ainda, que a atividade “dirigir condução” obteve 89,5% de respostas “não sabe/não se aplica” (Tabela 18, p. 64). Esta percentagem explica-se pelo fato de que os idosos não tiveram oportunidade de aprender a dirigir, devido as condições econômicas e a própria cultura rural. Portanto, na tabulação das AVDIs representada na Tabela 21, essa atividade foi suprimida.

Outro item avaliado neste estudo foi a auto percepção de saúde. Marcelini et al. (2002), consideram que muitos estudos têm encontrado uma forte associação entre a auto-percepção de saúde e as diversas causas de mortalidade. Mostram, ainda, que esta associação tende a ser mais forte em pessoas acima de 75 anos. Dos idosos do presente estudo, 48% avaliaram a própria saúde entre “ótima” e “boa” (Figura 8, p. 67). Essa média é maior do que a encontrada por Lima-Costa; Barreto; Giatti (2003) em uma amostra representativa dos idosos brasileiros acima de 60 anos. Lebrão e Laurenti (2003) e Feliciano (2004) encontraram freqüências menores.

Somente 32% dos entrevistados referiram que sua saúde piorou nos últimos 12 meses. Outro achado otimista é referente à comparação da própria saúde com as pessoas da mesma idade, 59% consideraram “melhor” e 9,3% “pior”.

Nesse estudo, assim como em Lebrão e Laurenti (2003), a prevalência de doenças crônicas baseia-se na resposta à pergunta “*Quais dessas doenças um médico ou outro profissional de saúde disse que o Sr ou Sra tem?*” Deve-se deixar claro que, as frequências aqui apresentadas, revelaram apenas parte do problema, tendo em vista que muitos casos de doenças podem não ter sido diagnosticado, devido as deficiências dos serviços de saúde ou do caráter “silencioso” da maioria das doenças crônicas não transmissíveis.

Na amostra estudada 88,4% (Tabela 24, p. 69) referiram possuir mais que uma doença, caracterizando co-morbidade por doença crônica. A prevalência de doenças é maior nas mulheres em comparação aos homens. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Ramos et al. (1998); Lima-Costa; Barreto; Giatti (2003); Feliciano (2004), na análise relacionada ao sexo.

Rosa et al. (2003) concluíram que o número de co-morbidades é um fator fortemente associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, à dependência. Os resultados mostram que os idosos que referiram “nenhuma” ou “uma” doença crônica apresentaram-se mais independentes. Entretanto, esta associação não mostrou-se significativa neste estudo (Tabela 25, p. 69).

Dentre as doenças mais mencionadas pelos idosos entrevistados, a hipertensão arterial ocupou o primeiro lugar com 41,8% (Tabela 26, p. 70). Este achado assemelha-se aos encontrados por Lebrão e Laurenti (2003); Lima-Costa;

Barreto; Giatti (2003); Feliciano (2004); Arana Gómez (2004). Seguindo a ordem decrescente das freqüências relativas as doenças auto-referidas, 36% do idosos destacaram os problemas de coluna, 34,8% problemas de má circulação e 33,7% problemas com o sono. Feliciano (2004) encontrou uma classificação semelhante à essa.

Ao analisar os agravos por interferência na vida diária, os problemas de coluna foram os mais referidos, seguido pelos problemas com o sono e a hipertensão arterial. Este achado deve servir de alerta aos profissionais envolvidos com os idosos no sentido de considerarem em sua prática clínica os problemas que mais interferem negativamente na vida diária.

Remetendo ao exposto anteriormente, de que a saúde dos idosos é determinada pela independência e sua capacidade de desempenhar as mais variadas funções e atividades diárias independentemente e, estas estão associadas às limitações geradas por uma ou mais doenças. A detecção precoce dos agravos, aliada à medidas preventivas com enfoque na melhoria dos hábitos de vida, deve ser papel primordial das equipes de saúde da família. A ordem das doenças que mais interferem na vida dos idosos também devem ser consideradas, tendo em vista que as classificações de morbidade geralmente não levam em consideração a interferência do problema de saúde, mas sim a sua prevalência. Programas preventivos relacionados aos problemas posturais devem ser estimulados pelas equipes. A alta ocorrência de problemas relacionados ao sono reporta a necessidade de intervenções na saúde mental dos idosos, com ênfase na prevenção dos fatores estressantes e resolução das crises.

A acuidade visual dos idosos foi avaliada em três questões: uso de óculos, auto-avaliação da visão, dificuldade em executar algumas tarefas por déficit visual.

A necessidade constante do uso de óculos foi relatada por 43% dos indivíduos, 24,4 % necessitam somente para ler ou assistir televisão e 31,4% refere não ter necessidade. Dentre os idosos, apenas 30,2% usam óculos constantemente e 37% não usam. Nota-se que a proporção de idosos que necessitam usar óculos é relativamente alta (68,6%) quando comparada aos que realmente usam (54,6%).

Em relação a auto-avaliação da visão pelos idosos, quase metade da amostra (49%) considerou-a entre boa e ótima, 34% regular e 16% ruim ou péssima (Figura 10, p. 72). Conforme mostra a Tabela 27 (p. 72), as atividades mais afetadas pela diminuição da acuidade visual são aquelas relacionadas à leitura ou visualização de pequenos objetos ou caracteres.

A diminuição da acuidade visual pode acarretar inúmeros problemas a qualidade da vida do idoso. Quedas, falta de interesse em atividades recreativas e de lazer, erros na medicação diária e traços depressivos devido ao desinteresse e isolamento social podem ser exemplos típicos da proporção do problema em questão, motivando mais uma vez a necessidade de vigilância e preocupação constantes dos profissionais de saúde. Assim, as equipes de saúde da família devem estar atentas na busca e no rastreamento de indivíduos idosos com diminuição da acuidade visual por meio da triagem social das campanhas governamentais de cirurgia de cataratas e do desenvolvimento, junto ao departamento social do município, de um programa que facilite o acesso à aquisição de óculos para os idosos carentes.

Apesar de 73,3% dos entrevistados terem assumido que não precisam do auxílio de aparelho auditivo e 65,2% relatarem que não possuíam dificuldade para conversar com alguém mediante algum ruído, este é um aspecto de saúde que deve ser melhor explorado. Deve-se destacar que 46,5% desses mesmos idosos referiram dificuldade para locomover-se fora de casa devido à problemas auditivos.

A análise da dentição da amostra estudada mostrou que 98,8% dos idosos tem ausência de um ou mais dentes, sendo que 73,3% não possuem nenhum dente (Tabela 28, p. 73). Apenas 80,2% referiu possuir prótese dentária, o que resulta em 19,8% sem nenhum tipo de prótese (Tabela 30, p. 73). Ainda, 39,7% referiu ter algum tipo de dificuldade relativa à mastigação, sendo os alimentos mais duros os mais freqüentes (Tabela 29, p. 73). No estudo realizado por Feliciano (2004), número semelhante de idosos (73,3%) relataram não possuir nenhum dente.

O edentulismo nesse estudo foi mais freqüente nas mulheres. Narvai e Antunes (2003) relatam que é consenso entre os estudos que a ausência de dentes é mais freqüente nas mulheres idosas que nos homens. Steen (2002) refere que existe uma forte associação entre a deterioração da saúde bucal do idoso e a redução da capacidade funcional, da capacidade cognitiva, acuidade visual e auditiva, força muscular e mineral ósseo.

Esses resultados chamam a atenção para a necessidade de medidas odontológicas preventivas para os adultos e idosos, e ainda, a necessidade de resolução do problema relativo a falta de prótese para os idosos que necessitam e não a possuem. Tendo em vista a recente incorporação das equipes de saúde

bucal na saúde da família, este tema está sendo melhor explorado e discutido. Por iniciativa própria, as equipes de saúde bucal do município de Jandaia do Sul estão realizando o levantamento do Índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados – CPOD - em todas as faixas etárias e regiões do município. Após a análise destes dados, propõem-se que sejam implantadas estratégias de resolução dos problemas odontológicos, dentre eles a falta de próteses para os idosos mais carentes.

Apesar da baixa frequência relatada de dificuldade para deglutir, este aspecto deve ser cuidadosamente observado na prática clínica. A fragilidade e o déficit funcional dos idosos estão intimamente relacionados com os aspectos nutricionais.

A comunicação verbal é indispensável para a plena realização de algumas AVDIs. No presente estudo, os problemas relacionados à dicção apresentaram frequências pouco significativas. Entretanto, a avaliação detalhada deste aspecto deve ser incentivado, considerando que a vida do idoso na comunidade pode ser afetada por problemas relacionados à fala.

Outro problema importante investigado neste estudo, foi a queda. As quedas constituem-se em importantes eventos para os idosos, sendo que sua principal consequência, as fraturas, interfere na capacidade funcional. No presente estudo, um quarto dos idosos sofreu entre uma a duas quedas nos últimos 12 meses e 19% sofreram três ou mais (Figura 11, p. 74). Dentre elas, 83,8% resultaram em pequena ou nenhuma lesão. A ocorrência de fratura consequente da queda foi de 8,1% (Tabela 31, p. 74). No estudo realizado por Lebrão e

Laurenti (2003), a ocorrência de fraturas oriunda de quedas foi ainda menor (1,1%).

Apesar das quedas não resultarem em conseqüências graves no presente estudo, elas constituem-se em eventos preocupantes, pois podem gerar a insegurança e o medo de uma nova queda (RODRIGUES et al., 2001). As quedas podem estar relacionadas às causas já descritas como a diminuição da acuidade visual e auditiva. Assim, faz-se necessário o empenho das equipes de saúde da família na criação de um programa de prevenção de quedas no domicílio do idoso, incluindo a educação da família. Ainda, os profissionais devem estar habilitados para o atendimento aos idosos na situação de queda.

O uso de bengala obteve maior freqüência como acessório para a locomoção entre os entrevistados, seguida da cadeira de rodas e do andador (Tabela 32, p. 75). A ocorrência de uso de acessórios para a locomoção foi considerada baixa neste estudo, fato que reforça a característica de independência dos idosos.

Na avaliação pelos idosos quanto aos serviços de saúde disponíveis no município, as Unidades Básicas de Saúde obtiveram o maior número de resposta positivas (Tabela 33, p. 76). Entretanto, 32,6% dos idosos relataram que nem sempre estão satisfeitos com o atendimento nas UBS. O segundo serviço mais utilizado foi o Pronto Atendimento Municipal (PAM), com um nível de satisfação inferior as UBS.

Dentre todos os serviços disponíveis, as UBS e o PAM são os únicos que prestam serviço exclusivamente ao SUS e são gerenciados pelo próprio município. Considerando a ocorrência de insatisfação dos idosos em relação ao atendimento

nas UBSs, que são as portas de entrada do sistema municipal de saúde, principalmente, por intermédio das equipes de Saúde da Família, cabe aos gestores a investigação detalhada dessa situação, buscando a melhoria na qualidade do atendimento e na satisfação dos usuários.

De acordo com Rozenfeld (2003), o consumo de medicamentos aumenta com o avançar da idade, entretanto, as taxas de automedicação entre idosos são menores que na população em geral. Neste estudo, 84% dos idosos afirmaram fazer uso apenas de medicamentos receitados pelo médico, e 10% se automedicam ou seguem sugestões de outras pessoas (Figura 9, p. 71). Dos idosos entrevistados, quase a totalidade referiu ter procurado o profissional médico da última vez que ficara doente e 69% afirmaram não ter o hábito de resolver os problemas de saúde diretamente nos balcões das farmácias.

Observa-se pelos dados apresentados que os idosos possuem hábitos de resolução dos problemas de saúde condizentes com as normas da sociedade ocidental contemporânea. No entanto, essa informação pode ter sido influenciada pela presença do profissional enfermeiro.

Segundo informações dos próprios idosos, 87,2% receberam vacina contra influenza no último ano (Tabela 34, p. 77). Esta proporção é maior que a cobertura vacinal da última campanha de vacinação de influenza no município, que atingiu 77% da meta proposta para os idosos com 60 anos e mais. Durante as campanhas, os relatos mais freqüentes dos profissionais envolvidos referem-se ao receio dos idosos em serem imunizados. Porém, observou-se neste estudo que a adesão à campanha, pelos maiores de 75 anos, foi maior que o restante da população idosa.

Por último, os idosos foram convidados a relatar quais pessoas comporiam seu apoio informal no caso de doença ou evento incapacitante. Após a descrição da situação hipotética, foi solicitado ao entrevistado que relacionasse, em ordem de importância, os possíveis cuidadores. Nos casos em que o idoso estava impossibilitado de responder, considerou-se a resposta do familiar/cuidador.

Como pode-se observar na Tabela 35 (p. 77), os filhos receberam a maioria das afirmações, seguido pelo cônjuge ou companheir(a). Este achado corrobora com os resultados obtidos na Tabela 19, onde os filhos aparecem em primeiro lugar na ajuda para execução das AVD e AVDI.

Tanto em relação às pessoas que oferecem suporte aos idosos na realização das atividades diárias, quanto nas menções sobre a rede de apoio, a família merece destaque. No estudo realizado por Saad (2003) em São Paulo, os membros do domicílio, em geral, são os que prestam cuidados com maior frequência ao idoso. Em segundo lugar, encontram-se os filhos que moram fora do domicílio do idoso, sendo que a ajuda prestada por outros parentes ou não parentes mostrou-se menos frequente.

Marques (2004) considera que a família possui um importante papel no que se refere ao suporte social e econômico do idoso. No entanto, não existe, ainda, um sistema formal eficiente de amparo à saúde do idoso e o bem estar da família.

A ESF pode ser considerada como uma alternativa na resolução da ausência de suporte formal para o idoso e família. Educar a família quanto a correta execução do cuidado, ensiná-la a adotar medidas preventivas de incapacidade e doenças são atividades que devem ser exercidas pelos profissionais das equipes, preferencialmente, pelo enfermeiro.

Porém, aliado às ações de educação, faz-se necessário oferecer apoio moral e psicológico, valorizando o papel da família como cuidadora. É um ato de reconhecimento da importância da mesma junto ao sistema de saúde. Esta atitude da equipe de Saúde da Família contribui para a elevação da auto-estima da família e conseqüente melhoria nas relações intra-familiares e família-equipe.

Ainda, cabe aos profissionais das equipes, coordenadores de todas as esferas e gestores de saúde envolvidos nas equipes da ESF, a implementação de estratégias de educação permanente com ênfase na geriatria e gerontologia para que os profissionais de saúde possam analisar e compreender a situação da população idosa.

As equipes de saúde da família devem considerar estas informações ao planejarem propostas de atuação junto aos idosos e família, no intuito de formar uma rede de apoio formal coesa e voltada para a manutenção da capacidade funcional e para o envelhecimento saudável.

6. Conclusões

Considerar o envelhecimento em suas múltiplas interfaces com a sociedade é uma tarefa difícil, porém deve ser alvo urgente de pesquisas necessárias para o desenvolvimento de políticas públicas. Incontestavelmente, a proporção de idosos está aumentando em todo mundo e, ao mesmo tempo, as faixas etárias mais jovens tendem a diminuir, situação que pode gerar um colapso no sistema previdenciário, na saúde e na economia. Esse “colapso” tende a ser mais drástico nos países ainda em desenvolvimento, pelas próprias características deste processo. Nesse ponto, entender como a população idosa se comporta, quais suas características e quais os seus anseios, deve ser uma meta atual e perseverante dos profissionais de saúde e da sociedade.

Ao estudar os idosos mais velhos do município de Jandaia do Sul, nota-se algumas peculiaridades e singularidades, quer seja, pelo tamanho da amostra ou pelas próprias características da população.

O perfil aqui delineado desses idosos é característico da amostra estudada. Portanto, generalizações mais abrangentes, mesmo dentro da mesma população, devem ser evitadas, prevenindo possíveis conclusões equivocadas.

Os resultados encontrados possibilitaram as seguintes conclusões:

- A maioria dos idosos é composta por mulheres, porém a parcela mais envelhecida em idade é constituída por homens. São de cor branca e, apesar de terem sua origem no campo, atualmente vivem na zona urbana. Possuem uma média alta de filhos.
- A baixa escolaridade é mais evidente nas mulheres e na periferia. A fonte de renda é, quase que exclusivamente, a aposentadoria, salvo alguns casos. Das atividades ocupacionais, as mais exercidas

durante a fase “produtiva” de suas vidas estão relacionadas à agricultura. Entre as mulheres, o cuidar da casa foi a mais freqüente.

- A maioria está satisfeita com sua situação econômica, e não a consideram pior que a das outras pessoas da mesma idade. Pouco mais da metade possui casa própria. Um quinto mora sozinho e a maioria reside com um familiar.
- Quase a metade tem história relacionada ao tabagismo e, com menor freqüência, ao consumo de bebidas alcoólicas. Poucos praticam atividades físicas, sendo a caminhada a mais freqüente.
- As mulheres são mais dependentes que os homens. Dentre as tarefas do dia a dia, subir e descer escadas, andar perto de casa, usar o telefone e cortar as unhas dos pés são as atividades mais difíceis de serem executadas. A dependência na execução das AIVDs foi maior que para as AVDs.
- Avaliam sua saúde de regular a ótima e consideram-se melhores de saúde que as pessoas da mesma idade. Quase a totalidade é portadora de uma ou mais doenças, sendo as co-morbidades maiores nas mulheres. A hipertensão arterial foi a doença mais referida e os problemas de coluna os que mais interferem no cotidiano.
- A maioria usa medicamentos receitados pelo médico, referem problemas de visão e necessidade de óculos. Metade avalia a visão positivamente e a outra metade negativamente.

- São desdentados, e grande parte não possui prótese dentária.
- Sofreram quedas, porém as complicações foram leves.
- Usam, em sua maioria, os serviços públicos municipais de saúde, porém, referem que nem sempre estão satisfeitos.
- Para resolução dos problemas de saúde procuram, em primeiro lugar, o profissional médico, evitando condutas alternativas. Aderem aos programas de imunização para idosos.
- Referem como principal rede de apoio informal os filhos e os cônjuges ou companheiros(as).

A ESF, por intermédio das equipes de Saúde da Família, de Jandaia do Sul, podem com base no perfil dos idosos com 75 anos ou mais de idade apresentado neste estudo, traçar estratégias de ações para o atendimento ao idoso de sua área de abrangência, e para a instrumentalização e apoio à família cuidadora domiciliar, visto que a mesma é a grande responsável pelo cuidado direto e diário destes idosos na comunidade.

7. Referências

ANDRADE, O. G. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 123-132, jul. 1997.

ARANA GÓMEZ, B. **Condição de saúde e apoio aos idosos em um município do Estado do México**. Ribeirão Preto. 2004. 145 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (resolução 196/96). **Diário oficial da União**, Brasília, 16/10/1996, p. 21082-21085.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 35 p.

BRASIL. Secretaria de Assistência Social. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. 36 p.

BRASIL. Secretaria de Assistência Social. **Política nacional do idoso**. Brasília, 1996. 33 p.

BUCHNER, D. M. ; WAGNER, E. H. Preventing frail health. **Clin. Geriatr. Med.**, n. 8, p. 1-17, 1992.

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

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V; PY, L.; NERY, A. L.; CANÇADO; F. A. X. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 6, p. 52-61.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas dos século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHIN A PAW, M. J.; DEKKER, J. M.; FESKEUS, E. J.; SCHOTEN, E. G.; KROMHOUT, D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 52, n. 11, p. 1015-1021, 1999.

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

FELICIANO, A. B. **A situação do idoso de baixa renda na região da Cidade Aracy – São Carlos, SP**: um estudo epidemiológico. Ribeirão Preto. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. 86 p.

GORDILHO, A.; SERGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPÍNDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 59 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. Estudos e pesquisas informação demográfica e econômica, número 9.** Rio de Janeiro, 2002. 97 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2000.** Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20/08/2004.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatr. Gerontol. Int.**, n. 4, p. 105-110, 2004.

LEBRÃO , M. L. O projeto Sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo:** uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. p. 33-43.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. L. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo:** uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. p. 73-91.

LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

MARCELINI, F.; LEONARDI, F.; MARCUCCI, A.; FREDDI, A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, p. 181-189, 2002. Suppl. 8.

MARGOLIS, S. A.; CARTER, T.; DUNN, E. V.; REED, R. L. The health status of community based elderly in the United Arab Emirates. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, n. 37, p. 1-12, 2003.

MARQUES, S. **O idoso após acidente vascular cerebral: conseqüências para a família.** Ribeirão Preto. 2004. 165 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS, 2003. p. 119-139.

OMRAN, A. R. **The epidemiologic transition in the Americas.** Maryland: PAHO, 1996. 186 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002.** Tradução Arlete Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 86 p.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Perfil dos municípios. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/Perfil_Municipios/index.htm. Acesso em: 02/02/2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 596 p.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio:** o fazer do cuidador familiar. São Paulo. 2000. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PICKERING, G. Frail elderly, nutritional status and drugs. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, n. 38, p. 174-180, 2004.

PONZETTO, M.; MAERO, B.; MAINA, O.; D'AGOSTINHO, E.; SCARAFIOTTI, C.; SPEME, S.; ZANOCCHI, M.; FABRIS, F. Risk factors in the elderly. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, p. 283-290, 2002. Suppl. 8.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil:** assessment of health status and social support of elderly people from different socio-economic strata living in the community. London. 1987. 325 f. Thesis (Doctor) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil; uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

RAMOS, L. R.; TONIOLO, J.; CENDOROGLIO, M. S.; GARCIA, J. T.; NAJAS, M. S.; PERRACINI, M. et al. Two-year follow-up of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z.M. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 7, p. 64-71.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; FABRICIO, S. C. C.; MARQUES, S. et al. Quedas com idosos na comunidade: estudo retrospectivo. **O mundo da Saúde**, v. 25, n. 4, p. 420-424, 2001.

RODRIGUES, R.A.P.; ANDRADE, O. G.; MENDES, M. M. R. Estratégias para o cuidado domiciliar de idosos com doença de Alzheimer. **Gerontologia** n.2, v.3, p. 73-80, 1995.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1. p. 40-48, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5^a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.717-724, 2003.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-47, mai.-jun., 2003.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconquistando sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.53, n. especial, p. 7-16, 2000.

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 7-16, 2000.

STEEN, B. The elderly yesterday, today and tomorrow: aspects on cohort from the gerontological and geriatric studies in Göteborg, Sweden. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, p. 359-370, 2002. Suppl. 8.

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

Apêndices

Apêndice A
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Tentativas de entrevista: 1ª data: _____ - 2ª data: _____ - 3ª data: _____

Situação:

(1)-realizada (2)-óbito (3)-recusa (4) não encontrado (5) mudança

Nº questionário

Entrevistador: _____

Iniciais do paciente: _____

Entrevistado: Idoso (1) Cuidador (2) Ambos (3)

Endereço: _____ Tel: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEÇÃO A – IDENTIFICAÇÃO

A.1) SEXO.....

1- Masculino 2- Feminino

A.2) COR DA PELE (observar a cor que predomina na aparência)

1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Preto

5- Indígena 6-não sabe (ns)

A.3) LOCAL DE NASCIMENTO

1- Urb 2- Rural 3- ns

A.4) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ MORANDO NA CIDADE OU REGIÃO DE JANDAIA DO SUL?

(em anos completos).....

A.5) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?

1- Nunca se casou ou morou c/ companh.

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3 -Sep.(a), desquitado(a) ou divorc(a)

4 -Viúvo(a) 5- ns

A.8) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ NO ESTADO ATUAL? -88-ns.....

A.10) QUANTOS FILHOS PRÓPRIOS TEVE? 88-ns.....

A.11) TEVE ALGUM ADOTADO? 88-ns.....

A.12) TEVE ALGUM FALECIDO? 88-ns.....

SEÇÃO B - PERFIL SOCIAL DO IDOSO

B.1 ESCOLARIDADE (em anos):

1- Analfabeto; 2- Sabe ler/escrever informal; 3- 1 a 4;
4- 5 a 8; 5- 9 a 12; 6- 13 ou mais; 7- ns

B.2 QUAL(IS) DESSAS RENDAS O SR(A) TEM? 0- não tem 1- tem 2- ns

B.2a) Aposentadoria.....

C.2b) Pensão.....

C.2c) Aluguel

C.2d) Trabalho próprio.....

C.2e) Doações (família, amigos, instituições)

C.2f) Outras

C.4) PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA ANTERIORMENTE: _____

C.5) HÁ QUANTO TEMPO RECEBE O BENEFÍCIO (mais antigo) DE APOSENT, PENSÃO OU RENDA

MENSAL VITALÍCIA?.....

(em anos completos, caso não se lembra, anos aproximado) -888-ns -999-nsa

C.6) IDADE QUE SE APOSENTOU?.....

(em anos completos, caso não se lembra, anos aproximado) -888-ns -999-nsa

C.8) NO SEU ENTENDER DE ACORDO C/ SUA SITUAÇÃO ECONÔMICA ATUAL, DE QUE FORMA O(A) SR(A)

AVALIA SUAS NECESSIDADES BÁSICAS (ALIMENTAÇÃO, MORADIA, SAÚDE, ETC).....

1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim
5- Péssima 6- Ns

C.9) EM GERAL, EM COMPARAÇÃO C/ A SITUAÇÃO ECONÔMICA DE OUTRAS PESSOAS DE SUA IDADE, DIRIA

QUE A SUA SITUAÇÃO ECONÔMICA É:

1- Melhor 2- Igual 3- Pior 4- Ns

C.12) A CASA ONDE MORA É:

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação
3- Paga aluguel 4- Cedida - sem aluguel
5- Asilo 6- Casa de repouso
7- Outro tipo 8- ns

C.13) COM QUEM O SR(A) MORA:.....

1- sozinho 2- esposo 3- família 4- acompanhante particular 5- outra pessoa 6- asilados

C.14) COMPARTILHA SEU ESPAÇO DE DORMIR COM OUTRA PESSOA NO MESMO

QUARTO?

0- Não 1- Esposo 2- Um familiar
3- Dois ou mais familiares 4- amigo
5- particular/contratado 6- asilado

D - ESTILO DE VIDA

D.1) O SR (A) FUMA?.....

1- Sim 2- Não 3-ns

D.1a) Se fuma, há quanto tempo, em anos? -888-ns.....

(menos de 1 ano considere 01 ano, caso não se lembra, anos aproximado)

D.1b) Quantos cigarros fuma por dia? 88-ns (1 maço=20 cigarros).....

D.1c) Se não fuma, já fumou alguma vez?.....

1- Sim 2- Não 3-ns

D.1d) Se fumou, por quanto tempo, em anos? -888-ns.....

D.1e) Quantos cigarros fumou por dia? -888-ns.....

D.1f) Alguém na sua residência / trabalho fuma?.....

1- Sim 2- Não 3-ns

Para as questões :D.2a a D.2f

D.2) COM QUE FREQUÊNCIA SR(A) COSTUMA BEBER?

0- não bebe 1- eventualmente / raramente

2- até 3 vezes por semana (fins de semana)

3- 4 a 7 vezes por semana (diariamente ou quase)

4-ns

D.2a) Cerveja.....

D.2b) Vinho.....

D.2c) Licores.....

D.2d) Vermutes.....

D.2e) Destilad. (Pinga/whisky/cognac).....

D.2f) Outro tipo de bebida _____

D.2g) Se Bebe, Quanto Tempo Em Anos? 88-ns.....

D.2h) Se Não Bebe, Já Bebeu Alguma Vez Na Vida?....

1- Sim 2- Não 3-ns

D.2i) Se Sim, Quanto tempo bebeu, em Anos? -888-ns..

Para as questões D.3a a D.3i:

D.3) COM QUE FREQUÊNCIA COSTUMA PRATICAR ESSAS ATIVIDADES FÍSICAS?

0- não pratica 1- eventualmente (sem constância)

2- até 2 vezes / nos fins de semana

3- 3 a 4 vezes por semana

4- 5 a 7 vezes por semana (diariamente ou quase)

5-ns

- D.3a) Dança.....
- D.3b) futebol
- D.3c) Natação.....
- D.3d) Tênis.....
- D.3e) Basq/vôlei.....
- D.3f) Caminhadas.....
- D.3g) Bocha.....
- D.3h) Bicicleta
- D.3i) Outra _____.....

E - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Para as questões E.1 a E.2g :

1- não tem 2- pouca 3- muita 4- não se aplica 5-ns

- E.1)TEM DIFICULDADES PARA SE LOCOMOVER FORA DE CASA?.....
- E.2) TEM ALGUMA DESTAS DIFICULDADES.
- E.2a) Visual.....
- E.2b) Locom. (tipo de piso).....
- E.2c) Orientação
- E.2d) Veloc. (andar lento).....
- E.2e) Auditiva
- E.2f) Aglom. de pessoas
- E.2g) Outros _____.....

AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA A DIA

Estamos interessados em saber se consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda (citar, quem), ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma

Para as questões E.3a a E.3w e E.3aA a E.3wA :

- 0- S/ dificuldade 1- C/ pouca dificuldade
- 2- C/ muita dificuldade 3- Só com ajuda
- 4- Não consegue 5-ns/nsa

Código de quem ajuda (A)

- 0- sem ajuda. 1- pai/mãe/tio 2-conjuge
- 3- irmão/primo/cunhado 4-filho/enteado/genro/hora
- 5-neto/bisneto 6- amigo/conhecido/vizinho
- 7-acompanhante 8-outro

- E.3a) comer **A**

- E.3b) tomar banho
- E.3c) vestir-se.....
- E.3d) pentear cabelo.....
- E.3e) deitar / levantar da cama
- E.3f) ir ao banheiro em tempo
- E.3g) controle urinário
- E.3h) controle intestinal
- E.3i) andar no plano
- E.3j) subir e descer escadas
- E.3k) transporte cadeira p/ cama e vice versa.....
- E.3l) andar perto de casa.....
- E.3m) medicar-se na hora
- E.3n) fazer compras diversas
- E.3o) preparar refeições
- E.3p) cortar unhas dos pés
- E.3q) dirigir condução
- E.3r) uso de transporte (taxi / ônibus)
- E.3s) fazer limpeza de casa
- E.3t) administrar finanças
- E.3u) dificuldade para sair de casa
- E.3v) uso de telefone
- E.3w) tarefas domésticas

F - SAÚDE

F.1) EM GERAL O(A) SR(A) DIRIA QUE SUA SAÚDE É:.....
 1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 6-ns

F.2) COMPARANDO SUA SAÚDE DE HOJE COM A DE 12 MESES ATRÁS, O (A) SR (A) DIRIA QUE SUA
 SAÚDE ESTÁ:
 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 4-ns

F.3) EM COMPARAÇÃO COM A SAÚDE DE OUTRAS PESSOAS DA SUA IDADE, O(A) SR(A) DIRIA

QUE SUA SAÚDE É:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 4-ns

Para as questões F.4a a F.4y:

F.4) O(A) SR(A) NO MOMENTO TEM ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE E QUE PODE OU NÃO INTERFERIR NAS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?

0- Não 1- Tem, não interfere 2- Tem, interfere 3-ns

F.4a) Reumatismo.....

F.4b) Artrite/artrose.....

F.4c) Osteoporose

F.4d) Asma/bronquite.....

F.4e) Tuberculose.....

F.4f) Anemia

F.4g) Pressão alta

F.4h) Má circulação (varizes)

F.4i) Problema cardíaco

F.4j) Diabetes

F.4k) Obesidade

F.4l) Derrame

F.4m) Parkinson

F.4n) Incont. urinária.....

F.4o) Incont. fecal

F.4p) Glaucoma.....

F.4q) Probl. p/ dormir

F.4r) Catarata.....

F.4s) Prisão ventre

F.4t) Probl. de coluna.....

F.4u) Probl. renal

F.4v) Sequela acid./traum.

F.4w) Tu. malignos

F.4x) Tu. benigno.....

F.4y) Outras (gripe, diarreia, dor)

Especifique :

F.5) DOS MEDICAMENTOS QUE O (A) SR(A) TOMA:.....

- 0- não toma nenhum
- 1- Todos são receitados pelo médico
- 2- Alguns são sugestões de vizinhos/amigos
- 3- Todos são sugestões de vizinhos/amigos
- 4- Por conta própria
- 5-ns

F.6) NO MOMENTO TEM PROBLEMA DE BRAÇO (MÃOS) P/MANUSEIO DAS AVDS?.....

- 0- Não 1- Tem, pouco 2- Tem, muito 3-ns

Para as questões F.7a a F.7e :

F.7) O(A) SR (A), NO MOMENTO TEM ALGUNS DESTES PROB. PARA LOCOMOÇÃO?

- 0- Não tem 1- Tem e não faz terapia
- 2- Tem, faz terapia 3-ns 4-nsa

F.7a) Dificuldades de movimentação de pé.....

F.7b) Dif. de movimentação de pernas.....

F.7c) Paralisia de membros.....

F.7d) Ausência (de parte) de membros.....

F.7e) Problemas c/ os pés inibindo sua mobilidade (joanetes, calos, unhas encravadas).....

F.8) PRECISA USAR ÓCULOS?

- 1- Sempre 2- Somente para ler/TV
- 3- Somente para longe 4- Não 5-ns

F.9) O(A) SR(A) USA ÓCULOS?.....

- 1-não 2-sim, às vezes 3-usa sempre 4-ns
- 5-nsa

F.10) SE NÃO USA E PRECISA, POR QUE NÃO USA?.....

- 0- não se aplica 2- o óculos não está de acordo
- 1- porque não tem 3- esquece de usar 4-ns

F.11) COMO DIRIA QUE ESTÁ SUA VISÃO NO MOMENTO? (C/ OS ÓCULOS, SE FOR O CASO)?.....

- 1- Péssima 2- Ruim 3 Regular 4- Boa 5- Ótima 6-ns

Para as questões F.12a a F12j:

1- Nunca 2- Raramente 3- Sempre 4-ns 5-nsa

F.12) COM QUE FREQ. OS SEUS PROBLEMAS DE VISÃO LHE DIFICULTAM REALIZAR AS SEGUINTE TAREFAS

F.12a) Ler letreiros de ônibus.....

F.12b) Semáforo.....

F.12c) Placa de sinalização.....

F.12d) Embalagens.....

F.12e) Nota fiscal (compras).....

F.12f) Bula de remédio.....

F.12g) Etiqueta c/ preço em supermercado.....

F.12h) Arrumar a casa

F.12i) Assistir TV.....

F.12j) Cozinhar.....

F.13) Com RELAÇÃO À AUDIÇÃO, TEM APARELHO DE AUDIÇÃO ? E USA ?.....

0- Não precisa 1- Não tem, precisa

2- Tem, quebrado 3- Tem, não usa

4- Tem, usa às vezes 5- Tem, usa sempre

6-ns

F.14) TEM DIFICULDADE P/ CONVERSAR COM UMA SÓ PESSOA QUANDO TEM ALGUM RUIÍDO NO AMBIENTE, COMO POR EXEMPLO UMA TV LIGADA?

1- Sempre 2- Às vezes 3- Não tem 4-ns

F.15) POSSUI OS DENTES?.....

1- Todos 2- Nenhum 3- Sim, só em cima

4- Sim, só em baixo 5- Sim alguns, menos da metade

6-ns

F.16) TEM DIFICULDADES P/ MASTIGAR?.....

1- Sempre para qualquer tipo de alimento

2- Apenas para alimentos duros

3- Dificilmente/ raramente 4- Não tem 5-ns

F.17) TEM PRÓTESE DENTÁRIA (DENTADURA, PONTE, ETC)?

1- não tem 2- ausência de dentes

3- sim, em cima 4- sim, em baixo

5- sim, em cima e em baixo 6-ns

F.18) TEM DIFICULDADES PARA ENGOLIR (ENGASGA C/ FREQ.)?

1- Nunca 2- Às vezes 3- Sempre 4-ns

F.19) SENTE DIFICULDADE P/ FALAR?

1- Nunca 2- Às vezes 3- Sempre 4-ns

F.20) QUANTAS QUEDAS SOFREU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1- Nenhuma; 2- de 1 a 2; 3- de 3 a 4;
4- 5 ou mais; 5-ns

F.21) SE HOUVE QUEDA, QUAIS AS CONSEQÜÊNCIAS DA MAIS GRAVE?.....

0- nsa 1- Sem machucado
2- Pequeno machucado 3- Ferimento com ponto
4- Ferimento c/ ponto e fratura fechada
5- Fratura fechada 6- Fratura exposta 7-ns

Para as questões de F.22a a F.22g.

F.22) CITE OS LOCAIS DE FRATURA.:

0- Não se aplica 1- Local citado 2- Não citado 3-ns

F.22a) MMSS.....

F.22b) MMII.....

F.22c) Cabeça.....

F.22d) Face

F.22e) Costela(S).....

F.22f) Bacia.....

F.22g) Coluna

F.23) ALGUMA DELAS AFETOU SUA CAPACIDADE DE LOCOMOÇÃO ?.....

0- Não se aplica 1- Não 2- Sim, temporariamente
3- Sim, afetou de forma definitiva 4-ns

Para as questões de F.23a a F.23e:

0- não usa- não precisa 1- não usa- precisaria usar
2- usa às vezes, não possui 3- usa às vezes, possui
4- usa sempre, não possui 5- usa sempre, possui
6-ns

F.24) O(A) SR(A) UTILIZA:

F.24a) Bengala.....

F.24b) Muleta.....

F.24c) Andador.....

F.24d) Cad. de Rodas.....

F.24e) Prótese.....

G - USO E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Para as questões de G.1a a G.1h :

1- usa e está satisfeito 2- usa, as vezes fica satisfeito 3- usa, nunca fica satisfeito 4- não usa 5- ns

G.1) QUAIS DESSES SERVIÇOS DE SAÚDE O SR(A) USA, AINDA QUE EVENTUALMENTE

- G.1a) UB Saúde.....
- G.1b) PAM.....
- G.1c) Hospital São José
- G.1d) Hospital N S Fátima.....
- G.1e) Convenios
- G.1f) Méd.Particular
- G.1g) Hosp. particular (outro).....
- G.1h) Outros

G.2) UTILIZA HOMEOPATIA (FITOTERAPIA)?.....

1- não 2- sim, às vezes 3- sim, sempre 4-ns

G.3) TEM HÁBITO DE RESOLVER PROBLEMA DE SAÚDE NA FARMÁCIA?.....

1- não 2- Sim, às vezes 3- sim, sempre 4-ns

G.4) NA ÚLTIMA VEZ QUE O (A) SR(A) FICOU DOENTE A QUEM RECORREU?....

1- Médico 2- Homeopatia 3- Farmacêutico
4- Naturalista (ervas, chás, etc) 5- Enfermeiro 6- Outros (especifique _____)
7 - Ninguém 8-ns

G.5) QUANTO TEMPO ESPEROU ENTRE A SOLITAÇÃO DA CONSULTA

E O ATENDIMENTO?.....

1- Dias 2- Meses 3-Não sabe 4-nsa

G.6) DEPOIS QUE O SR(A) CHEGOU A UM SERVIÇO DE SAÚDE.

QUANTO TEMPO ESPEROU PARA SER ATENDIDO:.....

1- Minutos 2- Horas 3-Não sabe 4-nsa

G.7) PODERIA ME DIZER SE NOS ÚLTIMOS 12 MESES DE

ATENDIMENTO MÉDICO RECEBEU VACINA CONTRA :.....

0- nenhuma

1-Gripe 2- Tétano 3- Gripe/Tétano 4- Gripe/Outra

5- Tétano/Outra 6- Gripe/Tétano/Outra

7- Outra: _____

8- Tomou mas não lembra 9-ns

I- REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Para as questões de I1a a I1h :

0- Não mencionou 1- Primeira menção

2- Segunda menção 3- Terceira Menção 4-ns

I1) NO CASO DE FICAR DOENTE OU INCAPACITADO(A) QUEM CUIDARIA DO(A) SR(A)?
(assinale até 3 respostas na ordem em que forem dadas)?

- I1a) Ninguém
- I1b) Esposo ou companheiro
- I1c) Filho(a)
- I1d) Outros familiares.....
- I1e) Amigos ou vizinhos
- I1f) Prof. contratado (aux. enf., etc)
- I1g) Associações beneficentes.....
- I1h) Outros : _____

Anexos

Anexo A



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

Ribeirão Preto, 09 de janeiro de 2004.

Sr. Valmir Inácio de Oliveira,
Secretário de Saúde de Jandaia do Sul, Paraná

Prezado Senhor,

Estamos realizando uma pesquisa como dissertação de mestrado junto a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, com pessoas idosas, 75 anos ou mais de idade residentes na zona urbana deste município sobre a cobertura do Programa de Saúde da Família e, que aceitem participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O objetivo do estudo é avaliar um grupo de idosos velhos (acima de 75 anos), quanto à: características sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda; e de saúde: capacidade funcional, capacidade cognitiva, doenças referidas, uso de medicação, acesso a serviços de saúde e rede de apoio social. Trata-se de um estudo descritivo onde será utilizado um questionário estruturado.

Para tanto, solicitamos autorização para realizar da Secretaria de Saúde de Jandaia do Sul para coleta de dados junto aos idosos residentes em área de abrangência do Programa de Saúde da Família do referido município.

Na expectativa de autorização do Senhor Secretário,
Atenciosamente,

Adriano Luiz da Costa Farinasso
Coordenador do PSF - Jandaia do Sul
Mestrando do Programa de Enfermagem
Fundamental EERP - USP

Profª Drª Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
Chefe do Departamento de Enfermagem Geral
e Especializada da EERP - USP
Orientadora da Pesquisa

Ciente
Valmir Inácio de Oliveira
DIRETOR DEPT. DE SAÚDE
E BEM-ESTAR SOCIAL
19
02
04

Anexo B




Fundação Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

REGISTRO Nº 034/2004

PARECER Nº 056/2004

Pesquisador(a) Responsável: ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES	
Centro/Departamento: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP	
Título do projeto: Perfil dos idosos em uma área de abrangência do Programa de Saúde da Família	
Considerações: Trata-se de um projeto para dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que tem como objetivo: avaliar um grupo de idosos velhos (acima de 75 anos) quanto às características sócio-demográficas e de saúde. Os sujeitos de pesquisa serão representados por idosos residentes em área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Jandaia do Sul – PR. Para alcançar os objetivos propostos, o pesquisador lançará mão de um estudo do tipo descritivo quantitativo, utilizando como instrumento de pesquisa, um questionário estruturado composto por 9 itens, o qual será contemplado no projeto e seu conteúdo está de acordo com a Resolução nº 196/96-CNS/MS. Este questionário será aplicado pelo próprio pesquisador e enfermeiros que compõem as equipes de PSF da zona urbana do referido município. O cronograma de execução é compatível com os objetivos propostos e os custos da pesquisa serão financiados pelo pesquisador. O <i>curriculum vitae</i> do pesquisador comprova sua experiência e capacitação para desenvolver o projeto em questão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido conforme as recomendações da Resolução supra citada, com exceção da não apresentação de um local para assinatura do responsável pela pesquisa. Considerando o exposto acima, somos de parecer favorável à aprovação do projeto com a recomendação de que seja acrescentado no TCLE um local par assinatura do responsável pela pesquisa.	
Situação: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 12/03/2004	
Relatório Final para Comitê: () Não (X) Sim Data: 31/12/2004	
O projeto foi analisado de acordo com a Resolução nº 196/96-CNS/MS e complementares na 77ª reunião do COPEP de 12/03/2004.	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP