

ANTONIO MONTEIRO

**IDOSOS USUÁRIOS DO SUS DO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ-SP:
QUEM SÃO? COMO VIVEM? O QUE SENTEM?**

Orientadora: Prof. Dr^a Tania Ruiz

Dissertação apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

BOTUCATU

2002

Universidade Estadual Paulista – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB
Departamento de Saúde Pública
Pós Graduação em Saúde Coletiva

**IDOSOS USUÁRIOS DO SUS DO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ-SP:
QUEM SÃO? COMO VIVEM? O QUE SENTEM?**

Antonio Monteiro

Orientadora: Prof. Dr^a Tania Ruiz

Dissertação apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Botucatu
OUTUBRO 2002

DEDICATÓRIA

A meus pais, **Genefredo e Yara**, pela formação humanista e os valores de vida que me transmitiram.

A minha mulher, **Valderez**, a grande companheira, por sua força, seu otimismo e o constante apoio nos momentos mais difíceis de minha vida.

A meus filhos, **Antonio Eduardo e Antonio Roberto**, por me darem a plena convicção de que tudo que fiz na vida valeu a pena.

Às minhas netas, **Bruna e Fernanda**, que me estimulam a lutar por um futuro melhor para as novas gerações.

HOMENAGEM ESPECIAL



Ao meu pai Genefredo Monteiro, nordestino piauiense que analfabeto aos 16 anos de idade migrou para o Rio de Janeiro como tantos outros conterrâneos e com grande determinação e espírito de luta acabou por tornar-se o médico mais humano e um dos mais brilhantes intelectuais que conheci em toda minha vida.

Obrigado por tudo que você me ensinou e obrigado por ser meu pai.

AGRADECIMENTOS

São inúmeras as pessoas que de forma direta ou indireta colaboraram com a realização deste trabalho e não é sem receio de cometer erros imperdoáveis que ousarei fazer alguns agradecimentos especiais àquelas que por um motivo ou outro acabo por lembrar.

Inicialmente agradeço a população de Alambarí, em especial aos meus pacientes idosos do SUS, que de forma extremamente colaborativa e simpática receberam nossa equipe de entrevistadoras e garantiram o sucesso de nossa tarefa.

Agradeço também aos prefeitos de Alambarí: Cel. Iglésias, Joãzinho e Udson, os quais embora representando partidos políticos diferentes deram uma bela lição de maturidade política ao manter, em suas sucessivas administrações, as diretrizes básicas de um sistema de saúde, permitindo com isso que o município pudesse ter um crescimento substancial nesse setor.

À minha orientadora, Dra. Tania Ruiz que com seu jeito tranqüilo e sempre otimista, soube atenuar as freqüentes crises de angústias de seu complexo orientado.

A equipe de auxiliares de enfermagem de Alambarí pela forma humana e sempre alegre com que atendem os usuários das unidades de saúde e que por isso mesmo foram essenciais no sucesso do desenvolvimento desse trabalho.

Agradecimento especial à equipe de entrevistadoras que realizou um trabalho além das expectativas, desdobrando-se na busca aos idosos a serem entrevistados, muitas vezes em condições de grande dificuldade de acesso: Adriana, Dinéia, Fernanda, Sandra, Silvana, Shirley e Valdinéia.

A Meire e Luciana, bibliotecárias da Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação do Campus da UNESP de Botucatu, em nome de quem agradeço a equipe de profissionais e funcionários administrativos dessa biblioteca, pela forma simpática, competente e sempre disponível com que atenderam todas as solicitações que fiz durante esse longo processo.

Aos funcionários da Seção de Pós graduação da Fac. de Medicina de Botucatu, em especial o Sr. Nathanael que sempre atenderam de forma competente e simpática as nossas solicitações.

Ao professor Roberto Carlos Burini, por seu dinamismo e entusiasmo que são um exemplo e estímulo a todos que tem o privilégio de ser seu aluno.

Ao professor Clineu de Mello Almada Filho pelo apoio e orientações essenciais ao desenvolvimento deste trabalho.

A professora Ivete Dalben por sua ajuda fundamental na utilização do programa estatístico SPSS e sua forma tranqüila e sempre disponível em atender nossas solicitações de ajuda.

Aos professores Luiz Roberto Ramos e Renato Veras pela forma atenciosa com que atenderam solicitações de apoio na elaboração do instrumento básico desta pesquisa enviando os questionários completos utilizados em seus trabalhos já considerados clássicos, sobre populações idosas do Brasil.

Ao meu mestre e amigo professor José da Silva Guedes, que me mostrou o caminho da Saúde Pública.

A Dra. Sandra Marcela Mahecha Matsudo, por suas orientações na escolha de uma escala para avaliação da atividade física dos idosos.

Ao Dr. Luis Carlos Giarola, por suas orientações na escolha de uma escala para avaliação dos hábitos nutricionais dos idosos.

Ao meu amigo e idealista prof. Antonio Luiz Caldas Jr., pelas orientações fundamentais no início da busca pela pós graduação e por sua permanente luta por mais justiça social.

A Maria Luiza Neris Luiz Caldas, por suas orientações fundamentais para a classificação dos medicamentos usados pelos idosos objeto deste trabalho.

As minhas colegas de mestrado, em especial a Lula e Marina que sempre procuraram animar o “vovô” da turma quando atacado por suas crises existenciais.

Aos funcionários administrativos do Departamento de Saúde Pública da Fac. de Medicina de Botucatu, pela forma prestativa com que sempre atenderam nossas solicitações.

A Lucilene, secretária do curso de pós graduação em Saúde Coletiva, por sua forma organizada e tranqüila de sempre atender as nossas aflições e dúvidas.

Aos meus amigos professores Paul e Ligia pela revisão do texto e abstract.

Agradeço enfim a todas as pessoas que de alguma forma mexeram comigo durante minha vida, pois isso com certeza me ajudou a crescer.

Este trabalho foi desenvolvido no município de Alambarí-SP e contou com apoio financeiro da FAPESP.

Considerar o idoso como um ser não mais produtivo e, em consequência, não lhes reconhecer o direito à cidadania é imoral.

Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ.....	11
3. JUSTIFICATIVA.....	13
4. OBJETIVOS.....	15
5. METODOLOGIA.....	16
5.1 - População alvo.....	16
5.2 - Instrumentos.....	18
5.2.1 - Questionário.....	18
5.2.2 - Prontuários.....	22
5.2.3 - Medidas físicas.....	22
5.3 - Entrevistadoras.....	23
5.4 - Informações sobre mortalidade.....	24
5.5 - Supervisão do processo.....	24
5.6 - Processamento dos dados.....	25
6. RESULTADOS.....	25
6.1 - Quem são os idosos usuários do SUS de Alambarí.....	26
6.2 - Como vivem os idosos usuários do SUS de Alambarí.....	30
6.3 - O que sentem os idosos usuários do SUS de Alambarí.....	47
7. DISCUSSÃO.....	51
8. CONCLUSÕES.....	80
9. RECOMENDAÇÕES.....	84
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

11. ANEXOS	100
Anexo 1 Modelo do questionário de coleta dos dados	101
Anexo 2 Critério de Classificação Econômica Brasil	109
Anexo 3 Escala CAGE e para classificação alimentar	114
Anexo 4 Escala para atividade física	115
Anexo 5 Escala para distúrbios psíquicos	116
Anexo 6 Escala para distúrbios cognitivos	117
Anexo 7 Escala para avaliação da autonomia	118
Anexo 8 Do que mais gostam da vida	119
Anexo 9 Principais insatisfações com a vida	120
Anexo 10 Principais desejos	121
Resumo	122
Abstract.....	123

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela, gráfico, quadro ou figura	Página
Figura 1 – Mapa do estado de São Paulo, com a localização do município de Alambarí.	11
Gráfico 1 – Distribuição proporcional dos domicílios de Alambarí-SP, pela renda do responsável.	12
Quadros 1A e 1B – Escalas de avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC) segundo OMS e Lipschitz.	22
Tabela 1 – Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas variáveis demográficas e de estado nutricional, por sexo. 2001.	27
Tabela 2 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas variáveis demográficas e de estado nutricional, por área de residência urbana ou rural. 2001.	29
Tabela 3 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo variáveis socio-econômicas, por área de residência urbana ou rural. 2001.	31
Tabela 4 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo variáveis socio-econômicas, por sexo. 2001.	33
Tabela 5 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas características das condições de saúde, por sexo. 2001.	34
Quadro 2 – Relação dos medicamentos mais usados pelos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, distribuídos por subgrupos da ATC-OMS. 2001.	35
Quadro 3 – Distribuição das causas de morbidade referida pelos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, por capítulos da CID 10. 2001.	36
Tabela 6 – Distribuição por faixas etárias dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo ausência dos dentes naturais. 2001.	37
Tabela 7 – Relação entre ocorrência de quedas e o uso habitual de medicação hipnótica, pelos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP. 2001	38

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela, gráfico, quadro ou figura	Página
Tabela 8 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo as prevalências de distúrbios psíquicos, déficit cognitivo e nível de autonomia, por sexo. 2001.	38
Tabela 9 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo nível de autonomia, por faixas etárias. 2001.	39
Tabela 10 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo déficit cognitivo, por faixas etárias. 2001.	40
Tabela 11 - Óbitos por grupos de causas entre a população idosa de 60 anos e mais de Alambarí-SP, no período de 1993 a 2001.	40
Tabela 12 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas características das condições de saúde, por área de residência urbana ou rural. 2001.	41
Tabela 13 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo as prevalências de distúrbios psíquicos, déficit cognitivo e nível de autonomia, por área de residência urbana ou rural. 2001.	42
Tabela 14 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo as condições de saneamento básico, por área de residência. 2001.	43
Tabela 15 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns hábitos pessoais e procura por ações preventivas de saúde, por área de residência urbana e rural. 2001.	44
Tabela 16 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns hábitos pessoais e procura por ações preventivas de saúde, por sexo. 2001.	46
Tabela 17 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns sentimentos em relação as suas vidas atuais, por área de residência urbana e rural. 2001.	48
Tabela 18 - Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns sentimentos em relação as suas vidas atuais, por sexo. 2001.	50

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela, gráfico, quadro ou figura	Página
Gráfico 2 – Nível de escolaridade de algumas populações de idosos estudadas em São Paulo.	53
Gráfico 3 – Proporção de famílias por classe econômica segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Comparação entre as famílias dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP 2001, com as famílias da região sudeste 1996.	54
Gráfico 4 – Tempo de residência no município de Alambarí, dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP 2001.	57
Gráfico 5 – Posse de alguns bens de consumo pelas famílias onde vivem os idosos usuários do SUS de Alambarí-SP. 2001.	58
Gráfico 6 – Comparação do déficit cognitivo entre os idosos usuários do SUS de Alambarí-SP 2001 com idosos de São Paulo 1991, segundo diferentes critérios de avaliação.	67
Tabela 19 – Distribuição da prevalência do hábito de fumar entre idosos americanos 1993 – 1997, por faixas etárias.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME – Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado.

ANEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

AOA – Administration on Ageing.

ATC INDEX – Anatomical Therapeutic Chemical Classification.

AVD – Atividades da Vida Diária.

BOAS – Brazil Old Age Schedule.

BOMFAQ – Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil.

CDC – Center for Diseases Control and Prevention

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – 10^a revisão.

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística.

IMC – Índice de Massa Corpórea.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.

SES-SP – Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

SGVE – Sub Grupo de Vigilância Epidemiológica.

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TRE-SP – Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo.

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

WHO – World Health Organization.

IDOSOS USUÁRIOS DO SUS DO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ-SP:

QUEM SÃO? COMO VIVEM? O QUE SENTEM?

I. INTRODUÇÃO

A maioria dos trabalhos que abordam problemas relacionados com a população idosa no Brasil começa por apontar o explosivo crescimento demográfico dessa parcela da população e suas conseqüências nos diversos setores da sociedade (KALACHE et al. 1987; RAMOS et al. 1987; VERAS et al. 1987; SILVESTRE et al. 1996; CHAIMOWICZ 1997; EDWARDS 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001; CAMARANO 2002; LITVAK 2002; WHO 2002).

Esse fato é bastante compreensível tendo em vista que a questão do idoso será um dos maiores desafios da saúde pública e da sociedade como um todo, neste início de século.

O período compreendido entre 1975 a 2025 está sendo considerado pela OMS como a era do envelhecimento dado o crescimento acentuado da população idosa sobre a população total (CANÇADO, 1994).

Esse crescimento tem sido muito mais expressivo e acelerado nos países em desenvolvimento, já que no período entre 1970 a 2000, enquanto a população idosa aumentou 88% nos países desenvolvidos, esse aumento foi de 123% nos menos desenvolvidos (CANÇADO, 1994).

No Brasil estima-se que esse processo ocorrerá de forma muito mais impressionante, pois, enquanto é esperado um aumento de 3,22 vezes na população total, esse aumento deverá ser de 8,9 vezes para a população com mais de 65 anos e

de 15,6 vezes na faixa etária acima dos 80 anos, fazendo com que o país chegue ao ano 2025 com a 6ª maior população idosa do mundo (KALACHE et al., 1987).

Dessa forma, o problema do envelhecimento populacional é um fato concreto que está presente em todos os países, mas que se torna um desafio ainda maior para os países em desenvolvimento que, não só estão menos atentos a percepção desse fato e conseqüentemente na busca de soluções, como estarão sendo submetidos a esse processo de uma forma muito mais rápida do que os países hoje desenvolvidos que passaram por essas mudanças num período de várias décadas. Na França, passaram-se 115 anos para que a proporção de idosos crescesse de 7% para 14%, o que na China ocorreu em apenas 27 anos! (WHO, 2002).

Assim, os países pobres estão envelhecendo muito mais rapidamente do que suas economias estão tendo condições de acompanhar esse fenômeno (WHO, 2002).

Em recente documento, elaborado para subsidiar as discussões da 2ª Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento (Second United Nations World Assembly on Ageing) realizada em Madrid em abril de 2002, a OMS destaca o fato de que, antes de ser considerado um problema a ser enfrentado, o aumento expressivo da longevidade, obtido no século passado, deve ser visto como um importante indicador de sucesso da humanidade, embora seja ao mesmo tempo um grande desafio (EDWARDS, 2001).

Analisando-se a questão de forma mais profunda e fazendo uma diferença entre viver e sobreviver, se faz necessário saber se essa maior expectativa de vida está acrescentando qualidade de vida a esses anos adicionais (ROCHA, 2000). Assim, nosso grande desafio, de um futuro já presente, será: “adicionar mais vida aos anos e não simplesmente mais anos à vida” (CANÇADO, 1994).

Esse desafio se faz presente no próprio conceito do que é considerado um idoso. Em recente documento sobre a questão da saúde do homem idoso (WHO, 2001), técnicos da OMS chamam a atenção para a relatividade no estabelecimento dos pontos de corte para se considerar uma pessoa como idosa ou não.

Sabe-se que de fato, o processo de redução da capacidade funcional do ser humano e, portanto, o início do envelhecimento orgânico, ocorre em média a partir dos 30 anos de idade (McARDLE, 1998). No entanto, atualmente, define-se como idosos os indivíduos a partir de 60 ou 65 anos de vida.

A OMS (WHO, 2001) destaca o fato de que, em países pobres, muitos indivíduos entre a idade de 40 a 50 anos já apresentam tantos problemas de limitações funcionais que já deveriam ser considerados idosos.

Em Ghana as pessoas são consideradas idosas de acordo com sua capacidade para o trabalho e seus atributos pessoais de experiência e capacidade de liderança (WHO, 2001), isto é, define-se o idoso de acordo com sua capacidade funcional e não meramente por critérios cronológicos de idade.

Pode-se imaginar, então, que a tendência será de cada vez mais se procurar definir o indivíduo idoso como aquele que tenha menor capacidade funcional e de autonomia, eliminando-se assim o preconceito de considerar-se as pessoas acima dos 60 ou 65 anos como pouco produtivas, incapazes, dependentes, constituindo-se num problema para a sociedade.

Burini (2000), num trabalho sobre estilo de vida, longevidade e morbidade, afirma que, embora vivendo mais, a população tem adoecido mais e, portanto, está usufruindo pior qualidade de vida, o que acaba por acelerar o processo de envelhecimento orgânico.

Nessa linha de raciocínio, Fries (1990), fazendo considerações sobre possíveis tendências futuras da morbidade e da mortalidade, apresenta três situações interessantes a serem consideradas:

Na primeira situação ocorreria apenas um aumento na expectativa de vida, sem modificar a idade de aparecimento das doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, aumentando o período de vida mórbida dos idosos. Essa seria considerada como uma "falência do sucesso".

Na segunda situação haveria aumento tanto na expectativa de vida, quanto na idade do aparecimento das doenças crônicas, mas as pessoas estariam sujeitas ao mesmo período de vida mórbida que elas têm atualmente, simplesmente ele seria prorrogado para uma idade mais avançada.

Numa terceira situação haveria sensível aumento na idade do aparecimento das doenças crônicas, com pequeno aumento na expectativa de vida, reduzindo dessa forma o período de vida mórbida, o que o autor chama de "compressão da morbidade".

Com os conhecimentos científicos atuais e o avanço tecnológico disponível, poder-se-ia propor uma quarta situação: a extensão dos dois períodos (início da morbidade e a expectativa de vida), levando a "compressão da morbidade" para décadas mais avançadas da vida, aumentando ao máximo a qualidade de vida das pessoas até seus últimos dias.

Para que se possa comprimir essa morbidade, é essencial que se procure conhecer e interferir nos principais fatores que levam a um declínio mais acelerado da capacidade funcional desses idosos, através de estudos epidemiológicos específicos para essa faixa etária e que se procure estudar também diferentes

realidades vivenciadas por essa população, já que cerca de 70% desses indivíduos vivem hoje em países em desenvolvimento (WHO, 2002).

Stuck et al. (1999) encontraram como fatores de mais forte evidência para o declínio da capacidade funcional dos idosos: dano cognitivo, depressão, sobrecarga de doenças simultâneas, aumento ou diminuição do Índice de Massa Corpórea (IMC), limitação funcional dos membros inferiores, baixa frequência de contatos sociais, baixa frequência de atividades físicas, abstinência ao álcool quando comparada com o uso moderado, sentimento pessoal de saúde debilitada, hábito de fumar e distúrbios visuais.

Ramos (1997), utilizando um modelo de análise multivariada, encontrou como variáveis independentes e significantes no risco de morte de uma população idosa de classe média do município de São Paulo: sexo, idade, hospitalização nos últimos seis meses, déficit cognitivo e perda da autonomia. Nesse trabalho o autor conclui que, para o idoso, muito mais importante do que ter, ou não, uma doença é o fato de sofrer, ou não, conseqüências de limitações funcionais, tanto físicas quanto mentais.

Pode-se concluir, então, que não é suficiente prolongar a vida das pessoas para se considerar que se está melhorando o padrão de saúde de um povo, é necessário que se dê um mínimo de condições para que as pessoas vivam mais, mas com autonomia e sem doenças que limitem sua capacidade funcional.

Considerando que se está no século XXI, as citações anteriores deixam de ser previsões e já passam a ser a realidade concreta, fazendo com que os gestores públicos passem a se preocupar com o problema, entendendo que os programas e projetos voltados ao atendimento das pessoas idosas devem ser estruturados de forma

mais ampla e não apenas voltados essencialmente ao mero tratamento primário de doenças.

O próprio Ministério da Saúde reconhece esse fato quando, ao iniciar o texto do Programa de Saúde do Idoso, afirma: “*A catástrofe ocorrida na Clínica Santa Genoveva de repente despertou nosso país para um aspecto ao qual não estava preparado: o Brasil é um país que está envelhecendo*”. Reconhece ainda que estamos iniciando esse novo século com a população idosa crescendo proporcionalmente oito vezes mais que os jovens e quase duas vezes mais que a população total e que essas mudanças demográficas já começaram a provocar uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, que eram previsíveis, mas para as quais não estamos preparados (BRASIL, 2001).

A manutenção financeira é outro problema que agrava a situação dos idosos em nosso meio, já que, como em outras regiões menos desenvolvidas (WHO, 2002), os idosos brasileiros participam em maior proporção na luta pelo mercado de trabalho e levam grande desvantagem, pois como alerta Neri (2002): “*Na atualidade, a onda de desemprego gerado em parte pelo processo de globalização da economia, mas principalmente pela desigualdade na distribuição de bens e de oportunidades sociais afeta fortemente em cheio os adultos mais velhos. Uma vez desempregados, homens e mulheres de mais de 40 anos dificilmente encontram outra colocação, por que os postos de trabalho estão sofrendo um drástico corte. Em semelhante cenário, as economias sequer estão dando conta de criar novos empregos para atender a demanda da população jovem, que dirá dos mais velhos*”.

Camarano (2002) apresenta uma idéia mais otimista em relação à situação econômica dos idosos ao demonstrar que as famílias brasileiras onde existem idosos

estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias, dizendo que os benefícios previdenciários recebidos por eles acabam tendo um papel de um seguro de renda vitalício para essas famílias.

O fato do idoso permanecer trabalhando, muitas vezes mesmo após sua aposentadoria, pode ter uma interpretação no sentido oposto, se por um lado isso pode significar mais autonomia e melhores condições de qualidade de vida, por outro pode indicar a necessidade de manter-se ativo por uma questão de garantia de sobrevivência (ANDERSON, 1998); é o que parece indicar dados como do ILO (International Labour Office), relativos ao ano 2000, que revelam que, enquanto na Europa apenas cerca de 5% dos idosos com mais de 64 anos continuam trabalhando, na América Latina essa proporção chegava a 20% e na África a 40% (WHO, 2001).

Fato paradoxal e absolutamente irracional que vem ocorrendo em nosso meio é que após aumentar a capacidade funcional e a sobrevida do homem, o mercado de trabalho está cada vez mais descartando trabalhadores em faixas etárias ainda distantes da chamada terceira idade.

A solução do chamado problema do idoso deverá ir exatamente no sentido oposto, isto é, investir-se todo o avanço tecnológico conseguido no último século para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, permitindo que cheguem a terceira idade em boas condições funcionais, produtivos, saudáveis, constituindo uma importante parcela da população e não sendo vista como um fardo a ser carregado.

É realmente muito incômodo para qualquer ser humano que resolva refletir sobre o destino da humanidade, aceitar que após ter atingido um desenvolvimento técnico-científico tão formidável, o homem ainda tenha que ver a maioria de seus semelhantes sobrevivendo em condições de carências primárias.

Sabe-se que não faltam conhecimentos tecnológicos para se garantir um mínimo de dignidade às condições de vida de toda a população. Falta apenas decisão política (MARTINS FILHO, 1995). É essencial portanto que se reflita sobre o atual modelo econômico globalizado e se busque alternativas que levem em consideração esses fatos negativos, pois do contrário nossos sucessos econômicos e tecnológicos continuarão estando disponíveis apenas para uma insignificante parcela da população, gerando uma situação de grande tensão social, o que poderá estar comprometendo de forma definitiva todas essas importantes conquistas.

Assim, entendendo que o idoso brasileiro na sua maioria ainda faz parte dessa parcela marginalizada, sem efetivo acesso às conquistas econômicas e tecnológicas, não deve ser vista a necessidade de dar atenção aos mesmos como uma atitude meramente humanitária ou como forma de pagá-los por aquilo que produziram quando jovens para as futuras gerações.

O atendimento integrado às necessidades dos idosos é direito deles e um dever da humanidade se quisermos considerar que o século XX foi o período de maior sucesso de conquistas da espécie humana.

O idoso pode não produzir com a velocidade, a modernidade e a quantidade de um jovem, mas ele o faz com muita sabedoria e paciência, um trabalho fruto de toda uma experiência de vida. Deve-se criar oportunidades para que esse potencial seja viabilizado em atividades concretas.

São inúmeros os exemplos de idosos que ocuparam e ocupam postos estratégicos na gerência das mais variadas atividades públicas ou privadas tendo em suas mãos decisões vitais para toda a humanidade.

Infelizmente isso ocorre com uma ínfima minoria de idosos. A grande maioria, vivendo em países em desenvolvimento, luta com muito sofrimento, tentando sobreviver à margem de todos os recursos tecnológicos conquistados pelo homem.

Além de ser uma questão moral, o enfrentamento da realidade do envelhecimento da população mundial é um grave e urgente assunto econômico, pois é essa parcela da população que vai consumir cada vez mais serviços médicos sofisticados e caros, leitos hospitalares, medicamentos e aposentadorias, o que fará com que tenham de ser encontradas novas e criativas formas de financiamento dessas necessidades.

Esse fato estará também causando modificações nos hábitos e estruturas familiares, já que essas pessoas idosas estarão necessitando cada vez mais de pessoas para cuidar deles, e essas pessoas deverão ser preparadas para essa tarefa, além de necessitarem de tempo para isto.

Assim, é fácil perceber que a questão do idoso não é um problema do futuro mas sim do presente e deve-se começar a enfrenta-lo para que se encontrem as melhores alternativas para soluçona-lo.

Silvestre (1996), utilizando dados do Ministério da Saúde, relativos às internações hospitalares feitas pelo SUS no ano de 1995, mostra que, embora as internações de pessoas idosas (60 anos ou mais) tenham representado apenas 16,9% do total, elas consumiram 20,8% do custo total dessas internações e, enquanto o custo de hospitalização por habitante/ano foi de R\$11,52 para a faixa etária de zero a 14 anos e de R\$ 20,12 para o grupo de 15 a 59 anos, para os idosos esse custo foi de R\$61,00.

Estudo similar, realizado pelo Ministério da Saúde em 1997, constatou que, de um custo total de R\$ 2.997.402.581,29 reais resultando das internações hospitalares feitas pelo SUS, 23,9% desse valor foi gasto com pessoas de 60 anos ou mais o que, naquele momento, representava 7,9% da população total (BRASIL, 2001).

Talvez ao refletir sobre o problema dos idosos, o homem possa retornar a uma séria e necessária reflexão sobre os efeitos do desenvolvimento tecnológico para a espécie, fato sobre o qual Maffei (1974) já chamava atenção, dizendo: "O assim chamado progresso ou civilização, caracterizada pela industrialização, donde resultou a supremacia dos bens materiais, representa na atualidade a mais importante causa desencadeante ou mesmo eficiente de doenças, devido aos múltiplos traumatismos psíquicos, mecânicos, físicos e intoxicações que podem determinar...". Isso foi dito há 25 anos! O que mudou? Parece que apenas o tamanho do problema!

Entretanto, para Carvalho e Wong (1995) apud (CHAIMOWICZ, 1997), o Brasil vive uma "fase de ouro" em relação à questão da transição demográfica, pois, enquanto o número de crianças não tem aumentado desde 1980 e a população economicamente ativa deverá aumentar até por volta de 2020, a proporção de idosos em nossa população, deverá manter um ritmo relativamente baixo de crescimento, até que se inicie um período de rápida aceleração a partir de 2020.

Assim sendo, para esses autores, o país vive hoje o momento ideal para planejar e executar políticas que visem o enfrentamento dessa situação inevitável e extremamente complexa.

Essas políticas necessitarão levar em conta que, de um lado deverão estar voltadas para ações de prevenção primária para as gerações mais jovens que serão os

idosos das próximas décadas, procurando fazer com que cheguem à terceira idade com menor grau de incapacidades, maior autonomia, maior capacidade produtiva e melhor qualidade de vida (LITVAK, 1990).

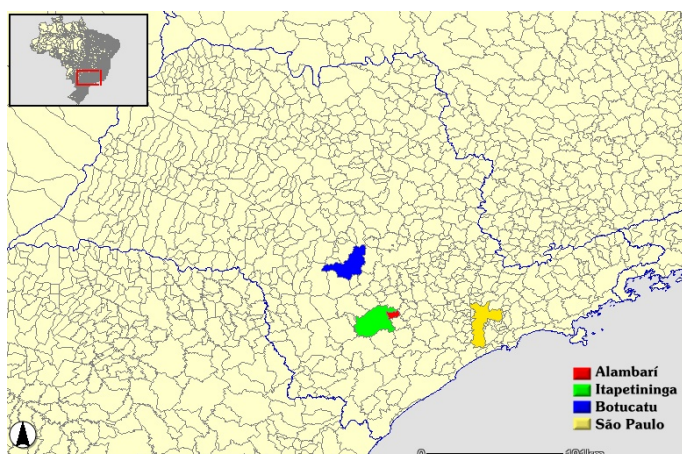
Por outro lado, essas políticas deverão enfrentar a questão dos idosos atuais que hoje vivem sofrendo todas as conseqüências de uma realidade de desigualdades e privações (VERAS, 1994), a margem de uma tecnologia próspera e deslumbrante, que acabou beneficiando apenas uma minoria desses cidadãos, já que 70% da população idosa mundial vive hoje em países em desenvolvimento (WHO, 2002).

O desafio é imenso e assustador, mas não há como fugir do mesmo pois o envelhecimento populacional mundial é uma realidade irreversível e para nós, país em desenvolvimento, essa realidade é ainda mais complexa.

II. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ

Alambarí é um pequeno município da região sul do estado de São Paulo (173 km²), emancipado em 1991 do município de Itapetininga, do qual dista 15 km.

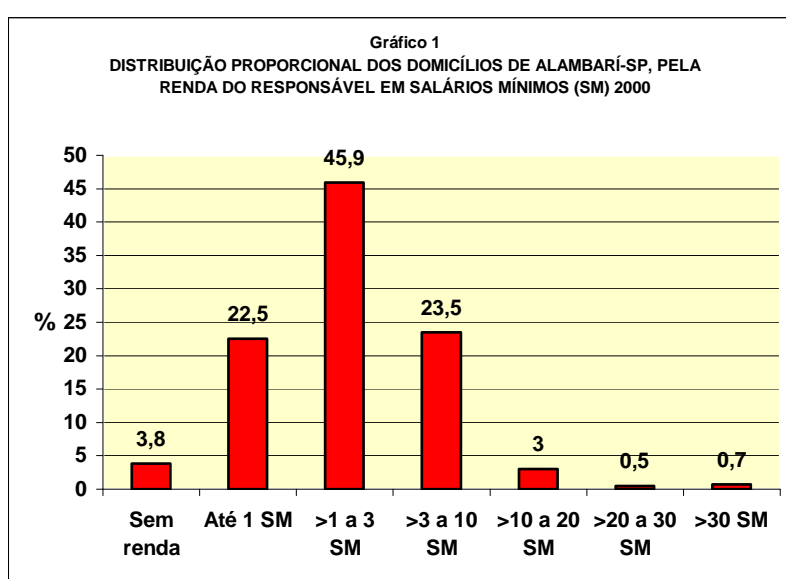
Figura 1



Fonte: <http://www.ibge.org.br>

O município apresenta uma população estimada de 3.650 habitantes (censo 2000), com 33% de população rural. Tem uma densidade demográfica de 22,02 hab/km² e tem como principais atividades econômicas a agropecuária de pequeno porte e o comércio.

A maior parte da população é de classe econômica baixa, em 72,2% dos domicílios o responsável tem rendimento de no máximo três salários mínimos ¹, conforme mostra o gráfico a seguir.



Dados do IBGE (1998), revelavam que em 1995, havia no município 181 estabelecimentos agropecuários, sendo que 162 deles (89,5%) eram de pequenos produtores proprietários e 103 (56,9%) tinham de 10 a menos de 100 hectares.

Existem no município, apenas três pequenas empresas de caráter industrial, sendo uma delas uma fábrica de farinha de milho, outra de tapetes de borracha e uma de sacos sintéticos para embalagem.

Existem ainda duas empresas de grande porte que possuem áreas em Alambarí e que têm importância fundamental na geração de empregos: a Companhia

¹ Dados do censo 2000 obtidos na sede do IBGE de Itapetininga.

Suzano de Papel e Celulose (que atua na área de reflorestamento com eucaliptos) e a empresa de citricultura Sonia Maria, que embora sediada no vizinho município de Capela do Alto, tem extensa área de plantio de laranjeiras em Alambarí, gerando empregos nesse município, por ocasião da colheita dos frutos.

O município de Alambarí possui um único Centro de Saúde e 4 Postos Rurais nos bairros mais populosos.

Conta com atendimento médico realizado por médicos residentes em Itapetininga: 2 clínicos gerais, 1 pediatra e 1 ginecologista, que atendem de forma intermitente tanto o Centro de Saúde quanto os Postos Rurais.

No momento já existe um programa de atendimento para os idosos que, embora não estruturado, procura atender essa população com prioridade nos atendimentos médicos e de enfermagem, realizando inclusive alguns atendimentos médicos no domicílio, quando o deslocamento do idoso é difícil.

Entretanto não existe qualquer trabalho estruturado, de caráter multidisciplinar, visando atender, de forma integral, às necessidades desses idosos.

II. JUSTIFICATIVA

Embora tenha sido mostrada a importância de se estudar melhor a questão do idoso, tendo em vista subsidiar políticas públicas visando à melhoria da qualidade de vida dessa parcela da população, no Brasil, ainda são poucos os estudos epidemiológicos que indicam o perfil da população de sessenta anos ou mais e a sua morbidade-mortalidade (RAMOS, 1993-A; VERAS, 1994; RAMOS, 1998; RUIZ, 1998a e 1998b; COELHO FILHO, 1999; LIMA E COSTA, 2000b; LIMA E COSTA, 2001; XAVIER, 2000).

Nesse sentido, Lima e Costa et al. (2000a) afirmam: *“Estudos epidemiológicos com base populacional, ou seja, aqueles que estudam idosos residentes na comunidade, fornecem informações sobre as condições de saúde dessa população e suas demandas por serviços médicos e sociais, mas esses estudos ainda são raros no país”*.

Além disso, esses estudos têm estado restritos a grandes cidades e aglomerados urbanos portanto, suas conclusões não podem ser automaticamente transferidas para populações de municípios de pequeno porte e áreas rurais, com hábitos e condições de vida diferentes.

O primeiro estudo epidemiológico multidimensional sobre idosos brasileiros que residem fora de grandes cidades, foi iniciado em 1997, no município de Bambuí em Minas Gerais (20.573 habitantes) e deverá estar em desenvolvimento até o ano de 2003, com seguimentos anuais nesse período (LIMA E COSTA 2000b).

Outro estudo sobre idosos em populações de menor porte, foi desenvolvido em Veranópolis-RS, um município de 18.000 habitantes, onde os autores estudaram uma amostra de 67 idosos com mais de 80 anos, procurando “determinar a realidade de saúde, os aspectos sociais e motivacionais, a independência e a satisfação com a vida desses idosos” (XAVIER, 2000).

Segundo dados do IBGE (2002), o Brasil possui 3888 municípios com população menor ou igual a 10.000 habitantes, ou seja: 70,6% do total, mesmo assim este é o primeiro estudo epidemiológico multidimensional, a estudar a população de idosos de 60 anos ou mais, num município com essa característica.

Considerando que esses estudos são a base para o planejamento de ações racionais visando à saúde do idoso, entende-se que essa é uma lacuna que precisa ser

preenchida através de estudos epidemiológicos descritivos multidimensionais que possam estar avaliando diferentes populações de idosos, já que o processo de envelhecimento ocorre de formas diversas, dependendo das realidades socioeconômicas e culturais vivenciadas por eles.

IV. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos de Alambarí, através da realização de estudo epidemiológico descritivo e multidimensional da população de 60 anos ou mais usuária dos serviços do SUS, visando o melhor conhecimento da realidade dessa população.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer alguns aspectos específicos dos idosos de 60 anos ou mais, usuários do SUS de Alambarí, a saber:

1. Traçar o perfil demográfico e social dessa população.
2. Conhecer a prevalência de alguns hábitos de vida: hábito de fumar, uso exagerado de álcool, hábitos alimentares, atividade física habitual, uso de medicamento para dormir.
3. Conhecer o perfil antropométrico dessa população.
4. Conhecer a morbidade referida prevalente nessa população.
5. Conhecer o perfil de mortalidade dos idosos de Alambarí, no período 1993 a 2001.

6. Conhecer o risco de depressão, de déficit cognitivo e de perda de autonomia dessa população.
7. Conhecer o perfil de saúde bucal, auditiva e visual.
8. Conhecer o perfil de demanda aos serviços de saúde.
9. Conhecer o perfil de utilização de medicamentos dessa clientela.
10. Conhecer a demanda dessa população, por alguns serviços preventivos: Papanicolaou, prevenção do câncer de próstata e vacinação contra a gripe.
11. Conhecer a opinião dessa população sobre a qualidade de suas vidas atuais; o que mais gostam nas suas vidas; o que traz mais insatisfação e o que gostariam de ter para melhorar suas vidas.
12. Conhecer possíveis diferenças entre as populações, por gênero e área de residência (urbana e rural).

V. METODOLOGIA

1. POPULAÇÃO ALVO

Considerando-se que o número de usuários do SUS no município, na faixa etária de 60 anos ou mais, corresponde a maior proporção da população dessa idade (o censo 2000 encontrou 347 pessoas com 60 anos ou mais no município e no presente estudo foram entrevistados 322 indivíduos dessa faixa etária, isto é, 92,8% da população idosa), optou-se por estudar o universo dessa clientela, por representar a maioria dos idosos do município e efetivamente constituir o grupo alvo das ações de saúde pública.

Esses usuários residiam nas áreas de influência das unidades básicas de saúde da sede do município, ou de um dos quatro Postos dos bairros rurais: Tatetú, Cercadinho, Ribeirãozinho e Cerrado.

Visando estabelecer um ponto de corte bem definido da população a ser estudada, iniciou-se o processo de pesquisa, a partir do levantamento de todos os prontuários existentes nas unidades de saúde do SUS do município, relativos a pacientes nascidos até 31/12/1940.

Foram então encontrados 496 prontuários que após uma análise preliminar, foram reduzidos ao se detectar casos conhecidos de pacientes que já haviam falecido; pacientes que eram moradores de outros municípios, mas que fizeram uma consulta eventual na unidade; pacientes que mudaram do município e aqueles que passaram a residir em Alambarí após 01/01/00, que foram excluídos do universo a ser investigado.

Restaram assim 369 prontuários de pacientes que deveriam ser procurados para as entrevistas, e que pelas informações dos prontuários, eram pessoas com 60 anos ou mais, residentes em Alambarí e usuárias do SUS local.

Desses 369 pacientes selecionados na análise preliminar dos prontuários, 322 idosos foram entrevistados e fazem parte dos resultados desse trabalho. A diferença de 47 pacientes não entrevistados deve-se a verificação posterior de que: 23 já haviam falecido ou faleceram antes da entrevista; 11 haviam mudado do município; 7 eram desconhecidos e não foram encontrados; 5 eram casos de prontuários duplicados e 1 idoso não aceitou fazer a entrevista.

2. INSTRUMENTOS

A. QUESTIONÁRIO

Com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida e fatores de risco à saúde aos quais está exposta a população de sessenta anos ou mais, usuária dos serviços de saúde do SUS municipal, utilizou-se como instrumento de diagnóstico um questionário multidimensional com questões fechadas e algumas abertas.

A opção por um questionário que avaliasse aspectos multidimensionais da população estudada foi feita por entender que essa seria a forma mais adequada de conhecer melhor a realidade de vida desses idosos, permitindo a elaboração de melhores propostas para a solução de seus problemas de uma forma multi-setorial.

Assim sendo, na elaboração desse questionário foram avaliados alguns instrumentos com essas características já utilizados e validados em nosso meio. (VERAS, 1998; FLECK, 1999 e RAMOS²).

Considerando-se o baixo nível sócio-econômico e educacional de expressiva parcela dessa população idosa, optou-se por realizar o estudo através de entrevistas domiciliares, realizadas por auxiliares de enfermagem residentes na comunidade e com grande conhecimento da clientela.

Para a coleta de informações, procurou-se adaptar o questionário às condições de baixo nível educacional, optando-se essencialmente por questões fechadas.

Tomou-se por base principalmente dois questionários já validados e aplicados em grandes centros urbanos desse país: o BOAS (Brazil Old Age Schedule), desenvolvido pelo prof. Dr. Renato Veras, da UERJ (VERAS, 1988; VERAS, 1998) e o BOMFAQ (Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment

² Questionário utilizado no estudo longitudinal de população de idosos residentes em São Paulo, pelo Centro de Estudos sobre Envelhecimento da Escola Paulista de Medicina, enviado pelo autor.

Questionnaire), desenvolvido pelo prof. Dr. Luiz R. Ramos, do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, SP-Brasil.

O questionário resultante (anexo 1), é composto de 18 blocos que contemplam os seguintes aspectos: características da entrevista, identificação do idoso e características individuais básicas, estrutura familiar, condições de moradia, condições de saneamento básico, situação socio-econômica da família (critério ANEP), rendas do idoso, hábitos de vida, morbidade referida, uso habitual de medicamentos, problemas de saúde bucal, auditiva e visual, cuidados preventivos, problemas de saúde mental (risco de distúrbios psíquicos), problemas cognitivos (risco de demência), nível de autonomia do idoso, percepção da qualidade de vida e avaliação de alguns parâmetros físicos (peso, altura, Índice de Massa Corporal - IMC).

ESCALAS UTILIZADAS

Alguns parâmetros avaliados foram classificados em algumas escalas visando agrupar os idosos por categorias.

Algumas dessas escalas são clássicas, já validadas inclusive em nosso meio e amplamente utilizadas, como o Mini Exame do Estado Mental (avaliação cognitiva), Folstein 1975, utilizando-se neste trabalho, como critério de classificação, a forma validada em nosso meio (anexo 6), que leva em conta o nível de escolaridade do idoso (BERTOLUCCI, 1994)

Outra adaptação que se fez necessária na classificação dos idosos nessa escala cognitiva foi devida ao fato de que os idosos residentes na área rural não tinham nome de rua ou número da casa para informar. Nesses casos optou-se por considerar esses pontos, quando o entrevistado respondia de forma correta às três questões

seguintes: nome do bairro, da cidade e do estado. Caso alguma dessas três questões não fosse respondida corretamente, as duas outras também eram tidas como não respondidas corretamente.

Para a avaliação da autonomia, foi usada a escala das AVDs (Avaliação da capacidade de desempenho em Atividades da Vida Diária – (anexo 7) (RAMOS, 1993b) e para avaliação de possíveis distúrbios psíquicos, a versão brasileira de uma escala originalmente desenvolvida por Pfeiffer (1979) apud Blay et al., 1988 que foi traduzida e validada para utilização em nosso meio, por Blay et al. (1988).

Por não haver ainda uma escala brasileira validada para avaliação do nível de atividade física de idosos, optou-se por utilizar as questões propostas no questionário do Programa Agita São Paulo (SES-SP, 1998) que foram utilizadas por Matsudo em recente tese de doutorado, na qual a autora avaliou a evolução da aptidão física e capacidade funcional de mulheres ativas com mais de 50 anos (MATSUDO, 2001a). Os critérios de classificação do nível de atividade física estão incluídos no anexo 4.

Para avaliação dos hábitos alimentares dos idosos, optou-se por usar uma escala não validada, mas de fácil aplicação, tendo em conta o aspecto multidimensional da pesquisa e a duração da entrevista. Essa escala foi originalmente aplicada em famílias de pré-escolares de Porto Alegre (VARO, 1983)(anexo 3).

O uso de bebidas alcoólicas foi avaliado através das questões propostas na escala CAGE (anexo 3), com uma modificação na interpretação dos resultados, já que as perguntas feitas procuravam considerar a resposta em qualquer momento da vida dos entrevistados e não apenas no momento atual como é preconizado na interpretação da escala original. Isso vale dizer que, neste trabalho, apresentar

problema com o uso de bebidas alcoólicas, significa que o entrevistado teve o problema em algum momento de sua vida, mas não obrigatoriamente agora.

Não foi encontrada nenhuma referência da utilização dessa escala em idosos, mas optou-se utilizá-la pela simplicidade de aplicação num questionário extenso como o utilizado neste trabalho. No Brasil essa escala foi validada para pacientes hospitalizados (MASUR, 1983 apud CHAIEB, 1998).

Para avaliação da classificação econômica, optou-se pela escala da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), chamada de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)(anexo 2), cujo objetivo é “estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais” (ANEP, 2000).

Essa escala substitui a Classificação socio-econômica – critério ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado) e, embora se assuma que é apenas uma classificação econômica, foi utilizada por ser a escala amplamente usada em nosso país para pesquisas do perfil dos consumidores, podendo assim facilitar a comparação de dados com outras realidades.

As codificações de morbidade referida e uso de medicamentos, foram feitas respectivamente pela CID 10 (OMS, 1999) e o ATC Index 1997 (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) (WHO, 1997).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi classificado utilizando-se 2 escalas diferentes, a saber:

Quadro 1A - Escala de avaliação do IMC – critério OMS (TAVARES 1999)

Valor do IMC	Classificação
< 18	Baixo peso
18 a 25	Normal
25,1 a 29,9	Sobrepeso
30 a 39,9	Obesidade I
40 e mais	ObesidadeII

Quadro 1B - Escala de avaliação do IMC proposta por Lipschitz (1994)

Valor do IMC	Classificação
Menor que 22	Desnutrido
22 a 23,9	Baixo peso
24 a 29	Normal
Maior que 29	Sobrepeso

B. PRONTUÁRIOS

Visando conhecer a demanda da população alvo, em relação a consultas médicas nos serviços do SUS municipal, o levantamento dos prontuários médicos desses pacientes forneceu o dado do número de consultas realizadas nas unidades do SUS local, no período de janeiro a dezembro de 2000.

C. INSTRUMENTOS USADOS PARA MEDIDAS FÍSICAS

Durante as entrevistas, as entrevistadoras realizaram a avaliação da estatura e o peso dos pacientes.

.A medida do peso foi realizada com o paciente usando apenas roupas leves e descalço. Foi utilizada uma balança portátil, com visor digital, da marca ThinnerTM, que registra o peso do paciente em quilos, com aproximação decimal desse peso.

. A medida da estatura foi realizada com o paciente descalço sobre um piso regular, encostado a uma parede também regular, onde, com um cursor portátil com angulação de 90°, o entrevistador marcava o ponto mais alto dessa estatura e em seguida fazia a medição do mesmo com uma trena de fibra de vidro.

4. ENTREVISTADORES

Foram selecionadas sete entrevistadoras, todas auxiliares de enfermagem, funcionárias do SUS municipal, atuantes nas unidades sanitárias de Alambarí, as quais possuíam grande conhecimento da clientela estudada, não só pelo fato de atuarem há vários anos nessas unidades, como também pelo fato de 6 delas residirem no próprio município.

Essas entrevistadoras foram submetidas a treinamento prévio, quando receberam um manual para a aplicação do instrumento. Durante esse treinamento foram esclarecidas dúvidas em relação às questões propostas, a forma de abordagem dessa clientela e principalmente quanto a importância de interferir o mínimo possível nas respostas dos entrevistados, procurando registrar com a maior fidedignidade possível as respostas às questões abertas.

Após essa etapa foi feito um pré-teste com 21 indivíduos de 55 a 59 anos, visando a observação de possíveis dificuldades concretas na prática da aplicação e para se ter uma idéia da duração média das entrevistas, visando o seu planejamento.

Após a aplicação do pré-teste foi feita nova reunião com as entrevistadoras para o esclarecimento das dúvidas surgidas e foram feitas algumas adaptações que se mostraram necessárias no instrumento de coleta.

Verificou-se que o tempo médio das entrevistas era de aproximadamente 48 minutos.

Terminada essa etapa, as entrevistadoras iniciaram o processo de coleta das informações, o que ocorreu no período de junho de 2001 a março de 2002, de acordo com a disponibilidade de tempo delas, conciliando suas atividades nas unidades com as entrevistas. Assim, não houve uma distribuição homogênea e aleatória dessas entrevistas mês a mês.

5. INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Os dados sobre os óbitos de pessoas com 60 anos ou mais no período de 1993 a 2001 foram obtidos de tabelas da Fundação SEADE (1993 a 1999) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM 2000-2001) do banco de dados do Sub-Grupo de Vigilância Epidemiológica de Itapetininga (SGVE-Itapetininga).

6. SUPERVISÃO DO PROCESSO

Durante todo o processo de coleta, o autor do trabalho, revisou cada questionário entregue, procurando encontrar possíveis inconsistências ou falhas de preenchimento dos dados e, quando isso era identificado, os questionários eram devolvidos a entrevistadora para as devidas correções ou complementações.

Além disso, por ocasião das consultas rotineiras desses pacientes, o autor procurava indagar sobre algumas questões relativas às entrevistas, o que era posteriormente comparado com os questionários já entregues. Quando havia indícios

de erros ou incoerências, o problema era discutido com a entrevistadora responsável, visando confirmar ou corrigir a informação, caso fosse necessário.

7. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a conclusão de todas as entrevistas e revisão dos questionários, as classificações nas escalas, foram todas feitas pelo autor da pesquisa.

Concluídas todas essas etapas os questionários foram digitados num banco de dados (criado no programa Access) por uma única pessoa, que após concluir o processo, fez nova revisão do trabalho procurando encontrar e eliminar eventuais falhas.

Posteriormente o banco de dados foi transferido para o programa estatístico SPSS versão 11.0, onde foram feitas as análises apresentadas.

VI. RESULTADOS

Na análise dos resultados, optou-se por fazer comparações das frequências das diversas variáveis estudadas, com duas variáveis básicas: sexo e área de residência do idoso.

Essa opção foi feita primeiramente por se esperar uma distribuição diferente das variáveis segundo essas categorias e também por tratar-se de uma forma clássica de analisar esses dados, o que facilita a comparação com outros estudos e também pela escassez de informações existentes sobre o assunto, como é o caso de estudos específicos sobre idosos residindo em áreas rurais.

Outra opção feita na apresentação dos resultados foi de respeitar a seqüência dos questionamentos básicos do título: Quem são esses idosos? Como vivem? O que sentem?

1. QUEM SÃO OS IDOSOS DE ALAMBARÍ ?

Foram entrevistadas 171 mulheres (53,1% do universo) e 151 homens (46,9% do universo), sendo que a média de idade desses idosos foi de 69,4 anos (68,8 para as mulheres e 70,0 para os homens) com desvio padrão de 8,1 anos (8,4 para mulheres e 7,7 para os homens).

A tabela 1 apresenta a distribuição da clientela entrevistada, por algumas de suas principais características pessoais, por sexo.

Observa-se que a maioria dos idosos usuários do SUS de Alambarí está na faixa entre 60 a 69 anos (57,8%) e que não há grande diferença na distribuição proporcional por sexo em cada faixa etária.

Em relação ao estado civil, 201 (62,7%) dos entrevistados eram casados, 95 (29,8%) viúvos, 12 (3,8%) solteiros e 11 (3,4%) separados. Quando essa variável é analisada por sexo, observa-se a grande proporção de mulheres viúvas (43,3%) quando comparada aos homens (14,6%).

Quanto ao nível de escolaridade, observa-se que a maioria dessa clientela é constituída de pessoas com baixo nível de escolaridade (87,0%), que foi considerado nesse trabalho, como aquelas pessoas que ou eram analfabetas (51,3%) ou não haviam chegado a completar o curso primário (35,7%). Não foi observada diferença expressiva do nível de escolaridade entre os sexos.

Tabela 1

Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí – SP 2001 , segundo algumas variáveis demográficas e de estado nutricional, por sexo. 2001

Variável	Masculino	Feminino	Total
	%	%	%
Idade			
60 – 69 anos	55,6	59,6	57,8
70 – 79 anos	29,1	31,6	30,4
80 e + anos	15,2	8,8	11,8
Estado civil			
Casado	75,5	51,5	62,7
Viúvo	14,6	43,3	29,8
Solteiro	6,0	2,3	4,0
Separado	4,0	2,9	3,4
Escolaridade			
Baixa ¹	85,4	88,3	87,0
Média ²	11,3	10,5	10,9
Alta ³	3,3	1,2	2,2
Religião			
Católica	81,5	74,3	77,6
Crente	15,9	22,2	19,3
Outra	2,6	2,9	2,8
Sem religião	0,0	0,6	0,3
IMC (OMS)			
Baixo peso	9,9	7,6	8,7
Normal	49,7	36,3	42,5
Sobrepeso ou obeso	40,4	56,1	48,8
IMC (Lipschitz)			
Baixo peso ou desnutrido	49,0	30,4	39,1
Normal	31,1	43,9	37,9
Sobrepeso	19,9	25,7	23,0
Total			
	%		
	46,9	53,1	100
	N		
	151	171	322

1 = analfabeto ou primário incompleto

2 = primário completo até ginásio incompleto (atual ensino fundamental)

3 = ginásio completo (atual ensino fundamental) ou mais

A maioria da população estudada é católica (77,6%), sendo que a segunda religião mais referida foi a de crente (evangélicos), com 19,3% do total. Embora não sendo uma diferença significativa, existe um predomínio da religião evangélica (crentes) entre as mulheres.

A avaliação do perfil antropométrico dessa população revela que a estatura média dos homens era de $1,67 \pm 0,07$ m e das mulheres $1,51 \pm 0,07$ m.

Quanto ao peso corporal, encontrou-se uma média de $68,8 \pm 13,7$ kg para os homens e de $60,2 \pm 12,1$ kg para as mulheres.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) dessa população foi avaliado de duas formas distintas: utilizando-se o critério de classificação da OMS e utilizando-se um critério proposto por Lipschitz (1994), adaptado para pessoas idosas.

Observa-se que, pelo critério da OMS (TAVARES, 1999), existe um predomínio de sobrepeso ou obeso (IMC maior que 25 kg/m^2) na clientela estudada (48,8%), situação predominante nas mulheres que apresentaram uma prevalência de 56,1% nessa categoria.

Pelo critério de Lipschitz, a maior prevalência está na categoria de baixo peso ou desnutridos (IMC menor que 24 kg/m^2), cuja prevalência foi de 39,1%, sendo que nesse caso a maior proporção é dos homens que apresentaram uma prevalência de 49,0% nessa categoria.

A tabela 2 analisa características dos idosos segundo sua área de residência, isto é, urbana ou rural.

Tabela 2
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí – SP 2001 , segundo
algumas variáveis demográficas e de estado nutricional, por área de residência.
2001

Variável	Urbana %	Rural %	Total %
Idade			
60 – 69 anos	54,1	65,1	57,8
70 – 79 anos	31,5	28,3	30,4
80 anos e +	14,4	6,6	11,8
Escolaridade			
Baixa	87,0	86,8	87,0
Média	11,1	10,4	10,9
Alta	1,9	2,8	2,2
Tempo de residência em Alambarí			
0 – 9 anos	22,7	14,2	19,9
10 – 19 anos	17,1	5,7	13,4
20 – 49 anos	21,3	13,2	18,6
50 anos e +	38,9	67,0	48,1
IMC (critério OMS)			
Baixo peso	8,8	8,5	8,7
Normal	39,8	48,1	42,5
Sobrepeso	51,4	43,4	48,8
IMC (critério Lipschitz)			
Baixo peso	36,1	45,3	39,1
Normal	39,4	34,9	37,9
Sobrepeso	24,5	19,8	23,0
Total			
N	216	106	322
%	67,1	32,9	100,0

Observa-se que existe uma discreta diferença entre a composição etária dos idosos residentes na área rural, prevalecendo entre esses a faixa etária mais nova: 60 a 69 anos (65,1%).

O tempo de residência no município mostra que a maioria dos idosos estudados reside no município há mais de 50 anos (48,1%), sendo que essa proporção é maior para os idosos da área rural, aonde essa prevalência chega a 67%.

2. COMO VIVEM OS IDOSOS DE ALAMBARÍ ?

2 a – ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E CULTURAIS

A tabela 3 apresenta alguns aspectos socio-econômicos e culturais da população estudada distribuídos pela área de residência dos idosos.

Pode-se observar que a maioria dos idosos é proprietária de sua residência (63,0%) havendo diferença para a área rural, onde 72,6% dos entrevistados eram os proprietários de suas casas.

A renda mensal desses idosos é na maioria abaixo dos 100 dólares (70,2%), não havendo diferença entre a área rural e urbana.

Para a maioria desses idosos, essa renda é proveniente de aposentadoria, sendo que 76,1% dos entrevistados informaram essa situação.

A maior parte dessa população declarou como principal trabalho realizado em sua vida, o trabalho braçal (44,7%). Como segunda atividade mais citada, aparecem duas categorias com a mesma prevalência: lavradores e donas de casa, sendo que aqui encontra-se diferença entre as áreas, na área rural 26,7% dos entrevistados informaram terem sido lavradores e na área urbana 25,1% das entrevistadas informaram ter sido donas de casa.

Na análise da classificação econômica das famílias desses idosos, optou-se por agrupar as diversas classes da escala do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) em 3 grupos assim designados: classe baixa (classes D e E), classe média (classes B2 e C) e classe alta (classes A1, A2 e B1).

Tabela 3

**Distribuição dos idosos usuários do SUS do município de Alambari-SP 2001
segundo algumas variáveis sócio-econômicas, por área de residência.
2001**

Variável	Urbana %	Rural %	Total %
Mora sozinho			
Sim	13,9	12,3	13,4
Não	86,1	87,7	86,6
É o proprietário da residência			
Sim	58,3	72,6	63,0
Não	41,7	27,4	37,0
Votou na última eleição			
Sim	56,0	62,3	58,1
Não	44,0	37,7	41,9
Possui os seguintes bens de consumo:			
Automóvel	30,1	34,0	31,4
TV a cor	66,2	55,7	62,7
TV não cor	9,3	9,4	9,3
Rádio	75,5	84,0	73,3
Geladeira	79,2	60,4	73,0
Telefone	26,9	9,4	21,1
Celular	7,4	15,1	9,9
Renda mensal do idoso (U\$)			
<100 U\$	70,8	68,9	70,2
100 ou + U\$	29,2	31,1	29,8
Aposentado			
Sim	73,1	82,1	76,1
Não	26,9	17,9	23,9
Principal tipo de trabalho na vida			
Lavrador	16,7	26,7	20,0
Braçal	40,5	53,3	44,7
Dona de casa	25,1	9,5	20,0
Outras	17,7	10,5	15,3
Classificação econômica			
Alta	0,9	0,0	0,6
Média	17,6	16,0	17,1
Baixa	81,5	84,0	82,3
Total			
N	216	106	322
%	67,1%	32,9%	100,0%

Observa-se então, que a maioria das famílias onde vivem os idosos estudados pertence à classe econômica mais baixa (82,3%), a qual apresenta um rendimento médio mensal de até R\$ 435,00 (ANEP, 2000).

Não foi verificada diferença na classificação econômica entre as famílias das duas áreas.

Em relação à estrutura familiar, observa-se que apenas 13,4% dos idosos vivem sozinhos, não existindo diferença significativa entre os rurais e urbanos.

Perguntados se haviam votado na última eleição, 41,9% dos entrevistados disseram que não, e essa abstenção foi maior na área urbana (44,0%).

Quanto à posse de alguns bens de consumo mais comuns, observa-se que a geladeira e o telefone (fixo ou celular), foram os itens que revelaram maior diferença entre os urbanos e rurais, sendo que 39,6% dos idosos rurais não possuíam uma geladeira e apenas 9,4% possuíam um telefone fixo, embora 15,1% possuíssem celulares, o que é significativamente maior que o mesmo indicador para os idosos urbanos.

A tabela 4 apresenta algumas características socioeconômicas culturais segundo o sexo.

Observa-se que existe diferença entre os idosos em relação a aposentadoria, sendo que os homens apresentam-se em maior proporção, com 86,1%, contra 67,3% das mulheres.

A participação das mulheres votando na última eleição foi significativamente menor que a dos homens, sendo que 48% disseram não ter votado.

Outra diferença observada entre as variáveis analisadas na tabela 4, é em relação ao tipo de trabalho realizado na maior parte da vida. Embora a principal

atividade tenha sido idêntica para os dois grupos (braçal), a segunda atividade mais declarada foi a de dona de casa para as mulheres (37,9%) e de lavrador para os homens (31,1%).

Tabela 4

Distribuição dos idosos usuários do SUS do município de Alambari-SP 2001 segundo algumas variáveis sócio-econômicas, por sexo. 2001

Variável	Feminino %	Masculino %	Total %
Mora sozinho			
Sim	15,2	11,3	13,4
Não	84,8	88,7	86,6
Votou (última eleição)			
Sim	52,0	64,9	58,1
Não	48,0	35,1	41,9
Aposentado			
Sim	67,3	86,1	76,1
Não	32,7	13,9	23,9
Principal trabalho na vida			
Lavrador	10,1	31,1	20,0
Braçal	41,4	48,3	44,7
Dona de casa	37,9	0,0	20,0
Outros	10,7	20,5	15,3
Total	N=171 53,1%	N=151 46,9%	N=322 100%

2 c – ASPECTOS RELATIVOS À SAÚDE

A tabela 5 apresenta a frequência de algumas variáveis relativas às condições de saúde da população estudada, distribuídas por sexo.

A procura por consultas médicas no SUS local apresenta diferença em relação ao sexo. Enquanto 18,7% das mulheres não consultaram o médico no ano 2000, essa proporção subiu para 31,8% entre os homens.

Tabela 5

Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas características das condições de saúde, por sexo - 2001

Variável	Feminino %	Masculino %	Total %
Nº de consultas médicas no SUS local (ano 2000)			
Nenhuma	18,7	31,8	24,8
1 – 3	39,8	43,0	41,3
4 – 6	28,7	19,2	24,2
7 ou +	12,9	6,0	9,6
Nº de medicamentos usados habitualmente			
Nenhum	19,9	33,8	26,4
1 – 3	56,7	53,6	55,3
4 – 8	23,4	12,6	18,3
Nº de doenças referidas			
Nenhuma	17,0	25,8	21,1
1	28,7	37,7	32,9
2	31,6	24,5	28,3
3 ou +	22,8	11,9	17,7
Situação geral dos dentes			
Mantidos	9,9	11,9	10,9
Perdidos	90,1	88,1	89,1
Última visita ao dentista			
< 1 ano	7,0	3,3	5,3
1 – 4 anos	12,9	18,5	15,5
5 – 10 anos	14,6	14,6	14,6
> 10 anos	63,2	55,6	59,6
Nunca fui	2,3	7,9	5,0
Problema de audição			
Sim	29,2	35,1	32,0
Não	70,8	64,9	68,0
Problema de visão			
Sim	65,5	53,6	59,9
Não	34,5	46,4	40,1
Última consulta ao oftalmologista			
< 1 ano	25,7	15,2	20,8
1 – 4 anos	31,6	33,8	32,6
5 – 10 anos	8,8	11,9	10,3
> 10 anos	9,9	8,6	9,3
Nunca fui	24,0	30,5	27,0
Sofreu queda no último ano			
Sim	15,2	9,9	12,7
Não	84,8	90,1	87,3
Total			
N	171	151	322
%	53,1	46,9	100,0

O número de medicamentos habitualmente usados foi maior entre as mulheres, 23,4% delas informaram usar de 4 a 8 medicamentos por dia, enquanto que para os homens essa proporção foi de apenas 12,6%.

Cerca de 1/3 dos homens entrevistados (33,8%), declararam não estar tomando qualquer tipo de medicamento de forma habitual, enquanto que apenas 18,7% das mulheres referiram esse fato.

Quanto aos tipos de medicamentos utilizados por essa população, o quadro 2 apresenta os 10 subgrupos mais citados, de acordo com a classificação ATC-OMS (WHO, 1997).

Quadro 2

Relação dos medicamentos mais usados pelos idosos usuários do SUS de Alambari (SP), distribuídos por subgrupos da ATC-OMS. 2001

Medicamentos usados por subgrupos da ATC-OMS	Nº	%
Diuréticos tiazídicos (hidroclortiazida e similares) (C03A)	69	21,4
Betabloqueadores (C07A)	51	16,0
Glicosídeos cardíacos (C01A)	30	9,4
Anti-trombolíticos (B01A)	30	9,3
Anti-inflamatórios não esteróides (M01A)	27	8,4
Ansiolíticos (N05B)	26	8,1
Inibidores de enzima conversora da angiotensina (C09A)	24	7,4
Hipoglicemiantes orais (A10B)	23	7,1
Drogas anti-vertiginosas (N07C)	21	6,6
Diuréticos de alça alta (furosemida e similares) (C03C)	18	5,6

Verifica-se que os medicamentos para o tratamento de problemas cardiovasculares representam a maioria das drogas consumidas por essa população.

As mulheres, também, afirmaram ter significativamente mais doenças do que os homens. Assim, enquanto apenas 17,0% delas disseram não ter qualquer doença, para os homens essa condição foi informada 25,8% das vezes.

Sobre o número de doenças citadas, 22,8% das mulheres informaram ter 3 ou mais, enquanto que para os homens essa frequência foi de 11,9%.

O quadro 3 apresenta a frequência da morbidade declarada, por capítulos da CID 10, destacando as doenças específicas mais citadas.

Observa-se um predomínio acentuado das doenças circulatórias, onde se destaca a hipertensão arterial com 41,3% de frequência nessa clientela.

Quadro 3

Distribuição das causas de morbidade referida pelos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, por capítulos da CID 10. 2001

Classificação	Capítulos da CID 10	Nº	* %
1 ^a	Circulatórias	220	68,3
	Hipertensão arterial	133	41,3
2 ^a	Endócrinas e Nutricionais	54	16,7
	Diabetes mellitus	39	12,1
3 ^a	Osteomusculares e articulares	47	14,6
4 ^a	Respiratórias	24	7,4
5 ^a	Doenças mentais	22	6,8
6 ^a	Órgãos dos sentidos: olhos, ouvidos	21	6,5
7 ^a	Mal definidas	20	6,2
8 ^a	Digestivas	19	5,9
9 ^a	Urinárias	14	4,3
10 ^a	Infeciosas	5	1,6
10 ^a	Neurológicas	5	1,6
11 ^a	Neoplasias	1	0,3
11 ^a	Hematológicas e imunitárias	1	0,3

Obs: Os capítulos não incluídos não apresentaram qualquer queixa relacionada.

* O percentual está relacionado ao total de idosos entrevistados (322)

A situação geral dos dentes revela que esses idosos em sua absoluta maioria já não possuem os dentes naturais (89,1%), não havendo diferença entre os homens e as mulheres.

A tabela 6 mostra que quando distribuída por faixas etárias, não há diferença entre os grupos, para a situação geral da dentição.

Tabela 6**Distribuição por faixas etárias dos idosos usuários do SUS de Alambari-SP, segundo ausência dos dentes naturais. 2001**

Ausência de dentes	60 – 69a		70 – 79a		80 e + anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	1	0,5	4	4,1	0	0,0	5	1,6
Poucos	20	10,8	8	8,2	2	5,3	30	9,3
A maioria	51	27,4	24	24,5	11	28,9	86	26,7
Todos	114	61,3	62	63,3	25	65,8	201	62,4
Total	186	100,0	98	100,0	38	100,0	322	100,0

A frequência das consultas odontológicas mostrou que a maioria desses idosos (59,6%) não vai ao dentista há mais de 10 anos.

Os problemas de audição foram citados por 32,0% dos entrevistados, sem diferença entre os sexos.

Os problemas de visão foram citados por 59,9% dos idosos, sendo que nesse caso houve diferença entre os sexos, revelando uma maior proporção de queixas feitas pelas mulheres (65,5%).

Cerca de ¼ dos idosos entrevistados (25,8%), afirmaram jamais terem feito uma consulta oftalmológica.

Em relação à incidência de quedas no último ano, apenas 12,7% dos entrevistados afirmaram essa ocorrência, sendo que as mulheres (15,2%) apresentaram uma prevalência superior a dos homens (9,9%).

Quando foi analisada a relação de ocorrência de quedas com o uso habitual de medicação hipnótica, os resultados revelaram uma maior proporção desse evento entre os usuários desses medicamentos, conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7

Relação entre a ocorrência de quedas e o uso habitual de medicação hipnótica, pelos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP - 2001

Queda?	Não	Sim	Total
Hipnóticos?	%	%	%
Não	89,9	10,1	100
Sim	78,4	21,6	100
Total	87,3	12,7	100

A tabela 8 apresenta a distribuição de distúrbios psíquicos, cognitivos e a autonomia dos idosos estudados, por sexo.

Tabela 8

**Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo as prevalências de distúrbios psíquicos, déficit cognitivo e de autonomia
Distribuição por gênero - 2001**

Variável		Feminino	Masculino	Total
		%	%	%
Distúrbio psíquico	Sim	34,5	16,6	26,1
	Não	65,5	83,4	73,9
Déficit cognitivo *	Sim	14,8	19,5	17,0
	Não	85,2	80,5	83,0
Autonomia	Sim	60,2	73,5	66,5
	Não	39,8	26,5	33,5
Total	N	171	151	322
	%	53,1	46,9	100,0

* N = 169 (fem) , 149 (masc) e 318 (total) devido impossibilidade de aplicação da escala em 4 idosos.

Existe diferença na proporção de distúrbios psíquicos entre as mulheres, enquanto a frequência desses distúrbios foi de 34,5% entre elas, os homens apresentaram uma frequência de 16,6%.

A perda de autonomia também foi maior entre as mulheres, atingindo 39,8% das entrevistadas.

Quando distribuída por faixas etárias, a perda de autonomia mostrou um aumento significativo com a idade, conforme mostra a tabela 9.

Tabela 9

**Distribuição por faixas etárias dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo nível de autonomia.
2001**

	Faixas etárias	60 – 69 anos	70 – 79 anos	80 e + anos	Total
Autonomia					
Mantida		71,0%	67,3%	42,1%	66,5%
Pouca		29,0%	32,7%	57,9%	33,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O déficit cognitivo não revelou diferenças significativas entre os sexos, atingindo 17% dos idosos.

A distribuição da prevalência de déficit cognitivo por faixas etárias, revelou um aumento significativo desse problema com o avançar da idade, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10

**Distribuição por faixas etárias dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP,
segundo déficit cognitivo.
2001**

Déficit cognitivo	Idade			Total
	60 – 69 anos	70 – 79 anos	80 e + anos	
Sem déficit	89,6%	80,6%	56,8%	83%
Com déficit	10,4%	19,4%	43,2%	17,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Obs: N = 318 (4 idosos não avaliados)

MORTALIDADE ENTRE IDOSOS DE ALAMBARÍ

A tabela 11 apresenta as causas dos óbitos ocorridos entre a população de 60 anos ou mais no município de Alambarí, no período de 1993 a 2001, mostrando que as doenças circulatórias foram a causa principal e destacada desses óbitos.

Tabela 11

**Óbitos por grupos de causas ocorridos entre na população de 60 anos e mais,
residente no município de Alambarí-SP.
1993 a 2001**

CAUSAS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total de 9 anos	
Circulatórias	3	7	4	6	3	6	4	5	9	47	41,6%
Neoplasias	1	1	1	0	4	1	1	3	2	14	12,4%
Respiratórias	1	0	0	2	2	2	2	1	1	11	9,7%
Endócrinas	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	3,5%
Sist. Nervoso	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1,8%
Urinárias	2	2	0	0	0	0	1	0	0	5	4,4%
Digestivas	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1,8%
Externas	1	0	1	0	0	2	0	0	1	5	4,4%
Outras	3	3	1	0	0	0	0	0	0	7	6,2%
Mal Definidas	3	3	1	3	1	3	0	0	2	16	14,2%
Óbitos 60+	14	16	8	11	11	14	10	11	18	113	100,0%
Óbitos Totais	23	29	18	17	19	27	19	22	27	201	
Óbitos 50+	15	17	13	13	13	19	14	16	20	140	
Sw.-Uemura	65,2	58,6	72,2	76,4	68,4	70,4	73,7	72,7	74,1	69,6%	

Tabela 12
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo algumas características das condições de saúde, por área de residência urbana e rural. 2001

Variável	Urbana %	Rural %	Total %
Nº de consultas médicas no SUS local (ano 2000)			
Nenhuma	24,1	26,4	24,8
1 – 3	38,4	47,2	41,3
4 – 6	26,4	19,8	24,2
7 ou +	11,1	6,6	9,6
Nº de medicamentos usados habitualmente			
Nenhum	26,4	26,4	26,4
1 – 3	52,8	60,4	55,3
4 – 8	20,8	13,2	18,3
Nº de doenças referidas			
Nenhuma	21,8	19,8	21,1
1	31,5	35,8	32,9
2	29,2	26,4	28,3
3 ou +	17,6	17,9	17,7
Situação geral dos dentes			
Mantidos	11,1	10,4	10,9
Perdidos	88,9	89,6	89,1
Última visita ao dentista			
< 1 ano	5,1	5,7	5,3
1 – 4 anos	16,2	14,2	15,5
5 – 10 anos	15,7	12,3	14,6
> 10 anos	56,9	65,1	59,6
Nunca fui	6,0	2,8	5,0
Problema de audição			
Não	67,6	68,9	68,0
Sim	32,4	31,1	32,0
Problema de visão			
Não	39,8	40,6	40,1
Sim	60,2	59,4	59,9
Última consulta ao oftalmologista			
< 1 ano	20,8	20,8	20,8
1 – 4 anos	34,3	29,3	32,6
5 – 10 anos	9,7	11,3	10,3
> 10 anos	10,2	7,5	9,3
Nunca fui	25,0	31,1	27,0
Sofreu queda no último ano			
Sim	11,1	16,0	12,7
Não	88,9	84,0	87,3
Total			
N	216	106	322
%	67,1	32,9	100,0

A tabela 12, analisa algumas características das condições de saúde dos idosos, por área de residência.

Observa-se que nenhuma das variáveis estudadas mostrou diferença entre as áreas urbanas e rurais.

A tabela 13 apresenta a distribuição da frequência de distúrbios psíquicos, déficit cognitivo e de autonomia entre os idosos, distribuídos por área de residência.

Observa-se que não há qualquer diferença significativa entre essas variáveis e a área habitada pelos entrevistados.

Tabela 13

Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo as prevalências de distúrbios psíquicos, déficit cognitivo e autonomia, por área de residência. 2001

Variável	Urbana	Rural	Total
	%	%	%
Distúrbio psíquico			
Sim	26,9	24,5	26,1
Não	73,1	75,5	73,9
Déficit cognitivo *			
Sim	18,0	15,1	17,0
Não	82,0	84,9	83,0
Autonomia			
Sim	66,2	67,0	66,5
Não	33,8	33,0	33,5
Total			
N	216	106	322
%	67,1	32,9	100,0

* N = 212 (urbana) devido impossibilidade de aplicação da escala em 4 idosos.

A tabela 14 apresenta a frequência com que os serviços básicos de saneamento atingem essa população, distribuídos por área de residência dos entrevistados.

Observa-se que existe uma diferença bastante significativa entre o acesso a esses benefícios por parte da população urbana e rural, em detrimento da última.

Apenas 2,8% dos idosos que habitam a área rural, têm acesso a água tratada e apenas 3,8% têm rede de esgoto.

A melhor cobertura desses serviços na área rural foi da coleta de lixo, que apresentou uma frequência de 38,7%.

Tabela 14

Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambari-SP, segundo as condições de saneamento básico, por área de residência. 2001

Variável		Urbana %	Rural %	Total %
Água tratada	Sim	98,6	2,8	67,1
	Não	1,4	97,2	32,9
Rede de esgoto	Sim	66,7	3,8	46,0
	Não	33,3	96,2	54,0
Coleta de lixo	Sim	96,8	38,7	77,6
	Não	3,2	61,3	22,4
Total	N	216	106	322
	%	67,1	32,9	100,0

2c – HÁBITOS PESSOAIS E PROCURA POR AÇÕES PREVENTIVAS

A tabela 15 apresenta as frequências de alguns hábitos e de demanda por alguns serviços de caráter preventivo, distribuídas por área de residência dos entrevistados.

Tabela 15
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns hábitos pessoais e procura por ações preventivas de saúde, por área de residência urbana e rural. 2001

Variável	Urbana %	Rural %	Total %
Já foi fumante?			
Sim	60,6	64,2	61,8
Não	39,4	35,8	38,2
<u>Fuma atualmente?</u>			
Sim	20,4	24,5	21,7
Não	79,6	75,5	78,3
Já teve problemas com álcool?			
Sim	13,0	14,2	13,4
Não	87,0	85,8	86,6
Come verduras diariamente?			
Sim	31,9	21,7	28,6
Não	68,1	78,3	71,4
Come frutas cítricas diariamente?			
Sim	34,7	20,8	30,1
Não	65,3	79,2	69,9
Come outras frutas diariamente?			
Sim	21,8	18,9	20,8
Não	78,2	81,1	79,2
Ingere produtos lácteos diariamente?			
Sim	65,7	42,5	58,1
Não	34,3	57,5	41,9
Realiza atividades físicas regularmente?			
Sim	28,9	43,3	33,8
Não	71,1	56,7	66,2
Toma remédio para dormir?			
Sim	25,5	17,9	23,0
Não	74,5	82,1	77,0
Tomou vacina contra a gripe?			
Sim	70,8	64,2	68,6
Não	29,2	35,8	31,4
Já fez Papanicolaou? *			
Sim	58,8	56,9	58,2
Não	41,2	43,1	41,8
Já fez exame da próstata? **			
Sim	32,3	32,7	32,5
Não	67,7	67,3	67,5
Total			
N	216	106	322
%	67,1	32,9	100,0

* N = 111 (urbana) e 51 (rural) = população feminina

** N = 96 (urbana) e 55 (rural) = população masculina

Em relação ao hábito de fumar, observa-se que 61,8% dos idosos já fumaram alguma vez na vida, mas atualmente, apenas 21,7% declararam manter esse hábito, não existindo diferença entre os urbanos e rurais.

Problemas com o uso de bebidas alcoólicas em qualquer momento de suas vidas foram encontrados em 13,4% dos entrevistados.

Os hábitos alimentares desses idosos revelam que em sua maioria (71,4%) esses idosos não ingerem verduras diariamente; 69,9% negam ingestão diária de frutas cítricas e 79,2% negam ingestão diária de outros tipos de frutas.

Quanto à ingestão diária de produtos lácteos, apenas 58,1% informaram esse hábito, havendo diferença entre as áreas de residência: 65,7% na área urbana e 42,5% na área rural.

A prática de atividades físicas regulares, entendida como a realização de qualquer tipo de atividade física pelo menos 3 vezes por semana, só foi citada por 33,8% dos idosos, com diferença entre as áreas de residência, sendo que os rurais mostraram uma frequência superior desse hábito (43,3%) em relação aos urbanos (28,9%).

O uso habitual de remédio para dormir foi informado por 23,0% dos idosos sendo que a maior frequência foi para os urbanos com 25,5%.

Quanto à procura por serviços de caráter preventivo, não foi verificada diferença entre os idosos das duas áreas, 68,6% tomaram vacina contra a gripe, 58,2% das mulheres disseram já ter feito o exame de Papanicolaou alguma vez em suas vidas e apenas 32,5% dos homens informaram já ter feito pelo menos um exame de prevenção do câncer da próstata.

A tabela 16 apresenta os resultados dos mesmos hábitos apresentados na tabela 15 (excluídos os específicos de cada gênero), distribuídos segundo o sexo.

Tabela 16
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns hábitos pessoais e procura por ações preventivas de saúde, por sexo. 2001

Variável	Feminino %	Masculino %	Total %
Já foi fumante?			
Sim	48,5	76,8	61,8
Não	51,5	23,2	38,2
Fuma atualmente?			
Sim	26,5	17,5	21,7
Não	73,5	82,5	78,3
Já teve problemas com álcool?			
Sim	1,8	26,5	13,4
Não	98,2	73,5	86,6
Come verduras diariamente?			
Sim	31,6	25,2	28,6
Não	68,4	74,8	71,4
Come frutas cítricas diariamente?			
Sim	35,1	24,5	30,1
Não	64,9	75,5	69,9
Come outras frutas diariamente?			
Sim	23,4	17,9	20,8
Não	76,6	82,1	79,2
Ingere produtos lácteos diariamente?			
Sim	60,2	55,6	58,1
Não	39,8	44,4	41,9
Realiza atividades físicas diariamente?			
Sim	30,0	37,8	33,8
Não	70,0	62,2	66,2
Toma remédio para dormir?			
Sim	31,0	13,9	23,0
Não	69,0	86,1	77,0
Tomou vacina contra a gripe?			
Sim	65,5	72,2	68,6
Não	39,8	27,8	31,4
Total			
N	171	151	322
%	53,1	46,9	100,0

Em relação ao hábito de fumar observa-se uma diferença entre os sexos, sendo que o fato de já ter sido fumante foi mais freqüente entre os homens (76,8%), entretanto, quando indagados se ainda mantém esse vício, as mulheres apresentaram uma freqüência maior (26,5%) dos que os homens (17,5%).

Outra variável que mostrou uma diferença bastante significativa, foi a relativa a problemas com álcool, que foi citada por apenas 1,8% pelas mulheres e 26,5% dos homens.

O uso de remédios para dormir também mostrou diferença entre os sexos, sendo que enquanto 31,0% das mulheres confirmaram esse hábito, apenas 13,9% dos homens citaram o fato.

2. O QUE SENTEM OS IDOSOS DE ALAMBARÍ ?

A tabela 17 apresenta a distribuição, por área de residência dos entrevistados, de alguns sentimentos em relação às suas vidas.

Observa-se que a maioria dos idosos está satisfeita com sua vida atual, pois 88,8% afirmaram que a vida está boa ou muito boa.

A pergunta feita na escala de distúrbios psíquicos sobre o fato de ser geralmente feliz, foi respondida afirmativamente por 84,3% dos idosos, sem diferença entre as áreas.

A sensação de inutilidade foi declarada por 19,4% dos idosos e a solidão por 33,5% dos mesmos.

Quando indagados através de uma questão aberta sobre o que mais gostam em suas vidas, a maioria dos idosos citou atividades que foram agrupadas como atividades de lazer, que estão especificadas no anexo 8.

Tabela 17
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo
Alguns sentimentos em relação as suas vidas atuais, por área de residência.
2001

Variável	Urbana %	Rural %	Total %
O que acha da sua vida atual?			
Boa ou muito boa	87,0	92,5	88,8
Ruim ou muito ruim	13,0	7,5	11,2
Geralmente é feliz?			
Sim	85,9	81,1	84,3
Não	14,1	18,9	15,7
Sente-se inútil?			
Sim	18,8	20,8	19,4
Não	81,2	79,2	80,6
Sente solidão?			
Sim	34,7	31,1	33,5
Não	65,3	68,9	66,5
Do que mais gosta na vida?			
Atividades sociais e familiares	27,8	31,1	28,9
Trabalhar	14,8	21,7	17,1
Atividades de lazer	38,4	33,9	36,9
Atividades religiosas	18,0	8,5	14,9
Hábitos específicos	7,4	5,7	6,8
Outras respostas	25,4	36,8	29,2
Não responderam	1,4	1,9	1,5
O que causa mais insatisfação?			
Nada	47,2	37,7	44,1
Problemas de saúde	10,6	16,0	12,4
Problemas familiares	9,7	13,2	10,9
Problemas de solidão	6,9	4,7	6,2
Problemas financeiros	3,2	5,7	4,0
Barulho ou agitação	3,7	0,9	2,8
Outras respostas	17,1	16,0	16,8
Não responderam	1,8	6,6	3,4
O que gostaria para melhorar sua vida?			
Mais saúde	41,6	43,3	42,2
Resolver problemas familiares	33,3	24,5	30,4
Nada, estou satisfeito	14,3	15,1	14,6
Trabalhar	7,9	11,3	9,0
Atividades de lazer	9,2	14,1	10,9
Melhorar ou obter uma moradia própria	3,2	3,8	3,4
Melhoria financeira	2,8	1,9	2,5
Melhorar condição de solidão	1,4	2,8	1,9
Obter algo específico	2,3	1,9	2,2
Outras respostas	2,8	2,8	2,8
Não respondeu	4,6	2,8	4,0
Total			
	N		
	216	106	322
	%		
	67,1	32,9	100,0

* N = 213 (urbana) devido 3 idosos da área urbana que não responderam essas questões.

Por grupos específicos as atividades sociais e familiares foram as classificadas em segundo lugar, com 28,9% dos entrevistados.

É importante informar que as respostas a essas questões abertas não eram exclusivas, isto é, foram registradas e tabuladas até três referências em cada quesito.

Em relação à questão que procurava saber quais eram os principais motivos de insatisfação com suas vidas atuais, a maioria dos idosos (44,1%) responderam que não tinham qualquer motivo de insatisfação com suas vidas (anexo 9).

Problemas de saúde (12,4%) e familiares (10,9%) foram os mais citados na seqüência, quando analisadas as respostas por grupos específicos definidos em anexo.

A tabela 18 apresenta as mesmas variáveis da tabela 17, distribuídas por sexo. Observa-se que o sentimento de solidão é significativamente maior nas mulheres (41,8%) quando comparado aos homens (24,2%).

Na questão sobre o que mais gostam em suas vidas, as mulheres informaram com maior freqüência as atividades sociais e familiares (36,8%), seguidas das atividades de lazer (36,3%) e as religiosas (22,2%). Os homens apresentaram como resposta mais freqüente as atividades de lazer (37,6%), seguidas do trabalho (24,5%) e atividades familiares (19,8%).

Quanto aos motivos de insatisfação na vida, observa-se que nos 2 gêneros a resposta mais freqüente foi de que nada causa insatisfação em suas vidas (39,2% das mulheres e 49,7% dos homens) mas como segunda causa mais freqüente houve uma diferença entre os gêneros, sendo que para as mulheres eram os problemas familiares (15,8%), para os homens eram os problemas de saúde (12,6%).

Tabela 18
Distribuição dos idosos usuários do SUS de Alambarí-SP, segundo alguns
sentimentos em relação as suas vidas atuais, por sexo.
2001

Variável	Feminino %	Masculino %	Total %
O que acha da sua vida atual?			
Boa ou muito boa	88,9	88,7	88,8
Ruim ou muito ruim	11,1	11,3	11,2
Geralmente é feliz?			
Sim	82,9	85,9	84,3
Não	17,1	14,1	15,7
Sente-se inútil?			
Sim	20,6	18,1	19,4
Não	79,4	81,9	80,6
Sente solidão?			
Sim	41,8	24,2	35,5
Não	58,2	75,8	66,5
Do que mais gosta na vida?			
Atividades sociais e familiares	36,8	19,8	28,9
Trabalhar	10,5	24,5	17,1
Atividades de lazer	36,3	37,6	36,9
Atividades religiosas	22,2	6,6	14,9
Hábitos específicos	4,7	9,3	6,8
Outras respostas	24,0	35,1	29,2
Não responderam	0,6	2,6	1,5
O que causa mais insatisfação?			
Nada	39,2	49,7	44,1
Problemas de saúde	12,3	12,6	12,4
Problemas familiares	15,8	5,3	10,9
Problemas de solidão	9,9	2,0	6,2
Problemas financeiros	3,5	4,6	4,0
Barulho ou agitação	2,3	3,3	2,8
Outras respostas	15,2	18,5	16,8
Não responderam	2,3	4,6	3,4
O que gostaria para melhorar sua vida?			
Mais saúde	39,2	45,7	42,2
Resolver problemas familiares	27,5	33,8	30,4
Nada, estou satisfeito	17,5	11,3	14,6
Trabalhar	9,9	7,9	9,0
Atividades de lazer	9,3	12,6	10,9
Melhorar ou obter uma moradia própria	3,5	3,3	3,4
Melhoria financeira	2,9	2,0	2,5
Melhorar condição de solidão	2,3	1,3	1,9
Obter algo específico	2,9	1,3	2,2
Outras respostas	1,7	4,0	2,8
Não respondeu	4,7	3,3	4,0
Total			
	N		
	%		

* N = 170 (feminino) e 149 (masculino) devido 3 idosos que não responderam essas questões

Indagados sobre o que gostariam de ter para melhorar suas vidas, os idosos entrevistados de ambos os sexos, tiveram como resposta mais freqüente a possibilidade de ter mais saúde (39,2% das mulheres e 45,7% dos homens), sendo que a segunda resposta mais freqüente também foi semelhante nos dois grupos: resolver problemas familiares (27,5% das mulheres e 33,8% dos homens).

Observa-se que as respostas relativas à melhoria ou aquisição de moradia e a melhoria financeira foram respostas com baixa freqüência de referencias, não atingindo cada uma delas 4% das respostas.

No anexo 10 encontra-se respostas mais detalhadas sobre o que gostariam para melhorar a vida.

VII. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo epidemiológico descritivo e multidimensional de que se tem notícia no Brasil com o universo da população idosa usuária do SUS, num município de pequeno porte (população menor que 10.000 habitantes).

De uma forma geral, o perfil do idoso de Alambarí com suas condições de vida; morbidade prevalente e sentimentos, não difere muito de outros estudos semelhantes realizados em nosso meio quando comparadas áreas sócio-econômicas semelhantes (RAMOS et al. 1993-A; RUIZ et al. 1998a, 1998b; ANDERSON, 1998; COELHO FILHO e RAMOS 1999; LIMA e COSTA et al. 2000b; XAVIER et al 2000; LIMA e COSTA et al. 2001).

1. QUEM SÃO OS IDOSOS DE ALAMBARÍ ?

Como a maioria dos estudos brasileiros semelhantes, a maior proporção de idosos encontrada neste estudo está na faixa de 60 a 69 anos, o que pode significar que o processo de envelhecimento dessa população está em sua fase inicial mas também pode significar que, vítimas de árduas condições de vida durante seus anos de juventude e de adultos jovens, esses idosos chegam à velhice com um maior número de doenças crônicas e de incapacidades, vindo a morrer antes de atingirem as faixas mais avançadas da terceira idade.

A maior proporção de mulheres nesta população e a prevalência de viuvez entre as mesmas, está de acordo com o encontrado na maioria dos estudos brasileiros.

Quanto ao nível de escolaridade a população estudada revelou uma proporção de indivíduos com baixa escolaridade (87%) em proporção maior que o encontrado em outros estudos realizados em São Paulo (RAMOS et al. 1993a; RAMOS et al. 1998; RUIZ et al. 1998).

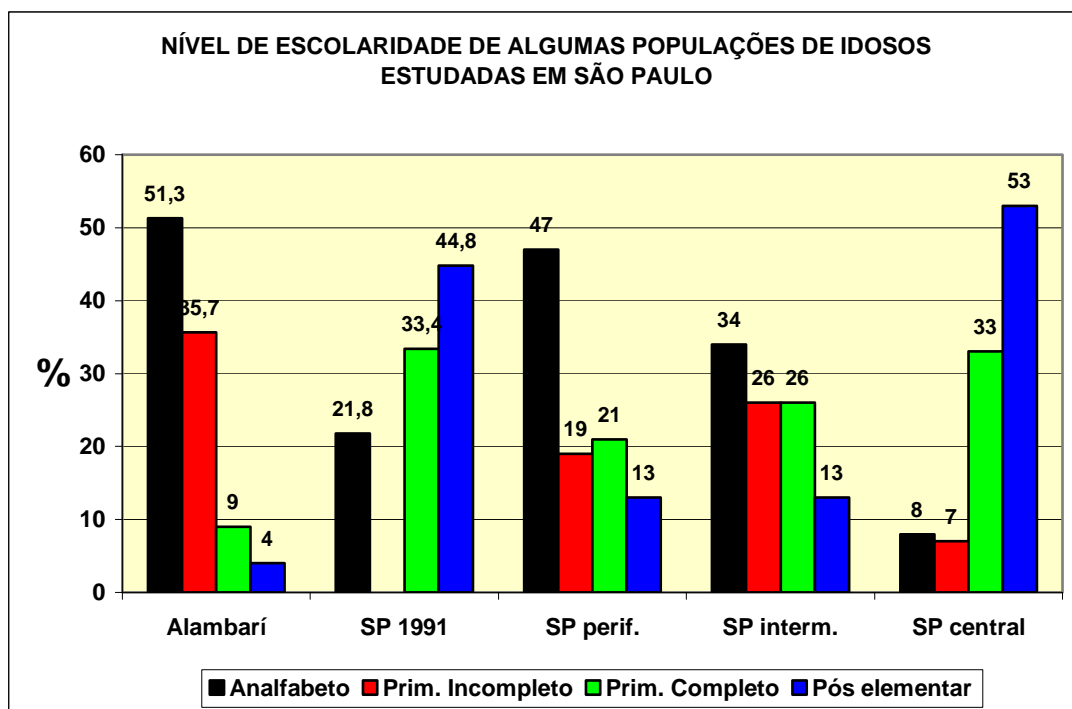
No estudo de Ramos (1993), mesmo quando se avalia a escolaridade da população idosa periférica, ainda assim a proporção de idosos com baixa escolaridade (66%) é expressivamente menor do que o encontrado neste estudo.

O gráfico 2 faz uma comparação entre os níveis de escolaridade dos idosos de Alambarí, com os idosos do estudo de Ramos et al. (1993a) por área de residência.

Isto pode ser explicado pelo fato de que, até o início da década de 90, Alambarí era apenas um distrito de Itapetininga, comportando-se com uma área essencialmente rural, com poucas escolas e acesso mais difícil à sede do município, o que dificultava ainda mais a procura por estudo. Além disso, na época em que esses

indivíduos eram jovens, as escolas rurais só ofereciam estudo até o antigo 3º ano primário.

Gráfico 2



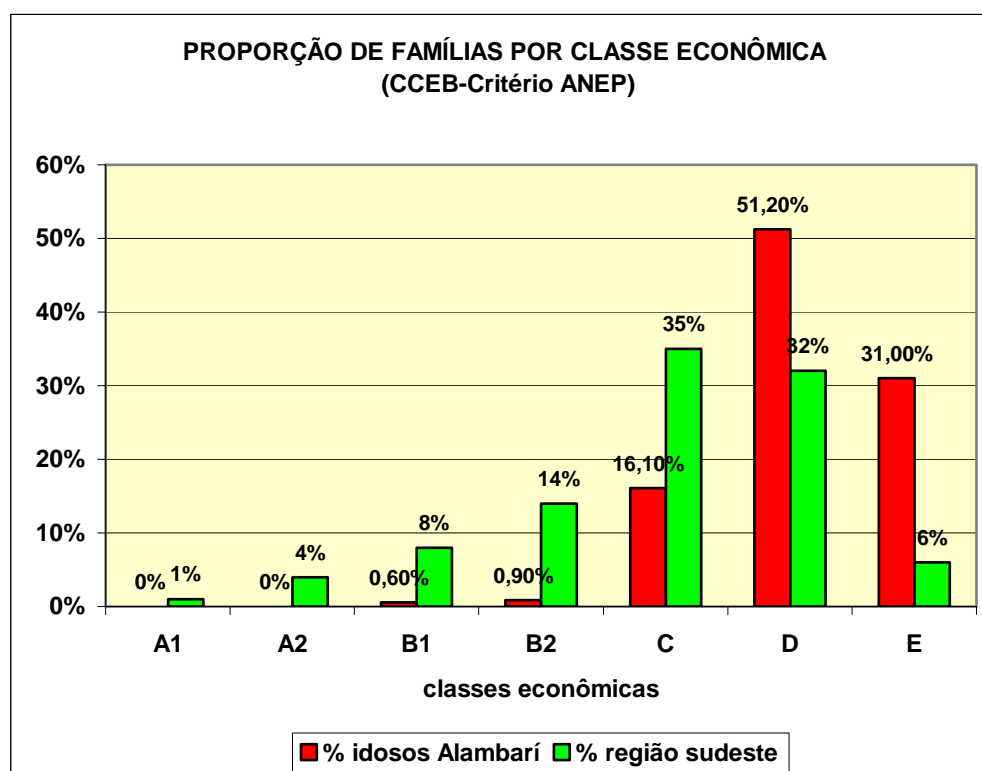
Essa explicação parece ser razoável ao se observar que no estudo de Bambuí-MG (LIMA e COSTA et al., 2000b), essa proporção foi de 89,1%, numa população que até 1950 tinha 84% de população rural.

Ainda reforçando essa hipótese, pode-se citar o fato de que a população estudada tem como uma de suas características específicas um longo tempo de residência no município, já que 48,1% dos entrevistados vivem em Alambarí há mais de 50 anos.

De qualquer forma, essa característica de baixa escolaridade demanda ações que contemplem essa característica populacional, principalmente em relação às ações educativas e orientações dadas por ocasião de consultas nas unidades sanitárias.

O gráfico 3 mostra a distribuição por classe econômica utilizando-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP 2000) comparada com a distribuição das famílias da região sudeste no ano de 1996, segundo levantamento sócio-econômico do IBOPE.

Gráfico 3



Observa-se que a classe econômica das famílias onde vivem os idosos de Alambarí é significativamente inferior a da região sudeste do Brasil no ano de 1996.

A avaliação antropométrica utilizando-se 2 critérios para a avaliação do IMC (Índice de Massa Corpórea) deixa claro que são necessários novos estudos sobre essa questão, tendo em vista os resultados discrepantes encontrados.

Por um lado, utilizando-se a escala de avaliação do IMC pelo critério OMS, encontrou-se uma proporção maior de idosos com sobrepeso, por outro lado, ao se

usar a escala proposta por Lipschitz (1994) encontra-se uma prevalência de baixo peso entre esses mesmos idosos.

Para Lipschitz (1994), ocorre uma redução na estatura das pessoas de aproximadamente 1 cm por década de vida após os 20 anos de idade o que faz com que seja necessária uma adequação da escala de avaliação do IMC. Entretanto o autor afirma que tem sido demonstrada a redução do peso corporal após os 70 anos, o que faria com que houvesse uma redução do IMC.

Sabe-se que, com o envelhecimento, a perda muscular pode chegar a 40% do peso corporal entre os 50 e 80 anos de idade (Powers e Howley 2000; Wilmore e Costill 1999) e também que esse processo é devido, principalmente, a redução da atividade física.

Assim sendo, parece que a única justificativa para se propor um aumento no valor do IMC normal para idosos é a diminuição da estatura.

Parece evidente entretanto que se o idoso apresentar aumento de massa corporal sendo sedentário, essa massa deverá ser de gordura, excluída a possibilidade de retenção hídrica em algumas doenças.

Fica uma questão a ser investigada: será que os idosos com baixo IMC são indivíduos desnutridos ou esse baixo índice é devido a acentuada perda de massa muscular, principalmente fruto do sedentarismo ?

2. COMO VIVEM OS IDOSOS DE ALAMBARÍ

Em relação aos aspectos socio-econômicos, observa-se que, embora com rendimentos pessoais baixos, os idosos estudados em sua maioria são aposentados e proprietários da casa onde vivem, o que confere aos mesmos uma segurança financeira maior do que de outros grupos etários (CAMARANO, 2002).

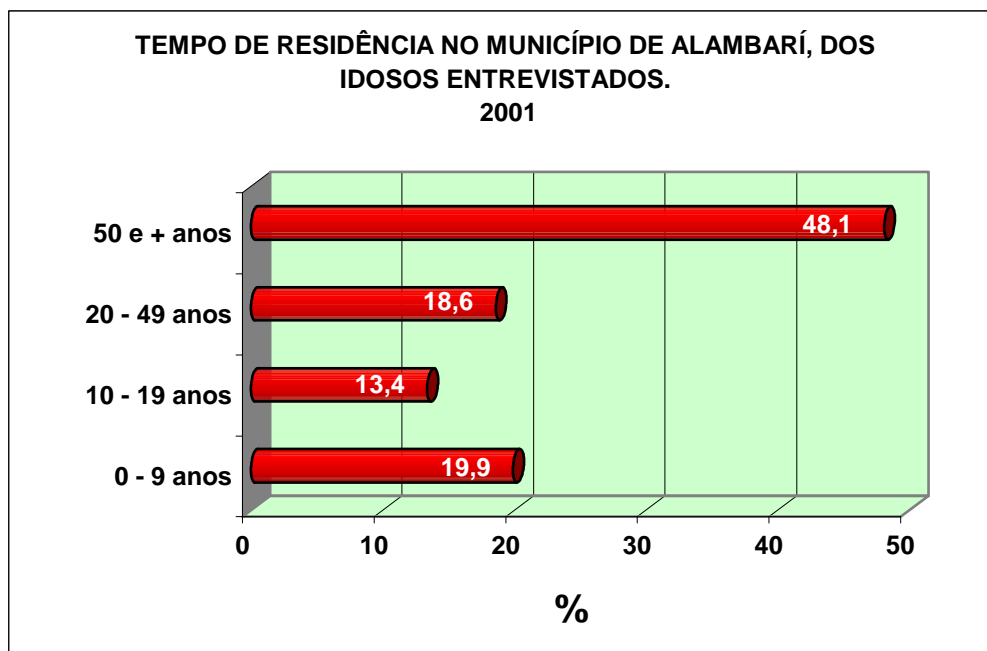
A diferença significativa encontrada entre homens e mulheres aposentadas está de acordo com os resultados obtidos a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998, que mostrou que 77,6% dos homens idosos eram aposentados enquanto que para as mulheres essa proporção foi de 53,1% (CAMARANO 2001).

Camarano (2002) revela que em 1998, as famílias que tinham idosos em sua composição, correspondiam a aproximadamente 24% e que nessas os idosos contribuíam em média com 52% da renda familiar.

Esses resultados apontam para a importância dos idosos para a economia do município.

Mesmo com essa importância, esses idosos parecem não ter consciência da força relativa que tem, haja vista a baixa participação na escolha de seus representantes políticos. Considerando o colégio eleitoral do município (2756 eleitores aptos) e o número de votos recebidos por vereadores eleitos na última eleição municipal, os 137 idosos (41,9%) que não votaram poderiam, com boa margem de segurança, eleger um representante específico de seus interesses na câmara municipal, haja visto que o terceiro vereador mais votado nas últimas eleições recebeu 134 votos (TRE-SP, 2000)

Os resultados demonstram que os idosos usuários do SUS de Alambarí são pessoas de origem humilde que, na maior parte de suas vidas desenvolveram atividades de baixa qualificação profissional, pertencentes às classes econômicas baixas e que possuem fortes raízes na cidade onde vivem, já que 48,1% dos mesmos residem no município há mais de 50 anos (gráfico 4).

Gráfico 4

A condição da mulher viver sozinha, encontrada entre a população estudada, foi semelhante à encontrada por Anderson (1998) utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizado em 1989 (15% das mulheres), mas a proporção de homens vivendo sozinhos foi o dobro da encontrada pela mesma autora.

Quanto à posse de alguns bens de consumo mais comuns, chama atenção o fato de que quase 40% da população idosa rural não possuem uma geladeira na casa onde residem, o que constitui um problema quando se pensa na conservação de alimentos.

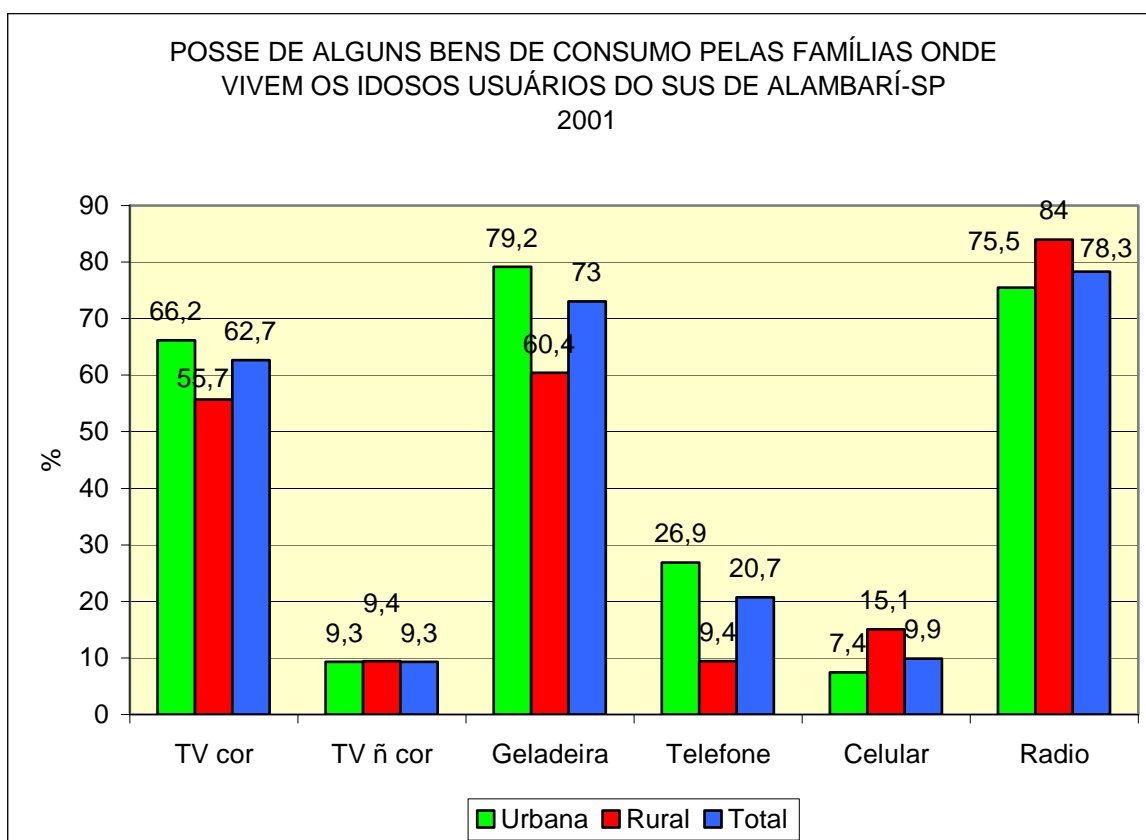
O telefone que é um equipamento de comunicação essencial, principalmente na área rural, só foi encontrado em menos de 10% das moradias dos idosos rurais e pouco mais de ¼ das moradias urbanas.

Anderson (1998) encontrou a existência de telefone numa proporção de 1,5% dos domicílios de idosos brasileiros da área rural em 1989.

Um dado que deve ser destacado é a importância do rádio como veículo de comunicação, principalmente para os idosos rurais, tendo sido encontrado em 84% dos domicílios.

O gráfico 5 mostra a proporção de posse de alguns bens de consumo das famílias onde vivem os idosos entrevistados.

Gráfico 5



Ao se analisar os aspectos relativos às condições de saúde e saneamento, observa-se que em relação à morbidade referida, os resultados são semelhantes aos

encontrados por Ruiz et al. (1998), mostrando uma acentuada prevalência das doenças cardiovasculares como causa principal.

Quanto as principais causas de mortalidade, os resultados encontrados são semelhantes aos do SEADE no ano de 1999 (SEADE 1999), mais uma vez prevalecendo de forma destacada as doenças cardiovasculares.

Em relação a doenças específicas, chama atenção a alta prevalência da hipertensão arterial (41,4%) entre os entrevistados, não diferindo de outros estudos (CDC, 1996; RAMOS et al. 1998; ANDERSON, 1998; RUIZ et al. 1998; LIMA e COSTA et al. 2001; CAMARANO, 2002).

Considerando-se que essa doença é uma das principais responsáveis pelo surgimento de outras complicações cardiorespiratórias, com os AVCs, a Insuficiência Cardíaca e as Doenças Isquêmicas do Coração, além de ser possível seu controle em nível da atenção primária à saúde, deve-se tomar esse fato em conta e com prioridade, no planejamento de ações de saúde que visem a atenção ao idoso.

A prevalência do diabetes mellitus encontrada neste estudo foi próxima ao dobro da encontrada por Camarano (2002), analisando dados do PNAD-IBGE 1998.

Esse achado, talvez esteja relacionado a dois fatos: um deles seria a inexistência de demanda reprimida para os idosos que efetivamente procuram as unidades do município, o que permitiria uma maior possibilidade de diagnósticos, visto que o teste capilar de glicemia é realizado periodicamente em todas as unidades de saúde.

O outro fator, que necessita de melhores estudos, é relativo aos critérios laboratoriais para o diagnóstico do diabetes em pessoas idosas. Nesse sentido, Nasri e colaboradores (1995) chamam atenção para o fato de que o critério de diagnóstico

de diabetes para os idosos ainda não ter sido ajustado, o que tem sido questionado por alguns pesquisadores.

Os resultados relativos ao uso habitual de medicamentos mostraram que os idosos usuários do SUS de Alambarí apresentam proporções bastante inferiores do que aquelas encontradas por outros autores (STUCK et al. 1994; MOSEGUI et al., 1999).

Mosegui et al. (1999), avaliando apenas mulheres idosas freqüentadoras da Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ, verificaram que apenas 9,1% das delas não ingeriam medicamentos regularmente. Neste estudo encontrou-se uma proporção de 19,9% das idosas usuárias do SUS que referiu não tomar qualquer remédio habitualmente.

Stuck et al. (1994) estudando idosos de 75 anos ou mais que viviam em Santa Mônica na Califórnia, encontraram uma proporção de 34,8% de indivíduos que referiram tomar 6 ou mais medicamentos diariamente.

Enquanto que apenas 18,3% dos idosos de Alambarí referiram tomar 4 ou mais medicamentos diariamente, Almeida et al. (1999) estudando idosos de 60 anos ou mais, atendidos no serviço ambulatorial de saúde mental da Santa Casa de São Paulo encontraram uma prevalência de 41,3% de indivíduos declarando ingerir 3 ou mais medicamentos.

Esses resultados mostram que, comparativamente a outros estudos, os idosos usuários do SUS de Alambarí estão recebendo uma menor quantidade de medicamentos, o que pode ser interpretado como um fato positivo, já que o uso de múltiplos medicamentos por idosos aumenta o risco de reações adversas dessas medicações (RAMOS, 1995).

Em relação aos medicamentos mais utilizados por essa clientela, coerente com o que foi achado em relação à morbidade referida, chama atenção o absoluto predomínio de drogas utilizadas no controle de doenças cardiovasculares.

Assim, dos 10 sub-grupos de medicamentos mais citados, seis são de drogas essencialmente utilizadas para o tratamento das doenças cardiocirculatórias.

Esses dados são muito semelhantes ao de Xavier et al. (2000) num estudo com idosos de 80 anos ou mais de Veranópolis-RS e mostra que em nível da atenção primária, não há necessidade de uma grande diversidade de medicamentos para o atendimento aos problemas mais comuns da clientela idosa, o que sem dúvida, facilita o planejamento das ações no tratamento dessas doenças.

A prevalência de queixas relativas ao aparelho osteomuscular foi inferior à encontrada por Camarano (2002) no estudo com dados do PNAD 1998, quando essas queixas representaram 40% entre idosos de 60 a 80 anos de idade.

Esse fato talvez possa ser explicado pela adaptação e conformismo com esse tipo de problema, a ponto de deixar de ser citado numa entrevista, como uma doença específica. Isto porque a maioria desses idosos desenvolveu atividades braçais árduas, durante a maior parte de suas vidas que, como se sabe podem causar lesões osteomusculares com maior frequência.

Bonita (1998), chama atenção para esse fato dizendo que essas queixas em países desenvolvidos, geralmente estão mais relacionadas ao sedentarismo e sobrepeso, enquanto que nos países em desenvolvimento essa relação se faz mais habitualmente com o tipo de trabalho pesado realizado por essas pessoas durante toda a vida.

Quando avaliadas as variáveis: demanda por consultas médicas, número de medicamentos habitualmente utilizados e o número de doenças citadas, chama atenção que para todas elas as mulheres apresentaram proporções significativamente maiores do que as dos homens.

Esse fato pode a primeira vista parecer paradoxal, já que se sabe que os homens apresentam uma sobrevida menor que as mulheres; geralmente estão mais expostos a fatores de risco à saúde (fumo, álcool, condições de trabalho insalubre) e, portanto deveriam apresentar um número de problemas de saúde, pelo menos semelhante ao das mulheres.

Chamando atenção para esse fato, a OMS considera que somente 20 a 25% da diferença de mortalidade entre homens e mulheres pode ser explicada por fatores genéticos e que de fato, cerca de 50% da variação de expectativa de vida entre os dois gêneros é fruto de diversos fatores ambientais aos quais os indivíduos estão sujeitos até os 30 anos de idade (WHO, 2001).

Assim sendo, considerando-se que os idosos estudados em sua maioria eram indivíduos com baixo nível socio-econômico e baixa escolaridade, deveria ser esperada uma maior demanda aos serviços de saúde por parte dos homens.

Esse aparente paradoxo pode ser explicado por dois fatos. O primeiro é que mesmo idoso e muitas vezes já aposentado, esses indivíduos geralmente estão envolvidos em trabalhos externos para a manutenção de sua sobrevivência, não encontrando tempo para comparecerem as unidades básicas de saúde que geralmente funcionam no mesmo horário que suas atividades.

O segundo fato está ligado ao papel ainda prevalente nessa comunidade do homem como chefe da família, como líder, não sendo adequado portanto revelar

sinais de debilidade e fraqueza funcional, o que faz com que procurem os serviços de saúde somente em fases mais avançadas das doenças.

Esse fato mostra a necessidade de que os serviços públicos de saúde venham adequar-se para, de uma forma mais ativa, ir em busca de 38,1% dos idosos do sexo masculino de Alambarí, que não procuraram as unidades básicas de saúde do município uma única vez no ano 2000, enquanto que 41,6% das mulheres idosas compareceram a pelo menos 4 consultas médicas nesse mesmo ano.

As proporções de déficits auditivos e visuais encontradas neste estudo foram semelhantes às encontradas por Coelho Filho e Ramos (1999) estudando idosos de Fortaleza-CE.

Ramos (1997) estudando idosos de classe média no município de São Paulo, encontrou queixas auditivas semelhantes ao encontrado neste estudo, mas uma proporção menor de problemas visuais.

Xavier et al. (2000) avaliando a acuidade visual de octogenários encontrou 93% com algum grau de limitação visual e quando submetidos a avaliação da acuidade auditiva 51% desses idosos apresentavam algum nível de hipoacusia.

Desai (2001) avaliando idosos americanos e considerando como deficiência visual, situação em que o problema de acuidade não pode ser resolvido só com as lentes, encontrou 32% de déficit em idosos de 85 anos ou mais. Em relação a deficiência auditiva, esse autor encontrou 58% dos homens acima dos 85 anos e 49% das mulheres com algum déficit.

De qualquer forma, independente das diferentes metodologias utilizadas, esses resultados indicam que os problemas de deficiências auditivas e visuais apresentam alta prevalência nos idosos e podem estar relacionados com déficit

cognitivo, isolamento social, diminuição da autonomia, aumento do risco de quedas e faturas (DESAI et al., 2001).

Um achado preocupante, considerada a prevalência de problemas visuais entre esses idosos e as conseqüências dos mesmos, é de que 25,8% dos entrevistados jamais terem feito uma única consulta oftalmológica, isso num município do estado de São Paulo que conta com uma rede de saúde pública muito superior a da maioria dos estados brasileiros.

Como foi dito anteriormente, como não existe uma demanda reprimida para o atendimento desses idosos na atenção primária, esse fato pode estar revelando as dificuldades existentes quando é necessário o encaminhamento desses pacientes para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, onde são realizados os exames específicos de acuidade visual e auditiva.

O predomínio de deficiência visual sobre a auditiva merece ser mais bem investigado para verificar se de fato existe ou se é fruto de uma percepção maior da deficiência visual, devido ser mais limitante das atividades diárias desses idosos.

Neste estudo, a prevalência de quedas declaradas pelos idosos no último ano foi significativamente inferior a encontrada por outros autores (BLAKE et al., 1988; RAMOS et al., 1998; COELHO e FILHO e RAMOS, 1999; XAVIER et al., 2000; CDC, 2000).

Chaimowicz et al. (2000) encontraram uma prevalência de quedas (17%) semelhante a encontrada neste estudo (12,7%) estudando idosos moradores de um bairro de Campo Belo em Minas Gerais.

As pessoas que faziam uso habitual de hipnóticos apresentaram uma proporção significativamente maior de quedas (21,6%), quando comparados aos que

não tinham esse hábito (10,1%), o que também foi observado por Chaimowicz et al. (2000) e Blake et al. (1988).

Não se encontrou uma explicação satisfatória para o fato dos idosos de Alambarí terem apresentado uma menor prevalência de quedas, entretanto acredita-se que a metodologia de obtenção dessa resposta possa interferir no resultado pois, lembrar de fatos ocorridos até um ano atrás, não é tarefa simples para pessoas idosas que, sabidamente, tem a memória recente mais deficiente.

Acredita-se então que essa menor prevalência possa estar relacionada a sub-notificação de quedas banais que não tiveram conseqüências limitantes mais sérias.

A questão do edentulismo, talvez seja um dos achados mais significativos deste estudo, pelas repercussões que podem ter sobre outras funções orgânicas.

A proporção de quase 90% desses idosos que informaram a perda total ou da maioria dos dentes e sem uma diferença significativa entre as faixas etárias, revela que essas pessoas já chegaram à terceira idade sem seus dentes naturais.

A proporção de idosos que não consultaram um dentista há mais de 10 anos (59,6%) mostra que a saúde bucal não é uma prioridade na atenção à saúde do idoso.

Cormack (2002), citando dados de Papas et al., diz que 85% dos idosos entrevistados em Boston nos EUA haviam visitado o dentista nos 12 meses precedentes à entrevista.

Um recente estudo que revisou todos os artigos publicados sobre a saúde bucal de idosos, a partir de 1988 (COLUSSI e FREITAS, 2002), revelou que cerca de 68% dos idosos brasileiros são edêntulos. Esse estudo concluiu também que a prevalência de edentulismo no Brasil é uma das mais elevadas do mundo.

A autora conclui o trabalho dizendo que: “*A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira*”.

Estudo com pacientes desdentados totais, atendidos na disciplina de prótese Total da Faculdade de Odontologia de Araraquara-SP, realizado entre 1987 a 1997, revelou que a média de idade em que os pacientes haviam tido perda total de seus dentes foi de 39,3 anos para as mulheres e 48,1 anos para os homens (LELES et al., 1998).

Um aspecto de grande importância em estudos relacionados com a população idosa é a investigação da prevalência de distúrbios mentais.

Sabe-se que a maior proporção desses distúrbios é a depressão, a qual frequentemente não é diagnosticada, limitando-se ao tratamento apenas das manifestações somáticas dessa doença (BLAZER, 2002).

Neste estudo, encontrou-se uma prevalência significativamente maior desses distúrbios nas mulheres, o que também foi verificado em outros estudos brasileiros (XAVIER et al., 2001b; RAMOS, 1997).

A prevalência total de distúrbios psíquicos encontrada, também foi semelhante a encontrada por outros autores (RAMOS, 1997; ANDERSON, 1998; RAMOS et al., 1993; COELHO FILHO e RAMOS, 1999; VERAS, 1994).

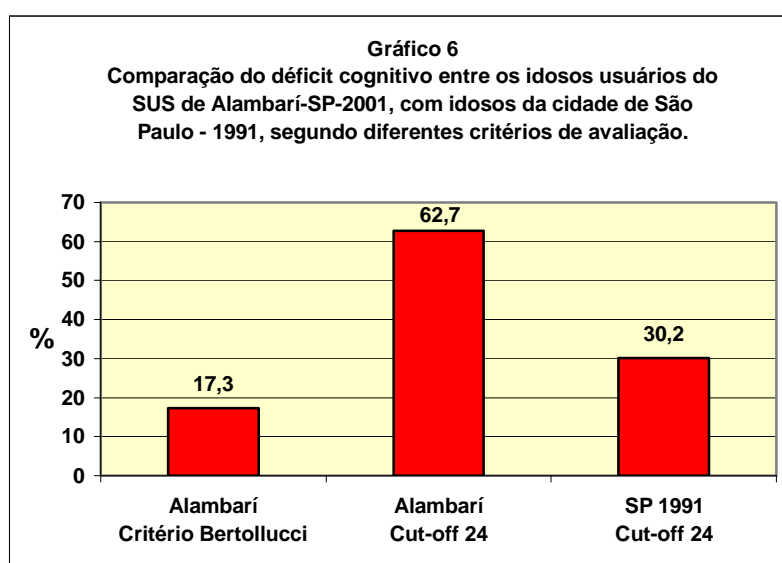
Xavier (2001b), ao explicar o fato desses distúrbios ocorrerem mais nas mulheres idosas, relaciona-o com a maior proporção de viuvez nesse gênero que, frequentemente, é acompanhada de solidão e de sintomas depressivos.

Um resultado que indica que o problema da depressão do idoso ainda é pouco diagnosticado e tratado, refere-se ao fato de que apenas três entrevistados declararam ter depressão (0,9%) e apenas nove idosos disseram estar tomando qualquer tipo de medicação antidepressiva (2,8%), o que está significativamente abaixo da prevalência dos distúrbios psíquicos nessa população.

A questão da capacidade cognitiva é outro aspecto fundamental ao se estudar os idosos, não só pelo impacto negativo que a deficiência cognitiva tem sobre a qualidade de vida dos mesmos (RAMOS, 1997; STUCK, 1999), como para toda a família com a qual convive.

Neste estudo, utilizando-se uma metodologia de classificação que leva em conta o grau de escolaridade dos entrevistados (BERTOLUCCI et al., 1994), encontrou-se uma prevalência menor de déficit cognitivo, do que a encontrada em outros estudos com populações idosas brasileiras (RAMOS et al. 1998; RAMOS, 1997; VERAS, 1994) o que poderia estar indicando uma “sub” detecção de casos.

Entretanto, ao se utilizar a escala original, com ponto de corte de 24, encontrou-se uma proporção muito superior a dos estudos citados anteriormente,



conforme observa-se no gráfico 6.

Este fato pode estar indicando que há necessidades de novos estudos no sentido de desenvolver-se escalas mais adequadas a esse tipo de população.

Quando a prevalência de deficiência cognitiva é distribuída por faixas etárias, fica evidente a importância que o problema vai tendo com o envelhecimento e as consequências futuras desse fato, sabendo-se que a tendência demográfica para as próximas décadas é de aumento mais expressivo dos idosos cada vez mais idosos.

Conforme destacado por Ramos (1997), o grande desafio na atenção aos idosos nos próximos anos, será o de manter-se a autonomia dessas pessoas, o que constitui o principal fator para uma adequada qualidade de vida.

Neste estudo, encontrou-se 33,5% de idosos informando no mínimo uma dependência de pelo menos quatro atividades da vida diária, havendo uma diferença significativa entre os gêneros sendo a prevalência maior nas mulheres.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Ramos et al. (1998) em idosos do município de São Paulo, mas superiores ao encontrado pelo mesmo autor em outro estudo com idosos também da mesma cidade (RAMOS et al., 1993).

Veras (1994) também encontrou uma maior prevalência de déficit cognitivo entre as mulheres, porém a prevalência encontrada no total da amostra estudada foi inferior ao encontrado neste estudo.

A distribuição do nível de autonomia por faixas etárias revela um significativo aumento do problema com o envelhecimento, constituindo-se em mais um alerta sobre a necessidade de estar-se preparado para o atendimento a necessidade desses idosos nas próximas décadas.

Estudos epidemiológicos sobre hábitos de risco na população brasileira são raros (REGO et al., 1990; DUNCAN et al., 1993), não havendo ainda um sistema de vigilância epidemiológica da prevalência desses fatores em nossa população, com existente nos EUA (KAMIMOTO, 1999).

Essa escassez é ainda mais acentuada quando relacionada à população idosa. Em revisão dos principais estudos epidemiológicos realizado em nosso País nas últimas décadas, encontrou-se apenas um estudo que procurou avaliar a prevalência desses fatores de risco entre população idosa (LIMA e COSTA, 2001).

Por esse motivo, a comparação dos resultados encontrados neste estudo não podem ser feita com outras populações idosas brasileiras, exceto a dos idosos de Bambuí-MG (LIMA e COSTA, 2001), mesmo assim, considerando-se as diferenças metodológicas dos dois estudos.

Em relação ao hábito de fumar, este estudo encontrou resultados ainda não avaliados em outros estudos com idosos em nosso meio, revelando que um expressivo número de idosos declararam já terem sido fumantes em algum momento de suas vidas, mas que abandonaram o vício.

Essa diferença foi mais acentuada entre os homens, sendo que atualmente a proporção de mulheres que confirmaram o hábito é superior a dos homens.

Essa maior prevalência do hábito de fumar entre as mulheres é inversa ao encontrado em estudos brasileiros com populações mais jovens (REGO et al., 1990; DUNCAN et al., 1993).

Kamimoto (1999) estudando a prevalência desse hábito em idosos de diferentes faixas etárias, encontrou que, embora com prevalência superior entre os

homens, a prevalência entre as mulheres foi muito próxima à encontrada entre eles, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 19

Distribuição da prevalência do hábito de fumar entre idosos americanos, por faixas etárias 1993 –1997

	Idade 55 – 64 anos	65 – 74 anos	75 e + anos
Gênero			
Homens	21,8%	13,9%	8,0%
Mulheres	20,1%	12,9%	6,3%
Total	21,2%	13,3%	6,8%

Fonte: Kamimoto et al 1999

Uma possível explicação para essa maior proporção de mulheres fumantes nessa população, pode estar relacionada ao fato de que nas últimas décadas, com o processo de maiores conquistas e liberação da mulher, o tabagismo passou a ser aceito de forma muito mais tranqüila nesse gênero, do que em épocas passadas, vindo a constituir-se a droga de mais fácil obtenção e aceitação social.

Outro resultado que chama atenção é que os homens que tinham uma prevalência anterior muito elevada de tabagismo (76,8%), conseguiram abandonar o vício numa proporção bastante expressiva (30,2%), considerando-se que esse é um hábito que causa dependência física.

Uma das hipóteses que poderia explicar essa queda acentuada na prevalência do hábito pode estar relacionada ao costume muito comum no interior, da confecção

de cigarros de palha, feito com fumo picado e que são pitados sem serem tragados, o que estaria reduzindo a absorção de nicotina e conseqüentemente reduzindo a possibilidade de dependência.

Por outro lado, não se pode negar o fato de que as freqüentes campanhas de combate ao fumo introduzidas de forma mais intensa nos últimos anos tenham sensibilizado essas pessoas, que por estarem em idades mais avançadas, já sentiam as conseqüências do hábito em sua saúde.

A avaliação de uso abusivo ou problemático de álcool, mostrou que a prevalência desses problemas na vida dos idosos estudados, foi semelhante a encontrada em outros estudos (REGO et al., 1990; DUNCAN et al., 1993; CARDIM et al., 1986), com uma proporção expressivamente maior entre os homens do que a encontrada nos referidos estudos.

Uma maior prevalência de problemas com o uso de álcool entre os homens nessa população pode ser explicada entre outros fatos (baixa escolaridade, baixo nível econômico), pela ausência quase completa de atividades de lazer no município, tornando o encontro no bar, no final do trabalho, uma das mais significativas atividades sociais dos homens.

Entre os hábitos de risco estudados, o que mais se destaca por sua alta prevalência é o sedentarismo.

Os resultados encontrados neste estudo, com 66,2% dos idosos informando atividades físicas insuficientes para obter os benefícios fornecidos por esse hábito, embora seja muito elevado, ainda assim é um pouco menor do que o encontrado em outros estudos brasileiros (DUNCAN et al., 1993; REGO et al., 1990) e bastante inferior ao encontrado com a população idosa de Bambuí-MG (LIMA e COSTA,

2001) onde 87,2% dos entrevistados negaram realizar essas atividades pelo menos 3 vezes por semana.

É importante destacar o fato de que existiu uma diferença metodológica entre os 2 estudos que pode explicar essa maior prevalência entre os idosos mineiros.

Essa diferença está na forma como a questão foi formulada aos idosos. No estudo de Bambuí, indagava-se se o idoso realizava atividades físicas em seu tempo de lazer e neste estudo não era feita distinção entre atividade no lazer ou no trabalho.

Esse fato é muito importante de ser verificado em estudos sobre a questão do sedentarismo, já que não é incomum que as pessoas neguem praticar atividades físicas regularmente, mas quando melhor avaliadas, verifica-se que elas têm atividades laborais em que desenvolvem atividades físicas suficientes para obter os efeitos benéficos desejados.

Estudo do CDC (KAMIMOTO, 1999) revelou uma prevalência de sedentarismo acentuadamente menor entre os idosos americanos: 31,1% (55 a 64 anos); 35,1% (65 a 74 anos) e 46,0% (75 e + anos). Esse fato mostra que o problema é mais acentuado em nosso meio, merecendo uma atenção especial para sua redução.

Foi encontrada uma menor prevalência de sedentarismo entre os idosos residentes na área rural, o que pode estar relacionado com o tipo de trabalho desenvolvido por eles, onde o esforço físico é mais prevalente (carpir, cuidar de animais, caminhar maiores distâncias na área rural).

O sedentarismo, além de ser o hábito de risco de maior prevalência entre os idosos, também se revelou como o único que aumenta com a idade, o que também foi encontrado entre os idosos americanos (KAMIMOTO, 1999).

Esse fato precisa receber uma prioridade especial no planejamento de ações que visem a melhoria da qualidade de vida dos idosos, já que estudo de metanálise (LEMURA et al., 2000), concluiu que a atividade física regular provoca adaptações favoráveis na capacidade funcional cardiorrespiratória, mesmo após os 70 ou 80 anos de vida.

Diversos trabalhos têm demonstrado que a atividade física regular é essencial para a manutenção da massa muscular; melhoria da capacidade cardiorrespiratória; aumento da massa óssea; maior tolerância a glicose; redução da massa corpórea gorda; melhoria da flexibilidade; melhoria das funções cognitivas; redução na frequência de quedas entre os idosos (MATSUDO et al., 2000; WHO, 1998; MCDH, 1997; RUSSEL et al., 1995; NÓBREGA et al., 2000; JOZSI et al., 1999; MATSUDO et al., 2001A; AHA, 2000; FLORINDO, 2000; FOLSOM et al., 2000)

Considerando-se o amplo espectro de benefícios que a atividade física é capaz de trazer ao organismo e o baixo custo para sua implementação na vida dos idosos, fica claro a importância dessas atividades em qualquer programa de atenção aos idosos e para a população geral que serão os nossos idosos das próximas décadas.

Os problemas nutricionais do idoso constituem outro fator de risco significativo, para se atingir um envelhecimento saudável, com qualidade de vida.

Neste estudo, considerando-se seu aspecto multidimensional, optou-se por analisar apenas a frequência de ingestão dos principais grupos alimentares, visando a comparação com as recomendações dietéticas habituais.

Os resultados encontrados mostram que a maioria dos entrevistados tem uma ingestão inadequada de frutas, verduras e alimentos lácteos.

A ingestão diária de produtos lácteos, que tem importante papel como fonte de cálcio e conseqüentemente na prevenção da osteoporose, só foi citada por 42,5% da população idosa rural e novamente em proporção significativamente inferior a da população urbana (65,7%).

Apenas 28,6% dos idosos declararam ingerir verduras diariamente e mesmo as frutas cítricas, que são de fácil obtenção no município, só são ingeridas diariamente por 30,1% dos entrevistados, sendo significativamente menor entre a população rural.

Kamimoto (1999) encontrou resultados semelhantes entre idosos americanos mas a metodologia utilizada foi mais exigente, indagando se a ingestão desses alimentos era de no mínimo 5 porções diárias.

No estudo de Bambuí-MG (LIMA e COSTA et al., 2001) a prevalência encontrada foi ainda menor, mesmo tratando-se de um município de médio porte onde se pode imaginar que existem maiores facilidades para o plantio ou aquisição desses alimentos.

Neste sentido é interessante destacar que neste estudo, a prevalência de ingestão de frutas e verduras foi menor na população rural do que na urbana, o que pode estar indicando que, mais do que dificuldade de acesso a esse tipo de alimento, o baixo consumo esteja mesmo mais relacionado à questão de hábitos alimentares inadequados, além da questão da falta de geladeira em grande proporção dos domicílios rurais, que traz dificuldades para a conservação desses alimentos.

Ames (1998), diz que a baixa ingestão de frutas e verduras (menos do que 5 porções diárias), que tem uma prevalência de 80% entre crianças e adolescentes americanos e de 68% entre os adultos, pode explicar o fato de que os 25% da

população que têm as mais baixas ingestões desses alimentos, têm o dobro da incidência dos vários tipos de câncer, do que os 25% que têm as ingestões mais elevadas.

Esse mesmo autor chama atenção ainda para o fato de que mais de 200 estudos epidemiológicos têm mostrado, com grande consistência, a relação entre o baixo consumo de frutas e verduras e a incidência de câncer.

Estudos têm alertado para a questão dos fatores que interferem no consumo alimentar de nossos idosos, levando-os a um estado de má nutrição (CAMPOS et al., 2000; REIS, 2001).

Dentre esses fatores cabe destacar: baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, isolamento social, edentulismo, uso de múltiplos medicamentos, alterações fisiológicas do aparelho digestivo, diminuição da percepção sensorial do gosto e olfato, inapetência, redução na percepção da sede.

Campos (2000), chama atenção para o fato de que o isolamento social, aliado ao baixo poder aquisitivo de grande parcela de nossos idosos, acabam por fazer com que esses passem a simplificar seus hábitos alimentares, procurando ingerir alimentos mais baratos e de simples preparo, como massas, doces, chás, torradas, levando-os a deficiência nutricional.

A OMS (WHO, 1999) alerta que, embora a quantidade total de calorias necessárias diminua com a idade, as necessidades de água, proteínas e muitas vitaminas e minerais continuam as mesmas ou até superiores.

Concluindo, a questão da nutrição é tão importante para a qualidade de vida das pessoas que já em 1988, o Surgeon General's Report on Nutrition and Health

(AOA, 2000) relacionou dois terços de todos os óbitos ocorridos nos EUA, com hábitos alimentares inadequados.

A ingestão diária de produtos lácteos, que tem importante papel como fonte de cálcio e conseqüentemente na prevenção da osteoporose, só foi citada por 42,5% da população idosa rural e novamente em proporção significativamente inferior a da população urbana (65,7%).

Os resultados sobre a busca por serviços preventivos oferecidos pelo sistema de saúde mostrou que apesar da ampla divulgação feita sobre a importância da prevenção do câncer ginecológico, 41,8% das idosas de Alambarí nunca fizeram um Papanicolaou em toda a vida.

Entre os homens essa procura foi ainda menor com apenas 32,5% informando ter feito um exame de prevenção do câncer da próstata, o que pode ser explicado não só pela menor oferta desse serviço, já que só é realizado em nível da atenção secundária; como pelo fato de haver uma grande rejeição ao exame de toque retal.

Estudo do CDC (GAIL et al., 1999) realizado no período de 1995 a 1997, encontrou uma maior proporção de mulheres idosas americanas que realizaram um exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores a entrevista: 83,4% (55 a 64 anos); 77,4% (65 a 74 anos) e 58,2% (75 ou mais anos).

Em relação a procura pela vacinação contra a gripe, embora os níveis hierárquicos superiores do SUS venham cobrando sistematicamente melhores coberturas vacinais, os resultados encontrados neste estudo foram superiores aos encontrados por estudo realizado com idosos americanos (GAIL et al., 1999) no qual as coberturas encontradas foram de: 38,2% (55 a 64 anos); 63,6% (65 a 74 anos) e 71,4% (75 ou mais anos).

Dentre os motivos alegados pelos entrevistados para não terem recebido a vacinação, o mais freqüente foi simplesmente “não quis”, seguido do fato de terem medo da vacina e em terceiro lugar a informação de que tiveram reação anteriormente ou mesmo tendo sido vacinados tiveram gripe.

Recente estudo de meta-análise (DEMICHELI et al., 2002), apresentou como resultados que a capacidade de reduzir casos clínicos de influenza é de cerca de 24% para a vacina de uso parenteral e de 13% para a de uso por aerosol.

Esse fato pode explicar, em parte, a razão da baixa adesão a essa medida preventiva, na medida em que uma expressiva parcela dos idosos vacinados possa vir a apresentar a doença.

Sabe-se que distúrbios do sono estão entre as queixas mais freqüentes da população idosa (VALLADARES NETO, 1994; KOMATSU, 1995; CEOLIM, 1999).

Valladares Neto (1994) estima que 50% dos idosos vivendo na comunidade apresentam algum tipo de distúrbio do sono.

Essa realidade tem feito com que os idosos venham a constituir-se em grandes consumidores de medicações hipnóticas, o que tem sido questionado por diversos autores, tendo em conta os efeitos indesejados do uso prolongado dessas drogas sobre o organismo.

Neste estudo encontrou-se uma prevalência de uso dessas drogas muito semelhante a que foi encontrada por outros autores, havendo também uma prevalência significativamente superior entre as mulheres, o que também foi encontrado em outros trabalhos (HUF et al., 2000).

Encontrou-se também uma maior prevalência de uso entre os idosos urbanos, o que poderia levar a hipótese de que esse fato ocorra devido as diferenças entre o ambiente rural mais tranquilo e o fato dos idosos rurais geralmente estarem mais envolvidos em atividades que utilizam maior esforço físico, fazendo com isso que sejam criadas melhores condições para o sono.

Um fato preocupante é que, por questão de disponibilidade nas unidades de saúde do SUS, a maioria desses idosos que fazem uso habitual de hipnóticos, utilizam o diazepam para esse fim (81,1%).

Sabe-se que os benzodiazepínicos de meia vida longa como o diazepam são os menos indicados para uso em idosos, devido seu longo período de eliminação (KOMATSU, 1995; HUF et al., 2000).

Estudo de meta-análise sobre o uso de benzodiazepínicos no tratamento da insônia (HOLBROOK et al., 2000) mostra a relação entre redução da capacidade cognitiva com o uso desses medicamentos, concluindo que, embora essas drogas possam aumentar a duração do sono, os diversos efeitos indesejáveis relacionados às mesmas justificam estudos adicionais procurando avaliar a eficácia de medidas não farmacológicas no controle da insônia.

3. O QUE SENTEM OS IDOSOS DE ALAMBARÍ

Embora pertencendo a classes econômicas mais baixas; tendo um baixo nível de escolaridade, tendo trabalhado a maior parte de suas vidas em serviços penosos e não possuindo a maioria dos bens de consumo disponíveis pela tecnologia moderna, a maioria dos idosos de Alambarí tem uma visão positiva de suas vidas, já que 88,8% dos entrevistados consideraram suas vidas boas ou muito boas e quando questionados

sobre o principal motivo de insatisfação em suas vidas, 44,1% responderam que não tinham qualquer motivo de insatisfação.

Xavier et al. (2001), estudando octagenários de Veranópolis-RS, encontraram 78% de indivíduos que definiam suas vidas de forma positiva e 50% deles achavam que essa era a melhor fase de suas vidas.

Ramos et al. (1998) estudando idosos de 65 anos ou mais de classe média no município de São Paulo, encontraram 69,5% de referências boas ou excelentes para a auto-percepção da qualidade de suas vidas.

Lima e Costa et al. (2000b) estudando idosos de Bambuí-MG, encontraram 88,6% de idosos satisfeitos com suas vidas.

Como explicar que uma população idosa com tantas carências materiais possa ter uma forma tão positiva de avaliar sua vida?

Talvez essa seja uma das grandes lições deste estudo para aqueles que não conseguem ver a felicidade sem o acesso a uma grande quantidade de bens materiais.

Os idosos de Alambarí, recebendo suas reduzidas, mas permanentes aposentadorias; vivendo em casas simples, mas das quais são proprietários; convivendo próximos de familiares e amigos e vivendo num local de grande tranquilidade, estão fazendo na prática (de forma inconsciente) aquilo que é considerada a essência da filosofia budista, procurando obter o máximo de felicidade com um mínimo de consumo (SCHUMACHER, 1973).

Apenas 4% dos entrevistados relacionaram situações de insatisfação em suas vidas com problemas financeiros.

Considerando que mais de 75% desses idosos recebem aposentadoria, esse resultado talvez venha reforçar o que Camarano (2002) chama atenção ao dizer que

os benefícios previdenciários atuam como um “seguro de renda vitalício”, o que confere aos mesmos uma situação de estabilidade econômica muito superior a de grande parcela de trabalhadores mais jovens, que atualmente convivem com o medo do desemprego e a instabilidade de seus empregos.

Quando indagados sobre o que mais gostam em suas vidas, as duas categorias de respostas mais frequentes foram: atividades de lazer e atividades sociais ou familiares, podem estar indicando que esses idosos estão de fato vivendo de forma feliz essa fase de suas vidas.

Aquilo que foi apontado com maior frequência, como desejos para melhorar suas vidas: mais saúde e resolver problemas familiares, parece indicar que essa população está querendo viver em boas condições de saúde e de forma harmoniosa junto com suas famílias.

Coerente com o resultado positivo na avaliação de suas vidas, a questão da escala de avaliação de distúrbios psíquicos que indaga sobre o fato de ser ou não feliz a maior parte do tempo, foi respondida de forma positiva por 84,3% dos idosos, quase que na mesma proporção da avaliação positiva de suas vidas.

A sensação de solidão que foi citada de forma significativamente maior entre as mulheres, pode estar relacionada com o fato de que a prevalência de viuvez entre as mesmas também é sensivelmente maior e também apresentam uma maior prevalência de distúrbios psíquicos por esse motivo.

VIII. CONCLUSÕES

De modo geral, os resultados deste estudo apontam para problemas gerais que não são muito diferentes da realidade de outras populações de idosos brasileiros de

comunidades maiores avaliados em estudos semelhantes: prevalência de doenças crônico-degenerativas; semelhança nas principais causas de morbidade prevalente; baixo nível de escolaridade; prevalência predominante nas classes econômicas inferiores; maior proporção de mulheres viúvas; adoção de hábitos alimentares inadequados; alta prevalência de sedentarismo; saúde bucal precária com alto índice de edentulismo.

Em relação aos idosos usuários do SUS de Alambarí, objeto deste estudo observa-se que em sua maioria são pessoas muito simples tendo vivido a maior parte de suas vidas desenvolvendo trabalhos árduos de baixa qualificação; convivendo com poucos dos bens de consumo disponíveis pela tecnologia moderna; com baixíssimo acesso à educação formal; mais expostos a hábitos de risco; vivendo em famílias de classes econômicas mais baixas e fixados no município a maior parte de suas vidas.

Dentro dessa realidade, pode-se concluir que a maioria dos idosos usuários do SUS de Alambarí é constituída de sobreviventes sofrendo as sequelas das condições de vida que tiveram durante a maior parte de suas existências.

Considerando-se que as condições de vida da maior parte da população brasileira não tem sofrido modificações favoráveis de grande expressão, pelo contrário, em alguns setores essenciais houve até piora: desemprego, violência urbana, pode-se prever que, ainda nas próximas décadas, o país estará incorporando na sua população de novos idosos, uma grande proporção de indivíduos que aí chegarão com as referidas seqüelas da vida.

Nessa perspectiva, pode-se imaginar que o custo da atenção à saúde deverá sofrer um expressivo aumento, visto que essa população apresentará um maior

número de doenças crônico-degenerativas, cujos tratamentos são permanentes e mais caros.

Assim, o enfrentamento do problema do crescimento acelerado da população idosa e suas conseqüências para a sociedade é algo que não pode mais ser ignorado, sendo que não é mais um problema do futuro, mas sim uma realidade que já revela seus efeitos socioeconômicos e culturais.

Existem então dois grandes desafios a serem enfrentados: o primeiro, manter os idosos de hoje nas melhores condições de autonomia e qualidade de vida possíveis, procurando conhecer e atender suas principais necessidades de saúde, econômicas e sociais. Em segundo lugar (o que não significa que deverá ser enfrentado após o primeiro desafio mas sim junto com o mesmo), investir de forma intensa na promoção de saúde das gerações mais jovens, para que possam estar atingindo a terceira idade com muito mais autonomia, produtividade e sem seqüelas evitáveis de doenças crônico-degenerativas, como ocorre com a população idosa atual.

Somente dessa forma as gerações futuras poderão entender que o envelhecimento populacional foi uma das grandes conquistas do homem no século XX e não um grande problema a ser resolvido.

Este estudo revelou também um fato aparentemente intrigante: por que idosos que tem baixa renda; baixa escolaridade; seqüelas de doenças adquiridas numa vida de condições desfavoráveis e possuem poucos dos bens de consumo proporcionados pela tecnologia moderna, em sua grande maioria, se dizem satisfeitos com suas vidas?

Pode-se até especular uma explicação para esse sentimento imaginando-se que se hoje (numa ótica de quem vive em melhores condições de vida) essas pessoas têm muitas carências em relação ao que existe disponível no mundo moderno, para elas próprias, esse momento de suas vidas está sendo o melhor, porque afinal tiveram a sorte de sobreviver a todas as dificuldades passadas e hoje, a maioria delas aposentadas, possui um ganho mensal que, se de um lado é pequeno, por outro tem a grande vantagem de ser vitalício, o que lhes permite viver sem uma grande sensação de insegurança.

Pela teoria da motivação humana de Maslow (LOBOS, 1978), esses idosos estariam nesse momento de suas vidas satisfazendo pelo menos os três degraus primários das necessidades humanas: fisiológicas, de segurança e de amor.

Essa sensação pode ter duas conseqüências de valores opostos: se de um lado a sensação de felicidade é um fator de melhor qualidade de vida, por outro lado, essa mesma sensação pode leva-los a um conformismo perigoso de acharem que se está bem assim, porque ficar querendo mais! “Afinal já foi uma sorte ter chegado onde cheguei!”.

Assim, é comum que muitos desses idosos que, como foi visto, ainda estão em faixas etárias mais novas da terceira idade, aceitem suas limitações funcionais como algo natural do envelhecimento e acreditem que agora não é mais o momento de se buscar resolver esses problemas, mas apenas atenua-los com medicamentos sintomáticos.

O desafio é enorme. Só poderá ser bem resolvido com a participação de toda a sociedade no entendimento do processo do envelhecimento com suas necessidades e ensinamentos. Com o entendimento, enfim, de que o idoso muito longe de ser um

problema é um grande indicador de que a humanidade pode dar certo, só dependendo dela própria.

IX. RECOMENDAÇÕES

De tudo que foi exposto neste trabalho, apesar da forma positiva como a maioria dos idosos de Alambarí avaliam suas vidas, não se pode ignorar que expressiva proporção dessa população convive com sérios problemas do envelhecimento inadequado, como: deficiência cognitiva, queda de autonomia, solidão, edentulismo, analfabetismo ou baixa escolaridade, deficiências auditivas e visuais, deficiências nutricionais, sedentarismo e alguns outros hábitos nocivos.

Assim sendo e considerando as limitações econômicas de municípios de pequeno porte como Alambarí, é essencial que, ao elaborar-se programas ou projetos que visam a melhoria da qualidade de vida desses idosos, se pense em ações multi-setoriais de baixo custo e alto impacto que possam ser viabilizadas a curto ou médio prazos.

Dessa forma, os resultados deste estudo podem sugerir as seguintes ações para o enfrentamento da questão do idoso no município:

1. Implementar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso de Alambarí, criando um atendimento diferenciado, no qual estejam incluídas ações educativas específicas para essa faixa etária e relevantes às suas necessidades sentidas e as apontadas neste estudo.
2. Reativar o programa de palestras e discussões sobre temas de interesse dos idosos de Alambarí, com frequência pelo menos trimestral.
3. Criação da carteira de saúde do idoso, semelhante a atual carteira de trabalho, onde possam ser feitos os principais registros de patologias

prévias, internações, cirurgias e medicamentos usados por esses idosos.

Para atingir essa meta, já existe um projeto do autor sobre o assunto.

4. Identificar todos os idosos que ainda não estão aposentados, verificando sua situação trabalhista e apoiando-os para que seja regularizada, passando a receber eventuais aposentadorias ou pensões a que tenham direito.
5. Identificar todos os idosos que não residem em casas próprias (ou dos filhos) e dar prioridade a eles em programas de moradia popular.
6. Estimular a criação e manutenção de pelo menos um grupo de terceira idade em cada um dos quatro principais bairros rurais do município e incrementar as atividades do grupo já existente na sede do município. Esses grupos deverão dar prioridade às atividades de lazer que foi uma das necessidades mais sentidas neste estudo.
7. Desenvolver, em convênio com o Curso de Educação Física da Fundação Karnig Bazarian de Itapetininga, um programa de atividades físicas adequadas para idosos, na sede do município e em cada um dos quatro bairros onde existem unidades básicas de saúde.
8. Identificar todos os idosos que nunca fizeram uma consulta oftalmológica e oferta-la imediatamente para que sejam efetuadas eventuais correções visuais.
9. Dar acesso a pelo menos uma consulta odontológica a todos os idosos usuários do SUS de Alambarí, para diagnosticar a situação atual da saúde oral, providenciando-se as correções emergenciais que se fizerem necessárias.

10. Manter sob controle rigoroso todos os idosos hipertensos e diabéticos inscritos nas unidades de saúde, realizando-se inclusive visitas domiciliares para busca ativa de eventuais faltosos às rotinas desses programas.
11. Criar um adequado sistema de orientação para o uso de medicamentos para idosos de baixa escolaridade, evitando-se o seu uso inadequado.
12. Garantir acesso ao exame preventivo do câncer ginecológico e do câncer da próstata a todos idosos, com prioridade para aqueles que informaram jamais ter feito esse exame.
13. Identificar todos os idosos que estão vivendo sozinhos e estimulá-los a frequentar os grupos de terceira idade.
14. Garantir acesso às condições mínimas de saneamento básico aos idosos da área rural.

Em relação a recomendações mais amplas que possam estar beneficiando idosos de outros locais do País é importante salientar que uma das grandes dificuldades para a realização deste estudo foi encontrar métodos simples, validados e padronizados para a avaliação das diferentes variáveis investigadas.

Assim, acreditando-se que já existem relevantes estudos realizados por especialistas brasileiros no assunto, cabe aos órgãos que estudam a questão do idoso no Brasil desenvolverem um roteiro mínimo padronizado sobre os principais aspectos a serem avaliados nesses estudos epidemiológicos, visando não apenas a facilitação de mais estudos específicos nessas populações, como possibilitando a comparação de resultados e a adoção de medidas visando a correção dos problemas prioritários encontrados.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALMEIDA, O. P. et al Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 152-157, jul./set. 1999.

AHA – American Heart Association. Exercise (Physical activity) for older people and those with disabilities. Dallas, 2001. Disponível em: <[http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/exerciseo.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/exerciseo.html)> Acesso em: 17 jul. 2001.

AMES, B.N. Micronutrients prevent cancer and delay aging. **Toxicol. Lett.**, Amsterdam, v. 102-103, p. 5-18, dec. 1998.

ANDERSON, M.I.P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 7-22, nov. 1998.

ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil). Disponível em: < <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2000.

AOA – Administration on Ageing. **Good nutrition! Essential for health!** Washington: US Department of Health and Human Services, 2000. Disponível em: <<http://www.aoa.gov/May2000/FactSheets/Nutrition.html>>. Acesso em: 03 jun. 2001.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2000. 22p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 2001. 248p.

- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: o impacto da escolaridade **Arq. Neuro-psiquiatr.**, São Paulo, v.52, n.1, p. 1-7, 1994.
- BLAKE, A.J. et al Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. **Age Ageing**, London, v.17, n.6, p. 365-372, nov. 1988. (Abstract).
- BLAY, S. L.; RAMOS, L. R.; MARI, J. J. Validity of Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Baltimore, v.36, n.8, p. 687-692, 1988.
- BLAZER, D. Depression. In: _____. **The Merck manual of geriatrics**. Sect. 4: Psychiatric disorders. New Jersey, 2002. Disponível em: <http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/sec4/ch33.htm>. Acesso em: 25 set. 2002.
- BONITA, R. **Women, ageing and health: achieving health across the life span**. 2.ed. Geneva: World Health Organization, Global Commission on Women's Health. Ageing and Health Programme, 1998. 61p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e Projetos. Saúde do Idoso. **Programa de Saúde do Idoso**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>> . Acesso em: 18 out. 2001.
- BURINI, R. C. Estilo de vida saudável: a fórmula para a longevidade sem morbidade. **Nutrição em pauta**, São Paulo, v.10, n.56, p. 20-23, set/out. 2000.
- CAMARANO, A. A. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Texto para discussão n.830)
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. 26 p. (Texto para discussão n.858)

- CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, Campinas, v.13, n.3, p.157-165, set./dez. 2000.
- CANÇADO, F.A.X. Epidemiologia do envelhecimento. In: CANÇADO, F.A.X. (Coord.). **Noções práticas de Geriatria**. Belo Horizonte: COOPMED; Health C.R. Ltda, 1994. p. 17-43.
- CARDIM, M.S. et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.191-211, abr./jun. 1986.
- CDC – Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Division of Health Examination Statistics. **Hypertension among persons 20 years of age and over, according to sex, age, race, and Hispanic origin**. Atlanta, 1960-62, 1971-74, 1976-80,1988-91. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchswww/datawh/statab/pubd/hus-t69h.htm>>. Acesso em: 09 mai.1998.
- CDC – Center for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention & Control Home. **Falls and hip fractures among older adults**. Atlanta, 2002. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm> >. Acesso em: 23 mai. 2002.
- CEOLIM, M.F. O sono do idoso. In: PAPALLÉO NETO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.190-205.
- CHAIEB, J.A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo. introdução às grandes dependências humanas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.3, p. 246-254, jun. 1998.

- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, 1997. Disponível em: <www.scielosp.org/>. Acesso em: 15 out. 2000.
- CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T.J.X.M.; MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p.631-635, dez. 2000.
- COELHO FILHO, J. M. ; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p. 445-453, 1999.
- COLUSSI,C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1313-1320, set./out. 2002.
- CORMACK,E.F. A saúde oral do idoso. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em: 31 ago. 2002.
- DEMICHELI, V. et al. **Vaccines for preventing influenza in health adult** (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, 2000.(Issue2, Update software)
- DESAI, M. et al. Trends in vision and hearing among older americans. **Ageing Trends**, Atlanta, n.2, p.1-8, mar.2001.
- DUNCAN, B.B. et al. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, p.143-148, 1993.
- EDWARDS, P. **Health and ageing**: a discussion paper. Canada: World Health Organization. Department of Health Promotion. Non-communicable Disease Prevention and Surveillance, 2001.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.2, p. 178-183, 1999

FLORINDO, A.A. **Atividade física habitual e densidade mineral óssea em homens adultos e idosos**. 2000. 96 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FOLSOM, A.R.; KUSHI, L.H.; HONG, C.P. Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. **Am. J. Public Health**, Washington, v.90, n.1, p.134-138, jan. 2000. (Abstract).

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v.12, p.189-198, 1975.

FRIES, J.F. The compression of morbidity: progress and potential. In: BERGENER, M. et al. **Challenges in aging: the 1990 sandoz lectures in gerontology**. London: Academic Press, 1990.

GAIL, R.J. et al. Surveillance for use of preventive health-care services by older adults, 1995-1997. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, Atlanta, n.48, p.51-88, dec. 1999.

HOLBROOK, A.M. et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment insomnia. **CMAJ**, Ottawa, v.162, n.2, p.225-233, jan. 2000.

HUF, G.; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.351-362, abr./jun. 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de Informações Municipais** [cd-rom] . Rio de Janeiro, 1998.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **SIDRA - Sistema IBGE de Recuperação Automática de Dados**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/>> Acesso em: 07 jun. 2002.

JOZSI, A.C. et al. Changes in power with resistance training in older and younger men and women. **J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci**, Washington, v.54, n.11, nov. 1999 (Abstract).

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.3, p.200-210, 1987.

KAMIMOTO, L.A. et al. Surveillance for five health risks among older adults. United States, 1993-1997. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, Atlanta, v.48, p.89-130, dec. 1999.

KOMATSU, R.S. Antipsicóticos, sedativos e ansiolíticos. In: GORZONI, M.L.; TONIOLO NETO, J. **Terapêutica clínica do idoso**. São Paulo: SARVIER/APM, 1995. p.117-129.

LELES, C.R.; COMPAGNONI, M.A.; NAKAOKA, M.M. Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. **Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos**, São José dos Campos, v.1, n.1, p.27-34, jul.dez. 1998.

LEMURA, L.M.; Von DUVILLARD, S.P.; MOOKERJEE, S. The effects of physical training of functional capacity in adults. Ages 46 to 90: a meta-analysis. **J. Sports Med. Phys. Fitness**, Turin, v.40, n.1, p. 1-10, mar. 2000.

LIMA E COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: Um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. **Inf. Epidemiol. SUS**, São Paulo, v.9, n.1, p.23-41, 2000a.

LIMA E COSTA, M.F. et al The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.2, p. 126-135, 2000b.

LIMA E COSTA, M. F. F. et al The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.9, n.4, p. 219-227 2001.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. *Nutrition in Old Age. Prim. Care*, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

LITVAK, J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. Informe especial. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, Washington, v.109, n.1, p. 2-5, 1990.

LOBOS, J.A. Teorias sobre motivação no trabalho. In: LOBOS, J.A. **Comportamento organizacional**: leituras selecionadas. São Paulo: Atlas, 1978. v.1, 234p.

MAFFEI, W. E. **Os Fundamentos da Medicina**. São Paulo: Sarvier, 1974.

MARTINS FILHO, J. Números que surpreendem o mundo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 out. 1995.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric hospital setting. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 215- 218, 1983.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.; BARROS NETO, T.L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental, durante o processo de envelhecimento. **Rev. Bras. Atividade Fís. Saúde**, Londrina, v.5, n.2, p.60-76, 2000.

MATSUDO, S. M. M. **Evolução da aptidão física e capacidade funcional de mulheres ativas acima de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica**. 2001. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev. Brás. Méd. Esporte**, São Paulo, v.7, n.1, p.2-13, jan./fev. 2001.

McARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. Atividade física, saúde e envelhecimento. In: McARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 605-636.

MCDH – Michigan Governor's Council on Physical Fitness, Health and Sports. **Position statement: importance of physical activity for the elderly** [1997?]. Michigan, 2001. Disponível em: <<http://www.mdch.state.mi.us/pha/vipf/EldText.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2001.

MOSEGUI, G.B.G. et al Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p. 437-444, oct. 1999.

NASRI, F.; ROBERTO DE SÁ, J.; SCHMIDT, M.R.L. Hipoglicemiantes orais e insulina. In: GORZONI, M.L.; TONIOLO NETO, J. **Terapêutica clínica do idoso**. São Paulo: SARVIER / APM, 1995. p. 148-160.

NERI, A.L. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. **A Terc. Idade**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 7-27, abr. 2002.

NÓBREGA, A.C.L. et al. Position Statement of the Brazilian Society of Sports Medicine and Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology: Physical activity and health in the elderly, **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v.6, n.2, p.35-39, mar./abr. 2000.

OMS. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. **CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**. 10.rev. São Paulo: EDUSP, 1999. v.1-2.

POWER, S.K.; HOWLEY, E.T. Músculo esquelético, estrutura e função. In: _____. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e desempenho**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 125-150.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 596p.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALAVHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.2, p. 87-94, 1993a.

RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among elderly residents in Brazil. **J. Cross Cult. Gerontol.**, Dordrecht, v. 8, p.313-323, 1993.

RAMOS, L.R. Os fármacos e o idoso. In: GORZONI, M.L.; TONIOLO NETO, J. **Terapêutica clínica no idoso**. São Paulo: Sarvier/APM, 1995. 197 p.

RAMOS, L.R. **A saúde do idoso no Brasil: uma visão clínico epidemiológica**. 1997, 70 p. Tese (Livre docência) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- RAMOS, L.R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.5, p. 397-407, 1998.
- REGO, R.A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil): metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n.24, v.4, p.277-285, 1990.
- REIS, N.T. Problemas relacionados à alimentação e qualidade de vida do idoso. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.9, n.51, nov./dez. 2001.
- ROCHA, R. L. Vivemos séculos! Mas com que qualidade de vida ? **Tema**, São Paulo, n.19, 2000.
- RUIZ, T.; BARROS, M. B. A.; CARADINA, L. Perfil social e demográfico da população idosa da área urbana do município de Botucatu (SP) **An. Geriatr. Gerontol.**, São Paulo, v.3, n.2, p.90-95, 1988a.
- RUIZ, T.; BARROS, M. B. A.; CARADINA, L. Morbidade em idosos na área urbana do município de Botucatu (SP). **Gerontologia**, São Paulo, v.6, n.2, p.59-65, 1998b.
- RUSSELL, R.P. et al. Physical activity and Public Health: a recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, p. 402-407, jan. 1995.
- SCHUMACHER, E. F. O negócio é ser pequeno. Ed. Círculo do Livro. SP 1973. 271 p.
- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Tabela 3. Taxas de mortalidade por sexo e grupos etários, segundo grandes capítulos de causas de morte.** São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/cgi-bin/est_vitais/tabela.ksh?ano3n2/tabela3.html>. Acesso em: 07 mar. 2001.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Agita São Paulo**. 1998.
- SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **An. Geriatr. Gerontol.**, v.0, n.1, p.81-89, 1996.
- STUCK, A.E. et al. Inappropriate medication use in community-residing older persons. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v.154, n.19, p.2195-2200, oct. 1994.
- STUCK, A.E. et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v.48, n.4, p. 445-469, 1999.
- TAVARES, E.L.; ANJOS, L.A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 759-768, out./dec. 1999.
- TRE. Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo. **Resultado final da eleição para vereador no município de Alambarí – SP**. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.ter-sp.gov.br/eleicoes/elei2000/res1t/v61581.htm>>. Acesso em: 14 set. 2002.
- VALLADARES NETO, D.C. Distúrbios do sono no idoso. In: CANÇADO, F.A.X. (coord.) **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: COOPMED/Health C.R. Ltda,1994. p. 231-241.
- VARO DUARTE, L.J.; WOLFFNBUTTEL, M.;SCHNEIDER, M.C.L. Pesquisa socio-econômico-cultural e nutricional de 600 famílias pertencentes às comunidades das classes de educação e alimentação do pré-escolar de Porto Alegre – RS. **Estud. Leopold.**, São Leopoldo, v.19, n.73, p.19-40, 1983.

- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.225-233, 1987.
- VERAS, R. P. et al. Pesquisando populações idosas – a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.6, p.513-518, 1988.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.
- VERAS, R. P.; DUTRA DA SILVA, S. **Brazil Old Age Schedule - BOAS**- Questionário Multidimensional para estudos comunitários na população idosa. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998.
- XAVIER, F.M.F. et al. Octogenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v.44, n.1-2, jan./jun. 2000
- XAVIER, F.M.F. **Saúde mental de octagenários residentes na comunidade**. 2001a. p. 142-171. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- XAVIER, F.M.F. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre a qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.2, p.62-70, 2001b.
- WHO - Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index** with Defined Daily Doses (DDDs). Geneva, 1997.

WHO - World Health Organization. Ageing and Health Programme. **Growing older-staying well:** ageing and physical activity in every life. Geneva, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/ageing/growingolderstayingwell.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2002.

WHO - World Health Organization. World Health Day. **Active ageing makes the difference:** Ageing and nutrition. Geneva, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/archives/whday/en/documents1999/nutrition.html>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

WHO - World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit. **Men, ageing and health: achieving health across the life span.** Geneva, 2001. 62 p.

WHO - World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit. **Active ageing:** a policy framework. Madrid, 2002.

WILMORE, J.H.; COSTILL, D.L. Ageing and the older athlete. In: _____. **Physiology of sport and exercise.** 2.ed. Champaign: Human Kinetics, 1999. p. 544-568.

ANEXOS

ANEXO 1

IDOSOS USUÁRIOS DO SUS NO MUNICÍPIO DE ALAMBARÍ - SP: QUEM SÃO? COMO VIVEM? O QUE SENTEM?

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES

A) CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA:

A01) N° do questionário:

A02) Entrevistador:

A03) Data da entrevista: ____/____/____

A04) Entrevista não foi aceita:

A05) Quem deu as informações ?

O próprio idoso	()	1
O cônjuge	()	2
Um(a) filho(a)	()	3

Outra pessoa. Especifique: () 4

A06) Endereço completo:

B) IDENTIFICAÇÃO:

B01) Nome do idoso:

B02) Sexo: M ou F

B03) Data de nascimento: ____/____/____

B04) Idade: ____ anos

B05) Qual é a sua situação conjugal ?

Casado(a) ou vivendo com um(a) parceiro(a) fixo(a)	()	1
Viuvo(a)	()	2
Solteiro(a)	()	3
Separado(a) ou Desquitado(a) ou Divorciado(a)	()	4

B06) Onde o(a) senhor(a) nasceu ?

Em Alambarí ou Itapetininga	()	1
Em outro município do estado de São Paulo	()	2
Em outro estado do Brasil	()	3
Em outro País	()	4

B07) Há quantos anos mora em Alambarí ? ____ anos

B08) Tem carteira de trabalho ?

Sim	()	1
Nunca teve	()	2
Teve mas perdeu	()	3
Não sabe ou não respondeu	()	4

B09) O(a) senhor(a) votou na última eleição ?

Sim	()	1
Não	()	2
Não sabe ou não respondeu	()	3

B10) Até que série o(a) senhor(a) estudou ? (Grau de escolaridade)

Analfabeto	()	01
Nunca estudou mas sabe ler e escrever	()	02
Primário incompleto	()	03
Primário completo	()	04
Ginásio incompleto	()	05
Ginásio completo	()	06
Colegial incompleto (ou equivalente)	()	07
Colegial completo (ou equivalente)	()	08
Superior incompleto	()	09
Superior completo	()	10
Outros níveis de Pós Graduação	()	11

C) ESTRUTURA FAMILIAR:

C01) Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? ____ pessoas.

OBS: Não contar o entrevistado

Quem são essas pessoas ?

	Grau de parentesco com o idoso	Sim	Não
C02	Esposa(o) ou companheiro(a)	()	()
C03	Pais	()	()
C04	Filhos(as)	()	()
C05	Irmãos ou irmãs	()	()
C06	Netos(as)	()	()
C07	Outros parentes	()	()
C08	Genro ou nora	()	()
C09	Outras pessoas não parentes	()	()

D) CONDIÇÕES DE MORADIA:

D01) A moradia onde o idoso reside, é:

Própria do chefe da família, que não é o idoso	()	1
Própria do(a) idoso(a) ou seu cônjuge	()	2
Alugada	()	3
Cedida	()	4
Outra situação: especifique:	()	5

D02) Existe vaso sanitário dentro da casa ? S = sim ou N = não

D03) Existe local para o idoso tomar banho dentro da casa ? S = sim ou N = não

D04) A moradia possui luz elétrica? S = sim ou N = não

E) CONDIÇÕES DE SANEAMENTO:

E01) A água utilizada na moradia, é:

Tratada, da SABESP	()	1
De poço	()	2
De mina ou nascente	()	3

Outra fonte, especifique: 4

E02) O destino dos dejetos produzidos na moradia, é:

A rede de esgoto	()	1
Uma fossa	()	2
O solo	()	3

Outro destino, especifique: 4

E03) O lixo produzido na moradia, é:

Coletado pela Prefeitura	()	1
Queimado	()	2
Enterrado	()	3
Jogado no próprio terreno	()	4

Outro destino, especifique: 5

F) SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Critério de Classificação Econômica Brasil - ANEP):

F01) Qual é o nível de instrução do chefe da família com que o idoso vive?

Analfabeto ou primário incompleto	()
Primário completo ou ginásial incompleto	()
Ginásial completo ou colegial incompleto	()
Colegial completo ou Superior incompleto	()
Superior completo	()

A família, com quem o idoso vive, possui quais e quantos dos aparelhos ou equipamentos abaixo relacionados ?

	Equipamento ou aparelho	Não tem	tem 1	tem 2	tem 3	tem 4
F02	Automóvel	()	()	()	()	()
F03	Televisão a cores	()	()	()	()	()
F04	Banheiro	()	()	()	()	()
F05	Empregada mensalista	()	()	()	()	()
F06	Rádio (não contar o do carro)	()	()	()	()	()
F07	Máquina de lavar roupas	()	()	()	()	()
F08	Videocassete	()	()	()	()	()
F09	Aspirador de pó	()	()	()	()	()
F10	Geladeira comum	()	()	()	()	()
F11	Freezer ou geladeira duplex	()	()	()	()	()
F12	Computador	()	()	()	()	()
F13	TV preto e branco	()	()	()	()	()
F14	Forno de micro-ondas	()	()	()	()	()
F15	Aparelho de som	()	()	()	()	()
F16	Telefone comum	()	()	()	()	()
F17	Telefone celular	()	()	()	()	()

F18) Total de pontos na escala CCEB:

F19) Classe Social segundo CCEB:

G) RENDA(S) DO IDOSO:

Quais das rendas relacionadas a seguir, o senhor recebe ?

	Fonte de renda	sim	não	NS	NR
G01	Aposentadoria	()	()	()	()
G02	Trabalho como empregado, sem registro	()	()	()	()
G03	Trabalho como empregado, com registro	()	()	()	()
G04	Trabalho por conta própria, pagando INSS	()	()	()	()
G05	Trabalho por conta própria, sem pagar INSS	()	()	()	()
G06	Ajuda de filhos ou de outras pessoas	()	()	()	()
G07	Aluguel ou alugueis	()	()	()	()
G08	Outras fontes, especifique:	()	()	()	()
G09	Não tenho qualquer renda própria	()	()	()	()

G10) Qual foi o tipo de trabalho que o(a) senhor(a) fez na maior parte da sua vida ?

Lavrador	()	01
Trabalhador braçal	()	02
Pedreiro	()	03
Servente de pedreiro	()	04
Dona de casa (trabalho doméstico)	()	05
Comerciante	()	06
Funcionário público, especifique:	()	07
Profissional autônomo: médico, advogado, etc...	()	08
Outro, especificar:	()	09
Não sabe ou não respondeu	()	10

G11) Qual é mais ou menos a sua renda total por mês ? R\$ _____ , _____

G12) A sua renda pessoal é usada para ajudar outras pessoas da família ? S = sim ou N = não

H) HÁBITOS DE VIDA:

H01) O(a) senhor(a) já fumou alguma vez na sua vida ? S = sim ou N = não

H02) Se já fumou (ou fuma) , durante quanto tempo fumou (ou fuma) ?

Menos de 1 ano	()	1
De 1 a 5 anos	()	2
De 6 a 10 anos	()	3
De 11 a 20 anos	()	4
De 20 a 30 anos	()	5
Mais de 30 anos	()	6
Não sabe ou não respondeu	()	9

H03) Atualmente o(a) senhor(a) fuma ? S = sim ou N = não

H04) Em relação ao hábito de tomar bebidas alcoólicas, responda sim ou não para as questões abaixo:

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria beber menos ?	Sim ()	Não ()
2. Alguém já pediu para que não bebesse tanto ou criticou seu modo de beber ?	Sim ()	Não ()
3. Alguma vez o(a) senhor(a) se arrependeu de ter bebido ?	Sim ()	Não ()
4. Tem acontecido de ter vontade de beber ao acordar, mesmo que seja só para não tremer as mãos ?	Sim ()	Não ()

Total de pontos:

H05) Em relação a seus hábitos alimentares, informe no quadro a seguir, com que frequência ingere alimentos de cada um dos grupos:

GRUPOS DE ALIMENTOS	Raramente ou nunca	Várias vezes por semana	Uma vez por dia	Várias vezes por dia
Leite, queijos, iogurte, requeijão, pudim de leite	()	()	()	()
Carne de vaca, frango, peixe, carne de porco, ovos	()	()	()	()
Feijão, ervilhas, soja, lentilhas	()	()	()	()
Laranja, mexerica, suco de laranja ou de outras frutas	()	()	()	()
Outras frutas: banana, maçã, pêra, melancia, uvas	()	()	()	()
Hortaliças verdes: couve, espinafre, brócolis, repolho, alface	()	()	()	()
Hortaliças amarelas: abóbora, cenoura, moranga (ou mamão)	()	()	()	()
Arroz, macarrão, batata, pão, biscoitos, bolachas, mandioca, polenta	()	()	()	()

Total de pontos:

Classificação:

não

H06) O(a) senhor(a) usa remédio para dormir ?

S = sim ou N =

104

H07) Caso use, qual é esse remédio ?

H08) Há quanto tempo usa remédio para dormir ?

Quais são as suas principais distrações ?

	ATIVIDADE	sim	não
H09	Assistir televisão	()	()
H10	Ouvir rádio	()	()
H11	Visitar amigos	()	()
H12	Participar de grupo de terceira idade	()	()
H13	Sair para andar	()	()
H14	Praticar de algum esporte	()	()
H15	Jogos: bocha, malha ou baralho	()	()
H16	Outras, especifique:		
H17	Não tenho qualquer tipo de distração	()	

Em relação a atividades físicas, lembrando das tarefas domésticas, do trabalho e do lazer, responda as questões abaixo:

H18) Atualmente, em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) realiza atividades físicas intensas que façam suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou as batidas de seu coração ?

Nenhum dia, nunca.	()	1
Todos os dias da semana	()	2
1 a 2 dias na semana.	()	3
3 a 4 dias na semana.	()	4
5 a 6 dias na semana.	()	5
Não sei	()	6
Não respondeu	()	7

H19) Caso realize essas atividades, durante quanto tempo mais ou menos o(a) senhor(a) faz essas atividades por dia ?

De 5 a 9 minutos	()	1
De 10 a 15 minutos	()	2
De 16 a 30 minutos	()	3
Mais de 30 minutos	()	4
Não sei	()	5
Não respondeu	()	6

H20) Atualmente, em quantos dias da semana, o(a) senhor(a) faz atividades de leve a moderada intensidade que façam suar pouco ou aumentem um pouco sua respiração ou as batidas de seu coração ?

Nenhum dia, nunca.	()	1
Todos os dias da semana	()	2
1 a 2 dias na semana.	()	3
3 a 4 dias na semana.	()	4
5 a 6 dias na semana.	()	5
Não sei	()	6
Não respondeu	()	7

H21) Caso realize essas atividades, durante quanto tempo mais ou menos o(a) senhor(a) faz essas atividades por dia ?

De 5 a 9 minutos	()	1
De 10 a 15 minutos	()	2
De 16 a 30 minutos	()	3
Mais de 30 minutos	()	4
Não sei	()	5
Não respondeu	()	6

H22) Classificação quanto ao nível de atividade física:

H23) Qual é a sua religião ?

Católica	()	1
Crente	()	2
Espírita	()	3
Protestante	()	4
Outra, especifique:	()	9

D SITUAÇÃO GERAL DE SAÚDE:

I01) O(a) senhor(a) tem alguma doença ?

S = sim ou N = não

Se tem, qual é ou quais são essa(s) doença(s) ?

	Doença	CID 10
I02		
I03		
I04		

I05) Atualmente o(a) senhor(a) está tomando algum remédio regularmente ? S = sim ou N = não

I06) Se está tomando, qual ou quais são esses remédios ?

	Nome do remédio	Categoria
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		

O senhor(a) tem alguma das dificuldades abaixo citadas para conseguir esses remédios ?

I07)	Freqüente falta do remédio no Centro de Saúde.	() Sim	() Não
I08)	Dificuldade financeira para comprar alguns remédios.	() Sim	() Não
I09)	Dificuldade para conseguir receita dos remédios controlados.	() Sim	() Não
I10)	O remédio é muito caro.	() Sim	() Não

I11) Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) ficou doente ? S = sim ou N = não

I12) Se ficou, qual foi o problema ? CID: _____ . ____

I13) Onde o(a) senhor(a) foi atendido(a) devido a essa problema ?

No Centro ou Posto de Saúde em Alambarí.	()	1
No Pronto Socorro da Santa Casa de Itapetininga.	()	2
No médico do meu convênio.	()	3
No médico particular.	()	4
Na farmácia.	()	5
Em casa, eu mesmo me tratei com remédios caseiros.	()	6
Outro local. Especifique:	()	9

I14) No ano que passou (2000) ou neste ano, o(a) senhor(a) precisou ser internado em hospital ? S = sim ou N = não

Caso tenha sido internado(a), qual (ou quais) foi (ou foram) o(s) motivo(s) ?

	Motivo da internação	Dias de internação	CID 10
I15			
I16			
I17			

I18) Número de consultas médicas nas unidades básicas de saúde de Alambarí no ano 2000:

I19) No ano passado (2000) ou neste ano, o(a) senhor(a) sofreu alguma queda ? S = sim ou N = não

I20) No caso do(a) senhor(a) sofrer uma doença que o(a) deixasse incapacitado(a) para se cuidar sozinho(a), quem poderia cuidar do(a) senhor(a) ?

Esposa(o) ou companheira(o)	()	1
Um filho ou uma filha	()	2
Outra pessoa da família	()	3
Outra pessoa fora da família	()	4
Não sabe	()	5
Não respondeu	()	6

J) PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL:

J01) Dos seus dentes naturais:

Não está faltando nenhum dente.	()	1
Estão faltando poucos dentes	()	2
Estão faltando a maioria dos dentes	()	3
Estão faltando todos os dentes.	()	4

J02) O(a) senhor(a) usa dentadura ? S = sim ou N = não

J03) O(a) senhor(a) tem algum problema de dente, que lhe atrapalha para mastigar os alimentos ? S = sim ou N = não

J04) Qual foi a última vez que o(a) senhor(a) foi ao dentista ?

Há menos de 1 ano.	()	1
De 1 a 4 anos atrás.	()	2
De 5 a 10 anos atrás.	()	3
Há mais de 10 anos.	()	4
Nunca fui num dentista	()	5

K) PROBLEMAS DE AUDIÇÃO:K01) O(a) senhor(a) acha que escuta bem ? S = sim ou N = nãoK02) Caso não ouça bem, esse problema atrapalha sua vida ? S = sim ou N = não**L) PROBLEMAS DE VISÃO:**L01) O senhor acha que enxerga bem ? S = sim ou N = nãoL02) Caso não enxergue bem, esse problema atrapalha suas atividades diárias ? S = sim ou N = não

L03) Há quantos anos o(a) senhor(a) foi ao médico de vista (oftalmologista) pela última vez ?

Há menos de 1 ano.	()	1
De 1 a 4 anos atrás.	()	2
De 5 a 10 anos atrás.	()	3
Há mais de 10 anos.	()	4
Nunca fui num médico de vista	()	5

M) CUIDADOS PREVENTIVOS:**Para as mulheres:**

M01) A senhora já fez algum exame de prevenção do câncer de colo de útero ? (Exame de Papanicolaou)

Sim.	()	1
Não.	()	2
Não, porque não tenho mais útero.	()	3

M02) Caso tenha feito, há quantos anos fez o último exame ?

Há menos de 1 ano.	()	1
De 1 a 2 anos atrás.	()	2
De 3 a 5 anos atrás.	()	3
De 6 a 10 anos atrás.	()	4
Há mais de 10 anos atrás.	()	5

Para os homens:M03) O senhor já fez algum exame de prevenção do câncer da próstata ? S = sim ou N = não

M04) Se fez, há quantos anos fez o último exame ?

Há menos de 1 ano.	()	1
De 1 a 2 anos atrás.	()	2
De 3 a 5 anos atrás.	()	3
De 6 a 10 anos atrás.	()	4
Há mais de 10 anos atrás.	()	5

Para ambos os sexos:M05) O(a) senhor(a) tomou a vacina de gripe na última campanha ? S = sim ou N = não

M06) Se não tomou, qual foi o motivo ?

N) PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL:

Por favor, responda as questões a seguir com SIM ou NÃO, segundo o que lhe parecer mais adequado para o seu caso. Não se preocupe pois não existem respostas certas ou erradas.

De maneira geral, o(a) senhor(a) :

N01	Acorda bem descansado(a) na maioria das manhãs ?	() Sim	() Não
N02	Na sua vida diária, sente que as coisas acontecem sempre iguais ?	() Sim	() Não
N03	As vezes já teve vontade de abandonar sua casa ?	() Sim	() Não
N04	Tem muitas vezes, a sensação de que ninguém realmente o(a) entende ?	() Sim	() Não
N05	Já teve períodos da vida (dias, meses ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava agüentando mais ?	() Sim	() Não
N06	O seu sono é agitado ou perturbado ?	() Sim	() Não
N07	É feliz na maior parte do tempo ?	() Sim	() Não
N08	Sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) senhor(a) ?	() Sim	() Não
N09	As vezes se sente inútil ?	() Sim	() Não
N10	Nos últimos anos tem se sentido bem, na maior parte do tempo ?	() Sim	() Não
N11	Tem problemas de dores de cabeça ?	() Sim	() Não
N12	Se sente fraco na maior parte do tempo ?	() Sim	() Não
N13	Já teve dificuldade em manter o equilíbrio ao andar ?	() Sim	() Não
N14	Tem problema de falta de ar ou peso no coração ?	() Sim	() Não
N15	Tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas ?	() Sim	() Não

N16) Considerando a vida que o(a) senhor(a) leva, o(a) senhor(a) diria que a sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

Muita	()	1
Média	()	2
Pouca	()	3
Não sabe	()	4
Não respondeu	()	5

Total de pontos

Classificação

O) PROBLEMAS COGNITIVOS:

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldade para lembrar das coisas. Não se preocupe com os resultados das perguntas.

1. Qual o dia em que estamos ?

Ano	() acertou	() errou	() não sabe	
Semestre	() acertou	() errou	() não sabe	
Mês	() acertou	() errou	() não sabe	
Dia	() acertou	() errou	() não sabe	
Dia da semana	() acertou	() errou	() não sabe	

2. Onde nós estamos ?

Nome da rua	() acertou	() errou	() não sabe	
Número da casa	() acertou	() errou	() não sabe	
Bairro	() acertou	() errou	() não sabe	
Cidade	() acertou	() errou	() não sabe	
Estado	() acertou	() errou	() não sabe	

3. Repita as palavras que vou dizer: CANECA , TIJOLO , TAPETE. Fale pausadamente as 3 palavras e depois peça para o idoso repeti-las. Anote no quadro abaixo, as palavras que conseguiu repetir.

CANECA	() conseguiu	() não conseguiu	
TIJOLO	() conseguiu	() não conseguiu	
TAPETE	() conseguiu	() não conseguiu	

4. O(a) senhor(a) consegue fazer cálculos ? S = sim ou N = não

Se consegue, peça para o idoso dizer quanto fica se de 100 reais tirar 7 reais. Repita esses cálculos conforme a tabela a seguir e registre quais os cálculos que ele acertou.

100 - 7 = 93	() acertou	() errou	() não sabe	
93 - 7 = 86	() acertou	() errou	() não sabe	
86 - 7 = 79	() acertou	() errou	() não sabe	
79 - 7 = 72	() acertou	() errou	() não sabe	
72 - 7 = 65	() acertou	() errou	() não sabe	

Se o idoso responder que não consegue fazer cálculos, então substitua a questão anterior, pedindo que ele soletre a palavra MUNDO, de trás para adiante.

O	() acertou	() errou	() não sabe	
D	() acertou	() errou	() não sabe	
N	() acertou	() errou	() não sabe	
U	() acertou	() errou	() não sabe	
M	() acertou	() errou	() não sabe	

5. Agora você peça ao idoso para ele ver se consegue lembrar as palavras que você disse na questão 3.

CANECA	() acertou	() errou	() não sabe	
TIJOLO	() acertou	() errou	() não sabe	
TAPETE	() acertou	() errou	() não sabe	

6. Mostre um relógio de pulso e pergunte ao idoso o que é isso ? Repita a mesma coisa com um lápis e registre se conseguiu dizer corretamente.

RELÓGIO	() acertou	() errou	() não sabe	
LÁPIS	() acertou	() errou	() não sabe	

7. Peça para o idoso repetir a frase: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” e anote se conseguiu.

Conseguiu	()	
Não conseguiu	()	

8. Peça para o idoso seguir a seguinte ordem de 3 tarefas e registre as que conseguiu:

Pegue o papel com sua mão direita	() acertou	() errou	() não sabe	
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() não sabe	
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() não sabe	

9. De um cartão ao idoso onde esteja escrito: “FECHE OS OLHOS” e anote se ele realiza a ordem.

Fechou os olhos	()	
Não fechou os olhos	()	

10. Peça para o idoso escrever uma frase qualquer e anote se conseguiu.

Escreveu uma frase	()	
Não escreveu uma frase	()	

11. Agora mostre o desenho do cartão e peça para o idoso copia-lo. Anote se conseguiu.

Copiou o desenho	()	
Não conseguiu copiar	()	

TOTAL DE PONTOS:

O01) CLASSIFICAÇÃO:

P) NÍVEL DE AUTONOMIA:

Atividades	Sem dificuldade	Com dificuldade	
		Pouca	Muita
Deitar/levantar da cama	()	()	()
Comer	()	()	()
Pentear o cabelo	()	()	()
Andar no plano	()	()	()
Tomar banho	()	()	()
Vestir-se	()	()	()
Ir ao banheiro em tempo	()	()	()
Subir escada (1 lance)	()	()	()
Medicar-se na hora	()	()	()
Andar perto de casa	()	()	()
Fazer compras	()	()	()
Preparar refeições	()	()	()
Cortar unhas dos pés	()	()	()
Sair de condução	()	()	()
Fazer limpeza na casa	()	()	()
TOTAL			

Q01) Classificação da autonomia :

R) PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA:

R01) De modo geral, o que o senhor (a) acha da sua vida atualmente?

Está muito boa	()	1
Está boa	()	2
Está ruim	()	3
Está muito ruim	()	4

R02) O que o senhor (a) mais gosta da sua vida?

.....

R03) Qual é o principal motivo de insatisfação com a sua vida?

.....

R04) O que você gostaria de ter para melhorar sua vida?

.....

S) AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS FÍSICOS (EM CONSULTA NA UNIDADE SANITÁRIA)

S01) Peso: Kg S02) Altura: metros S03) IMC =

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que estou ciente do conteúdo deste questionário e autorizo o uso dessas informações exclusivamente para elaboração de trabalho científico, sabendo que será mantido sigilo absoluto de minha identidade, na divulgação dos resultados da referida pesquisa.

Alambarí, de de 2001

O entrevistado(a) ou seu representante legal

Assinatura do entrevistador(a)

ANEXO 2

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

A adoção do mercado a um Critério de Classificação Econômica comum, restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores, após alguns anos de existência de dois critérios.

O novo sistema, batizado de **Critério de Classificação Econômica Brasil**, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida pelas entidades é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Dados LSE 96

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A 1	30-34	1
A 2	25-29	4
B 1	21-24	7
B 2	17-20	12
C	11-16	31
D	6-10	33
E	0-5	12

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos **4**

- ⇐ Bem alugado em caráter permanente
- ⇐ Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- ⇐ Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos **7**

- ⇐ Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- ⇐ Bem quebrado há mais de 6 meses
- ⇐ Bem alugado em caráter eventual
- ⇐ Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 ponto
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pontos
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pontos
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pontos
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 ponto

Observações Importantes

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 50.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Distribuição da população por região

CLASSE	Norte/Nordeste %	Sudeste %	Sul %	Centro Oeste %
A1	1	1	1	1
A2	3	4	5	4
B1	3	8	7	8
B2	6	14	13	10
C	20	35	35	28
D	37	32	30	38
E	30	6	8	13

Distribuição da população por região metropolitanas

CLASSE	GDE SP %	GDE RIO %	GDE BH %	GDE PoA %	GDE Cur %	GDE Salv %	GDE Rec %	GDE Fort %
A1	1	1	1	2	1	1	1	1
A2	6	4	6	4	8	4	4	5
B1	10	8	6	10	7	5	7	4
B2	16	15	13	15	14	8	8	5
C	36	37	33	36	34	24	23	24
D	28	30	34	27	30	40	40	35
E	3	5	7	6	6	18	17	26

Renda familiar por classes

CLASSE	Pontos	Faixa de Renda (R\$)	Renda Média (R\$)
A1	30-34	5555 ou +	5894
A2	25-29	2944 a 5554	3743
B1	21-24	1771 a 2943	2444
B2	17-20	1065 a 1770	1614
C	11-16	497 a 1064	844
D	6-10	263 a 496	435
E	0-5	até 262	229

Caracterização dos 7 Grupos Propostos

	Classes Segundo Nova Proposta							
	A1 %	A2 %	B1 %	B2 %	C %	D %	E %	TOTAL %
Máq. de lavar roupa	96	95	91	85	66	32	4	58
Máq. de secar roupa	58	40	28	16	7	2		9
Maq. lavar louça	68	44	26	8	1			5
Geladeira	100	100	100	100	99	94	31	89
Freezer	87	75	53	40	18	5		19
Forno micro-ondas	89	78	54	34	11	2		15
Aspirador de pó	83	76	66	43	15	2		19
Mais de 4 rádios	51	45	42	50	33			5
Televisor	100	100	100	100	99	95	62	93
2 ou mais televisores	100	98	40	21	6	1		11
CD Player	96	92	81	63	32	9	1	30
Video Cassete	100	98	94	87	47	4		37
Telefone	98	96	86	67	36	11	1	33
Câmera de vídeo	63	35	16	8	1	-	-	4
Micro computador	69	51	32	11	3	-	-	7
Fax	44	22	12	4	1	-	-	3
Automóvel	100	99	96	80	45	8	-	37
2 ou mais automóveis	99	70	35	16	3	-	-	12
Empregada doméstica	96	58	30	12	5	1	-	8
Chefe com nível superior	92	69	42	16	3	-	-	9

ANEXO 3

ESCALA CAGE PARA AVALIAÇÃO DE ALCOOLISMO

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria beber menos ?	Sim	Não
2. Alguém já pediu para que não bebesse tanto ou criticou seu modo de beber ?	Sim	Não
3. Alguma vez o(a) senhor(a) se arrependeu de ter bebido ?	Sim	Não
4. Tem acontecido de ter vontade de beber ao acordar, mesmo que seja para não tremer as mãos ?	Sim	Não

Resultado: Considera-se alcoolista o indivíduo que responder SIM a 2 ou mais dessas perguntas.

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

GRUPOS DE ALIMENTOS	Raramente ou nunca	Várias vezes por semana	Uma vez por dia	Várias vezes por dia
Leite (qualquer tipo), queijos, iogurte, requeijão, pudim de leite	0	1	2	3
Carne de vaca, frango, peixe, carne de porco, ovos	0	1	2	3
Feijão, ervilhas, soja, lentilhas	0	1	2	3
Laranja, mexerica, suco de laranja ou de outras frutas	0	1	2	3
Outras frutas: banana, maçã, pera, melancia, uva	0	1	2	3
Hortaliças verdes: couve, espinafre, brócolis, repolho, alface.	0	1	2	3
Hortaliças amarelas: abóbora, cenoura, moranga ou mamão	0	1	2	3
Arroz, macarrão, batata, pão, biscoitos, bolachas, mandioca, polenta	0	1	2	3

AVALIAÇÃO DO RESULTADO: 24 a 20 pontos = Muito boa 19 a 17 pontos = Boa

16 a 13 pontos = Regular < de 13 pontos = Ruim

Fonte: Varo Duarte, L.J.; Wolffnbuttel, M.; Schneider, M.C.L. Pesquisa socio-econômico-cultural e nutricional de 600 famílias pertencentes às comunidades das classes de educação e alimentação do pré-escolar de Porto Alegre – RGS in Estudos Leopoldenses 19 (73):19-40, 1983.

ANEXO 4

CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

1. **Fisicamente inativo**: não reporta nenhum tipo de atividade física.
2. **Irregularmente ativo**: atividade física de qualquer intensidade menos do que 5 vezes por semana e menos de 30 minutos por sessão.
3. **Regularmente ativo**: atividade física de qualquer intensidade mais do que 5 vezes por semana e 30 minutos ou mais por sessão.
4. **Muito ativo**: atividade física de intensidade vigorosa mais do que 5 vezes por semana e mais de 30 minutos por sessão

ANEXO 5

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Por favor, responda as questões a seguir com SIM ou NÃO, segundo o que lhe parecer mais adequado para o seu caso. Não se preocupe pois não existem respostas certas ou erradas.

1. O(a) senhor(a)acorda bem descansado(a) na maioria das manhãs ?	Sim	Não
2. Na sua vida diária, o(a) senhor(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais ?	Sim	Não
3. O(a) senhor(a) as vezes já teve vontade de abandonar o lar ?	Sim	Não
4. O(a) senhor(a) tem muito a sensação de que ninguém realmente o(a) entende ?	Sim	Não
5. O(a) senhor(a) já teve períodos da vida (dias, meses ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava agüentando mais ?	Sim	Não
6. O seu sono é agitado ou perturbado ?	Sim	Não
7. O(a) senhor(a) é feliz na maior parte do tempo ?	Sim	Não
8. O(a) senhor(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) senhor(a) ?	Sim	Não
9. O(a) senhor(a) se sente, por vezes, inútil ?	Sim	Não
10. Nos últimos anos o(a) senhor(a) tem se sentido bem, na maior parte do tempo ?	Sim	Não
11. O(a) senhor(a) tem problemas de dores de cabeça ?	Sim	Não
12. O(a) senhor(a) se sente fraco na maior parte do tempo ?	Sim	Não
13. O(a) senhor(a) já teve dificuldade em manter o equilíbrio ao andar ?	Sim	Não
14. O(a) senhor(a) tem problema de falta de ar ou peso no coração ?	Sim	Não
15. O(a) senhor(a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas ?	Sim	Não

16. Considerando a vida que o(a) senhor(a) leva, o(a) senhor(a) diria que a sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

Muita	<input type="checkbox"/>
Média	<input type="checkbox"/>
Pouca	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>
Não respondeu	<input type="checkbox"/>

Respostas que indicam distúrbio psíquico =

TOTAL DE PONTOS NA ESCALA:

CLASSIFICAÇÃO:

Menos de 7 pontos = “Não caso” = Sem distúrbio psíquico.
7 pontos ou mais = “Caso” = Com distúrbio psíquico.

ANEXO 6**CLASSIFICAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO (Bertolucci e col 1994)**

<u>Nível de escolaridade</u>	Nível que indica déficit
Analfabetos (nunca estudou)	< ou = 13 pontos
Baixa ou média (1 a 8 anos incompletos)	< ou = 18 pontos
Alta (8 anos ou mais de estudos)	< ou = 26 pontos

OBS: Cada acerto de questões da escala vale 1 ponto.

As questões estão incluídas no questionário da pesquisa (ANEXO 1)

ANEXO 7

ESCALA PARA AVALIAR A AUTONOMIA DOS IDOSOS

Atividades	Sem dificuldade (0 pontos)	Com dificuldade	
		Pouca (1 ponto)	Muita (1 ponto)
Deitar/levantar da cama	()	()	()
Comer	()	()	()
Pentear o cabelo	()	()	()
Andar no plano	()	()	()
Tomar banho	()	()	()
Vestir-se	()	()	()
Ir ao banheiro em tempo	()	()	()
Subir escada (1 lance)	()	()	()
Medicar-se na hora	()	()	()
Andar perto de casa	()	()	()
Fazer compras	()	()	()
Preparar refeições	()	()	()
Cortar unhas dos pés	()	()	()
Sair de condução	()	()	()
Fazer limpeza na casa	()	()	()
TOTAL			

Classificação da autonomia (total de pontos)

FONTE: Ramos, L.R.; Perracini, M.; Rosa, T.E.C.; Kalache, A. Significance and management of disability among elderly residents in Brazil. J. Cross Cultural Gerontol., 8:313-23, 1993.

CLASSIFICAÇÃO UTILIZADA

NÍVEIS DE AUTONOMIA
0 pontos = independente
1 a 3 pontos = pouco dependente
4 a 6 pontos = muito dependente
7 ou mais pontos = dependente

ANEXO 8

DO QUE VOCÊ MAIS GOSTA EM SUA VIDA?

1. TRABALHAR

2. ATIVIDADES DE LAZER ATIVO

Andar, dançar, nadar, cuidar do jardim, cuidar de animais, jogar bola, jogar malha, capinar.

3. ATIVIDADES DE LAZER MODERADO

Passear, cantar, cozinhar, tocar moda de viola, viajar, costurar, fazer crochê, cuidar da casa, ir fazer compras, pescar.

4. ATIVIDADES DE LAZER PASSIVO

Assistir TV, ouvir rádio, jogar baralho, desenhar, dirigir carro, ouvir música, recitar poesias, ficar sentado na praça, ler, escrever, jogar xadrez.

5. ATIVIDADES SOCIAIS E/OU FAMILIARES

Conversar com amigos, ajudar as pessoas, estar com a família, ter amizades, visitar os amigos, brincar com os netos, dos filhos, da família, passear na casa de familiares.

6. ATIVIDADES RELIGIOSAS

Ir à igreja, ter fé em Deus, ter a palavra de Deus, ler a bíblia, rezar.

7. DE ALGUNS HÁBITOS ESPECÍFICOS

Comer, fumar, dormir, beber, descansar.

8. OUTRAS RESPOSTAS

De viver, de tudo, de diversões, da liberdade, de receber a aposentadoria, de ter saúde, de si próprio, de ter paz, de nada, de morar no sítio, de ficar em casa, de conforto.

9. NÃO RESPONDERAM

ANEXO 9

O QUE CAUSA MAIS INSATISFAÇÃO EM SUA VIDA?

1. NÃO TENHO NENHUMA INSATISFAÇÃO NA VIDA

2. PROBLEMAS COM MINHA FAMÍLIA

Discussão de filho com neto, brigas na família, desemprego de familiares, doença de familiares, ter saído de casa para morar com a filha, filho que bebe, problemas com o cônjuge.

3. PROBLEMA ESPECÍFICO DE SAÚDE OU DOENÇA NÃO ESPECIFICADA

Vista fraca, escutar mal, dor de coluna, problemas de nervos, dor nos olhos, tosse e canseira, dores pelo corpo, dor no pé devido uma úlcera, ter doença.

4. PROBLEMAS DE SOLIDÃO

Saudade dos filhos, saudade do marido, querer ver os filhos e não poder, perda de um filho, ficar sozinho(a), viver sozinho(a), estar longe da família.

5. PROBLEMAS FINANCEIROS

Falta de dinheiro, pagar aluguel, não ter casa própria, ficar devendo, medo de ter dificuldades financeiras.

6. PROBLEMAS COM BARULHO OU AGITAÇÃO

Barulho, festas, bailes, bar, carnaval.

7. OUTRAS RESPOSTAS

Desprezo, falarem alto ou xingarem, as pessoas me fazerem de boba, brigas, sair de casa, não cumprir uma tarefa, ver pessoas judiando da criação, não poder trabalhar na roça, jogo de baralho, o problema social do País, ficar sem fazer nada, fofoca, a falta de amor entre os seres humanos, lidar com bêbados no comércio, ficar velho, as carências do município, fazerem intrigas, não poder sair de casa, quando as coisas não dão certo.

8. NÃO RESPONDEU

ANEXO 10

O QUE VOCÊ GOSTARIA DE TER PARA MELHORAR SUA VIDA?

1. MAIS SAÚDE

2. CURAR DE UM PROBLEMA ESPECÍFICO DE SAÚDE

Fazer cirurgia da bexiga caída, curar da falta de ar, melhorar a audição, operar os olhos, viver sem precisar tomar remédios.

3. NADA. ESTOU SATISFEITO COM O QUE TENHO

4. MELHORIA FINANCEIRA

Dinheiro, aposentar, melhor salário, dar mais conforto para a família, ganhar na loteria, cesta básica, ter emprego.

5. TER UMA CASA; REFORMAR A CASA OU OBTER UM IMÓVEL

Uma casa, um terreno, um sítio, reformar a casa.

6. ATIVIDADES DE LAZER

Passear, viajar.

7. RESOLVER PROBLEMAS FAMILIARES

Ajudar os filhos, a cura do filho, que a família tivesse mais saúde.

8. TRABALHAR

9. MELHORAR A SOLIDÃO

Amizades, morar perto dos filhos, um casamento ou um(a) companheiro(a), morar perto de alguém da família.

10. OBTER UM BEM MATERIAL ESPECÍFICO

Carro, aparelho de som, caminhão, rádio, uma vaca.

11. OUTRAS RESPOSTAS

Paz, mais sorte, sossego, ser mais novo, o dom de Deus para ajudar, poder sair sozinha, trabalhar menos, ir morar em Alambarí, gostaria de morrer, ajudar quem não tem nada, ter força para andar, mais coragem, morar mais perto da cidade.

12. NÃO RESPONDEU

Monteiro, A. Idosos, usuários do SUS de Alambarí-SP: quem são? como vivem? o que sentem? Botucatu 2002. 123 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

RESUMO

O acelerado processo de envelhecimento populacional, principalmente nos países em desenvolvimento constitui-se num dos grandes desafios a serem equacionados nas próximas décadas. No Brasil ainda são poucos os estudos epidemiológicos sobre a população idosa, principalmente em municípios de pequeno porte. Este é um estudo epidemiológico multidimensional que avaliou o universo dos idosos de 60 anos e mais, usuários do SUS num pequeno município paulista (3650 habitantes). Foram feitas entrevistas domiciliares a 322 idosos (92,8% da população idosa total do município), onde foram colhidas informações sobre características pessoais; condições socio-econômicas; condições de saúde, hábitos e percepção da qualidade de vida. Os resultados mostraram uma população de baixa escolaridade (87% com até primário incompleto); classe econômica baixa (82,3%); grande prevalência de edentulismo (89,1%); com pouco acesso a serviços preventivos básicos: 41% das mulheres nunca fez um Papanicolaou; 67,3% dos homens nunca fez um exame de próstata e 27% nunca consultaram um oftalmologista. Apesar dessas carências e seqüelas, a maioria dos entrevistados (88,8%) disseram estar felizes com suas vidas atuais. Conclui-se que essa população apresenta carências e seqüelas que necessitam ser atendidas visando a melhoria da qualidade de suas vidas. São apresentadas algumas recomendações para o desenvolvimento de ações a nível local, que visem atender algumas dessas necessidades e feita a recomendação para que se invista em ações de prevenção primária preparando as gerações mais novas para que quando sejam idosos tenham mais autonomia, maior produtividade, mais saúde e menor número de seqüelas evitáveis de doenças crônico-degenerativas e, portanto tenham melhores condições para serem mais felizes com qualidade de vida melhor.

Palavras chave: Epidemiologia de idosos, Idosos do SUS, Idosos e qualidade de vida, Idosos e condições de vida.

Monteiro A. Old people, users of the SUS from Alambari – SP, who are they ? how do they live ? how do they feel ? Botucatu 2002 123 p. Lecture (Mastership in Collective Health) .University of Medicine – Botucatu – SP.

ABSTRACT

The accelerated process of population aging, mainly in developing countries, consist in one of the greatest challenges to be faced during the next decades. In Brazil there are still very few epidemiological studies about old aged population, especially living in small municipal districts. This is an epidemiological and multidimensional study which evaluated the universe of sixty years old and elder people, users of the SUS in a small municipal district of the state of São Paulo (3,650 inhabitants).322 domiciliary interviews have been done with old people (92,2 percent from total of old aged population in that municipal district), when informations were collected about: personal characteristics; socio-economical conditions; health conditions; customs and perception of life quality. Results have shown : low school level (87 percent with incomplete primary school/grade school); low economical class (83,2 %); high predominance of toothless persons (89,1 %); quiet little access to basic preventive services; 40 % of the women never have done a Pap smear; 67,3 percent of the men never have dons a prostate examination and 27 percent never have seen an ophthalmologist. Despite these needfulnesses and their sequels, the majority of inquired people (88,8 %) has told that they were happy with their present life conditions. Thus it follows that this population shows needfulnesses and their sequels which ought to be solve in order to improve their life quality. Some suggestions are presented to promote local actions which aim is to attend some of those necessities and also an advice is made to invest into primary preventive measures, so that younger generations, when they will become old, should be more independent, should have more productivity, a better health and a lower level of avoidable chronical degenerative diseases. Thus they might have more conditions to be happy with a better life quality.

Key words : Old aged epidemiology; old persons from SUS; old persons and life quality; Old persons and life conditions.