

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIENCIAS EXATAS E DA TERRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA

Kalline Fabiana Silveira

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS POR
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM NATAL-RN: UMA ANÁLISE
DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA**

Natal/RN

2013

Kalline Fabiana Silveira

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS POR
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM NATAL-RN: UMA ANÁLISE
DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Demografia da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para a obtenção do título de
Mestre em Demografia.

Orientador: Profa. Dra. Maria Célia de
Carvalho Formiga

Natal/RN

2013

UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede
Catalogação da Publicação na Fonte

Silveira, Kalline Fabiana.

Avaliação multidimensional de pessoas idosas atendidas por equipes de saúde da família em Natal-RN: uma análise demográfica e epidemiológica / Kalline Fabiana Silveira. – Natal, RN, 2013.

96 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Carvalho Formiga.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Exatas e da Terra. Programa de Pós-Graduação em Demografia.

1. Demografia – Envelhecimento da população - Dissertação. 2. Atividade da vida diária (AVD) - Dissertação. 3. Escala de Lawton - Dissertação. 4. Regressão logística – Dissertação. 5. Gênero – Dissertação. 6. Feminilização da velhice – Dissertação. I. Formiga, Maria Célia de Carvalho. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 314-053.9

Kalline Fabiana Silveira

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS POR
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM NATAL-RN: UMA ANÁLISE
DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Carvalho Formiga

Profª Dra. Maria Célia de Carvalho Formiga
Orientadora
Departamento de Demografia e Ciências Atuariais /CCET/UFRN

Profª Dra. Nilma Dias Leão Costa
Co-Orientadora
Departamento de Saúde Coletiva/CCS/UFRN

Prof Dr. Morvan de Melo Moreira
Fundação Joaquim Nabuco-PE
Membro externo

Profa. Dra. Vilani Medeiros de A. Nunes
Departamento de Saúde Coletiva/CCS/UFRN
Membro externo

Natal/RN

2013

*Dedico esse trabalho à minha avó Francisca Creuza,
que no auge de seus 90 anos começou a
envelhecer.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela força necessária nas horas de angústia com a conclusão dessa dissertação, sem o qual nada teria feito, que me acompanha, iluminando meus caminhos e abençoando minhas escolhas;

Aos meus pais: José Raimundo e Maria Elvira e meu irmão Eduardo Renan, família escolhida por Deus, pelo companheirismo, pela força e por todo AMOR dedicado a mim, ao longo de toda a minha vida, Obrigada;

Aos meus avós paternos Francisco (*In memoriam*) e Tereza por todo seu amor, e maternos Zé Nuto (*in memoriam*) e Creuza, por seus exemplos e pela inspiração para concretização desse trabalho, dedico ele a vocês;

Aos meus tios e tias, por todo carinho e incentivo;

Aos meus primos, grandes amigos e companheiros, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos de minha vida;

Às minhas primas-irmãs, pessoas especiais que incentivaram diariamente na realização dessa dissertação, muitos puxões de orelha e palavras de incentivo, muito obrigada a vocês.

Aos meus sobrinhos postigos Maria Leticia e Miguel Lucas, por sorrisos, olhares, aconchegos, me tirando todo o estresse e me fazendo amar incondicionalmente;

Aos meus queridos amigos Iury, Daisy, Luciana, Michell, Ilza, Rachel, Cintia, Luana e outros, que sempre incentivaram meus sonhos e me impulsionaram a ir mais longe e estiveram sempre ao meu lado;

Aos queridos amigos do PPGDEM, que acompanharam toda minha jornada para chegar até aqui, por todos os momentos em que foi possível dialogar demograficamente sobre problemas de pesquisa, metodologias, teorias, dúvidas, inquietações, estranhamentos e desconfortos ao longo da realização do mestrado, estudando, comemorando e vivendo cada dia juntos;

À minha grande amiga Gracineide, grande presente que o mestrado me proporcionou, foram muitas inquietações, mas principalmente muitos sorrisos, alegrias e momentos maravilhosos;

À Professora Maria Célia de Carvalho Formiga, que vem me acompanhando desde a graduação, transmitindo-me seus conhecimentos e guiando-me com toda paciência e dedicação, muito obrigada;

À professora Nilma Dias Leão Costa, por ter confiado em mim para desenvolver esse trabalho, conduzindo-me pacientemente a melhores resultados;

A Coordenadora do PPGDEM professora Lara de Melo Barbosa Andrade, pela amizade, companheirismo e constante incentivo nos motivando e mostrando melhores caminhos a seguir;

A todos que fazem parte do PPGDEM professores, alunos, ao Mário, pelos diálogos e sugestões, por todos nosso cafés e lanches demográficos, esses momentos nos faziam esquecer nossas inquietações e preocupações e nos tornavam família;

Ao professor Morvan de Melo Moreira e a professora Vilani Medeiros de A. Nunes, por dedicar uma parte do seu tempo na leitura desse trabalho contribuindo para meu crescimento profissional com suas sugestões;

Ao programa de pós-graduação em Demografia que me acolheu;

A Capes por seu apoio fundamental para conclusão desse Mestrado;

Aos pesquisadores do PET-Saúde e funcionários das Unidades Básicas de Saúde-UBS pela colaboração na pesquisa;

E, finalmente, aos idosos que receberam os pesquisadores em suas casas e nos confiaram além dos dados, experiências vividas, minha eterna gratidão.

Oração do idoso

*Bem-aventurados aqueles que compreendem os meus
passos vacilantes e as minhas mãos trêmulas.*

*Bem-aventurados os que levam em conta que meus
ouvidos captam as palavras com dificuldades, por isso
procuram falar-me mais alto e pausadamente.*

*Bem-aventurados os que percebem que meus olhos já
estão nublados e as minhas reações são lentas.*

*Bem-aventurados os que desviam o olhar, simulando
não ter visto o café que, por vezes, derramo sobre a
mesa.*

Bem-aventurados os que sorriem e conversam comigo.

*Bem-aventurados os que nunca me dizem: "Você já me
contou isso tantas vezes!"*

*Bem-aventurados os que me ajudam, com carinho, a
atravessar a rua.*

*Bem-aventurados os que me fazem sentir que sou
amado e não estou abandonado, tratando-me com
respeito.*

*Bem-aventurados os que compreendem quanto me
custa encontrar forças para aguentar minha cruz.*

*Bem-aventurados os que me amenizam os últimos anos
sobre a Terra.*

*Bem-aventurados todos aqueles que me dedicam afeto
e carinho fazendo-me, assim, pensar em Deus.*

*Quando entrar na Eternidade, lembrar-me-ei deles, junto
ao Senhor! Amém!*

Pe. Eduardo Dougherty

RESUMO

O rápido processo de envelhecimento populacional, observado no Brasil, tem gerado uma importante demanda para o sistema de saúde, configurando-se em grande desafio para as autoridades sanitárias, particularmente para a implantação de novos modelos e métodos de enfrentamento do problema. No Brasil, a razão de sexo (homens/mulheres) mostra que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre ambos os sexos, ressaltando peculiaridades no envelhecimento, também entre eles. Diante disso, o presente estudo tem como objetivos: avaliar a capacidade funcional, identificar os fatores associados à dependência para as atividades da vida diária (AVD), calculada pela Escala de Lawton abreviada e descrever os perfis socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos atendidos por equipes da saúde da família (ESF) da cidade de Natal-RN. O mesmo foi subdividido em dois artigos: o primeiro aborda a associação entre o perfil sociodemográfico e epidemiológico com a escala de avaliação funcional, medida pela Escala de Lawton (EL), identificando fatores de risco, enquanto o segundo tem como objetivo estabelecer a associação entre a categorização do perfil demográfico com a questão de gênero dos idosos. A fonte dos dados é o resultado de uma pesquisa conduzida por docentes da UFRN nas Unidades de Saúde da Família (USF), em quatro Distritos de Saúde (DS) do município de Natal-RN. Os dados foram coletados com uma amostra não probabilística de tamanho 1.068, dimensionada proporcionalmente ao total de idosos atendidos em cada uma das USF dos DS. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória e a testes de associação de qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%. Um modelo de regressão logística foi ajustado, tendo a Escala de Lawton como variável dependente e aquelas que formaram o perfil sociodemográfico e epidemiológico do idoso, como variáveis independentes. As razões de chances, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, foram calculados. Os resultados mostraram associações significantes entre algumas variáveis sociodemográficas e epidemiológicas e a Escala de Lawton. A avaliação apontou para uma independência dos idosos, mostrando que a maioria deles não precisa de ajuda para executar tarefas do dia-a-dia. Observou-se uma maior autonomia funcional nas AVD para os idosos jovens (60 a 69 anos), que não referiram doenças como Acidente Vascular Cerebral - AVC, ansiedade, glaucoma e incontinência urinária, bem como não apresentando sinais de depressão. De modo geral, estas são doenças que demandam atenção especializada, a fim de propiciar melhor qualidade de vida a esse grupo populacional. Espera-se que os resultados desse estudo possam ser aproveitados para potencializar os benefícios de uma velhice mais saudável, por meio de um acompanhamento eficaz pelas Equipes da Saúde da Família.

Palavras-chave: Envelhecimento da População. Atividades da Vida Diária (AVD). Escala de Lawton. Regressão Logística. Gênero. Feminilização da velhice.

ABSTRACT

The fast process of population aging, noted in Brazil, has generated an important demand for the health system, by setting a large challenge for health authorities, particularly to roll out new models and methods to face the problem.

In Brazil, the gender ratio (men/women) shows that the proportion of women is quite superior to men, and the aspects related to the aging show differences between the sexes, highlighting peculiarities in aging also between them.

Therefore, the present study aims to: assess the functional capacity, identify the factors associated with the dependency for activities of daily living (ADL) and describe the socio-economic profiles, demographic and health of the elderly served by family health teams (ESF) of the city of Natal. It was subdivided into two articles: the first one focuses on the association between socio-demographic and epidemiological profile with the functional assessment scale of Lawton (EL), identifying risk factors, while the second intends to establish the association between the categorization of demographic profile with the sex of the elderly. The source of the data is the result of a research conducted by professors of the UFRN at the Family Health Units (USF) in four Health Districts (DS) in the county of Natal. It is a population-based, cross-sectional study, with a non-probabilistic sample of size 1068, sized in proportion to the total of the elderly attended at each USF of the DS. The data were submitted to a descriptive exploratory analysis and tests of Pearson's Chi-square, with a significance level of 5%. A logistic regression model was adjusted, having the EL as dependent variable, and those that formed the demographic and epidemiological profile of the elderly, as the independent ones. The odds ratios, with their respective 95% confidence intervals, were computed. The results showed significant associations between each socio-demographic and epidemiological variables and the EL. The evaluation pointed to an independence of elderly people, showing that most of them do not need help to perform everyday tasks. There was a greater functional autonomy in AVD for the elderly young (60 to 69 years), which do not have diseases such as stroke, anxiety, Glaucoma and urinary incontinence, as well as not showing signs of depression. In general, these are diseases that require specialized attention, in order to provide better quality of life for this population group. It is expected that the results of this study may be used to improve the benefits of a healthier old age, through effective monitoring by the ESF.

Key words: aging. Activities of daily living (ADLS). Scale of Lawton. Logistic Regression. Gender. Feminization at old age.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFERENCIAL TEORICO.....	15
1.1.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRAFICA NO BRASIL E NO MUNDO	19
1.1.2 ALGUNS ASPECTOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE E NA CIDADE DE NATAL	21
2 MATERIAL E MÉTODO.....	22
2.1.1 FONTE DE DADOS E TIPO DO ESTUDO.....	22
2.1.2 IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA GEOGRÁFICA DO ESTUDO	25
2.1.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	27
2.1.4 O MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	27
3 ARTIGOS.....	31
<u>1 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM NATAL-RN: UMA ANÁLISE DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.</u>	<u>32</u>
<u>2 - IDOSOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM NATAL-RN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO NUM ENFOQUE DE GÊNERO.....</u>	<u>55</u>
4 DISCUSSÕES.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS.....	80

INTRODUÇÃO

O estudo demográfico é de fundamental importância para se conhecer a realidade populacional, principalmente para os governantes, pois permite traçar planos de atuação e desenvolver um planejamento de interesse social. No caso do envelhecimento, a demografia tem dupla responsabilidade: diagnosticar o processo, apontando suas causas e suas tendências, e mostrar o perfil desses idosos no domicílio e as características da estrutura familiar que o acolhe. É a partir desse perfil que políticas públicas para atendimento a população idosa devem ser pensadas.

Segundo o relatório “Envelhecer no século XXI: Uma Celebração um Desafio”, do UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas), estima-se que a cada segundo duas pessoas completem 60 anos de idade no mundo e uma em cada nove pessoas tem mais de 60 anos de idade. Segundo o mesmo relatório, a população idosa, em 2010, estava em torno de 200 milhões de pessoas, na próxima década atingirá 1 bilhão e em 2050 chegará a 2 bilhões.

Esse estudo surgiu da necessidade de se conhecer o perfil da população idosa que é atendida nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia da Saúde da Família, do município de Natal, Rio Grande do Norte (RN), como sendo uma atividade de pesquisa do PET/Saúde, a fim de perceber as principais necessidades desse grupo populacional, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de seu atendimento. Neste sentido, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos e suas interrelações, com sua capacidade de desenvolver as atividades básicas da vida diária (AVD).

Os dados deste estudo foram oriundos da pesquisa “Perfil multidimensional da população idosa atendida nas unidades de saúde da família do Distrito Oeste do município de Natal: uma contribuição para a atenção básica de saúde”, realizada de janeiro a fevereiro de 2011, em Natal-RN. Inicialmente, a pesquisa seria aplicada apenas no Distrito Oeste, porém foi possível aumentar o estudo a todas as zonas da cidade que tinham atuação do PET/Saúde foram contemplada. A coordenação da pesquisa foi realizada por docente do Departamento de Estatística, pesquisadores do Grupo de Estudos Demográficos-GED da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e docentes de diversos departamentos da área da saúde, atuantes no

PET/Saúde/UFRN. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da UFRN, conforme Parecer 261/2009 e recebeu financiamento através do edital Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS III MS/CNPq/FAPERN/SESAP – Nº 011/2009.

Em termos oficiais de classificação etária, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o indivíduo com idade a partir de 65 anos em países desenvolvidos e idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento. Convém observar que nem sempre foi assim em todas as épocas da História. Na Idade Média, o indivíduo que passasse dos 40 anos já era considerado um ancião, visto que a média de expectativa de vida era de 25 a 30 anos. A noção, então, de velhice é relativa, assim como é relativa a ideia de importância e valorização desta faixa etária. Para a presente pesquisa foram considerados idosos aqueles que tinham idade igual ou superior a 60 anos, na data da realização (CAMARANO, 2004).

O presente estudo tem como objetivos: avaliar a capacidade funcional, identificar os fatores associados à dependência para as AVD e descrever os perfis socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos atendidos por equipes da Saúde da Família da cidade de Natal-RN e foi subdividido em dois artigos que abordam diferentes temas da pesquisa.

O primeiro artigo: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM NATAL-RN: UMA ANÁLISE DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA, aborda a questão da independência na realização de atividades diárias (AVD), buscando associações estatisticamente significantes, ao nível de 5%, dessa variável com as demais estudadas, utilizando para isso o teste qui-quadrado de Pearson e um modelo de regressão logístico e tem o objetivo de responder à pergunta: Existe associação entre o perfil do idoso e sua independência na realização de atividades diárias?

O segundo artigo: IDOSOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM NATAL-RN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO NUM ENFOQUE DE GÊNERO, trata da questão do gênero no envelhecimento, procurando encontrar associações entre a variável sexo e as demais variáveis do perfil sociodemográfico e epidemiológico do idoso, usando o teste qui-quadrado de Pearson para medir a associação, adotando-se um nível de significância de 5% e tem por objetivo

responder à seguinte pergunta: Existem diferenças no envelhecer, segundo um enfoque de gênero?

Dessa forma, a pesquisa buscou tratar dos mais diversos aspectos dessa população, tentando traçar um perfil multidimensional dos idosos estudados e suas possíveis limitações.

Considerando que o processo de envelhecimento da população é parte de outros processos mais amplos conhecidos por transição demográfica e epidemiológica, torna-se importante contextualizá-los em termos das transformações ocorridas no Brasil e no mundo.

Nas próximas seções será abordado o envelhecimento populacional, sua dinâmica no Brasil e no Mundo, mostrando a tendência do envelhecimento e suas principais necessidades, à luz da literatura produzida sobre a temática nos últimos anos. Descreve-se o processo da transição demográfica que foi o principal responsável pelo envelhecimento populacional, apresentando a forma como se desenvolveu no Mundo e também no Brasil. Seqüência-se com a apresentação dos procedimentos metodológicos e os artigos produzidos com os dados da pesquisa. Finaliza-se o estudo com a discussão dos resultados e as considerações finais.

1 REFERENCIAL TEORICO

1.1.1 ASPECTOS RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO HUMANO

O aumento da expectativa de vida tem tornado a população cada vez mais idosa. No Brasil, segundo os dados do Censo, a população de 60 anos ou mais, por exemplo, aumentou de 5,1%, em 1970, para 10,8%, em 2010. Tal percentual, segundo critério da Organização mundial de Saúde - OMS, a deixa classificada como população envelhecida, por ser superior a 7%.

Enquanto a população idosa cresceu, a infantil sofreu uma queda. Segundo o Censo demográfico brasileiro, a população de crianças com menos de cinco anos, reduziu-se de 15% para 7%, entre 1970 e 2010. De maneira similar, a participação do grupo etário de 5 a 9 anos, declinou de 14% para 8%, ou seja, à medida que se vive mais, torna-se cada vez menor o incremento de nascimentos, principalmente nas regiões desenvolvidas.

A velocidade do crescimento não é percebida somente em números absolutos, mas também em anos vividos. Os idosos não estão apenas se multiplicando, estão se tornando mais saudáveis, o tempo vivido na velhice saudável parece estar aumentando. Parte desta tendência pode ser atribuída ao aumento na duração de vida e, em parte, aos períodos de doença mais curtos e mais tardios. O efeito disso é um aumento no número de anos vividos na velhice, sem problemas de saúde (BLOM e FINK, 2011).

Esse crescimento acelerado tem sido resultado da implantação de políticas econômicas e sociais que resultaram numa melhoria das condições de vida, em geral, e de saúde, em particular. No caso do Brasil, tem-se observado que, a partir da segunda metade dos anos 1950, houve um maior acesso a serviços médicos preventivos e curativos, a uma tecnologia médica avançada, água encanada, maior acesso a esgoto, à educação, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros e proporcionando um envelhecimento mais saudável e, conseqüentemente, com melhores condições de vida (CAMARANO, 2011; LEE e MASON, 2010; MOREIRA, 2003).

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma mais acelerada do que nas sociedades desenvolvidas do século passado. O exemplo disso é a França,

onde foi necessário mais de um século para que a população idosa aumentasse de 7% para 14% do total. No Brasil, esse mesmo aumento poderá ser observado nas próximas duas décadas, entre 2011 e 2031 (VERAS, 2012a).

Esse rápido processo de envelhecimento tem gerado uma importante demanda para o sistema de saúde, configurando-se em grande desafio para as autoridades sanitárias, particularmente para a implantação de novos modelos e métodos de enfrentamento do problema (BANDEIRA et al., 2006).

O crescimento se dá em tal medida, que a Organização das Nações Unidas (ONU), realizou duas Assembléias Mundiais sobre o Envelhecimento, nas quais alertou sobre os riscos de fracasso de qualquer plano de desenvolvimento, caso não leve em conta esse fenômeno mundial.

Porém, os dados populacionais sofrem grandes variações, as projeções de população das Nações Unidas mudam a cada dois anos, quando novas estimativas são publicadas. Por exemplo, as previsões do total da população mundial em 2050 apresentam uma diferença de aproximadamente 1 bilhão de pessoas entre as previsões realizadas nos anos de 1994 e 2008 (BLOM e FINK, 2011).

Os investimentos para o aumento da longevidade e da qualidade de vida dos idosos são inúmeros. Por isso se tornou uma necessidade dar mais atenção a esse grupo, que vem se multiplicando de forma cada vez mais rápida.

O envelhecimento populacional deve ser visto não só como uma conquista, como também uma responsabilidade, podendo, em alguns casos, chegar a ser um grande problema, na medida em que esses anos de vida não forem vividos em plena condição de saúde. Em vez de processos agudos que se resolvem pela cura ou pelo óbito, o que acontece é a predominância de doenças crônicas, acarretando custos elevados.

Fazem parte do grupo de doenças crônicas, as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Como as taxas de sobrevivência e durações têm melhorado, passou a incluir muitas variedades de câncer, HIV/AIDS, distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiência, tais como deficiência visual. Algumas não têm cura, mas podem ser prevenidas ou controladas por meio de tratamentos que incluem dieta, hábitos saudáveis, práticas de exercício e uso adequado de remédio, com melhores resultados se o diagnóstico for feito precocemente (VERAS, 2012b).

Uma das mais importantes conseqüências do envelhecimento são as limitações na capacidade funcional da pessoa idosa, ou seja, na condição do indivíduo realizar, com autonomia e/ou independência, as tarefas diárias, condições estas fundamentais para o bem-estar do idoso (SANTOS e VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

As pessoas que vivem mais apresentam mais vulnerabilidade a doenças crônico-degenerativas, chegando a ficar com alguma dependência funcional (SANTOS e PAVARINI, 2011).

A avaliação do idoso em todos os seus aspectos, especialmente considerando a sua funcionalidade e buscando a compreensão das repercussões do envelhecimento sobre os processos de saúde e doença, são subsídios importantes para melhorar o atendimento e causar impacto positivo na saúde do idoso. Segundo projeções da ONU, até 2025 o Brasil será o sexto país em número de idosos, requerendo o conhecimento das características desta demanda (PICCINI, 2006).

As atividades comuns do dia-a-dia, como lavar louça, cuidar do jardim, passear com o cachorro, fazer caminhadas, limpar a casa, subir e descer escadas, entre outras, são atividades cotidianas que devem fazer parte da rotina dos idosos, elas são importantes para prevenir a atrofia dos músculos e articulações e fazem muito bem para mente (NASCIMENTO et al., 2009)

O Ministério da Saúde, recentemente, incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa, baseada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional (VERAS, 2009).

Essa política objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil (BRASIL, 2006), tendo como diretrizes importantes para a atenção integral à saúde do idoso: 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Dessa forma, cabe à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território. No âmbito municipal, é fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e a atenção básica, incluindo a população idosa em suas ações (por

exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde entre outras). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população.

O Programa de Saúde da Família, foi implementado no Brasil em 1994 e no caso do município de Natal/RN, a implantação das primeiras equipes de saúde da família (ESF) se iniciou em 1998. Segundo Nunes et. al. (2010) isso “representou uma estratégia de reorganização da atenção básica com vistas a resgatar os princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS e garantir o acesso da população de risco a ações em saúde”.

Em atendimento a essa normatização o idoso deverá ser acolhido pela equipe de Saúde da Família ou pela unidade básica de saúde (UBS), que deverá desenvolver ações e tratar desse idoso de forma eficaz. Será estabelecido vínculo entre o serviço e o usuário para executá-la e garantir a assistência integral e contínua ao idoso e aos membros da família vinculados à equipe ou unidade de saúde, de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade (MINAS GERAIS, 2006, p. 62).

O envelhecimento bem sucedido, aquele com saúde geral, bem estar e autonomia preservada, tem se tornado um objetivo perseguido pela população (HELUANY, 2007), por isso, compreende ações que promovem modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Essa demanda crescente da população idosa vem ocasionando transformações na forma de lidar com a terceira idade.

O envelhecimento populacional teve suas bases em um processo, chamado de transição demográfica, que se iniciou a partir da década de 60, quando o Brasil apresentou uma queda simultânea dos níveis de fecundidade e mortalidade, dois importantes determinantes da sua estrutura populacional. Tal processo, será melhor abordado na próxima sessão. A combinação do decréscimo dessas duas variáveis e a rapidez com que isto ocorreu desencadeou, por um lado, o envelhecimento da população, entendida como sujeito coletivo, e, por outro, uma maior longevidade quando considerados os indivíduos (WONG, 2001).

1.1.2 A TRANSIÇÃO DEMOGRAFICA NO BRASIL E NO MUNDO

Transição demográfica é a passagem de um regime de alta natalidade e alta mortalidade para outro com baixa natalidade e baixa mortalidade. Considerando essas fases, pode-se dividir os países em três tipos: os de iniciação precoce de transição, os de iniciação tardia e os que não iniciaram sua transição. No primeiro grupo estão os países europeus ocidentais que fizeram a sua transição demográfica há séculos; no segundo grupo, iniciando o processo de transição há cerca de 50 anos, encontram-se os países da América Latina e Caribe. E no ultimo grupo, os países africanos, que ainda não iniciaram seu processo de transição, mantendo os altos regimes de natalidade e mortalidade, apresentando uma estrutura etária predominantemente jovem. (LEBRÃO, 2007; BRITO, 2007).

Livi-Bacci (1999) apresentando a transição demográfica européia, cita que, entre os anos de 1920 e 1930, sua população crescia aproximadamente 4,5 milhões por ano e entre os anos de 1950 e 1960 eram cerca de 6 milhões. Entretanto, no final do século, passou a sofrer uma diminuição e, no final do século XX, o mundo assistiu ao fim de um ciclo de expansão, iniciado na Europa com a Revolução industrial, pondo fim a uma fase de abundância de recursos humanos.

O crescimento da população brasileira teve início no século passado e se prolongou pela primeira metade desse século, identificando com clareza duas fases da transição demográfica. A primeira, apresentando um acelerado crescimento demográfico, devido ao declínio da mortalidade e de uma taxa de fecundidade elevada, acontecendo até por volta dos anos 70; a segunda fase, quando a fecundidade decresce rapidamente, levando a população a decrescer também (BRITO, 2007).

A transição demográfica no Brasil tem sido muito mais acelerada do que nos países desenvolvidos, não se diferenciando, entretanto, do que vem passando outros países latino-americanos e asiáticos. Um bom indicador tem sido o rápido declínio da fecundidade. Comparando o Brasil com a França e a Itália, observa-se um expressivo diferencial nas respectivas taxas de fecundidade total, já no início do século passado, e que, nos dois países europeus, tiveram um declínio muito mais suave nos cem anos seguintes, sendo que as suas transições demográficas já tinham se iniciado no século anterior (BRITO, 2007, pag.5).

Muitos países desenvolvidos encontram-se na última fase da transição demográfica, que é denominada de pós-transição, pois seu nível de fecundidade não garante a reposição das gerações e o número de óbitos já é superior ao de nascimentos.

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano, disponibilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2011), atualmente não existem, praticamente, países com esperança de vida abaixo de 50 anos, sendo os poucos existentes localizados na África SubSaariana. É possível perceber que, apesar do intenso ritmo de crescimento populacional das últimas décadas, a população se estabilizará por volta de 9 milhões de habitantes no século XXI, ao invés dos 13 milhões que eram admitidos anteriormente.

Wong e Carvalho (2005), mostram que o que houve no Brasil foi a chamada Transição da Estrutura Etária (TEE), pois as mudanças provocadas pelo rápido declínio da fecundidade produziram alterações no tamanho relativo e absoluto de diversas coortes, provocando alterações nos padrões de sobrevivência.

Essas mudanças demográficas ocorridas no passado foram benéficas para o bem-estar da população como um todo e muitas delas constituem benfeitorias para o desenvolvimento, pois, com base nessas experiências é que o poder público toma suas decisões, estando menos propenso a cometer erros, já que a maioria das questões ocorridas no passado acabou por ser resolvida mais rapidamente do que o esperado (BANCO MUNDIAL, 2011).

Sabe-se que o crescimento populacional já entrou em declínio, o que muda a característica populacional. No momento, ocorre um rápido envelhecimento da população, o que pode gerar um problema para as decisões políticas, uma vez que dificulta o crescimento da renda em países com grande contingente de pessoas idosas e se torna necessário o aumento dos investimentos em saúde, para atender às necessidades dessas pessoas.

No estado do Rio Grande do Norte e na cidade do Natal-RN, o processo de envelhecimento populacional está ocorrendo de forma gradativa onde as alterações podem ser percebidas pela composição da estrutura etária do estado e da cidade, segundo os últimos censos, como será visto na sessão seguinte.

1.1.3 ALGUNS ASPECTOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE E NA CIDADE DO NATAL

O envelhecimento populacional potiguar é um dos grandes destaques do CENSO 2010, disponibilizado pelo IBGE. O estado do Rio Grande do Norte segue a tendência populacional do país, onde o mesmo passa a ter sua população de crianças e adolescentes reduzidas e a população idosa crescendo acima da média.

No intervalo entre os dois últimos censos (2000-2010), o Rio Grande do Norte apresentou uma queda da população de jovens menores de 19 anos. Esta diminuiu em mais de 103 mil pessoas, enquanto que a de pessoas acima de 80 anos dobrou no mesmo período de tempo (CENSO, IBGE, 2000-2010).

A população de Natal, segundo o censo 2010 foi de 803.739 pessoas, distribuídas numa área de 167.160 Km². O total de idosos com 60 anos, segundo a PNAD 2012 na cidade, corresponde a 11,4%, o que a classifica como tendo uma população envelhecida (acima de 7% segundo a OMS).

Os dados do censo 2010 revelaram uma maioria feminina entre os idosos de Natal-RN, com 60,6% de mulheres contra 39,4% de homens. Em todos os grupos etários (60-69, 70-79 e 80 anos e mais) existem mais mulheres que homens, a razão de sexo, em favor do sexo feminino, vai aumentando com o passar das idades, indo de 1,4, no grupo 60-69 anos, para 2,0, no grupo 80 anos e mais, ou seja, entre os idosos mais jovens existe uma diferença de 140 mulheres para cada 100 homens e nas idades mais avançadas existem 200 mulheres para cada 100 homens.

No que diz respeito à raça/cor, percebe-se que, em todos os três grupos etários de idosos, existe uma maior predominância de idosos de raça/cor branca (47,3%, 50,6% e 55,8% respectivamente), seguidas de perto pela raça/cor parda (46,0%, 42,5% e 38,7%).

A escolaridade dos idosos em Natal, em termos da variável alfabetização, apresenta bons indicadores, pois, em todas as faixas etárias, a população alfabetizada sobrepõe à não alfabetizada, com índices de 82% de alfabetização no grupo de 60-69 anos, 76,6% para o grupo 70-79 anos e 68,9% no grupo 80 e mais.

O perfil da população idosa de Natal, revelado pelo censo 2010, é corroborado por aquele encontrado na pesquisa realizada com os idosos atendidos nas Unidades Básica de Saúde de Natal-RN, mostrando uma consistência dos

dados amostrais com os de base populacional, conforme será mostrado ao longo das análises deste estudo.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1.1 FONTE DE DADOS E TIPO DO ESTUDO

A fonte de dados deste estudo foi oriunda da pesquisa “Perfil multidimensional da população idosa atendida nas unidades de saúde da família do distrito Oeste do município de Natal: uma contribuição para a atenção básica de saúde”, realizada em janeiro e fevereiro de 2011, em Natal-RN. Inicialmente a pesquisa seria realizada apenas no Distrito Oeste da Cidade, porém, foi ampliada para todos os distritos que tinham atuação do PET/Saúde/UFRN. A coordenação da pesquisa foi realizada por docentes do Departamento de Estatística, pesquisadores do Grupo de Estudos Demográficos da UFRN, junto ao PET/Saúde/UFRN, tendo sido disponibilizado o seu banco de dados para o desenvolvimento deste estudo. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UFRN sob o número de Protocolo: 109/09 e Parecer número 261/09 e recebeu financiamento dentro do edital pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS III MS/CNPq/FAPERN/SESAP – Nº 011/2009.

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que incluiu em sua área geográfica de abrangência, idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família (USF) dos Distritos Oeste, Norte e Leste. O Distrito Sul não fez parte do estudo, devido ao fato de não contar com ESF e nem ter presença da equipe do PET/Saúde. Contou com uma amostra não probabilística, totalizando 1.068 idosos, dimensionada proporcionalmente ao total de idosos atendidos em cada uma das USF de cada distrito, segundo distribuição das ESF classificadas e distribuídas por equipes de cor azul, verde, vermelha e amarela, como mostrado no Quadro 1. Cada USF divide a equipe em quatro partes identificadas por cores e cada cor abrange uma delimitação geográfica, os profissionais são alocados numa equipe multiprofissional, juntamente com os ACS, em cada uma dessas regiões, denominadas de áreas de abrangência.

Definiu-se, como critérios de inclusão, o fato dos idosos terem 60 anos ou mais, serem inscritos nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família localizadas nos Distritos (Oeste, Norte e Leste), desde que fossem moradores do bairro há mais de um ano e que tivessem sendo acompanhados por profissionais de saúde das Unidades Básica de Saúde (UBS). Excluíram-se da pesquisa os idosos que se encontravam acamados ou que apresentavam déficit cognitivo severamente limitante (Alzheimer, esclerose etc), ou seja, que tivessem dificuldades em responder o questionário, e aqueles atendidos em UBS sem atuação do PET/saúde.

Quadro 1

Distribuição da População de Idosos atendidos na USF com estimação proporcional das amostras, segundo áreas de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Natal, 2011.

Distrito/Bairro	Azul		Verde		Vermelha		Amarela		Pop Idosa Total	Estimativa de n
	Pop	Amostra	Pop	Amostra	Pop	Amostra	Pop	Amostra		
OESTE										
Cidade Nova	210	32	302	46	342	52	244	37	1098	166
Nova Cidade	-	#		#	340	91	200	53	540	144
Nazaré	189	51	197	53	151	40	-	#	537	144
Felipe Camarão I	270	47	194	34	259	45	206	36	929	162
Felipe Camarão II	270	47	194	34	259	45	206	36	929	162
Guarapes	66	30	91	42	74	34		#	231	106
NORTE										
Santarém	291	37	256	33	325	42	456	59	1.328	171
Vale Dourado	231	75	178	58	-	#	-	#	409	133
Cidade Praia	-	#	-	#	208	62	251	75	459	138
LESTE										
Aparecida	182	40	259	57	257	56	-	#	698	153
TOTAL GERAL	1709	359	1671	356	2215	468	1563	296	7158	1479

Os idosos foram entrevistados em sua própria residência, por estudantes bolsistas (regulares e voluntários) da área da saúde, devidamente treinados e com atuação no PET/Saúde do município de Natal, região Nordeste do Brasil, supervisionados pelos preceptores (profissionais da Unidade Básica de Saúde – UBS, envolvidos na pesquisa) e acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, tudo sob a orientação geral das coordenadoras da pesquisa.

A entrevista foi realizada usando um questionário de múltiplas respostas (Anexo 2) que abrange variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, hábitos de vida, dados relativos ao estado de saúde geral, nível de independência do idoso, avaliação cognitiva e testes de equilíbrio e marcha, utilizando escalas reconhecidas nacionalmente e indicadas no “Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (2006).

A avaliação do nível de independência do idoso foi medida por meio da escala de Lawton abreviada, para averiguar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, respectivamente. Para identificação dos sinais de deficiência ou falência de memória, utilizou-se testes cognitivos que constam do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e da escala de depressão geriátrica de Yesavage abreviada, amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de avaliação de depressão em pacientes idosos. O teste consiste de 15 perguntas com possibilidade de resposta Sim e Não, onde um escore acima de 5 já detecta depressão leve e a partir de 11 o diagnóstico é de depressão severa (FERRARI e DALACORTE, 2007). A avaliação do equilíbrio e da marcha foi realizada através de testes de equilíbrio ao caminhar. Foram analisadas ainda as medidas antropométricas relativas ao peso e à altura e aferição da pressão arterial.

As variáveis envolvidas no estudo foram divididas em 3 subgrupos, formados a partir da natureza de cada variável, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição das variáveis do perfil do idoso

Sociodemográficas	Morbidade referida	Hábitos de vida e demais variáveis
Sexo	Pressão alta (Hipertensão)	Fumo
Idade	Diabetes	Álcool
Raça	Cardiopatia isquêmica	Estado de saúde?
Situação Conjugal	Câncer	Problema de saúde?
Escolaridade	Depressão	Medicação diária
	Insuficiência Cardíaca	IMC
	AVC/Derrame cerebral	Depressão
	Bronquite crônica/Enfisema	Escala de depressão geriátrica
	Colesterol elevado	Escala de Lawton
	Artrite/Reumatismo/Artrose/Gota	Atropelamento nos últimos 12 meses?
	Doença renal	Queda nos últimos 12 meses?
	Asma/Bronquite	Fraturas nas quedas?
	Angina/Infarto	Atividade Sexual
	Ansiedade	
	HIV/AIDS	
	Dor nas costas	
	Osteoporose	
	Doença de Parkinson	
	Glaucoma	
	Catarata	
	Incontinência Urinária	

2.1.2 IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA GEOGRÁFICA DO ESTUDO

A área geográfica de abrangência do estudo teve como menor unidade geográfica os bairros localizados nos seguintes Distritos Sanitários:

Distrito Oeste: Cidade Nova, Nova Cidade, Nazaré, Felipe Camarão II, Felipe Camarão III e Guarapes.

Distrito Norte: Santarém, Vale Dourado, Cidade Praia,

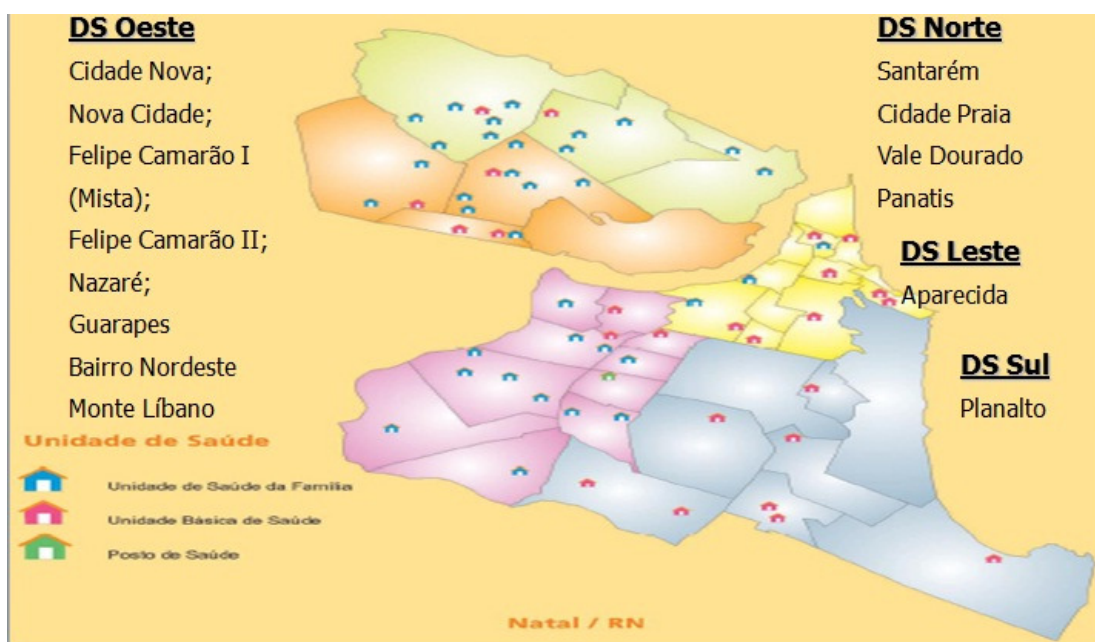
Distrito Leste: Aparecida (Mãe Luisa)

O distrito Sul foi excluído da pesquisa, por não ter atuação do PET/Saúde e da equipe de estratégia de saúde da família.

O Bairro do Planalto, apesar de fazer parte do Distrito Sul, para a distribuição geográfica do IBGE e para a Secretaria Municipal de Saúde – SMS, por estar localizado na fronteira com o Distrito Oeste e ter atuação do PET/Saúde/UFRN, foi incluído na pesquisa. Cabe ressaltar que o Distrito Sul representa o distrito de melhores condições socioeconômicas na cidade de Natal.

Para calcular a amostra final, considerou-se os idosos que eram atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF), cuja distribuição espacial é mostrada no Mapa 1.

Mapa 1 – Distribuição das Unidades de Saúde onde existe atuação do PET-Saúde na cidade de Natal-RN.



Fonte: Prefeitura Municipal de Natal

2.1.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória e inferencial, com um nível de significância de 5%, empregando-se o teste de associação de qui-quadrado de Pearson.

Ajustou-se um modelo de regressão logística, que é um método padrão de análise de regressão para variáveis respostas do tipo dicotômicas, especialmente na área de saúde (HOSMER e LEMESHOW, 2000). A variável dependente foi a escala de avaliação funcional de Lawton (dependente=0 e independente=1) e como variáveis independentes aquelas que formaram o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos entrevistados, que estão descritas na Tabela 1 do Anexo I.

No cálculo da razão de chances (OR), os resultados foram considerados significativos a um nível de 5% e calculados intervalos de confiança de 95% para os riscos relativos (RR) ajustados na utilização do modelo de regressão logística. A análise de regressão foi realizada através do Wald Forward Stepwise, utilizando software SPSS, versão 19.0.

O modelo de regressão logística é utilizado quando a variável resposta é qualitativa com dois resultados possíveis, podendo ser representada pela variável indicadora, recebendo os valores 0 (zero) e 1 (um).

Calcularam-se as razões de chances com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, que expressam a magnitude da relação entre a condição de dependência e as características sociodemográficas e epidemiológicas estudadas.

2.1.4 O MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

O modelo de regressão logística é uma extensão da regressão linear múltipla, em que a variável dependente não é uma variável contínua. Em regressão logística, a variável dependente pode ter somente dois valores. No caso do estudo refere-se à dependência=0 ou independência=1, medido pela escala de Lawton abreviada.

A variável resposta segue uma distribuição de Bernoulli, ao invés da Normal. Assim, um modelo da seguinte forma deve ser considerado:

$$p = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k, \quad \text{sendo } p \text{ uma probabilidade,}$$

ou seja, $0 < p < 1$.

No entanto, o modelo linear $\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$ pode, para certos valores de $(x_1, x_2, \dots, x_k)$, gerar probabilidades preditas fora do intervalo $[0, 1]$, o que é inconsistente. Para contornar esta situação, a transformação *logito* (logística) de p é usada como variável dependente ou resposta.

A transformação *logito* (p) é definida como:

$$\text{logito}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right), \text{ de modo que } -\infty < \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) < \infty$$

Assim, se $x_1, x_2, \dots, x_k$ representa um conjunto de variáveis independentes e y é uma variável resposta de Bernoulli, com probabilidade de sucesso igual a p , então o modelo de regressão logística múltipla é definido como:

$$\text{logito}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$$

ou, equivalentemente,

$$p = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k}}$$

Na segunda forma do modelo, tem-se que $0 \leq p \leq 1$, para todo $(x_1, x_2, \dots, x_k)$.

O interessante é expressar a força da associação entre uma variável independente contínua x_j e a variável resposta p , em termos da razão de chances **OR** (*odds ratio*), controlada para as outras variáveis independentes no modelo, isto é, mantendo fixas as outras variáveis independentes do modelo. Supõe-se, então, dois indivíduos A e B, que são semelhantes com relação a todas as variáveis independentes no modelo, exceto para isolado fator de risco contínuo x_j , para o qual eles diferem de uma quantidade Δ , como ilustrado no quadro abaixo:

Indivíduo	Variável independente							
	1	2	...	j-1	J	j+1	...	k
A	x_1	x_2	...	x_{j-1}	$x_j + \Delta$	x_{j+1}	...	x_k
B	x_1	x_2	...	x_{j-1}	x_j	x_{j+1}	...	x_k

Pelo quadro acima, segundo o modelo proposto, pode-se escrever:

$$\log ito(p_A) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_{j-1} x_{j-1} + \beta_j (x_j + \Delta) + \beta_{j+1} x_{j+1} + \dots + \beta_k x_k$$

$$\log ito(p_B) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_{j-1} x_{j-1} + \beta_j x_j + \beta_{j+1} x_{j+1} + \dots + \beta_k x_k$$

E assim, $\log ito(p_A) - \log ito(p_B) = \beta_j \Delta$ ou $\ln\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right) - \ln\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right) = \beta_j \Delta$

Ou ainda $\ln\left[\frac{\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right)}{\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right)}\right] = \beta_j \Delta$ e, conseqüentemente, $(OR)_j = \frac{\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right)}{\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right)} = e^{\beta_j \Delta}$

Logo, a chance em favor de sucesso para o indivíduo A versus indivíduo B, correspondente à variável independente x_j , é $e^{\beta_j \Delta}$.

A qualidade de ajuste do modelo foi testada aplicando o teste de Hosmer e Lemeshow, que avalia o modelo ajustado, comparando as freqüências observadas e as esperadas. O teste associa os dados às suas probabilidades estimadas, da mais baixa a mais alta, fazendo um teste qui quadrado para determinar se as freqüências observadas estão próximas das freqüências esperadas.

Para cada estratégia de agrupamento, a estatística de Hosmer e Lemeshow, $\hat{C}$, é obtida da seguinte forma:

$$\hat{C} = \sum_{k=1}^g \frac{(O_k - n_k \bar{\pi}_k)^2}{n_k \pi_k (1 - \pi_k)}$$

em que:

- n_k é o número de indivíduos no k-ésimo grupo.
- $$\bar{\pi}_k = \sum_{j=1}^{C_k} \frac{m_j \bar{\pi}_j}{n_k}$$
- C_k : o número total de combinações de níveis dentro do k-ésimodecil.
- $O_k = \sum_{j=1}^{C_k} y_j$: número total de respostas dentro do grupo k.
-

A estatística do teste de Hosmer e Lemeshow tem distribuição qui-quadrado com g-2 graus de liberdade.

3 ARTIGOS

Avaliação multidimensional de idosos atendidos por equipes de saúde da família (ESF) em Natal-RN: uma análise demográfica e epidemiológica.

Kalline Fabiana Silveira¹
Maria Célia de Carvalho Formiga²
Nilma Dias Leão Costa³
Paulo César Formiga Ramos⁴

O rápido processo de envelhecimento populacional, observado no Brasil, tem gerado uma importante demanda para o sistema de saúde, configurando-se em grande desafio para as autoridades sanitárias. O objetivo do estudo é realizar uma avaliação multidimensional da população idosa atendida por Equipes de Saúde da Família (ESF), em Natal-RN e investigar associações entre o perfil sociodemográfico e epidemiológico com a escala de avaliação funcional de Lawton (EL), identificando fatores de risco. A fonte de dados foi oriunda de pesquisa conduzida por docentes da UFRN nas unidades de saúde da família (USF) em quatro Distritos de Saúde (DS) do município de Natal-RN. É um estudo transversal de base populacional, com uma amostra não probabilística, totalizando 1068 idosos, dimensionada proporcionalmente ao total de idosos atendidos em cada uma das USF dos DS. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória e a testes de associação de qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%. Um modelo de regressão logística foi ajustado, tendo, como variável dependente, a EL e como variáveis independentes as que formaram o perfil sociodemográfico e epidemiológico do idoso. Calcularam-se as razões de chances com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Os resultados mostraram associações significantes entre as variáveis sociodemográficas e epidemiológicas e a EL. A avaliação apontou para uma independência dos idosos, mostrando que a maioria deles não precisa de ajuda para executar tarefas do dia-a-dia. Espera-se que os resultados desse estudo possam ser aproveitados para potencializar os benefícios de uma velhice mais saudável, através de um acompanhamento eficaz pelas ESF.

Palavras-chave: Envelhecimento. Atividades da Vida Diária (AVD). Escala de Lawton. Regressão Logística.

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN- kallinef@yahoo.com.br

²Doutora em Saúde Coletiva; Departamento de Demografia e Ciências Atuariais; Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN- cformiga@ccet.ufrn.br

³Doutora em Ciências da Saúde; Departamento de Saúde Coletiva- DSC/CCS/UFRN- nilmadlcosta54@gmail.com

⁴Doutor em Estatística; Departamento de Demografia e Ciências Atuariais; - Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN - formiga@ccet.ufrn.br

Avaliação multidimensional de idosos atendidos por equipes de saúde da família (ESF) em Natal-RN: uma análise demográfica e epidemiológica.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma conquista das novas gerações brasileiras nas últimas décadas, ocorrida como consequência do chamado processo de transição demográfica. Tal processo consiste numa recomposição etária da população pela redução dos grupos etários jovens (menores de 15 anos de idade), em decorrência da queda da fecundidade e aumento relativo do grupo mais idoso (60 anos e mais de idade). Entende-se como um efeito positivo da transição demográfica a redução no nível da mortalidade infantil e elevação na expectativa de vida ao nascer, porém o fator que mais contribui com o processo de envelhecimento da população é a queda da fecundidade (ALVES, 2002, 2008; MOREIRA, 1998; WONG e CARVALHO, 2005).

Segundo o CENSO, a população brasileira de 60 anos ou mais, aumentou de 5,1%, em 1970, para 10,8%, em 2010. Tal percentual, segundo critério da OMS, a classifica como população envelhecida (superior a 7%). Formiga et al (2012), analisando a concentração de idosos segundo UF da região Nordeste, observa que é o estado da Paraíba que mais concentra pessoas idosas, 12,0% do total da UF, seguido pelos estados do Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Pernambuco e Bahia, com os valores percentuais de 10,8%, 10,8%, 10,6%, 10,6% e 10,3%, respectivamente.

Esse rápido processo de envelhecimento tem gerado uma importante demanda sobre o sistema de saúde, configurando-se em grande desafio para as

autoridades sanitárias, particularmente para a implantação de novos modelos e métodos de enfrentamento do problema (WONG e CARVALHO, 2006, GUEDES, 2006; BANDEIRA et al., 2006; CAMARANO, 2008; NASRI, 2008; MOSER, 2010; Brasil, 2010). Uma consequência dessa demanda é que, ao invés de processos agudos que se resolvem pela cura ou pelo óbito, ocorre a predominância de doenças crônicas, acarretando custos elevados.

Uma das mais importantes conseqüências do envelhecimento é a limitação na capacidade funcional da pessoa idosa, ou seja, na condição do indivíduo realizar com autonomia e/ou independência as tarefas diárias, condições estas fundamentais para o bem-estar do idoso (SANTOS e VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

Segundo Veras (2012), o Brasil envelhece progressivamente e de forma acelerada. Todo ano, segundo os dados demográficos, 700 mil novos idosos são incorporados a pirâmide etária – a maior parte com doenças crônicas e limitações funcionais.

O envelhecimento bem sucedido, aquele com saúde geral, bem estar e autonomia preservada, tem se tornado um objetivo perseguido pela população (HELUANY, 2007). O Ministério da Saúde recentemente incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa, baseada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional (VERAS, 2009).

Essa política tem como objetivo, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil (BRASIL, 2006). Cabe à gestão municipal da saúde, desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos. Nesse sentido, é ponto fundamental organizar

as Equipes de Saúde da Família e a Atenção Básica, para aprimorar o acolhimento e a atenção incluindo a população idosa em suas ações (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, hipertensão arterial e diabetes mellitus, sexualidade, DST/AIDS). Seus profissionais devem estar cada vez mais sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população.

O envelhecimento ativo e saudável compreende ações que promovem modos de viver que são favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Muitos destes pontos são abordados neste estudo, que teve por objetivo criar um perfil multidimensional da população idosa atendida por equipes de saúde da família (ESF), em Natal-RN, estabelecendo associação entre variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e as atividades da vida diária, mensuradas pela escala de avaliação funcional de Lawton.

Material e método

A fonte de dados deste do estudo foi oriunda da pesquisa “Perfil Multidimensional da População Idosa atendida nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Distrito Oeste do município de Natal: uma contribuição para a atenção básica de saúde”, que foi realizada em janeiro e fevereiro de 2011, em Natal-RN. A coordenação da pesquisa foi realizada por docentes do Departamento de Estatística, pesquisadores do Grupo de Estudos Demográficos da UFRN e docentes tutores do

Departamento de Saúde Coletiva, atuantes no PET-Saúde/UFRN. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFRN segundo o protocolo de registro de Nº 109/2009. Recebeu financiamento através do edital pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS III MS/CNPq/FAPERN/SESAP – Nº 011/2009.

A pesquisa se constitui em um estudo transversal de base populacional, que incluiu, em sua área geográfica de abrangência, idosos não institucionalizados que são atendidos em Unidades de Saúde da Família (USF) dos Distritos Oeste, Norte e Leste, o que representou uma ampliação geográfica quando comparada a proposta citada no título da pesquisa. A amostra final do presente estudo contou com um contingente 648 idosos que apresentaram algum tipo de limitação em suas atividades diárias, sendo, então, submetidos à avaliação funcional medida pela Escala de Lawton abreviada.

Os idosos foram entrevistados em sua própria residência, por estudantes bolsistas (regulares e voluntários) da área da saúde, devidamente treinados.

Usou-se como fatores de inclusão, o fato dos idosos terem 60 anos ou mais, serem inscritos nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família localizadas nos distritos especificados e seus respectivos bairros (**Oeste**: Cidade Nova, Nova Cidade, Nazaré, Felipe Camarão II, Felipe Camarão III, Planalto e Guarapes; **Norte**: Santarém, Vale Dourado, Cidade Praia e **Leste**: Aparecida), desde que fossem moradores do bairro há mais de um ano e que estivessem sob acompanhamento dos profissionais de saúde das Unidades Básica de Saúde (UBS), com atuação do PET/Saúde do município de Natal-RN, região Nordeste do Brasil.

A entrevista foi realizada usando um questionário de múltiplas respostas abrangendo variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, hábitos de vida, dados relativos ao estado de saúde geral, nível de independência do idoso, avaliação

cognitiva e testes de equilíbrio e marcha, utilizando escalas reconhecidas nacionalmente e indicadas no “Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (2006). Este questionário incorporou o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, exigido pelo Comitê de Ética.

O nível de independência do idoso foi avaliado por meio da escala de Lawton abreviada, averiguando as atividades básicas e instrumentais da vida diária, respectivamente. A Escala de Lawton (EL) é um instrumento de avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária/AIVD, que analisa a capacidade funcional da pessoa idosa, enquanto indicador de saúde e bem-estar, sendo possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho (NUNES, 2010). Neste estudo, o idoso foi considerado independente quando o valor da escala foi maior ou igual a 22. A mediana do grupo ficou em 26, mostrando que os idosos entrevistados apresentavam independência na realização de atividades cotidianas, pois o valor máximo da escala é 27.

Para identificação dos sinais de deficiência ou falência de memória, utilizou-se testes cognitivos que constam do mini exame do estado mental e da escala de depressão geriátrica de Yesavage abreviada, amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de avaliação de depressão em pacientes idosos. O teste consiste de 15 perguntas com possibilidade de resposta Sim e Não onde um escore acima de 5 já detecta depressão leve e a partir de 11 o diagnóstico é de depressão severa (FERRARI e DALACORTE, 2007). Foram analisadas, também, as medidas antropométricas relativas ao peso e à altura e aferição da pressão arterial.

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória, empregando-se testes de associação de qui-quadrado de Pearson, com um nível de

significância de 5%. A variável dependente ou desfecho foi à escala de avaliação funcional de Lawton (classificada em duas categorias: Dependente ou Independente), investigando-se sua associação com as variáveis que compuseram o bloco do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos, que foram divididos em 3 grandes grupos, quais sejam: variáveis sociodemográficas: idade (idosos Jovens: 60-69, idosos Médios: 70-79 anos e idosos Velhos: 80 anos e mais), estado civil (casado/unido, viúvo, solteiro, separado), escolaridade (alfabetizado ou não alfabetizado), cor da pele (branca, preta ou parda); Morbidade referida: ausência ou presença de doenças como Hipertensão arterial, Diabetes, AVC entre outras, e Hábitos de vida e demais variáveis do perfil: Uso de Álcool e Fumo (Sim, Não, Parou), Avaliação do estado de saúde, Utilização de remédio, entre outras.

Ajustou-se um modelo de regressão logística, que é um método padrão de análise de regressão para variáveis dicotômicas, especialmente na área de saúde (HOSMER e LEMESHOW, 2000). A variável dependente foi a escala de avaliação funcional de Lawton (dependente=0 e independente=1) e como variáveis independentes aquelas que formaram o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos entrevistados.

A qualidade do ajuste do modelo de regressão logístico foi medida através do teste de Hosmer e Lemeshow, que avalia o modelo ajustado comparando as frequências observadas e as esperadas.

No cálculo da razão de chances (OR) os resultados foram considerados significativos a um nível de 5% e calculados intervalos de confiança de 95% para as razões de chances (OR) ajustados, na utilização do modelo de regressão logística. A análise de regressão foi realizada através do Wald Forward Stepwise, pela utilização do software SPSS, versão 19.0.

O modelo de regressão logístico binário é utilizado quando a variável resposta é qualitativa com dois resultados possíveis, podendo ser representada pela variável indicadora, recebendo os valores 0 (zero) e 1 (um), no caso desse estudo a escala de Lawton teve sua representatividade como 0 dependência dos idosos e 1 independência.

Foi considerado como critério de seleção para entrada no modelo de regressão todas as variáveis que apresentaram significância estatística ao nível de 20% no teste Qui-quadrado (X^2).

Resultados e Discussões

O perfil sociodemográfico dos 648 idosos que responderam ao questionário de avaliação de atividade diária, medido pela Escala de Lawton abreviada, mostrou que 70% eram do sexo feminino, resultado esperado, levando-se em consideração que a razão de sexo idosa, no município de Natal, é em torno de 60% (IBGE, Censo 2010). Proporção expressiva, explicada pela mortalidade diferencial por sexo, resultado da prevalência de mulheres ter se tornado mais expressiva ao longo das décadas (CAMARANO, 2004).

A distribuição da população do Brasil, segundo o censo 2010, por sexo e grupo etário, mostrou que, nos grupos etários de idosos existe uma predominância do sexo feminino, e que esse excesso no número de mulheres vai aumentando com o passar das idades. Entre os idosos jovens existe uma razão de sexo de 115 mulheres para cada grupo de 100 homens, já nas idades mais avançadas (80 anos e mais) o número de mulheres passa a 159 para cada 100 homens, efeito principalmente da mortalidade diferenciada por sexo.

Quanto à idade, percebeu-se que 53,3% dos idosos entrevistados são considerados idosos jovens (idade entre 60-69 anos), mostrando uma distribuição etária rejuvenescida para esses idosos, predominando as idosas do sexo feminino em todos os grupos etários.

Com relação à raça/cor dos entrevistados, 40% se declararam como brancos, 45% pardos e o restante negros, mostrando que a população atendida pelas ESF de Natal apresenta maior número de pardos, que pode ser explicado pelo fato de a população que utiliza esse tipo de serviço ser mais carente, característica que sofre grande influência da raça/cor.

Com respeito à escolaridade dos idosos, percebeu-se que se encontra na grande maioria (47,4%) entre 0-4 anos de estudos, mostrando um baixo índice de escolaridade. É interessante salientar que a proporção de idosos com 8 anos ou mais anos de estudo, corresponde a cerca de 32% do total. A Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP divulgou uma pesquisa com dados do SESC/SP e da Fundação Perseu Abramo/SP que mostrou que cerca de 50% da população idosa no Brasil, com idade acima de 60 anos, possui apenas o primeiro grau, ou seja, cursaram somente da 1ª a 8ª série. Com relação ao 2º grau, apenas 26% das pessoas idosas conseguiram completar esse nível e somente 12% da população idosa no Brasil conseguiram concluir o ensino superior, ou seja, alcançaram o diploma universitário (COBAP, 2011).

Encontrou-se na população estudada, um percentual de 48,5% dos idosos casados ou unidos e 30,8% no grupo viúvos, caracterizado como o grupo dos que vivem sozinhos e, apenas 8% são efetivamente solteiros.

Um total de 648 idosos respondeu o questionário avaliativo da EL, 75% desses apresentaram independência, fato muito positivo para os idosos

entrevistados, uma vez que a mobilidade é muito importante para a manutenção e autonomia do idoso e influencia diretamente em sua qualidade de vida.

A existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, foi medida através de um teste Qui-quadrado. Os resultados apontaram para uma associação entre a variável funcional, que mede a autonomia do idoso nas atividades da vida diária – AVDs, condição de dependência ou independência, pela escala de Lawton abreviada e algumas variáveis sociodemográficas e de avaliação funcional (Tabela 1). As associações estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 5\%$) ocorreram para as variáveis, Idade ($p\text{-valor} < 0,0001$), Estado Civil ($p\text{-valor} = 0,0019$) e Escolaridade ($p\text{-valor} < 0,0001$). Resumindo, o fato de ser um idoso jovem (menor de 70 anos), alfabetizado e que vive em algum tipo de união mostrou proteção contra a dependência funcional (Tabela 1). A variável sexo, foi a única do perfil sociodemográfico que não apresentou significância estatística ($p\text{-valor} = 0,1514$) com a escala de Lawton, mas ainda assim foi elegível para entrada no modelo logístico por apresentar $p\text{-valor}$ menor que 0,2.

Quando se trata da existência de alguma doença crônica (morbidade referida), que tenha durado ou vai durar mais de 1 ano, 88,6% responderam que possuem ou já tiveram alguma e 82,3% dos idosos relataram que tomam algum tipo de remédio diariamente, corroborando com WU et al, 2003, descrevendo sobre os idosos americanos descendentes de mexicanos, que mostra que grande parte dos idosos apresenta, pelo menos, uma doença crônica, embora isso não signifique limitação ou dependência. A presença de doenças crônicas, seu controle e inúmeros fatores, podem ser determinantes da qualidade de vida.

TABELA 1

Distribuição dos idosos por grau de independência na escala de Lawton, segundo variáveis sociodemográficas, Natal, 2011.

Variáveis sociodemográficas	Independente N	%	Total N	p-valor
Sexo	484	75,0	645	0,15142
Masculino	149	78,8	189	
Feminino	335	73,5	456	
Idade	485	75,0	647	<0,00001
Idoso jovem	291	84,8	343	
Idoso Médio	153	73,2	209	
Idoso Velho	41	43,2	95	
Situação Conjugal	486	76,5	635	0,00085
Casado	260	82,5	315	
Viúvo	130	65,3	199	
Separado	49	75,4	65	
Solteiro	47	83,9	56	
Escolaridade	447	76,8	582	<0,00001
0-4 anos de estudo	214	77,5	276	
4-8 anos de estudo	100	82,0	122	
Mais de 8 anos de estudo	133	72,3	184	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Dentre os entrevistados, as principais queixas de doenças foram hipertensão (74%), dor nas costas (48%), Artrite (37%), colesterol elevado (36%), catarata (34%) e diabetes (33%). O problema é que as doenças crônicas vão se acumulando e assim, o diagnóstico na pessoa idosa é mais complexo e exige uma avaliação ampla. A associação estatística da condição de independência com variáveis da morbidade referida (Tabela 2) foi encontrada nas variáveis Diabetes (p-valor= 0,0065), AVC - derrame (p-valor= 0,0001), Ansiedade (p-valor= 0,0468), Glaucoma (p-valor= 0,00178) e Incontinência Urinária (p-valor<0,0001). Para o modelo logístico foram consideradas além dessas variáveis, a Pressão Alta (p-valor= 0,093), Osteoporose (p-valor= 0,19) e Catarata (p-valor= 0,159), mas, que não apresentaram significância estatística na associação ao nível de 5%.

TABELA 2

Distribuição dos idosos por grau de independência na escala de Lawton, segundo variáveis de morbidade referida, Natal, 2011.

Morbidade referida	Independente N	%	Total N	p-valor
Pressão alta (Hipertensão)	441	74,5	592	0,09352
Sim	320	72,7	440	
Não	121	79,6	152	
Diabetes	419	74,6	562	0,00652
Sim	124	67,4	184	
Não	295	78,0	378	
AVC/Derrame cerebral	398	75,8	525	0,00010
Sim	25	51,0	49	
Não	373	78,4	476	
Ansiedade	402	75,8	530	0,04679
Sim	100	82,6	121	
Não	302	73,8	409	
Osteoporose	416	75,0	555	0,19319
Sim	125	71,4	175	
Não	291	76,6	380	
Glaucoma	403	75,5	534	0,00178
Sim	26	56,5	46	
Não	377	77,3	488	
Catarata	413	75,6	546	0,15918
Sim	134	72,0	186	
Não	279	77,5	360	
Incontinência Urinária	474	74,9	633	<0,00001
Sim	74	55,2	134	
Não	400	80,2	499	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Para o grupo Hábitos de vida e outras variáveis, a pesquisa mostrou que, quanto ao fumo, o total dos que assumem que fumam é relativamente baixo entre os entrevistados (18,2%) e 37,7% disseram que fumavam, mas deixaram de fumar.

A grande maioria dos idosos afirma que não fizeram uso de bebida alcoólica (65,8%), enquanto que os que afirmaram que bebiam, mas pararam de beber, corresponde a 23,4%.

Estudos apontam que os riscos do consumo do álcool no organismo são diversos, desde perda de massa muscular, prejuízos ao cérebro, hipertensão, comprometimento do fígado, predispondo o indivíduo a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social (SENGER et. al., 2009). Além disso, exacerbam as doenças crônicas mais comuns no idoso, como problemas no coração, diabetes, artrite e câncer. (LEITE, 2010).

Quando questionado sobre como considera seu estado de saúde, cerca de 42% dos idosos assumem como Regular e os que consideram seu estado de saúde muito bom ou bom estão em torno de 39%.

Um total de 88,6% dos idosos afirmou que possui algum problema de saúde que tenha durado mais de um ano, e 82,4% deles utilizam algum tipo de medicamento diariamente.

O perfil da avaliação funcional do idoso mostrou que, quando questionados sobre seu estado de espírito, 70% deles não se sentem tristes ou desanimados, características de sintomas depressivos. Porém, ao responderem as questões que fazem parte do questionário da Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica, 63% deles revelaram sinais moderados de depressão, e chama atenção o fato de 17% dos entrevistados apresentarem fortes sinais de depressão, mostrando que muitos deles não têm a percepção do seu estado depressivo. Mesmo sendo uma doença tratável, o diagnóstico da depressão na terceira idade ainda consiste num desafio, pois muitas vezes ela pode estar associada a uma grande variedade de desordens físicas e psíquicas acarretando em prejuízo cognitivo (FERRARI e DALACORTE, 2007), sabe-se também que, apenas metade dos idosos que necessitam de

tratamento recebe e, a maioria deles não é de forma adequada (MULSANT e GANGULI, 1999).

Em torno de 36% dos idosos sofreram queda no ano que antecedeu a pesquisa e desses 19% sofreram fraturas. A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos e embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou alguma limitação. Estima-se que um em cada três indivíduos com mais de 65 anos sofrem alguma queda por ano e, que um em vinte daqueles que sofreram queda tenha sofrido alguma fratura ou necessitem de internação (BRASIL, 2009).

Quando perguntado sobre a atividade sexual 31,5% afirmaram ter vida sexual ativa. Sabe-se que com o avanço da idade existe uma tendência a diminuição da função sexual e pode haver uma queda na frequência das relações sexuais (ALMEIDA E LOURENÇO, 2007).

O resultado da escala de Lawton também apresentou associações significantes com as variáveis captadas pelas questões: Como considera seu estado de saúde? (p-valor<0,0001), Possui algum tipo de problema de saúde? (p-valor=0,0087), Utiliza algum remédio? (p-valor=0,033), Sente-se deprimido? (p-valor=0,0003), Escala de depressão geriátrica (p-valor=0,00203), Sofreu quedas (p-valor=0,0002), Atividade Sexual (p-valor=0,002), cujos resultados são apresentados na Tabela 3. Resultados que expressam o fato de maior independência se encontrar associado a uma percepção mais positiva do estado de saúde muito bom (91%), bom (83%) ou regular (74%), além do que a maioria desses idosos independentes (91%) não apresentarem problema de saúde e 85% não tomarem remédio diariamente.

Com relação à Escala de depressão geriátrica, os resultados mostraram que o fato de serem idosos mais independentes tem maior associação com ausência de sinais de depressão (77%). A independência também demonstrou maior proteção para atropelamentos e quedas, pois 75% e 79% não passaram por nenhum desses eventos. Por fim, a independência também mostrou maior proporção de idosos (87%) reportando uma vida sexual ativa

TABELA 3

Distribuição dos idosos por grau de independência na escala de Lawton, segundo algumas variáveis selecionadas, Natal, 2011.

Variáveis selecionadas	Independente		Total	p-valor
	N	%	N	
Como considera seu estado de saúde?	484	75,0	645	<0,00001
Muito bom	50	90,9	55	
Bom	162	83,1	195	
Regular	199	74,3	268	
Ruim	47	56,6	83	
Muito ruim	26	59,1	44	
Possui algum problema de saúde?	483	75,1	643	0,00870
Sim	418	73,3	570	
Não	59	90,8	65	
Não sabe/ Não lembra	6	75,0	8	
Utiliza algum remédio diariamente?	483	75,0	644	0,00959
Sim	389	73,0	533	
Não	94	84,7	111	
Sente-se deprimido?	484	75,2	644	0,00012
Sim	125	65,1	192	
Não	359	79,4	452	
Escala de depressão geriátrica	168	68,9	244	0,00203
Sem sinais de depressão	36	76,6	47	
Sinais moderados	112	72,7	154	
Fortes sinais de depressão	20	46,5	43	
Sofreu atropelamento nos últimos 12 meses?	486	75,1	647	0,10325
Sim	19	86,4	22	
Não	467	74,7	625	
Sofreu Queda nos últimos 12 meses?	464	74,6	622	0,00020
Sim	147	65,9	223	
Não	317	79,4	399	
Atividade Sexual	481	74,9	642	0,00203
Sim	169	86,7	195	
Não	294	68,9	427	
NI	18	90,0	20	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Para o ajuste do modelo logístico foram incorporadas todas as variáveis que apresentaram significância estatística no teste qui-quadrado ao nível de 20%, para dessa forma tentar minimizar o efeito de confundimento e criar um leque maior de possibilidades de entrada de variáveis no modelo.

Para a aceitação do modelo, foi feita a estatística de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow que verifica as hipóteses H_0 : o ajuste dos dados é bom versus H_1 : o ajuste dos dados não é bom. Como os valores do p foram maiores do que 0,05 há indícios suficientes para a aceitação do modelo, ou seja, o ajuste dos dados é bom.

As variáveis que apresentaram significância estatística no modelo de regressão logística (Tabela 4) com a escala de Lawton foram: (a) a variável idade do idoso, mostrando que o fato do idoso ter idade entre 60-69 anos (idoso jovem) apresenta chance 6,3 vezes maior de ser um idoso independente nas realizações de suas atividades diárias do que se ele tivesse 80 anos e mais (idoso velho) com um $p\text{-valor} < 0,0001$ e (b) e o fato de ter entre 70-79 anos apresentou chance 3,2 vezes maior de ser independente do que se ele fosse um idoso velho ($p\text{-valor} < 0,0001$).

No grupo Morbidade Referida, as variáveis que permaneceram no modelo logístico foram AVC - derrame ($p\text{-valor} < 0,0001$) de modo que o fato do Idoso não ter sofrido AVC dá uma proteção 3,4 vezes maior para a independência nas atividades diárias do que se o mesmo tivesse sofrido um AVC, Ansiedade ($p\text{-valor} = 0,013$) mostrando chance 2 vezes maior do idoso que não é ansioso ser independente, Glaucoma ($p\text{-valor} = 0,0018$), ou seja, o idoso que não sofre de Glaucoma tem chance 2,4 vezes maior de ser independente e o idoso que não tem problemas de Incontinência Urinária ($p\text{-valor} < 0,0001$) tem chance 3,2 vezes maior de ser independente do que aquele que tem esse problema. Sendo assim, idosos que apresentam alguma dessas doenças possuem maiores chances de ser um idoso dependente na escala de Lawton, apresentando dificuldades na realização de suas atividades diárias (Tabela 4).

A Escala de depressão geriátrica também permaneceu no modelo logístico, mostrando que o idoso que não possui sinais de depressão (p-valor=0,04) apresenta chance 6,8 vezes maior de ser um idoso independente (não precisa de ajuda na realização de atividades diárias) do que o idoso que apresenta fortes sinais de depressão e mesmo o idoso que possui sinais moderados, (p-valor=0,016) ainda apresenta chance 2,9 vezes mais de ser independente, em relação ao idoso sem depressão. Portanto, ser um idoso jovem, sem prevalência de doença ou sinais de depressão apresenta resistência para dependência na realização das atividades diárias.

TABELA 4

Regressão logística, Variável dependente: Escala de Lawton

(dependência=1; independência=0)

Variáveis	OR	IC		p-valor RL
		Inf	Sup	
Idade				
Idoso jovem	6,34	3,71	10,85	<0,00001
Idoso Médio	3,14	1,82	5,43	<0,00001
Idoso Velho	-	-	-	0,00004
AVC/Derrame cerebral				
Sim	-	-	-	-
Não	3,460	1,749	6,843	<0,00001
Ansiedade				
Sim	-	-	-	-
Não	2,053	1,165	3,619	0,013
Glaucoma				
Sim	-	-	-	-
Não	2,447	1,168	5,129	0,018
Incontinência Urinária				
Sim	-	-	-	-
Não	3,209	1,997	5,157	<0,00001
Escala de depressão geriátrica				
Sem sinais de depressão	6,85714	1,42450	33,00827	0,040
Sinais moderados	2,88312	0,98781	8,41495	0,016
Fortes sinais de depressão	-	-	-	0,053

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Considerações finais

Percebeu-se que os idosos entrevistados são, em sua maioria, do sexo feminino, considerada idosas jovens (menores de 70 anos de idade), casadas, de raça/cor parda e são alfabetizadas, sabendo ler e escrever.

No que se refere ao quadro epidemiológico e funcional, constatou-se que, em sua maioria, os idosos não se consideram deprimidos, porém, apresentam quadro de depressão medido pela escala de depressão geriátrica. A grande maioria apresentou doenças crônicas, o que sinaliza a necessidade de maiores investimentos em saúde. A maior parte dos idosos alegou não ter o hábito de beber e de fumar.

Sinais de depressão, apesar de haver sido referido para um menor número de idosos, demandam atenção especializada, a fim de propiciar melhor qualidade de vida a esse grupo populacional. As doenças crônicas, comuns na velhice, também precisam de orientação adequada, para minimizar os efeitos danosos à saúde dos idosos.

Os resultados mostraram algumas condições esperadas, como uma maior autonomia funcional nas AVDs, para os idosos jovens, que não apresentem doenças como AVC, Ansiedade, Glaucoma e Incontinência urinária, bem como não apresentando sinais de depressão.

Por fim, espera-se que os resultados desse estudo possam ser aproveitados para potencializar os benefícios de uma velhice saudável, através de um acompanhamento eficaz pelas ESF dos distritos sanitários de residência desses idosos, trazendo uma política de saúde preventiva e que os subsídios apontados,

contribuam para a implementação de melhor qualidade nos serviços da atenção em saúde dos idosos, com profissionais mais preparados, humanizados e conhecedores do processo da velhice.

É importante ainda, que se garanta a todos os idosos, independentemente do grau de escolaridade, o acesso à educação ao longo da velhice, gerando conhecimento de novas tecnologias, e socialização com as demais gerações tornando assim, o idoso mais participativo na comunidade e com maior potencial de integração social.

Referências

ALMEIDA, THIAGO DE; LOURENCO, MARIA LUIZA. **Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 jun. 2013.

ALVES, J.E.D. **A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas-ENCE, 2002. 56 p. (Textos para discussão. ENCE, ISSN 1677-7093; n.4)

ALVES, J.E.D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. Instituto Fernand Braudel de economia mundial. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.braudel.org.br>> Acesso em 09 mar. 2013.

BANDEIRA, E. M. F. de S.; PIMENTA, F. A. P. e SOUZA, M. C. [Online] **Atenção a saúde do idoso. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>> Acesso em 29 jul.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. [Online] **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466>. Acesso em: 06 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). [Online] **Dicas de Saúde:Queda de Idosos**. 2009.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html> Acesso em 18 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12.Brasília, 2010.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. Cap. 1, p. 25-76. 2004.

COBAP, Confederação Brasileira De Aposentados, Pensionistas e Idosos. [Online] **ESCOLARIDADE DOS IDOSOS NO BRASIL É MUITO BAIXA**. 2011. Disponível em: <http://www.cobap.org.br/capa/lenoticia.asp?ID=56306> [Acesso em 08.05.2013]

FORMIGA, M. C. C., SILVEIRA, K. F.; RAMOS, P.C.F.; COSTA, N. D. L. **Octogenários da região Nordeste do Brasil: concentração espacial e perfil**

sociodemográfico. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. Anais... Águas de Lindóia, 2012.

FERRARI, JULIANE F. DALACORTE, ROBERTA R. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007

GUEDES, G. R. **Os diferenciais de gênero na influência do status sócio-econômico e da estrutura domiciliar nos resultados de saúde do idoso brasileiro.** In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu – MG –Brasil, 2006. Anais... Caxambu, 2006.

HELUANY, C. C. V. **Perfil do envelhecimento de octogenários e nonagenários residentes em Siderópolis – SC.** 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina. 2007.

HOSMER, DW, LEMESHOW, S. **Applied logistic regression.** 2. ed. New York: John Wiley & Sons. 2000.

LEITE, F. **Médicos menosprezam alcoolismo de idosos: Uso abusivo de bebida e cigarro, visto com certa naturalidade nessa faixa etária, piora doenças e afeta qualidade de vida.** O Estado de São Paulo, São Paulo, 31 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,medicos-menosprezam-alcoolismo-de-idosos,588541,0.htm>> Acesso em: 09 jul. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência.** Revista Brasileira de Estudos da População, Campinas, v. 15, n.1, p. 79-95, 1998

MOSER, A. **O envelhecimento da população brasileira e seus desafios.** REB-Revista Eclesiástica brasileira, Petrópolis, v.70, fas.277, p.132-152, Jan./Mar 2010. Ecologia o cuidado pela vida.

MULSANT BH, GANGULI M. **Epidemiology and diagnosis of depression in late life.** J Clin Psychiatry. 1999;60 (Suppl 20):9-15.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil.** Einstein, v. 6, p. S4-S6, 2008. Suplemento 1.

SANTOS, R. L. VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de atividades instrumentais da vida Diária.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Vol. 21, Núm. 4, sinmes, 2008, pp. 290-296. ISSN (Versiónimpresa): 1806-1222. Universidade de Fortaleza. Brasil. 2008.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES I.; CARLI, G. A. **Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com Ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos.** In: Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre-RS, 2009. *Anais...* Porto Alegre, 2009.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública, v. 43, n. 3, p.: 548-554. 2009.

VERAS, R. P. **Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos.** Revista Acta Scientiarum. Human and Social Sciences. Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, Jan.-June, 2012.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. 2005. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** In: XXV Conferência Internacional de População da União Intranacional para Estudos Científicos de População. Tours, França, 2005. *Anais...* Tours, 2005

WU, JH; HAAN, MN; LIANG, J; GHOSH, D; GONZALEZ, HM; HERMAN, WH. **Impact of antidiabetic medications on physical and cognitive functioning of older Mexican Americans with diabetes mellitus: a population-based cohort study.** Ann Epidemiol, v.13(5), p.369-76. 2003.

Idosos atendidos nos serviços públicos de saúde em Natal-RN: perfil sociodemográfico num enfoque de gênero.

Kalline Fabiana Silveira⁵
Maria Célia de Carvalho Formiga⁶
Nilma Dias Leão Costa⁷
Paulo César Formiga Ramos⁸

A feminilização do envelhecimento se torna clara diante dos resultados do último censo, que apontou cerca de 56% de mulheres no total de idosos e, à medida que a idade vai aumentando, essa proporção também aumenta, chegando ao grupo 80 anos e mais com um percentual de 62% de mulheres contra 38% de homens. No Brasil a razão de sexo (homens/mulheres) mostra que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens, e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre os sexos, ressaltando as peculiaridades no envelhecimento também entre gêneros. O objetivo desse trabalho é fazer uma avaliação multidimensional da população idosa atendida por ESF, em Natal-RN e estabelecer a associação entre a categorização do perfil demográfico com o sexo dos idosos. A fonte de dados foi oriunda da pesquisa “Perfil multidimensional da população idosa atendida nas unidades de saúde da família (USF) do distrito Oeste do município de Natal: uma contribuição para a atenção básica de saúde”, realizada em Natal-RN. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com uma amostra não probabilística, totalizando 1.068 idosos, dimensionada proporcionalmente ao total de idosos atendidos em cada uma das USF de cada distrito. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória e a testes de associação de Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%. Pelos resultados obtidos, identifica-se que existe uma associação significativa entre a variável sexo e as demais que formam o perfil sociodemográfico do idoso. Espera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa sirvam de norte na criação de políticas públicas voltadas para a população de idosas.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Gênero. Feminilização da velhice.

⁵Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN-
kallinef@yahoo.com.br

⁶Doutora em Saúde Coletiva; Departamento de Demografia e Ciências Atuariais; Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN- cformiga@ccet.ufrn.br

⁷Doutora em Ciências da Saúde – Departamento de Saúde Coletiva-DSC/CCS/UFRN-
nilmadlcosta54@gmail.com

⁸Doutora em Estatística; Departamento de Demografia e Ciências Atuariais; Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM/CCET/UFRN - formiga@ccet.ufrn.br

Idosos atendidos nos serviços públicos de saúde em Natal-RN: perfil sociodemográfico num enfoque de gênero.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, que apresenta uma forte característica de feminilização da velhice (SILVEIRA et al., 2012).

A população de 60 anos ou mais no Brasil aumentou de 5,1%, em 1970, para 10,8%, em 2010. Esse percentual em 2010 classifica a população brasileira como envelhecida, pois, segundo critérios da OMS, a mesma é considerada envelhecida quando o total de idosos é superior a 7%. FORMIGA et. al. (2012) realizaram um estudo com dados da região Nordeste investigando a concentração de idosos segundo UF, e perceberam que o estado da Paraíba concentra o maior percentual de pessoas idosas, 12,0% do total da UF, seguido pelos estados do Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Pernambuco e Bahia, com os valores percentuais de 10,8%, 10,8%, 10,6%, 10,6% e 10,3%, respectivamente.

No Rio Grande do Norte o índice de envelhecimento passou de 28,9 idosos por 100 jovens no censo 2000 para 44,8 no censo 2010, mostrando um ritmo de envelhecimento acelerado para apenas uma década.

No Brasil, a razão de sexo (homens/mulheres) mostra que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre os sexos, ressaltando as peculiaridades no envelhecimento também entre gêneros (LIMA E BUENO, 2009).

A feminilização na velhice é fruto dos diferenciais por sexo, pois é muito maior o número de mulheres que sobrevivem até atingir a velhice do que os homens

e, uma vez chegando a essa idade, permanecerá nesse grupo etário por muito mais tempo do que eles (MOREIRA, 1998).

Tratar da feminilização na velhice é uma questão sensível, pois é sabido que as mulheres idosas, em sua grande maioria, tiveram uma trajetória de vida complicada, de baixa escolaridade, sem acesso a emprego, e exposta a uma cultura machista em que a mulher exercia um papel subalterno e diferenciado dentro de casa, principalmente nas regiões mais pobres. Como mostra UCHÔA (2003).

À medida que se documentou o processo do envelhecimento em diferentes culturas e que se constatou a diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura.

Além disso, a mulher é a principal responsável pelo cuidado dos parentes e do marido idoso, no nível da família e ainda no nível de comunidade, também se tornando responsável pelo cuidado dos idosos carentes e dependentes.

A luta por igualdade na diferença sexual surgiu a partir da década de 60, este período ficou caracterizado pelo feminismo, que almejava a igualdade social onde as diferenças fossem reconhecidas. Hoje considerado a equidade em gênero, conceito incorporado a partir da década de 70 (LIMA E BUENO, 2009).

Mesmo com tantas conquistas femininas, o envelhecer ainda torna as idosas, em particular, mais vulneráveis, devido a vários aspectos, que as tornam mais susceptíveis a doenças, e problemas de saúde relacionados ao estresse.

Diante disso, o principal objetivo desse trabalho é fazer uma avaliação multidimensional da população idosa atendida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Natal-RN, estabelecendo a

associação entre a categorização do perfil demográfico com o sexo dos idosos, verificando a existência de diferenciais por sexo. Busca, também, fornecer subsídios que possam contribuir com as UBS com ESF na melhoria da assistência à saúde da mulher idosa das áreas investigadas. Espera-se que as ESF, em conjunto com outros níveis de assistência comunitária, possam perseguir os princípios da Promoção de Saúde, garantindo às idosas um envelhecimento que priorize a equidade, através de ações que promovam o enquadramento das mulheres, o trabalho em rede de apoio social, o estímulo às pesquisas, e que ofereçam suporte às questões sociais.

Segundo CAMARANO (2011), as pesquisas sobre a terceira idade e, mais especificamente sobre as idosas, precisam ser estimuladas para que os mitos da terceira idade sejam desvendados e as mulheres passem a enxergar a velhice como uma fase de conquistas e não de decadência.

Material e método

Este estudo teve sua fonte de dados oriunda da pesquisa “Perfil multidimensional da população idosa atendida nas unidades de saúde da família do Distrito Oeste do município de Natal: uma contribuição para a atenção básica de saúde”, realizada em janeiro e fevereiro de 2011, em Natal-RN. A coordenação da pesquisa foi realizada por docente do Departamento de Estatística, pesquisadores do Grupo de Estudos Demográficos da UFRN e docente do Departamento de Saúde Coletiva, atuante no PET/Saúde/UFRN. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da UFRN e recebeu financiamento através do edital pesquisa para o SUS:

gestão compartilhada em saúde – PPSUS III MS/CNPq/FAPERN/SESAP – Nº 011/2009.

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que incluiu, em sua área geográfica de abrangência, idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família (USF) dos Distritos Oeste, Norte e Leste. Contou com uma amostra não probabilística, totalizando 1068 idosos, dimensionada proporcionalmente ao total de idosos atendidos em cada uma das USF de cada distrito.

Os idosos foram entrevistados em sua própria residência, por estudantes bolsistas (regulares e voluntários) da área da saúde, devidamente treinados.

Usou-se como fatores de inclusão na amostra, o fato dos idosos terem 60 anos ou mais, serem inscritos nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família localizadas nos distritos especificados (Oeste - Cidade Nova, Nova Cidade, Nazaré, Felipe Camarão II, Felipe Camarão III e Guarapés; Norte -: Santarém, Vale Dourado, Cidade Praia e Leste: Aparecida), desde que fossem moradores do bairro há mais de um ano e que tivessem sob acompanhamento dos profissionais de saúde das Unidades Básica de Saúde (UBS), com atuação do PET-Saúde do município de Natal, região Nordeste do Brasil.

A entrevista foi realizada usando um questionário de múltiplas respostas abrangendo variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, hábitos de vida, dados relativos ao estado de saúde geral, nível de independência do idoso, avaliação cognitiva e testes de equilíbrio e marcha, utilizando escalas reconhecidas nacionalmente e indicadas no “Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (2006). Este questionário incorporou o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, exigido pelo Comitê de Ética.

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva exploratória, empregando-se testes de associação de Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%, a fim de medir a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes. A variável dependente ou desfecho foi o sexo, investigando-se sua associação com as demais variáveis estudadas que foram divididas em 3 grandes grupos, quais sejam: variáveis sociodemográficas: idade (idosos Jovens: 60-69, idosos Médios: 70-79 anos e idosos Velhos: 80 anos e mais), estado civil (casado/unido, viúvo, solteiro, separado), escolaridade (alfabetizado ou não alfabetizado), cor da pele (branca, preta ou parda); Morbidade referida: ausência ou presença de doenças como Hipertensão arterial, Diabetes, AVC entre outras, e Hábitos de vida e demais variáveis do perfil: Uso de Álcool e Fumo (Sim, Não, Parou), Avaliação do estado de saúde, Utilização de remédio, entre outras.

Resultados e discussões

Os resultados do perfil dos 1068 idosos entrevistados apontaram para uma proporção expressiva de mulheres (70% eram do sexo feminino), explicada pela mortalidade diferencial por sexo, contribuindo para o aumento da expectativa de vida ao nascer da população feminina. Resultado esperado, levando-se em consideração que a proporção de mulheres na população idosa de Natal-RN (60 anos e mais) é de 60% e que a razão de sexo dessa mesma população é de 137 mulheres para cada 100 homens, segundo os dados do Censo 2010.

Quanto à idade, 53,3% dos idosos entrevistados são considerados idosos jovens (60-69 anos), mostrando uma distribuição etária rejuvenescida para esses idosos. Desse contingente, 71,6% são do sexo feminino. É importante ressaltar o

maior contingente de mulheres entre o grupo dos idosos velhos (80 anos e mais) 73,4% são do sexo feminino, diante disso percebe-se que as mulheres estão vivendo mais, resta saber se esses anos a mais são vividos com qualidade de vida.

A maioria dos idosos declarou sua cor como pardos (50%) entre esse grupo 66,2% são mulheres, enquanto 37% se declararam como brancos (com o maior contingente do sexo feminino 76,2%), o resultado da raça/cor mostra que a população atendida pelas ESF de Natal apresenta maior número de pardos, que pode ser explicado pelo fato de a população que utiliza esse tipo de serviço ser mais carente, característica que sofre grande influência da raça/cor.

A maior parte dos idosos entrevistados tem entre 0 e 4 anos de estudo (46,8%), mostrando um baixo índice de escolaridade entre esses idosos. Convém salientar a existência de idosos com 8 anos ou mais de estudo, que representa cerca de 30% do total. Para 9,8% dos idosos observou-se não resposta a essa questão, ocasionando perda de informação. No quesito de escolaridade as mulheres foram predominantes em todos os grupos (71,6% no grupo de 0-4 anos e no de 4-8 anos de estudo, e 67% no grupo de 8 anos ou mais de estudo), mostrando que elas buscam ter mais acesso a educação, apesar de suas inúmeras atribuições domésticas, mesmo contando com atividades remuneradas fora do lar.

Quanto ao estado civil, identificou-se que 51% dos idosos são casados ou unidos e cerca de 40% estão no grupo viúvos ou separado, caracterizado como o grupo que vive sozinho e, desse total, apenas 8% são efetivamente solteiros, ou seja, nunca casaram. O grupo de viúvos foi o que teve maior predominância feminina com cerca 90% do total, esse fato pode ser explicado pela mortalidade diferencial por sexo, dessa forma mulheres idosas apresentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas, uma vez que morrem mais homens. Entre os que nunca se

casaram também se destacam as mulheres (90,7%) fato explicado pelo mesmo motivo citado anteriormente e, com o passar da idade essas mulheres tendem a permanecer solteiras.

Segundo CAMARANO (2003), essas diferenças encontradas no estado conjugal ocorrem não apenas pela maior longevidade da mulher, mas, principalmente por questões sociais e culturais, onde os homens buscam se casar com mulheres mais jovens do que eles. No que diz respeito a questão de viúves, o novo casamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas, pois as mulheres tendem a permanecer fiel a seus falecidos maridos.

A existência de associação entre o sexo e as variáveis sociodemográficas, foi medido através de um teste Qui-quadrado. Os resultados apontaram para associações estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 5\%$) que ocorreram para as variáveis Raça/cor ($p\text{-valor} = 0,0045$) e situação conjugal ($p\text{-valor} < 0,00001$), enquanto Idade ($p\text{-valor} = 0,239$) e Escolaridade ($p\text{-valor} = 0,562$) não apresentaram associação com o sexo dos idosos (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos idosos por sexo, segundo variáveis sociodemográficas, Natal, 2011.

Variáveis sociodemográficas	SEXO		Total N	p-valor
	Feminino N	%		
Raça/Cor	744	70,3	1.059	0,00450
Branco	297	76,2	390	
Pardo	352	66,2	532	
Preto	95	69,3	137	
Situação Conjugal	748	70,4	1.063	<0,00001
Casado	290	55,7	521	
Viúvo	290	86,8	334	
Separado	78	77,2	101	
Solteiro	78	90,7	86	
Amasiado	12	57,1	21	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Quando se investigou a existência de alguma doença crônica que tenha durado ou poderia durar mais de um ano, 88% responderam que possuem ou já tiveram alguma, dentro desse grupo, 71,7% eram do sexo feminino. Segundo CAMARANO (2003), as chances de uma mulher apresentar algum problema de saúde nessa fase da vida são maiores do que os homens, doenças típicas como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão afetam mais mulheres que homens na terceira idade. A presença de doenças crônicas, seu controle e inúmeros fatores podem ser determinantes da qualidade de vida.

Dentre os entrevistados, as principais queixas de doenças foram hipertensão (76%), dor nas costas (47%), colesterol elevado (35%), catarata (32%) e diabetes (31%). Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2010 as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de mortalidade em idosos, com mais de 37% do número de mortes. As mais comuns são derrame, infarto e hipertensão arterial. Em seguida, vêm tumores e doenças do aparelho respiratório, por exemplo, pneumonia

e DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica, como o enfisema e a bronquite crônica).

A relação encontrada entre o sexo dos idosos e as variáveis de Morbidade referida apresentou significância estatística para quase todas as doenças pesquisadas, tais como: Pressão alta (p-valor=0,0037), fato explicado, pois a Hipertensão vai ficando mais prevalente em mulheres na medida em que vai envelhecendo, Cardiopatia isquêmica (p-valor=0,018), o câncer (p-valor=0,0030) entre outras descritas na Tabela 2. A incidência de câncer cresce com a idade, principalmente o câncer de mama em mulheres, devido ao envelhecimento celular e alterações hormonais, tornando-a propensa a sofrer mutações e diminuir suas chances de corrigi-la.

As variáveis que não apresentaram significância estatística foram: Diabetes (p-valor=0,31), Insuficiência cardíaca (p-valor=0,47), Bronquite crônica/Enfisema (p-valor=0,38), Doença renal (p-valor=0,30), Asma/bronquite (p-valor=0,396), Doença de Parkinson (p-valor=0,351), Glaucoma (p-valor=0,110), Catarata (p-valor=0,480) e Incontinência Urinária (p-valor=0,241).

Tabela 2

Distribuição dos idosos por Sexo, segundo Morbidade referida, Natal, 2011.

Morbidade referida	SEXO		Total N	p-valor
	Feminino N	%		
Pressão alta (Hipertensão)	681	71,2	957	0,00376
Sim	534	73,6	726	
Não	147	63,6	231	
Cardiopatia isquêmica	602	70,6	853	0,01823
Sim	26	55,3	47	
Não	576	71,5	806	
Câncer	597	70,2	851	0,00301
Sim	12	44,4	27	
Não	585	71,0	824	
Depressão	605	70,8	854	0,01231
Sim	110	79,7	138	
Não	495	69,1	716	
AVC/Derrame cerebral	597	70,4	848	0,01518
Sim	32	54,2	59	
Não	565	71,6	789	
Colesterol elevado	626	70,8	884	0,00032
Sim	242	78,3	309	
Não	384	66,8	575	
Artrite/Reumatismo/Artrose/Gota	637	71,7	889	<0,00001
Sim	277	87,1	318	
Não	360	63,0	571	
Angina/Infarto	602	70,3	856	0,05665
Sim	37	59,7	62	
Não	565	71,2	794	
Ansiedade	602	70,7	851	0,00748
Sim	158	78,2	202	
Não	444	68,4	649	
Dor nas costas	620	70,9	875	<0,00001
Sim	325	78,7	413	
Não	295	63,9	462	
Osteoporose	635	71,8	885	<0,00001
Sim	243	92,7	262	
Não	392	62,9	623	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

A pesquisa mostrou que, quanto ao fumo, o total dos que assumem que fumam é relativamente baixo entre os entrevistados (17,9%) e 38% disseram que fumavam, mas pararam. O maior contingente feminino foi encontrado entre o grupo de não fumantes: dos 468 idosos que relataram não fumar, 81,2% deles eram mulheres.

A grande maioria dos idosos afirma que não fizeram uso de bebida alcoólica (64,4%) nesse grupo também tem uma grande presença feminina 88,2%, enquanto que os que afirmaram que bebiam, mas pararam de beber corresponde a 23,7% e 11,3% se assumiram usuários do álcool.

Estudos apontam que os riscos do consumo do álcool no organismo são diversos, desde perda de massa muscular, prejuízos ao cérebro, hipertensão, comprometimento do fígado, predispondo o indivíduo a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social (SENGER et. al., 2009). Além disso, exacerbam as doenças crônicas mais comuns no idoso, como problemas no coração, diabetes, artrite e câncer. (LEITE, 2010).

A avaliação funcional do idoso mostrou que, quando questionados sobre seu estado de espírito, 70% deles não se sentem tristes ou desanimados, e que 55,6% desses que alegam não possuir características de sintomas depressivos são do sexo feminino, porém, ao responderem o questionário de avaliação de depressão geriátrica auto-referida e observada mostraram diferenças, desse grupo 44,6% apresentam algum sinal de depressão. Segundo o questionário avaliativo, as mulheres são as que mais apresentam sinais de depressão, 81,1% delas apresentam sinais moderados de depressão e 80,3% mostraram fortes sinais de

depressão. Levando a crer que a percepção do idoso quanto ao seu estado de espírito não condiz com a sua realidade.

Segundo Wannmacher (2004), a depressão é mal interpretada nos idosos. Estima-se que cerca de 20% das pessoas acima de 65 anos de idade apresentem distúrbios depressivos. Aliás, a depressão é 4 vezes mais comum nesta faixa etária que na população em geral, e o risco de suicídio para pessoas com mais de 65 anos é 15 vezes maior.

Ao ser questionado sobre como considera seu estado de saúde cerca de 42% dos idosos assumem como Regular e os que consideram seu estado de saúde muito bom ou bom estão em torno de 39%. As idosas se destacaram entre o grupo que considera o seu estado de saúde ruim e muito ruim com 76,6% e 79% respectivamente, como já foi dito anteriormente, apesar das mulheres viverem mais elas apresentam piores condições de saúde, sendo mais vulneráveis a diversas doenças.

Quanto ao uso de medicamentos 82,4% deles utilizam algum tipo diariamente e dentre esses 73% são do sexo feminino. Segundo BORTOLON et. al. (2008) os idosos são responsáveis pelo maior consumo de medicamentos diários, a média de uso vai de dois a cinco comprimidos por dia e as mulheres idosas, formam o grupo que mais utiliza medicamentos, esse uso excessivo pode ser consequência de um pior estado funcional e evidenciado pelo maior número de sintomas de depressão, como foi visto anteriormente no estudo.

Cerca de 36% dos idosos sofreram queda no ano que antecedeu a pesquisa e desses 19% sofreram fraturas, a queda é um evento bastante comum e devastador em idosos e embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou alguma limitação. Estima-se

que um em cada três indivíduos com mais de 65 anos sofrem alguma queda por ano e, que um em vinte daqueles que sofreram queda tenham sofrido alguma fratura ou necessitem de internação (BRASIL, 2009). O percentual de idosas que sofreram quedas foi de 79,9% e as que sofreram fraturas foi 77,6%, esse número excessivo de mulheres pode estar associado a predominância das mulheres nos afazeres domésticos. Segundo dados do SUS, um terço dos atendimentos traumáticos nos hospitais do país ocorre para a população acima de 60 anos. E 75% das lesões acontecem dentro do domicílio, onde 34% das quedas têm fraturas de difícil recuperação. A maior parte dos eventos (46%) acontece no trajeto entre banheiro e quarto, principalmente à noite.

Quando perguntado sobre a atividade sexual, 30% afirmaram ter vida sexual ativa, desse total apenas 40% são do sexo feminino. Com o avanço da idade há uma tendência a diminuição da função sexual havendo uma queda na frequência das relações sexuais. As mulheres respondem por 84,9% dos que não tem vida sexual ativa, esse número expressivo pode estar associado ao fato de a maioria delas viverem sozinhas (viúvas ou solteiras) e com o avançar da idade não procurarem por parceiros.

As associações estatisticamente significantes foram encontradas no Fumo ($p\text{-valor}<0,00001$), Álcool ($p\text{-valor}<0,00001$), os homens idosos estão mais propensos a fazerem uso do cigarro e da bebida alcoólica, do que as mulheres, como mostra Moreira (2008).

A utilização de algum remédio também apresentou significância estatística ($p\text{-valor}<0,00001$), bem como a Classificação IMC ($p\text{-valor}<0,00001$), Sente-se deprimido ($p\text{-valor}<0,00001$), sofreu queda ($p\text{-valor}<0,00001$), sofreu fratura ($p\text{-valor}=0,0281$) e atividade sexual ($p\text{-valor}<0,00001$).

No grupo das variáveis de Hábitos de vida as que não apresentaram significância estatística foram: Como considera seu estado de saúde? (p-valor=0,234), Escala de depressão geriátrica (p-valor=0,206), Escala de Lawton (p-valor=0,151) e se o idoso sofreu atropelamento nos últimos 12 meses (p-valor=0,213).

Sendo assim, constatou-se que o perfil dos idosos que apresentam significância estatística com a variável sexo, foi composto basicamente de pessoas de raça/cor parda, casadas, que apresentam doenças como hipertensão arterial, e são livres de outras doenças como cardiopatia isquêmica, câncer, depressão entre outras, que utilizam algum remédio diariamente, não fumam e não bebem entre outras características.

Tabela 3

Distribuição dos idosos por sexo, segundo hábitos de vida e outras variáveis selecionadas, Natal, 2011.

Hábitos de vida e outras variáveis	SEXO		Total N	p-valor
	Feminino N	%		
Fumo	743	70,5	1.054	<0,00001
Sim	121	65,4	185	
Não	380	81,2	468	
Parou	242	60,3	401	
Álcool	746	70,5	1.058	<0,00001
Sim	44	36,4	121	
Não	605	88,2	686	
Parou	97	38,6	251	
Utiliza algum remédio diariamente?	740	70,2	1.054	0,00019
Sim	620	73,0	849	
Não	117	58,2	201	
NI	3	75,0	4	
Classificação IMC	412	44,9	918	0,00002
baixo peso	56	40,9	137	
Peso normal	168	45,9	366	
Excesso de peso	188	45,3	415	
Missing	125	85,6	146	
Sente-se deprimido?	315	42,1	748	<0,00001
Sim	49	18,3	268	
Não	265	55,6	477	
NI	1	33,3	3	
Sofreu Queda nos últimos 12 meses?	733	71,4	1.026	0,00001
Sim	298	79,9	373	
Não	435	66,6	653	
Ocorreu fraturas nas quedas?	297	78,8	377	0,02811
Sim	52	77,6	67	
Não	244	79,7	306	
NI	1	25,0	4	
Atividade Sexual	742	70,3	1.055	<0,00001
Sim	132	40,1	329	
Não	594	84,9	700	
NI	16	61,5	26	

Fonte: Pesquisa Grupo PET-Saúde/UFRN, GED/DEST/UFRN

Considerações finais

A pesquisa mostrou uma maioria do sexo feminino, com idade entre 60-69 anos, casadas, de raça/cor parda e com escolaridade entre 1-4 anos de estudo.

Constatou-se também que, em sua maioria, os idosos não se consideram deprimidos porém, apresentam quadro de depressão medido pela escala de depressão geriátrica, a grande maioria apresentou doenças crônicas, sinalizando a necessidade de maiores investimentos em saúde, um número expressivo alega não ter o hábito de beber e nem de fumar.

Sinais de depressão, apesar de haver sido referido para um menor número de idosos, demandam atenção especializada, a fim de propiciar melhor qualidade de vida a esse grupo populacional. As doenças crônicas, comuns na velhice, também precisam de orientação adequada, para minimizar os efeitos danosos à saúde dos idosos.

Os resultados mostraram que existe associação estatisticamente significativa entre o Sexo dos idosos e sua raça/cor bem como a situação conjugal. No perfil epidemiológico percebeu-se associação com diversas doenças do quadro de morbidade referida como, por exemplo, pressão alta, câncer, depressão, colesterol alto entre outras, mostrando uma necessidade de uma maior atenção voltada para essas mulheres que chegam na terceira idade precisando de maiores cuidados por parte dos profissionais de saúde.

No quadro dos hábitos de vida, a utilização de álcool e fumo foi referida por poucos idosos entrevistados, mas, mesmo assim, apresentou significância estatística com o sexo, de forma que os homens são os que mais utilizam a bebida alcoólica e as mulheres são as mais fumantes.

A queda foi referida por um número pequeno de idosos porém, o grupo feminino foi o que mais sofreu queda no último ano, necessitando de atendimento diferenciado, tendo em vista que a queda leva a limitações de movimentos entre outras prejudicando a vida do idoso.

Essa predominância feminina na população idosa tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois se percebe que a maioria dessas mulheres vive sozinha, além de experimentar piores condições de saúde. Isto requer uma maior assistência tanto do Estado quanto das famílias. Em geral, as mulheres são as mais dependentes de cuidado, e, por acréscimo, são as tradicionais “cuidadoras”, geralmente, são elas as responsáveis pelo cuidado dos netos e dos maridos doentes, ficando a mesma sem os devidos cuidados que tanto necessitam, algumas vezes, esquecendo-se e, em outras ficando impossibilitada de procurar os cuidados pessoais para sua própria saúde.

Por fim, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam ser aproveitados para potencializar os benefícios de uma velhice saudável, através de um acompanhamento eficaz pela ESF dos distritos sanitários de residência desses idosos, trazendo uma política de saúde preventiva e que os subsídios apontados com esses resultados, contribuam para a implementação de melhor qualidade nos serviços da atenção em saúde dos idosos, com profissionais mais preparados, humanizados e conhecedores do processo da velhice.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. [Online] **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466> Acesso em: 06 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). [Online] **Dicas de Saúde: Queda de Idosos**. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html> Acesso em 18 abr. 2013.

BORTOLON, P. C. et al. **Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras**. Cien Saúde Colet, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. Cap. 1, p. 25-76. 2004.

CAMARANO, A. A., **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência**. Revista Coletiva, Fundação Joaquim Nabuco. n.05, jul/ago/set 2011. Disponível em <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8> Acesso em: 29 abr. 2013.

CAMARANO, A. **A MULHER IDOSA: SUPORTE FAMILIAR OU AGENTE DE MUDANÇA?**. ESTUD. AV. [ONLINE]. 2003, VOL.17, N.49, PP. 35-63. ISSN 0103-4014.

FORMIGA, et al SILVEIRA, K. F.; RAMOS, P.C.F.; COSTA, N. D. L. **Octogenários da região Nordeste do Brasil: concentração espacial e perfil sociodemográfico**. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. Anais... Águas de Lindóia, 2012.

GUEDES, G. R. **Os diferenciais de gênero na influência do status sócio-econômico e da estrutura domiciliar nos resultados de saúde do idoso brasileiro**. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu – MG –Brasil, 2006. Anais... Caxambu, 2006.

HELUANY ,C. C. V. **Perfil do envelhecimento de octogenários e nonagenários residentes em Siderópolis – SC.** 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina. 2007.

LEITE, F. **Médicos menosprezam alcoolismo de idosos: Uso abusivo de bebida e cigarro, visto com certa naturalidade nessa faixa etária, piora doenças e afeta qualidade de vida.** O Estado de São Paulo, São Paulo, 31 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,medicos-menosprezam-alcoolismo-de-idosos,588541,0.htm>> Acesso em: 09 jul. 2012.

LIMA, L. C. V. BUENO, C. M. L. B. **Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência.** Revista Brasileira de Estudos da População, Campinas, v. 15, n.1, p. 79-95, 1998

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira e migrações.** Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, v. 1, n.5, p. 7-16, 2003.

MOREIRA PFP, MARTINIANO FILHO F. **Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos.** Envelhecimento e Saúde 2008; 14(1): 23-6.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2011. Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos.** Disponível em <http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Globais.aspx?indiceAccordion=2&li=li_RDHGlobais>. Acesso em 10 ago. 2013.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES I.; CARLI, G. A. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com Ingestão **alimentar e aspectos socioeconômicos.** In: Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre-RS, 2009. *Anais...* Porto Alegre, 2009.

SILVEIRA, K. F.; FORMIGA, M. C. C.; COSTA, N. D. L.; RAMOS, P.C.F. **Saúde do idoso em Natal-RN, Brasil: Identificação de associações entre variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e autonomia física.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. *Anais...* Águas de Lindóia, 2012.

UCHÔA, E. **Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública, v. 43, n. 3, p.: 548-554. 2009.

WANNMACHER, L. **Depressão maior: da descoberta à solução?** In.: Uso Racional de Medicamentos – temas selecionados Vol. 1, Nº 5 Brasília, Abril de 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_DEP_0404.pdf> Acesso em: 29 abr. 2013.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. 2005. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** In: XXV Conferência Internacional de População da União Intranacional para Estudos Científicos de População. Tours, França, 2005. *Anais...* Tours, 2005

WU, JH; HAAN, MN; LIANG, J; GHOSH, D; GONZALEZ, HM; HERMAN, WH. **Impact of antidiabetic medications on physical and cognitive functioning of older Mexican Americans with diabetes mellitus: a population-based cohort study.** Ann Epidemiol, v.13(5), p.369-76. 2003.

4 DISCUSSÕES

O estudo apresentou um número elevado de mulheres entre os entrevistados, resultado esperado, levando-se em consideração que a proporção de idosas no município de Natal é em torno de 60%, fato explicado pela prevalência de mulheres ter se tornado mais expressiva ao longo das décadas (CAMARANO, 2004). Transformações demográficas que, de alguma forma, explicam as relações de sexo encontradas neste estudo.

O maior contingente de idosos alfabetizados no estudo corrobora com o que cita CAMARANO (2004) “Foram observados importantes avanços nos níveis educacionais da população brasileira entre 1940 e 2000: aumentou a proporção de pessoas alfabetizadas”.

Para melhor entender o processo de envelhecimento é importante atentar que: ao envelhecer o corpo perde a capacidade de reparar os desgastes; o sistema imunológico tende a ficar mais frágil e mais suscetível a infecções; a qualidade da visão diminui; o colágeno (proteína que “dá liga” à pele, ossos, ligamentos e tendões) vai diminuindo e perdendo sua flexibilidade; há perda óssea (osteoporose e diminuição da altura); a mastigação e a digestão ficam mais difíceis; o sistema circulatório tende a funcionar com mais dificuldade, abrindo a brecha para doenças cardíacas, AVCs (derrames) e disfunções renais; diminuição de massa muscular e maior acúmulo de gordura, ficando mais susceptível ao surgimento de doenças crônicas (BIBLIOTECA VIRTUAL, 2009).

Grande parte dos idosos apresenta, pelo menos, uma doença crônica, embora isso não signifique limitação ou dependência. A presença de doenças crônicas, seu controle e inúmeros fatores podem ser determinantes da qualidade de vida destes.

Dentre os entrevistados as principais queixas de doenças foram hipertensão, dor nas costas, artrite/reumatismo/artrose/gota, colesterol elevado, catarata e diabetes, doenças crônicas próprias da população idosa, mas, que podem ser controladas se devidamente acompanhadas e tratadas sob orientação médica.

Mais da metade dos idosos entrevistados já fizeram uso do fumo ou ainda o adotam como hábito regular. Sabe-se que o hábito de fumar está particularmente associado ao uso de bebidas alcoólicas, predispondo o indivíduo a importantes

alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social. (SENGER et. al., 2009). Os hábitos adquiridos durante a vida são essenciais para uma boa velhice.

Com relação à ingestão de bebida alcoólica, 35% dos idosos têm algum histórico, pois, cerca de 24%, bebiam mais pararam de beber, enquanto 11% assumiram que continuam fazendo uso do álcool. Estudos apontam que os riscos do consumo do álcool no organismo são diversos, desde perda de massa muscular, prejuízos ao cérebro, hipertensão, comprometimento do fígado e um risco maior de interação negativa com os medicamentos. O álcool e o fumo, além disso, exacerbam as doenças crônicas mais comuns no idoso, como problemas no coração, diabetes, artrite e câncer. (LEITE, 2010).

A depressão, apesar de ser uma doença comum não é tratada adequadamente, pois muitos pacientes não conseguem diagnosticar ou não possuem ajuda médica. O estudo apontou que os idosos não tem percepção real do seu estado depressivo, pois apesar de muitos deles não se considerarem pessoas depressivas, ao responder o questionário da avaliação de depressão geriátrica, grande parte deles apresentaram sinais de depressão. Os sintomas incluem distúrbios do sono, insatisfação com as atividades diárias, desânimo, dificuldade de concentração e muitos outros.

Neste estudo, entre os idosos que foram submetidos a escala de avaliação funcional de Lawton, que define condições de dependência física para as atividades da vida diária (AVDs), 75% deles apresentaram independência, resultado bastante positivo para a qualidade de vida desses idosos. Capacidade funcional é definida pela presença ou não de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-la (RIBEIRO, 2006).

As dificuldades que os idosos apresentam no meio em que vivem, mesmo aqueles independentes, provocam um grande impacto sobre a mobilidade, a independência e a qualidade de vida e afeta a sua capacidade de locomoção.

Para Silva et. al. (2003), mobilidade é a capacidade de se mover de um ponto a outro, constituindo um elemento importante na manutenção da independência e um atributo essencial para a qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos entrevistados são, em sua maioria, do sexo feminino, considerados idosos jovens (menor de 70 anos de idade), casadas, de raça/cor parda e são alfabetizadas, sabendo ler e escrever.

No que se refere ao quadro epidemiológico e funcional, constatou-se que os idosos não se autodefiniram depressivos, mas a escala de avaliação de depressão geriátrica mostrou que a maioria apresenta algum sintoma de depressão, grande parte deles apresentam doenças crônicas e faz uso de medicamento regularmente, necessitando de maiores investimentos em saúde, um número representativo alegam não ter o hábito de beber e de fumar.

Os resultados mostraram algumas condições esperadas como uma maior autonomia funcional nas AVDs para os idosos jovens (menor que 70 anos de idade), alfabetizados e não tendo sinais de depressão, assim como o fato de ser casado também mostrou uma associação significativa com a Escala de Lawton, na condição de maior grau de independência, o que pode refletir a existência de um suporte familiar para o alcance dessa condição.

A amostra de idosos que responderam o questionário de escala de Lawton foi bem representativa, tendo em vista que os resultados dos 648 idosos entrevistados foi bastante similar ao do universo da pesquisa, que contou com 1068 idosos, portanto os resultados podem ser inferidos para toda a população entrevistada.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para potencializar os benefícios de uma velhice saudável, através de um acompanhamento eficaz pela ESF dos distritos sanitários de residência desses idosos, na perspectiva de uma política de saúde preventiva junto a esses idosos e que os subsídios apontados com esses resultados do estudo, contribuam para a implementação de melhor qualidade nos serviços da atenção em saúde dos idosos, com profissionais mais preparados, humanizados e conhecedores do processo da velhice.

O atendimento ao idoso não pode ser restrito aos momentos de doença, deve ser feito um acompanhamento contínuo, fornecendo maneiras de enquadrar esse idoso no meio em que vive com as pessoas da comunidade, oferecendo meios

de socialização e convivência com os outros idosos que residem nas proximidades, como forma de desenvolvimento de suas capacidades físicas e intelectuais, trazendo assim um envelhecimento saudável e com ganhos de anos vividos.

Para isto é preciso que cada vez mais, exista um planejamento de capacitação para os profissionais da Atenção Básica de Saúde que fazem parte da ESF, incluindo o agente de saúde. Independente de ser médico, enfermeiro ou dentista, toda equipe que presta uma assistência ao idoso precisa ter o conhecimento cada vez mais atualizado sobre as mudanças próprias de comportamento, de história de vida e do processo de saúde doença.

Atender às necessidades de uma grande população na velhice pode ser uma tarefa difícil em países de baixa e média renda. A questão da falta de recursos se contrapõe com a necessidade de construir novas instituições que ofereçam cuidados adequados à saúde e outras necessidades do envelhecimento. Essas demandas não podem ser adiadas por mais tempo, porque aqueles que chegarão à velhice em 2050 já estão entrando no mercado de trabalho, e é da sua contribuição de renda que deve sair o suprimento necessário para o desenvolvimento desses projetos.

A pesquisa foi realizada com idosos atendidos pelo SUS junto as Equipes de Saúde da Família – ESF, sabe-se que a realidade social desses idosos é diferente dos que possuem e podem pagar um plano de saúde, ou ate mesmo fazem uso de clinicas particular para realizar suas consultas médicas, por isso os profissionais da área precisam estar qualificados para atender as demandas dessa população carente que precisa de atendimento médico especializado e acolhimento junto às equipes.

Por fim, como sugestão, fica a ampliação desse estudo para os acamados e ou aqueles mais debilitados, para que dessa forma, a UBS possa trabalhar para melhoria da condição de saúde de sua população idosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D. **A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas - ENCE, 2002. 56 p. (Textos para discussão. ENCE, ISSN 1677-7093; n.4)

ALVES, J.E.D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade.** Instituto Fernand Braudel de economia mundial. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.braudel.org.br>> Acesso em 09 mar. 2013.

BANCO MUNDIAL. **Population aging: is Latin America ready?** Editor: Daniel Cotlear. Directions in development. Human Development. Washington, DC: The World Bank; 2011.

BANDEIRA, E. M. F. de S.; PIMENTA, F. A. P. e SOUZA, M. C. [Online] **Atenção a saúde do idoso. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. 2006. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br> Acesso em 29 jul. 2011.

BIBLIOTECA VIRTUAL. [Online] **Especial: Idosos.** Governo do Estado de São Paulo. São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/especial/20091112-idosos.php>> Acesso em 29 jul. 2001.

BLOOM, D.E, CANNING, D., FINK, E.G. **IMPLICATIONS OF POPULATION AGING FOR ECONOMIC GROWTH.** Working Paper 16705.NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, Massachusetts. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. [Online] **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466> Acesso em: 06.07. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). [Online] **Dicas de Saúde:Queda de Idosos.** 2009.Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html> Acesso em 18 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12.Brasília, 2010.

BRETT, C. **The effects of population aging on optimal redistributive taxes in an overlapping generation's model.** International Tax and Public Finance, 2012, Vol.19(6), pp.777-799.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade.** Belo Horizonte. UFMG/Cedeplar, 2007.

BORTOLON, P. C. et al. **Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras.** Cien Saúde Colet, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Cap. 1, p. 25-76. 2004.

CAMARANO, A. **A MULHER IDOSA: SUPORTE FAMILIAR OU AGENTE DE MUDANÇA?** ESTUD. AV. [ONLINE]. 2003, VOL.17, N.49, PP. 35-63. ISSN 0103-4014.

CAMARANO, A. A., **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência.** Revista Coletiva, Fundação Joaquim Nabuco. n.05, jul/ago/set 2011. Disponível em <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8> Acesso em: 29 abr. 2013.

COBAP, Confederação Brasileira De Aposentados, Pensionistas e Idosos. [Online] **ESCOLARIDADE DOS IDOSOS NO BRASIL É MUITO BAIXA.** 2011. Disponível em: <<http://www.cobap.org.br/capa/lenoticia.asp?ID=56306>> Acesso em 08 mai. 2013.

DAVISON, S. L.; Davis, S. R. **Androgenic hormones and aging — The link with female sexual function.** Hormones and Behavior, 2011, Vol.59(5), pp.745-753.

DYSON, T. **On Demographic and Democratic Transitions.** Population and Development Review, 2013, Vol.38, pp.83-102

FORMIGA, et al SILVEIRA, K. F.; RAMOS, P.C.F.; COSTA, N. D. L. **Octogenários da região Nordeste do Brasil: concentração espacial e perfil sociodemográfico.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. Anais... Águas de Lindóia, 2012.

GUEDES, G. R. **Os diferenciais de gênero na influência do status sócio-econômico e da estrutura domiciliar nos resultados de saúde do idoso brasileiro.** In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu – MG –Brasil, 2006. Anais... Caxambu, 2006.

HELUANY ,C. C. V. **Perfil do envelhecimento de octogenários e nonagenários residentes em Siderópolis – SC.** 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina. 2007.

HOSMER, DW, LEMESHOW, S. **Applied logistic regression.** 2. ed. New York: John Wiley & Sons. 2000.

LEBRÃO, M. L. **O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica.** Saude Coletiva, Ed. Bolina, v.4, n.017, p.: 135-148. 2007.

LEE R, MASON A. **Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition.** European journal of population 2010; 26(2):159-182.

LEITE, F. **Médicos menosprezam alcoolismo de idosos: Uso abusivo de bebida e cigarro, visto com certa naturalidade nessa faixa etária, piora doenças e afeta qualidade de vida.** O Estado de São Paulo, São Paulo, 31 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,medicos-menosprezam-alcoolismo-de-idosos,588541,0.htm>> Acesso em: 09 jul. 2012.

LIMA, L. C. V. BUENO, C. M. L. B. **Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

LIVI-BACCI, M. **Historia de la Poblacion Europea.** Barcelona: Editora Crítica, 1999.

MOREIRA PFP, MARTINIANO FILHO F. **Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos.** Envelhecimento e Saúde 2008; 14(1): 23-6.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira e migrações.** Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, v. 1, n.5, p. 7-16, 2003.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência.** Revista Brasileira de Estudos da População, Campinas, v. 15, n.1, p. 79-95, 1998

MOSER, A. **O envelhecimento da população brasileira e seus desafios.** REB - Revista Eclesiástica brasileira, Petrópolis, v.70, fas.277, p.132-152, Jan./Mar 2010. Ecologia o cuidado pela vida.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil.** Einstein, v. 6, p. S4-S6, 2008. Suplemento 1.

NUNES, D. P. et. al. **Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil).** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.6. p.:2887-2898, 2010.

PICCINI, R.X. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p.: 657-667, jul./set. 2006.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2011. Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos.** Disponível em< http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Globais.aspx?indiceAccordion=2&li=li_RDHGlobais >. Acesso em 10 ago. 2013.

PRESTON, S. H.; STOKES, A. **Sources of Population Aging in More and Less Developed Countries.** Population and Development Review, 2012, Vol.38(2), pp.221-236

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZH, A. O. **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos.** Rio de Janeiro - RJ. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 13(4): p.1265-1273. 2008.

RIBEIRO, A. P. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas.** 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

SANTOS, R. L. VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de atividades instrumentais da vida Diária.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Vol. 21, Núm. 4, sinmes, 2008, pp. 290-296. ISSN (Versiónimpresa): 1806-1222. Universidade de Fortaleza. Brasil. 2008.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. **Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 520-526. ISSN 0103-2100.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES I.; CARLI, G. A. **Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com Ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos.** In: Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre-RS, 2009. *Anais...* Porto Alegre, 2009.

SILVA, V. M.; GONÇALVES, C. T.; SILVA, J. J.; GOBBI, L. T. B. **Mobilidade de idosos em ambiente doméstico: efeitos de um programa de treinamento específico.** Revista brasileira de atividade física e saúde, v.8, n.1, p. 5-19. Santa Catarina, 2003.

SILVEIRA, K. F.; FORMIGA, M. C. C.; COSTA, N. D. L.; RAMOS, P.C.F. **Saúde do idoso em Natal-RN, Brasil: Identificação de associações entre variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e autonomia física.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012. *Anais...* Águas de Lindóia, 2012.

SMIL, V. **The Last Eighty Years: Continuities and Change.** Population and Development Review, 2013, Vol.38, pp.265-279.

UCHÔA, E. **Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública, v. 43, n. 3, p.: 548-554. 2009.

VERAS, R. P. País **Jovem com Cabelos Brancos: a Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ. 1994.

VERAS, R. P. **Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. V. 17, n.1, p. 231-238. 2012a.

VERAS, R. P. **Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos**. Revista Acta Scientiarum. Human and Social Sciences. Maringa, v. 34, n. 1, p. 3-8, Jan.-June, 2012b.

WANNMACHER, L. **Depressão maior: da descoberta à solução?** In.: Uso Racional de Medicamentos – temas selecionados Vol. 1, Nº 5 Brasília, Abril de 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_DEP_0404.pdf> Acesso em: 29 abr. 2013.

WONG, L. L. R. **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR. Introdução: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso sob a ótica de uma sociedade para todas as idades. p.11-22. 2001.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. 2005. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. In: XXV Conferência Internacional de População da União Intranacional para Estudos Científicos de População. Tours, França, 2005. *Anais...* Tours, 2005

WU, JH; HAAN, MN; LIANG, J; GHOSH, D; GONZALEZ, HM; HERMAN, WH. **Impact of antidiabetic medications on physical and cognitive functioning of older Mexican Americans with diabetes mellitus: a population-based cohort study**. Ann Epidemiol, v.13(5), p.369-76. 2003.

ANEXOS

ANEXO A - Tabela 1 : Variáveis do estudo

Variáveis Sociodemográficas		Morbidade referida		Hábitos de vida e outras	
Sexo	Masculino	Pressão alta (Hipertensão)	Sim	Fumo	Sim
	Feminino		Não		Não
Idade	Idoso jovem	Diabetes	Sim	Alcool	Parou
	Idoso Médio		Não		Sim
	Idoso Velho	Cardiopatia isquêmica	Sim		Não
Raça	Branco		Não		Parou
	Pardo	Cancer	Sim		Muito bom
	Preto		Não		Bom
Situação Conjugal	Casado	Depressão	Sim	Como considera seu estado de saúde?	Regular
	Viuvo		Não		Ruim
	Separado	Insuficiência Cardíaca	Sim		Muito ruim
	Solteiro		Não		Missing
	Amasiado	AVC/Derrame cerebral	Sim		Sim
Escolaridade	0-4 anos de estudo		Não	Possui algum problema de saúde?	Não
	4-8 anos de estudo	Bronquite crônica/Enfisema	Sim		Não sabe/ Não lembra
	mais de 8 anos de estudo		Não		Sim
			Sim	Utiliza algum remédio diariamente?	Não
			Não		NI
		Colesterol elevado	Sim	Classificação IMC	Baixo peso
			Não		Peso normal
		Artrite/Reumatismo /Artrose/Gota	Sim		Excesso de peso
		Doença renal	Sim	Sente-se deprimido?	Missing
			Não		Sim
		Asma/Bronquite	Sim		Não
			Não	Escala de depressão geriátrica	NI
		Angina/Infarto	Sim		Sem sinais de depressão
			Não		Sinais moderados
		Ansiedade	Sim	Escala de Lawton	Fortes sinais de depressão
			Não		Dependente
		HIV/AIDS	Sim		Independente
			Não	Sofreu atropelamento nos ultimos 12 meses?	Sim
		Dor nas costas	Sim		Não
			Não		NI
		Osteoporose	Sim	Sofreu Queda nos ultimos 12 meses?	Sim
			Não		Não
		Doença de Parkinson	Sim		Sim
			Não	Ocorreu fraturas nas quedas?	Não
		Glaucoma	Sim		NI
			Não		
		Catarata	Sim	Atividade Sexual	Sim
			Não		Não
		Incontinência Urinária	Sim		NI
			Não		

ANEXO B - Questionário aplicado: incorporando o “Termo de consentimento livre e esclarecido”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a)

O PET-Saúde da UFRN, através da equipe responsável, vem convidá-lo (a) a participar da pesquisa **Perfil Multidimensional da População Idosa Atendida nas Unidades de Saúde da Família em alguns Distritos de Saúde do Município de Natal**, que tem por objetivo avaliar as condições de saúde das pessoas com 60 anos ou mais, de modo a melhorar as ações de saúde oferecidas em nossa cidade.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar o convite, o (a) Sr (a) deverá responder ao presente questionário.

Não existem riscos em sua participação nessa pesquisa, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita em conjunto, de forma a não identificar os voluntários, nem suas respostas.

O (a) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida ou informações poderá ser esclarecida diretamente com a coordenação do estudo, nos telefones e/ou endereços abaixo:

Coordenadoras: Professoras Maria Célia de C. Formiga e Nilma Dias Leão Costa - Departamento de Saúde Coletiva (DSC)– Centro de Ciências da Saúde. Endereço: Rua Gen. Gustavo Cordeiro de Farias, s/n – Petrópolis. CEP: 59010-180 - Natal-RN – Brasil, ou pelo telefone, (84)- 3215-4324 – GED/DEST/CCET- 3215-3788.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova.

Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN ou pelo telefone Telefone/Fax (84)215-3135

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

NOME (Assinatura)



QUESTIONÁRIO NÚMERO

Bloco A – INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Unidade de Saúde da Família:

Entrevistador: _____ n° _____

Data da entrevista: ____/____/2011.

ACS Responsável: _____

Área: _____ Micro área: _____

Tempo da entrevista: Início _____ Término _____

Quem respondeu ao questionário: () 1. Entrevistado () 2. Familiar () 3. Cuidador () 4. Outro não familiar

NOME: (INICIAIS) _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

Bloco B – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Qual é a sua idade? ____ (anos completos)

4. Cor da pele: () 1. Branca

() 2. Parda

(...) 3. Preta

() 4. Outra: _____

5. Qual sua situação conjugal atual:

() 1. Casado(a) ou vive com companheiro(a)

() 2. Viúvo(a) () 3. Separado/divorciado(a)

() 4. Solteiro () 5. Amasiado () 9. NI

6. O(a) Sr.(a) tem filhos?

() 1. Sim () 2. Não () 9. NI

7. Se SIM, Quantos filhos: _____ () 9. NI

Atenção a opção 9.NI = Não Informou

Bloco C - INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

8. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

() 1. Sim () 2. Não

() 3. Só assina o nome () 9. NI

9. Até que série o(a) Sr.(a) completou na escola?

_____ anos de estudo () 9. NI

10. O(a) Sr.(a) é aposentado(a):

() 1. Sim () 2. Não ou () 9. NI

Se Não ou NI, pule para a questão 12

11a. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou: _____ anos

11b. Qual o motivo de sua aposentadoria?

() 1. Idade

() 2. Tempo de Serviço

() 3. Invalidez/Doença

() 4.

Outro _____

12. O Sr(a) é empregado(a), patrão(oa) ou trabalha por conta própria:

- () 1. Empregado(a)
() 2. Empregador(a)
() 3. Conta própria ou autônomo(a)
() 4. Bolsa Família
() 5. Sem renda própria

13. No último mês, quantas horas o(a) Sr(a) trabalhou por dia: _____ horas por dia

14a. Qual o tipo de trabalho(função/ocupação) que o(a) Sr(a) realizou no último mês? (descreva detalhadamente o(s) tipo(s) de trabalho realizado no último mês, conforme relatado pelo(a) entrevistado(a))

14b. Qual o tipo de trabalho(função/ocupação) que o(a) Sr(a) realizou a maior parte de sua vida?

15. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas (incluindo crianças)

16. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)

Pessoa 1R\$ _____ por mês _____, SM

Pessoa 2R\$ _____ por mês _____, SM

Pessoa 3R\$ _____ por mês _____, SM

SMPessoa 4R\$ _____ por mês _____, SM

() 9.NI

(SM = salários mínimos)

Bloco D - HÁBITOS DE VIDA/ESTADO DE SAÚDE/MORBIDADE REFERIDA

17. Desde <7 dias antes da data da entrevista> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. _____ dias

() 0.nenhum ou (...) 9.NI→vá para a pergunta[19]

18. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia? _____ minutos p/dia

19. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram o(a) Sr.(a) suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? (Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, etc.)

_____ dias/semana () 0. Nenhumou () 9. NI→vá para a pergunta [21]

20. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia? _____ minutos p/dia() 9 NI

21. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram o(a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.

_____ dias
() 0. Nenhumou () 9.NI →Vá para pergunta [23]

22. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? _____ minutos p/dia (9) NI

23. O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou? Sim:

() 1. Cigarro/cigarilhas () 2. Cachimbo

() 3. Cig. de palha () 4. Charuto

() 5. Não, nunca fumou. Pule para a pergunta [27]

() 6. Fumou, mas parou há _____ anos e _____ meses

() 9.NI

Se fuma, pular para a pergunta[25a]

24. O(a) Sr.(a) parou de fumar, por quê? _____

25a. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? _____ anos _____ meses

25b. Começou a fumar aos _____ anos

25c. Parou de fumar aos _____ anos

26. Quantos cigarros/cigarilhas ou charutos o(a) Sr.(a) fuma ou fumava por dia?

() 1. Até 10 por dia

() 2. De 10 a 20 por dia

() 3. 21 ou mais por dia

27. O(a) Sr.(a) toma bebida alcoólica ou já tomou no passado?

() 1. Cerveja () 2. Aguardente() 3. Outro _____

() 3. Não, nunca "Bebeu". Pule para a pergunta [31]

() 4. Bebeu, mas parou há _____ anos e _____ meses

Se bebe, pular para a pergunta [29a]

28. O(a) Sr.(a) parou de beber, por quê? _____

29a. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) bebe (ou bebeu durante quanto tempo)? _____ anos _____ meses

29b. Começou a beber aos _____ anos

29c. Parou de beber aos _____ anos

30. Quantas vezes o(a) Sr.(a) bebe ou bebia por dia?
_____ vezes por dias () 9. NI

31. Em comparação com outras pessoas como o (a) Sr.(a) considera seu estado de saúde:

- () 1. Muito Bom
() 2. Bom
() 3. Regular
() 4. Ruim
() 5. Muito ruim
() 9. NI

32. Indique as 3 medidas que em sua opinião são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas (numerar de 1 a 3 por ordem).

- () 1. Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal
() 2. Fazer exercícios físicos regularmente
() 3. Não tomar bebidas alcoólicas em excesso
() 4. Consultar o médico regularmente
() 5. Não fumar
() 6. Manter seu peso ideal
() 7. Controlar ou evitar o estresse.
() 9. NI

Bloco E - MORBIDADE REFERIDA/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

33. O (a) Sr.(a) tem algum problema de saúde que tenha durado ou provavelmente vai durar mais do que um ano, tais como problema físico, mental ou emocional?

- () 1. Sim
() 2. Não
() 3. Não sabe/Não lembra
() 9. NI

34. Se Sim, que problemas de saúde são estes?

Pressão alta (Hipertensão) () 1. Sim () 2. Não	Doença renal () 1. Sim () 2. Não
Diabetes () 1. Sim () 2. Não	Asma/Bronquite () 1. Sim () 2. Não
Cardiopatia isquêmica () 1. Sim () 2. Não	Angina/Infarto () 1. Sim () 2. Não
Câncer () 1. Sim () 2. Não	Ansiedade () 1. Sim () 2. Não
Depressão () 1. Sim () 2. Não	HIV/AIDS () 1. Sim () 2. Não
Insuficiência Cardíaca () 1. Sim () 2. Não	Dor nas costas () 1. Sim () 2. Não
AVC/Derrame cerebral () 1. Sim () 2. Não	Osteoporose () 1. Sim () 2. Não

Bronquite crônica/Enfisema () 1. Sim () 2. Não	Doença de Parkinson () 1. Sim () 2. Não
Colesterol elevado () 1. Sim () 2. Não	Glaucoma () 1. Sim () 2. Não
Artrite/Reumatismo/Artrose/ Gota () 1. Sim () 2. Não	Catarata () 1. Sim () 2. Não
Outras doenças, qual(is): _____	

35a. Quando o(a) Sr.(a) se sente doente que tipo de serviço procura?

- () 1. Emergência de Hospital Público
() 2. Ambulatório/Posto de Saúde de Serviço Público
() 3. Serviço do Plano de Saúde
() 4. Consultório Particular
() 5. Outro (especifique) _____
() 9. NI

36a. O (a) Sr.(a) usa algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?

- () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sabe () 9. NI

36b. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

Posso ver a(s) receita(s) ou a(s) embalagem(ns)?

[Anotar os nomes]

() 9. NI

Bloco F –AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

NUTRIÇÃO

Medidas antropométricas:

37a. Peso atual: _____ kg 37b. Altura: _____ cm

37c. IMC: _____

37d. Circunferência abdominal: _____ cm

37e. Pressão Arterial: _____ / _____ mmHg

OBS: Para acamados:

37f. Circunferência do joelho _____ cm, e

37g. panturrilha _____ cm

*Encaminhamentos: Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.

VISÃO

38a. O(a) Sr.(a) tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais?

- () 1. Sim () 2. Não () 9. NI

Se SIM, aplicar o cartão de Jaeger (Apêndice I):

38b. Olho direito: _____ 38c. Olho esquerdo: _____

*Encaminhamentos: Se houver incapacidade de ler até 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista.

AUDIÇÃO

TESTE DO SUSSURRO: O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”

A pessoa idosa responde a pergunta feita?

- 39a. Ouvido direito: () 1.Sim () 2. Não
39b. Ouvido esquerdo:() 1.Sim () 2. Não

Se não, verificar a presença de cerume.

- 39c. Cerume: Ouvido direito:() 1.Sim () 2. Não
39d. Cerume: Ouvido esquerdo: () 1.Sim () 2. Não

***Encaminhamentos: Preencher o cartão com os achados alterados para serem agendados na Unidade de Saúde para avaliação do Médico/Enfermeiro assistente da área**

HUMOR/DEPRESSÃO

40. O(A) Sr.(a) se sente triste ou desanimado(a) frequentemente?

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

*** Encaminhamentos: Se SIM, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica abaixo, Se NÃO, ou NI – Não informou, salte para a 56.**

Escala de Depressão Geriátrica

41. Está satisfeito(a) com sua vida?
() 1.Sim () 2. Não
42. Interrompeu muitas de suas atividades?
() 1.Sim () 2. Não
43. Acha sua vida vazia?
() 1.Sim () 2. Não
44. Aborrece-se com frequência?
() 1.Sim () 2. Não
45. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?() 1.Sim () 2. Não
46. Teme que algo ruim lhe aconteça?
() 1.Sim () 2. Não
47. Sente-se alegre a maior parte do tempo?
() 1.Sim () 2. Não
48. Sente-se desamparado com frequência?
() 1.Sim () 2. Não
49. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
() 1.Sim () 2. Não
50. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?() 1.Sim () 2. Não
51. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?
() 1.Sim () 2. Não
52. Sente-se inútil?() 1.Sim () 2. Não
53. Sente-se cheio/a de energia?
() 1.Sim () 2. Não
54. Sente-se sem esperança?
() 1.Sim () 2. Não
55. Acha que os outros têm mais sorte que você?
() 1.Sim () 2. Não

COGNIÇÃO E MEMÓRIA

56. Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos:

Mesa Maça Dinheiro

Após três minutos, pedir que os repita. Verificar e registrar se responde a sequência:

- () 1. Completa
() 2. Incompleta
() 3. Não Responde

FUNÇÃO DOS MMSS

57a. Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.

- () 1.Sim () 2. Não

57b. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.

- () 1.Sim () 2. Não

***Encaminhamentos: Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).**

FUNÇÃO DOS MMII

Ver se a pessoa idosa é capaz de:

58a. Levantar-se da cadeira:

- () 1.Sim () 2. Não

58b. Caminhar 3,5m:

- () 1.Sim () 2. Não

58c. Voltar a sentar:

- () 1.Sim () 2. Não

Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.

***Encaminhamentos: Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).**

ATIVIDADES DIÁRIAS

Sem auxílio, o(a) Sr.(a) é capaz de:

59a. Sair da cama

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

59b. Vestir-se

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

59c. Preparar suas refeições

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

59d. Fazer compras

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

59e. Ir ao banheiro

- () 1.Sim () 2. Não () 9. NI

Se Não, Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.

***Encaminhamentos: Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de Katz e escala de Lawton, abaixo. (Detalhes no Apêndice II, anexo)**

**Tipo de classificação das Atividades Diárias
Índice de AVDs de Katz**

Atenção: Registrar a classificação abaixo com base nas respostas às questões 59a. à 59e PÓS aplicação Quest.

A. Independente para todas as atividades.

- () 1.Sim () 2. Não

B. Independente para todas as atividades menos uma.

- () 1.Sim () 2. Não

C. Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.

() 1.Sim () 2. Não

D. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.

() 1.Sim () 2. Não

E. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.

() 1.Sim () 2. Não

F. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.

() 1.Sim () 2. Não

G. Dependente para todas as atividades.

() 1.Sim () 2. Não

H. Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

() 1.Sim () 2. Não

60. Resultado da classificação do Índice de AVDs de Katz Classificação: _____

Escala de Lawton

Atividade/Avaliação

61. O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

62. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

63. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

64. O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

65. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

66. O(a) Sr.(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

67. O(a) Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

68. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

69. O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?

Sem ajuda () 3. [3pts]

Com ajuda parcial () 2. [2pts]

Não consegue () 1. [1pt.]

70. Total na Escala de Lawton _____ pontos

ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA ABVD (Apêndice II) FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE KATZ

Nome: _____ Data de avaliação: ____/____/____

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

71. Banho

() 1. Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho).

() 2. Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).

() 3. Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

72. Vestir

() 1. Pega as roupas e veste completamente sem assistência.

() 2. Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.

() 3. Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

73. Banheiro

() 1. Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).

() 2. Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.

() 3. Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

74. Transferência

() 1. Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).

() 2. Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.

() 3. Não sai da cama.

75. Continência

() 1. Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.

- () 2. Tem “acidentes” *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais
- () 3. Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

76. Alimentação

- () 1. Alimenta-se sem assistência.
- () 2. Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
- () 3. Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

DOMICÍLIO

77a. Na sua casa há: Escadas

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

77b. Tapetes soltos

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

77c. Corrimão no banheiro

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

77d. Degraus

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

77e. outros _____

***Encaminhamentos: Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.**

ACIDENTES DE TRÂNSITO/QUEDAS

78a. O(a) Sr.(a) sofreu algum tipo de atropelamento nos últimos 12 meses?

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

78b. O(a) Sr.(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

78c. Se Sim, em qual local? (Pode marcar mais de uma opção)

- () 1. em casa
- () 2. em via pública
- () 3. no ônibus (ou do ônibus)
- () 4. Não sofreu queda nesse período
- () 5. Outro (especifique) _____

- () 9. NI

Se Não, saltar para 79a.

78d. Em alguma(s) dessas quedas ocorreu uma fratura?

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

78e. Se SIM, o que raturou? _____ () 9. NI

***Encaminhamentos: Orientar prevenção.**

SUPORTE SOCIAL

79a. Alguém poderia ajudá-lo(a), caso fique doente ou incapacitado(a)?

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

79b. Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo(a) Sr.(a), caso não seja capaz de fazê-lo: Relação de parentesco/amizade _____

() 9. NI

79c. Nos últimos 30 dias com que frequência o(a) Sr(a) recebeu visita ou visitou alguém? (NÃO leia as alternativas)

- () 1. Quase todos os dias
- () 2. Uma a três vezes por semana
- () 3. Uma vez a cada 15 dias
- () 4. Uma vez por mês
- () 5. Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- () 9. NI

79d. Nos últimos 30 dias o(a) Sr(a) participou de atividades como cultos religiosos, atividades em clubes, associações, jogos com amigos, conhecidos ou vizinhos?

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

***Encaminhamentos: Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo(a).**

INCOTINÊNCIA URINÁRIA

80a. O(a) Sr.(a), às vezes, perde urina ou fica molhado:

- () 1. Sim
- () 2. Não
- () 9. NI

80b. Se Sim, pergunte: Quantas vezes? _____ () 9. NI

80c. Isso provoca algum incômodo ou embaraço?

() 1. Sim

() 2. Não

() 9. NI

Definir quantidade e frequência: _____

_____ () 9. NI

***Encaminhamentos: Pesquisar as causas.**

ATIVIDADE SEXUAL

81a.O(a) Sr.(a) tem atividade sexual?

() 1. Sim

() 2. Não

() 9. NI

81b. Se Sim,tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações? Qual?_____

_____ () 9. NI

***Encaminhamentos: Se Sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade.**

Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados

Apêndice A

CARTÃO DE JAEGER



**Apêndice B -
ESCALA DE KATZ
ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (IIABVD)
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE KATZ**

Nome: _____	Data de avaliação: ____/____/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.	
71. Banho – a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. São considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho).	
Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).	
Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.	
72. Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas entram fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. Diz-se, em dependência às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.	
Pega as roupas e esse veste completamente sem assistência.	
Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	
Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.	
73. Banheiro – a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependente são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.	
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	
Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.	
Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.	
74. Transferência – a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.	
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	
Não sai da cama.	
75. Continência – "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.	
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	
Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais	
Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.	
76. Alimentação – a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal: se alimentam com ajuda ou utilizam sondas para se alimentarem.	
Alimenta-se sem assistência.	
Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	
Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.	

Cópia do Entrevistado

**Centro de Ciências da Saúde/PET
Saúde PPSUS III
MS/CNPq/FAPERN/SESAP
(Parceria: GED/DEST/CCET/UFRN)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a)

O PET-Saúde da UFRN, através da equipe responsável, vem convidá-lo(a) a participar da pesquisa **Perfil Multidimensional da População Idosa Atendida nas Unidades de Saúde da Família em alguns Distritos de Saúde do Município de Natal**, que tem por objetivo avaliar as condições de saúde das pessoas com 60 anos ou mais, de modo a melhorar as ações de saúde oferecidas em nossa cidade.

Sua participação é voluntária, o que significa que o(a) Sr(a) poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar o convite, o(a) Sr(a) deverá responder ao presente questionário.

Não existem riscos em sua participação nessa pesquisa, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita em conjunto, de forma a não identificar os voluntários, nem suas respostas.

O(a) Sr(a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida ou informações poderá ser esclarecida diretamente com a coordenação do estudo, nos telefones e/ou endereços abaixo:

Coordenadoras: Professoras Maria Célia de C. Formiga e Nilma Dias Leão Costa

Departamento de Saúde Coletiva (DSC)– Centro de Ciências da Saúde.

Endereço: Rua Gen. Gustavo Cordeiro de Farias, s/n – Petrópolis.

CEP: 59010-180 - Natal-RN – Brasil, ou pelo telefone, (84)- 3215-4324

GED/DEST/CCET- 3215-3788.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no seguinte endereço:

Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova.

Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 - Natal/RN ou pelo telefone Telefone/Fax (84)215-3135

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

NOME (Assinatura)

