

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIANE PINHEIRO DE MORAIS

**Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio
dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul - RS**

Ribeirão Preto

2007

ELIANE PINHEIRO DE MORAIS

**Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio
dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul - RS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso
Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Aparecida
Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

M827e Moraes, Eliane Pinheiro de

Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul - RS / Eliane Pinheiro de Moraes ; orient. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. – Ribeirão Preto, 2007.

215 f. : il.

Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental, 2007.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Envelhecimento. 2. Saúde da população rural. 3. Idoso de 80 anos ou mais. 4. Saúde do idoso. 5. Condições sociais. I. Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani. II. Título.

CDD – 361.3

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eliane Pinheiro de Moraes

**Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos
mais velhos de Encruzilhada do Sul - RS.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (orientadora)

EERP/USP

Assinatura _____

Profa. Dra. Célia Pereira Caldas

UERJ

Assinatura _____

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

EENF/UFRGS

Assinatura _____

Profa. Dra. Suzana Alves de Moraes

EERP/USP

Assinatura _____

Prof. Dr. Vanderlei José Hass

EERP/USP

Assinatura _____

Dedico este trabalho

Aos meus pais Iloi e Ivete, de quem herdei dentre outras coisas, o gosto pelo rural, e a todos idosos da nossa família.

A minha querida filha Giulia por ser exatamente do jeito que é.

Ao meu marido José Luis, pela compreensão nas minhas ausências.

Aos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, que abriram as portas de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de mais uma etapa, traduzida em um grande desafio, alguns agradecimentos pessoais são necessários, até porque, sem o auxílio destas pessoas não teríamos vencido este propósito.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entendida aqui como a Direção, o Departamento de Assistência e Orientação Profissional e colegas professores da Disciplina Saúde Comunitária: Marta Júlia, Tatiana, Dilmar, Gema e Arlete, que possibilitaram o afastamento para realização deste estudo.

À Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues por ter me aceito como orientanda e, assim, aberto as portas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

À Profa. Dra. Tatiana Gerhardt, pelas inúmeras horas tomadas de seu puerpério, na busca da construção da problemática deste estudo dentro do PROINTER, e por todos os momentos em que estivemos juntas no decorrer desta caminhada, em especial as contribuições para versão final.

À Profa. Dra. Célia Pereira Caldas, por sua paixão pela “quarta idade” e, com isto, fortalecendo o objetivo do estudo, e pela disponibilidade em participar do momento final.

À Profa. Dra. Suzana Alves de Moraes, pelas valiosas contribuições na pré-banca e a compreensão com as possíveis limitações encontradas no estudo.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Hass, pela paciência e disponibilidade em desvendar os caminhos estatísticos. Também pelas contribuições na banca de qualificação deste trabalho.

À Enfermeira Maria Ilse Moraes Rosa, coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Encruzilhada do Sul, que juntamente com os agentes Ana Valquíria, Iane, Deise, Marli, Arnilda, Jorge, Ana Bernadete, Rosiane, Erci, Alda, Menaídes, Lisiane, Ivanês, Maria de Fátima, Rosane, Susana, Sônia, Maurícia, Lúcia Elena, Soila, Ana Adriana, Maria Cristiane, Marlete e Raquel, foram fundamentais para o sucesso deste estudo. A todos estes que se tornaram bons amigos e auxiliaram nossa compreensão sobre a grandeza do trabalho exercido por eles no meio rural, meu profundo respeito.

Ao Sr. Prefeito Artigas Teixeira da Silveira e ao Secretário de Saúde Sr. Marco Antônio Rassier pelo interesse demonstrado pelo presente estudo, bem como pela possibilidade em realizá-lo.

Aos que auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa em diversas frentes: Giulia e Paula, pela rapidez e destreza digital; Ceres, pelo valioso conhecimento estatístico; Celina, pela correção bibliográfica, Dino, pela gabaritada correção de português; Michele, pela organização final do relatório e paciência.

À Lúcia, companheira de todas as horas e que deu sustentação à minha casa, nas ausências.

Às colegas de doutorado de várias partes do Brasil, Marilu, Celmira, Rosani, Luciana, Leila, Elisa, e outras tantas com quem convivemos a cada disciplina, pela companhia e compartilhamento da experiência na busca do conhecimento.

Em especial tenho a agradecer a colega de UFRGS/PQI, Anne Marie Weissamer, pela convivência, amizade e cumplicidade e, ainda, pela ajuda em reduzir a saudade de casa.

À colega Profa. Dra. Lisiane Manganelli Paskulin, pelas valiosas contribuições e a sempre certeza do sucesso deste estudo.

À colega Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, pelo empenho e competência com que coordenou o Programa de Qualificação Institucional (PQI).

À colega Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes, pelo incentivo no início dessa trajetória.

À Edma, pela tranquilidade com que leva o atribulado cotidiano de um grupo de pesquisa, e também aos bolsistas da Prof^a Rosalina, pelas boas experiências que tivemos juntos.

Enfim, agradeço a Deus por ter me dado força e coragem para afastar-me da minha casa e da minha família em busca de um ideal acadêmico.

“Cipião: [...] Mas uma coisa nos espanta acima de tudo:jamais pareceste achar a velhice penosa. No entanto, a maior parte dos velhos diz que ela é mais pesada que o Etna!

Catão: Pareceis vos maravilhar, Cipião e Lélío, de uma coisa em verdade bem normal. Por certo os que não obtêm dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade acharão execráveis todas as idades da vida. Mas todo que tirar de si próprio o essencial não poderia julgar ruim as necessidades da natureza. E a velhice faz parte delas! Todos os homens desejam alcançá-la, mas, ao ficarem velhos lamentam. Eis aí a inseqüência da estupidez.”

Cícero, Marco Túlio, 103-43 a.C.

(Saber envelhecer e a Amizade, 2006, p. 9)

RESUMO

MORAIS, E. P. de. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul - RS. 2007. 215 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, traduzido pela diminuição progressiva das taxas de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida. Dentre a população envelhecida (60 anos ou mais), são os idosos mais velhos (80 anos ou mais), a parcela que mais cresce, e com eles também aumentam as demandas sociais, de saúde e de infra-estrutura, para comportar e assegurar a qualidade de vida dessa "elite". Os idosos que vivem em áreas rurais, 60% em todo o mundo, devem ter especial atenção, pois as doenças que apresentam podem ser diferentes, em função das condições do ambiente, da falta de serviços de ajuda e de saúde disponíveis, e das características socioeconômicas. Trata-se de um estudo transversal que teve por objetivo descrever e analisar as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais residentes no meio rural do município de Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul (Brasil). A população constituiu-se de 137 idosos (87 mulheres e 50 homens), que estão distribuídos em 24 microáreas definidas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os dados foram coletados utilizando-se um instrumento multidimensional, em entrevistas domiciliares, entre março e maio de 2006, conduzidas pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no meio rural, previamente treinados pela pesquisadora. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. A idade média das idosas foi de 84,1 ($\pm 3,8$), e dos idosos, de 85,3% ($\pm 3,5$), sendo que 58,3% encontram-se na faixa etária de 80-84 anos; 30,7%, na de 85-89 anos; 9,5%, na de 90-94 e 1,5% têm mais de 95 anos. A maioria, 83,9%, dos idosos define-se como brancos. Quanto ao estado civil e à escolaridade, existe diferença significativa entre homens e mulheres, pois, do total da população, 80,0% são idosas e viúvas ($p < 0,001$), e 77,2%, analfabetas ($p = 0,013$). Do total dos idosos, 94,2% recebem aposentadoria rural. A média dos escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), foi de 19,01 ($\pm 6,81$) nas idosas, de 21,86 ($\pm 6,10$) nos idosos, e de 17,78 ($\pm 5,63$) nos

analfabetos, mais baixa que dos escolarizados. O comprometimento cognitivo está presente em 22,5% dos analfabetos e em 14,6% dos escolarizados. A maioria, 91,2%, tem a posse das propriedades onde vivem. As moradias são de alvenaria em 76,6% dos casos; 89,1% possuem água encanada; e 74,5% possuem luz elétrica. A maioria (88,3%) dos idosos vive acompanhada. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre homens e mulheres quanto às pessoas que os acompanham, pois 75% das idosas vivem com familiares e 65,6% dos idosos vivem com as esposas. Quanto à auto-avaliação de saúde, 46,7% consideram-na regular, e 32,8%, boa; e, quando comparada com de outras pessoas da mesma faixa etária, 47,1% referem boa saúde. A maioria, 78,8%, faz uso de medicações. Do total dos idosos, 63,5% praticam alguma atividade física. Apenas 11,7% fumam, e 76,6% não consomem álcool. A maioria, 94,9%, faz mais de três refeições por dia. Problemas de audição são referidos por 40,9%, e 70,8% acusam problemas de visão. A maioria não possui nenhum dente e, destes, 29,2% não usam prótese dentária. O reumatismo é a principal patologia que interfere na vida diária, sendo a hipertensão arterial a mais relatada. Em 54,8% e em 15,3% os idosos têm as atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais preservadas, respectivamente. O comprometimento das atividades é crescente com o avanço da idade. A procura por solução de problemas de saúde é prioritariamente dirigida a serviços particulares, em consultórios médicos. A maioria possui alguém que lhe preste cuidado em caso de doença, sendo as mulheres cuidadas pelos filhos, e os homens, pelas esposas. O grupo de idosos com comprometimento cognitivo tem maior possibilidade de apresentar sintomas de depressão clínica. Estudos como este, servem para dar maior visibilidade à parcela da população que, ao alcançar uma longevidade expressiva, pode contribuir para a compreensão da singularidade do processo de envelhecimento e da adequação das políticas públicas.

Descritores: Envelhecimento. Saúde da população rural. Idoso de 80 anos ou mais.
Saúde do idoso. Condições sociais.

RESUMEN

MORAIS, E. P. de. **Envejecimiento en el medio rural**: condiciones de vida, salud y apoyo de los ancianos *más viejos* de Encruzilhada do Sul - RS. 2007. 215 f. Tesis (Doctorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno de cobertura mundial, traducido por la disminución progresiva de las tasas de fecundidad, mortalidad y aumento de la expectativa de vida. Entre la población envejecida (60 años o más), son los ancianos más viejos (80 años o más), la parcela que más crece, y con ellos también aumentan las demandas sociales, de salud y de infra-estructura, para comportar y asegurar la calidad de vida de esa "élite". Los ancianos que viven en áreas rurales, 60% en todo el mundo, deben tener atención especial, debido a que las enfermedades que presentan pueden ser diferentes, en función de las condiciones del ambiente, de la falta de servicios de ayuda y de salud disponibles, y de las características socio-económicas. Se trata de un estudio transversal y tuvo por objetivo describir y analizar las condiciones de vida y salud de los ancianos con 80 años o más residentes de medio rural del municipio de Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul (Brasil). La población se constituyó de 137 ancianos (87 mujeres y 50 hombres), que están distribuidos en 24 micro-áreas definidas en el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). Los datos fueron colectados utilizándose un instrumento multidimensional, en entrevistas domiciliarias, entre marzo y mayo de 2006, conducidas por los Agentes Comunitarios de Salud que actúan en el medio rural, previamente entrenados por la entrevistadora. La entrevista fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/USP. La edad media de las ancianas fue de 84,1 ($\pm 3,8$), y de los ancianos, de 85,3% ($\pm 3,5$), estando 58,3% dentro de un rango de edades entre 80 y 84 años; 30,7%, entre 85 y 89 años; 9,5%, entre 90 y 94 y un 1,5% con más de 95 años. La mayoría, 83,9%, de los ancianos se definen como blancos. En relación al estado civil y al grado de escolaridad, existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, ya que, del total de la población 80,0% son ancianas y viudas ($p < 0,001$), y 77,2%, analfabetas ($p = 0,013$). Del total de los ancianos, 94,2% reciben pensión de jubilación rural. La media de los escores del Mini Examen del Estado Mental (MEEM), fue de 19,01

($\pm 6,81$) en las ancianas, de 21,86 ($\pm 6,10$) en los ancianos, y de 17,78 ($\pm 5,63$) en los analfabetos, más baja que la de los escolarizados. El comprometimiento cognitivo está presente en 22,5% de los analfabetos y en 14,6% de los escolarizados. La mayoría (88,3%) de los ancianos viven acompañados. Hubo diferencia significativa ($p < 0,001$) entre hombres y mujeres en relación a las personas que los acompañan, ya que 75% de las ancianas viven con familiares y 65,6% de los ancianos viven con las esposas. En cuanto a la auto-evaluación de la salud, 46,7% la consideran regular, y 32,8%, buena; y, al ser comparada con la de otras personas del mismo rango de edad, 47,1% indican buena salud. La mayoría, 78,8%, hace uso de medicamento. Del total de los ancianos, 63,5% practican alguna actividad física. Apenas 11,7% fuman, y 76,6% no consumen alcohol. Problemas de audición son indicados por 40,9%, y 70,8% mencionan problemas de visión. La mayoría no posee ningún diente y, de estos, 29,2% no usan prótesis dentaria. El reumatismo es la principal patología que interfiere en la vida diaria, siendo la hipertensión arterial la más relatada. En 54,8% y en 15,3% los ancianos tienen las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales preservadas, respectivamente. El comprometimiento de las actividades es creciente con el avance de la edad. La búsqueda de soluciones a los problemas de salud es prioritariamente dirigida a servicios particulares, en consultorios médicos. La gran mayoría posee alguien que le presta cuidado en caso de enfermedad, estando las mujeres a cuidados de los hijos, y los hombres, por las esposas. El grupo de ancianos con comprometimiento cognitivo tiene mayor posibilidad de presentar síntomas de depresión clínica. Estudios como éste sirven para dar mayor visibilidad a la parcela de la población que, al alcanzar una longevidad expresiva, puede contribuir para la comprensión de la singularidad del proceso de envejecimiento y de la adecuación de las políticas públicas.

Descriptores: Envejecimiento. Salud rural. Ancianos de 80 años y más. Salud del anciano. Condiciones sociales.

ABSTRACT

MORAIS, E. P. de. **Aging in rural areas**: life conditions, health, and support of older elderly in Encruzilhada do Sul - RS. 2007. 215 f. Thesis (Doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Population aging is a worldwide phenomenon, derived from the progressive decrease of fecundity and mortality rates, and from higher life expectancy. Among the elderly population (60 years of age or older), the highest increase is observed in the older elderly (80 or older) segment, which also results in higher social, health, and infrastructure demands to supply and to ensure the quality of life of this "elite". 60% of the world elderly population lives in rural areas. These individuals deserve special attention, as they may suffer different diseases due to environmental conditions, lack of available aid and health care services, and social-economic conditions. This transversal study aimed at assessing the social-demographic and health conditions of elderly people (80 years of age or older) living in the rural area of the municipality of Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul, Brazil. The population included 137 elderly individuals (87 females and 50 males), distributed in 24 micro-areas, as defined by the Community Health Agents Program (PACS). Data were collected using a multidimensional tool in household interviews, performed by Community Health Agents, previously trained by the researcher, between March and May of 2006. The study was approved by the Ethics Committee of the School of Nursing of Ribeirão Preto/USP. Mean female and male ages were 84.1(\pm 3.8), and 85.3% (\pm 3.5), respectively, with age range distribution of 58.3% (80-84 years), 30.7% (85-89 years), 9.5% (90-94 years), and 1.5% were older than 95 years of age. In general (83.9%), individuals defined themselves as Caucasians. As to marital status and education level, there were significant gender differences: out of the total population, 80.0% were elderly women and widows (p <0.001), and 77.2% of the females were illiterate (p =0.013). Most elderly males (94.2%) received rural retirement pension. Mean scores in Mental Status Mini-Examination (MSME) were 19.01(\pm 6.81) for females and 21.86(\pm 6.10) for males, and 17.78(\pm 5.63) for illiterates, which was lower as compared to literate subjects. Cognition was impaired in 22.5% and 14.6% of illiterate and literate individuals, respectively. Most of the elderly (88.3%) lived with someone. There was a significant difference (p <0.001) between males and females

as to whom they lived with: 75% of females lived with relatives, whereas 65.6% of males lived with their wives. As to health self-assessment, 46.7% considered themselves reasonably healthy, and 32.8%, healthy, and as compared to people of the same age range, they considered themselves healthy. Most subjects (78.8%) used medicines, 63.5% practiced some physical activity, only 11.7% smoked, and 76.6% did not drink alcoholic beverages. Hearing and vision problems are reported by 40.9% and 70.8% of the individuals, respectively. Most did not have any teeth, and 29.2% of these individuals did not wear dentures. Rheumatism is the main pathology interfering with daily life activities, and high blood pressure is the most frequent reported condition. Basic daily life and instrumental activities were preserved in 54.8% and 15.3% of the cases, respectively. Activity impairment increased with age. Health problems resolution was mainly sought in private medical clinics. Most individuals had someone to care for them in case of illnesses, with females being cared by their children, and males by their wives. The elderly group with cognitive impairment has a greater possibility to present symptoms of clinical depression. This kind of study provides higher visibility to a part of the population that reaches significant longevity, and may contribute to the understanding of the singularity of the aging process and to the establishment of public policies.

Descriptors: Aging. Rural health. Aged, 80 and over. Health of the elderly. Social conditions.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População Brasileira de 80 anos e mais, por sexo, 1980 a 2050.	36
Gráfico 2 – Pirâmides etárias do Município de Encruzilhada do Sul, RS, em 1970, 1980, 1991 e 2000.....	38
Gráfico 3 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo o sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.....	93
Gráfico 4 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo a faixa etária. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.....	94
Gráfico 5 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo a escolaridade. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.....	94
Gráfico 6 – Distribuição dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo o sexo, quanto à busca por serviços de saúde. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	112

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Localização do Município de Encruzilhada do Sul, RS.....	20
Mapa 2 – Número de idosos mais velhos distribuídos nas microáreas do PACS do Município de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	88
Mapa 3 – Zonas agroecológicas do Município de Encruzilhada do Sul, RS.	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com 80 anos ou mais residentes da zona rural e cadastrados no PACS de Encruzilhada do Sul, RS, 2005.	71
Tabela 2 – Distribuição da frequência das variáveis demográficas e socioeconômicas segundo o sexo dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	90
Tabela 3 – Valores do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos idosos <i>mais velhos</i> , conforme características sócio-demográficas. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	92
Tabela 4 – Composição familiar segundo o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	97
Tabela 5 – Auto-avaliação da saúde segundo o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	98
Tabela 6 – Avaliação da saúde pessoal segundo faixa etária por sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	100
Tabela 7 – Avaliação dos hábitos de vida, segundo prática de atividade física e uso do tempo livre, conforme o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	101
Tabela 8 – Avaliação dos hábitos de vida segundo o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	102
Tabela 9 – Avaliação das condições de saúde conforme o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	104
Tabela 10 – Avaliação da frequência de quedas e uso de apoio para as atividades da vida diária (AVD) segundo o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	105
Tabela 11 – Problemas de saúde que interferem ou não nas atividades diárias conforme o sexo dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	107
Tabela 12 – Idosos <i>mais velhos</i> que apresentaram dificuldades no desempenho das atividades da vida diária (AVD) de Encruzilhada do Sul, RS, 2006. ...	108
Tabela 13 – Capacidade funcional (AVD) dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo a faixa etária e sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	108

Tabela 14 – Idosos <i>mais velhos</i> que apresentaram dificuldade no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	109
Tabela 15 – Capacidade funcional (AIVD) dos idosos <i>mais velhos</i> , segundo faixa etária e sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	109
Tabela 16 – Níveis de comprometimento das atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	111
Tabela 17 – Apoio familiar dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006. ...	114
Tabela 18 – Avaliação da escala cognitiva de depressão dos idosos <i>mais velhos</i> . Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	116
Tabela 19 – Avaliação dos escores de depressão obtidos com a DCS considerando as variáveis sexo, faixa etária e deficiência cognitiva dos idosos mais idosos de Encruzilhada do Sul, RS, 2006.	118

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior
CNRS	Conseil National de la Recherche Scientifique
COFECUB	Programa de Cooperação Inter-Universitário Franco-Brasileiro
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNTs	Doenças não-transmissíveis
ECD	Escala Cognitiva de Depressão
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EUA	Estados Unidos da América
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano
INA-PG	Institut National Agronomique – Paris-Grignon
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
LADYSS	Laboratoire des Dynamiques Sociales et Recomposition des Espaces
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
Nr	Não respondeu
Ns	Não sabe

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGDR	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural
PNACS	Programa Nacional de Agentes de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PQI	Programa de Qualificação Institucional
PROINTER	Programa de Pesquisa Interdisciplinar
PSF	Programa de Saúde da Família
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PubMed	Publicações Médicas
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SSD	Laboratoire Sociétés, Santé, Développement
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa foi elaborada com a finalidade de obter o grau de Doutor no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Fundamental, vinculado ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

A escolha da zona rural do município de Encruzilhada do Sul (Mapa 1) deu-se, primeiramente, por ser este um dos oito municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul (RS) elegidos como campo empírico para desenvolvimento de estudos ligados ao PROINTER.

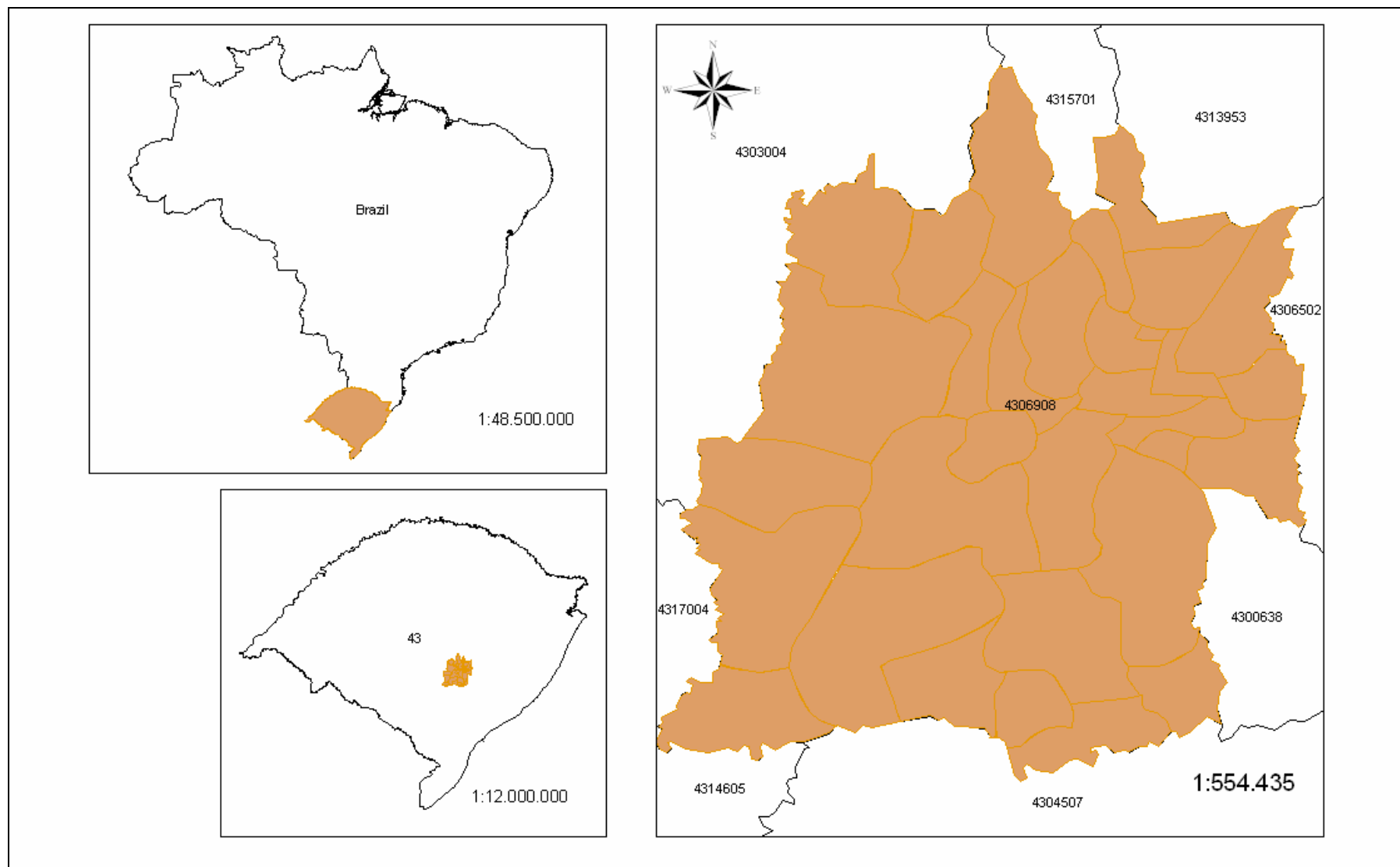
O município de Encruzilhada do Sul, RS, apresenta vasta extensão geográfica, de 3.439 km², sendo o 13º maior município do Rio Grande do Sul, com elevada diversidade social em seu interior, tendo também grande importância histórica e cultural para a Metade Sul, assim como para o Estado, em decorrência de sua localização e de seu sistema produtivo predominante, baseado na pecuária (RIBAS, 2004).

Encruzilhada do Sul é um dos municípios mais antigos do RS, e teve sua história marcada por constantes mudanças nas condições sócioeconômicas, com predominância de estrutura fundiária concentrada e produção voltada à pecuária extensiva de corte. Estes fatos sugerem a existência de grandes desigualdades sociais e políticas, principalmente no meio rural (RIBAS, 2004).

Segundo a matriz síntese dos mapas de situação, elaborados pela equipe de pesquisadores do PROINTER, Encruzilhada do Sul é um município caracterizado pelo predomínio de campos, domos e cristas como unidades de paisagens e, possui uma situação demográfica caracterizada como progressiva, ou seja, possui uma taxa de crescimento maior que a média (4,18%) e densidade populacional de 7,3 hab/km² (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

O primeiro estudo realizado no PROINTER, em Encruzilhada do Sul, foi de Ribas (2004), onde é ressaltado dentre outras situações, que a população rural deste município encontra-se em franco processo de envelhecimento.

Ao apontar esta situação, Ribas (2004) instiga à construção de uma problemática de pesquisa, que alia um fato real, uma curiosidade acadêmica (como vivem os idosos *mais velhos* do meio rural?) ao interesse pessoal da pesquisadora na área empírica, sem esquecer o fato da escassez de trabalhos com esta população.



Mapa 1 – Localização do Município de Encruzilhada do Sul, RS.
Fonte: Elaborado pela geógrafa Camila Thomaz da Silveira.

Uma vez tecidas considerações iniciais sobre as razões deste estudo em Encruzilhada do Sul, torna-se importante a apresentação do programa de pesquisa – PROINTER, com o objetivo de localizar e contextualizar a pesquisa realizada.

A elaboração do PROINTER partiu de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB (projeto n° 330/2000) entre o PGDR da UFRGS, o Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento da UFPR, e instituições acadêmicas francesas, como a Universidade Paris X – LADYSS/CNRS, a Universidade Bordeaux 2 – SSD/CNRS, e o Instituto de Pesquisa Agronômica INA-PG.

O grupo é constituído por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, que buscam a complementaridade dos enfoques disciplinares na elaboração e na validação de propostas de desenvolvimento sustentável. Em virtude disso, assume como objetivo maior subsidiar políticas públicas em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, tendo em vista a crescente desaceleração econômica sofrida pelos municípios que a compõem, com reflexos sociais importantes.

O PROINTER foi disposto em etapas metodológicas e difere de estudos mais clássicos, uma vez que a problemática de pesquisa foi sendo construída no decorrer do trabalho interdisciplinar (ALMEIDA *et al*, 2004; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

A opção dos participantes, que foi por reduzir a área empírica para oito municípios (Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul), deu-se em razão da grande extensão geográfica da área inicial, e também porque os municípios selecionados se enquadram nos critérios de seleção de acordo com suas características socioambientais e sua localização geopolítica (ALMEIDA *et al*, 2004).

Os municípios apresentam ainda, dentro dessa perspectiva, estagnação e declínio econômico; impactos ambientais devidos às atividades de rizicultura e mineração; heterogeneidade nos grupos sociais e nos sistemas produtivos, bem como remanescentes de quilombos e assentamentos.

O reconhecimento e o recolhimento de informações sobre os municípios são provenientes de visitas *in loco*, realizadas previamente pelos pesquisadores do PROINTER; de oficinas de discussão do grupo de pesquisa; de informações do Ministério da Saúde, do IBGE, de dissertações e trabalhos de conclusão de curso do PGDR, da Geografia e da Saúde.

Esses dados encontram-se no Relatório Técnico Parcial: *Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável: contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural* (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

O relatório acima citado trouxe a certeza de que apenas a abordagem empírica não seria suficiente frente às várias dimensões das realidades encontradas, sendo necessária a construção de um conhecimento científico que privilegiasse metodologia interdisciplinar, englobando pesquisadores de várias áreas do conhecimento e com visão harmônica na leitura das diversidades.

As pesquisas disciplinares do programa estão sendo realizadas pelas equipes de investigadores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da UFRGS, do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

No campo da saúde, os projetos de pesquisas disciplinares estão vinculados à perspectiva teórica do projeto “Interfaces entre saúde pública e a antropologia em torno das desigualdades sociais no meio rural”, coordenado por Gerhardt (2005). Esta pontua que, pela ótica da saúde, é possível analisar as desigualdades sociais existentes, considerando, além dos elementos materiais, os mecanismos de regulação ou de perturbação da saúde, que são de ordem social e cultural, como o papel das relações sociais, as consequências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais e a estruturação do sistema de assistência e de cuidados de saúde.

As pesquisas na área da saúde iniciaram pela caracterização da situação de saúde dos oito (8) municípios da área de estudo (indicadores de morbimortalidade, sistema de saúde existentes, etc) a partir de pesquisa bibliográfica e de outras fontes de informações primárias (entrevistas, consulta a bancos de dados, sistemas de informações, mapas, arquivos e outros). Na seqüência, foram desenvolvidos os estudos socioepidemiológicos nos municípios de Arambaré e Camaquã que deram origem às dissertações de Mestrado de Silva (2005), Roese (2005) e Rocha (2006).

Portanto, o campo da saúde, no PROINTER, priorizou inicialmente os segmentos mais fragilizados da população, pois esses sofrem maior impacto dos reflexos sociais que interferem no processo saúde-doença, determinando a necessidade de maior aporte de investimentos em políticas públicas.

A diversidade na apresentação do fenômeno do processo de envelhecimento está profundamente alicerçada em questões sociais, econômicas, culturais, ambientais, dentre outras, que organizam o modo de ser de uma sociedade, afetando e sendo afetada pelo modo de viver das famílias, resultando assim, na existência de uma velhice heterogênea, complexa que “ressente-se de uma sociedade que ainda os exclui, porque não entende como vive este segmento da população” (RIO GRANDE DO SUL, 1997, p. 14).

O pouco entendimento decorre também dos escassos estudos sobre envelhecimento no Brasil e, quando se tem o meio rural como cenário, mais raros se tornam, pois este se traduz num grande desafio.

Com objetivo de dar mais visibilidade à população dos idosos *mais velhos* que vivem no meio rural gaúcho, apresentamos este trabalho que está organizado em seis seções, descritas a seguir.

Seção 1 – INTRODUÇÃO: este capítulo tem o objetivo de introduzir a temática do envelhecimento populacional, tratando de aspectos gerais de natureza conceitual, demográfica, epidemiológica e relativa ao desenvolvimento de políticas públicas para a área. Finaliza com a justificativa e a apresentação dos objetivos: o geral e os específicos.

Seção 2 – REVISÃO DA LITERATURA: este capítulo apresenta o percurso realizado para o levantamento bibliográfico e a definição dos temas referentes ao envelhecimento rural dos idosos *mais velhos*.

Seção 3 – OBJETIVOS: apresenta-se neste capítulo, o objetivo geral e os específicos do estudo.

Seção 4 – METODOLOGIA: este capítulo apresenta a trajetória metodológica percorrida para o desenvolvimento da pesquisa: o delineamento do estudo; a definição do local e da população-alvo; a coleta, análise e discussão dos dados, bem como o instrumento de coleta e os procedimentos éticos.

Seção 5 – ANÁLISE: o capítulo apresenta os resultados tratados estatisticamente. Optou-se por trazer os resultados segundo a disposição das questões do instrumento de coleta dos dados.

Seção 6 – DISCUSSÃO: o capítulo constam da discussão dos achados à luz da literatura.

Seção 7 – CONCLUSÕES: o capítulo final apresenta as conclusões obtidas da trajetória da pesquisa e das respostas aos objetivos propostos.

Seção 8 – RECOMENDAÇÕES: neste capítulo apresenta algumas recomendações que se fizeram oportunas.

Mencionam-se também as **REFERÊNCIAS** consultadas para dar substrato a este trabalho.

Nos **APÊNDICES** e **ANEXOS** são dispostos: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento de coleta de dados, os ofícios de solicitação e aceite da Prefeitura Municipal de Encruzilhada do Sul para o desenvolvimento da pesquisa, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e autorização para o uso da Escala Cognitiva de Depressão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	28
1.1 Processo de envelhecimento: aspectos conceituais	29
1.2 Processo de envelhecimento: aspectos demográficos e epidemiológicos ...	32
1.3 Processo de envelhecimento: aspectos familiares	40
1.4 Processo de envelhecimento: evolução das políticas públicas	44
2 REVISÃO DA LITERATURA	47
2.1 Busca on-line	48
2.2 Acervos bibliográficos: livros, teses e dissertações	49
2.3 Contextualização: o meio rural	51
2.4 Idosos mais velhos	53
2.4.1 Idosos mais velhos: aspectos sociodemográficos	54
2.4.2 Idosos mais velhos: condições de vida e saúde	57
2.4.3 Envelhecimento rural	60
3 OBJETIVOS	64
4 METODOLOGIA	66
4.1 Delineamento do estudo	67
4.2 Local do estudo	67
4.3 População do estudo	70
4.4 Coleta dos dados	71
4.4.1 Informações do município	72
4.4.2 Informações da população do estudo	72
4.4.3 O inquérito domiciliar	72
4.4.3.1 Seção A: Informações pessoais	73
4.4.3.2 Seção B: Avaliação cognitiva	74
4.4.3.3 Seção C: Condições de moradia	75
4.4.3.4 Seção D: Composição familiar	76
4.4.3.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida	77
4.4.3.6 Seção F: Avaliação funcional	78
4.4.3.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde	79
4.4.3.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos	80
4.4.3.9 Seção I: Escala Cognitiva de Depressão (ECD)	81

4.4.4 Treinamento dos ACS para coleta dos dados	82
4.5 Estudo-piloto	82
4.6 Processamento e análise dos dados.....	83
4.7 Considerações éticas.....	84
5 RESULTADOS.....	86
5.1 Seção A: Informações pessoais: dados sociodemográficos	87
5.2 Seção B: Avaliação cognitiva com aplicação do MEEM.....	91
5.3 Seção C: Condições das moradias rurais.....	95
5.4 Seção D: Composição familiar dos idosos mais velhos.....	96
5.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos mais velhos	98
5.6 Seção F: Avaliação funcional: desempenho das atividades da vida diária... 	108
5.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde.....	112
5.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos	113
5.9 Seção I: Avaliação da presença de sintomas de depressão nos idosos mais velhos e comparação com o comprometimento cognitivo	115
6 DISCUSSÃO	119
6.1 Seção A: Informações pessoais: dados sociodemográficos	120
6.2 Seção B: Avaliação cognitiva com aplicação do MEEM.....	129
6.3 Seção C: Condições das moradias rurais.....	132
6.4 Seção D: Composição familiar dos idosos mais velhos.....	137
6.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos mais velhos....	139
6.6 Seção F: Avaliação funcional: desempenho das atividades da vida diária... 	149
6.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde.....	152
6.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos	156
6.9 Seção I: Avaliação da presença de sintomas de depressão nos idosos mais velhos e comparação com o comprometimento cognitivo	158
7 CONCLUSÕES	162
8 RECOMENDAÇÕES.....	167
REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	188
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	189
APÊNDICE C – Solicitação para desenvolvimento da pesquisa	211
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ERRP/USP	212
ANEXO B – Autorização para desenvolvimento da pesquisa	213

ANEXO C – Autorização para o uso da Escala Cognitiva de Depressão214

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, o envelhecer humano despertou interesses, curiosidades e especulações, inicialmente mágicas, apesar de que em 99% do transcurso do tempo do *Homo Sapiens* sobre a Terra, sua vida média dificilmente ultrapassava os 30 anos (HAYFLICK, 2000a). Sendo assim, é possível pensar no processo de envelhecimento como um fenômeno, quando atualmente a média de vida já ultrapassou em quase o dobro os 30 anos referidos pelo autor.

O envelhecimento é, hoje, uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades.

É com a intenção de contribuir com a visibilidade do fenômeno do envelhecimento que se inicia este estudo.

1.1 Processo de envelhecimento: aspectos conceituais

Partindo da dificuldade de se estabelecer quando um indivíduo começa a envelhecer, vários autores postulam que o processo de envelhecimento faz parte de um contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte.

Nesta linha, o envelhecimento é definido como

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

A discussão sobre o envelhecimento do ser humano é temática de disciplinas como demografia, biologia, sociologia, psicologia, economia, o que torna a conceituação ou a demarcação da idade-limite apenas pela versão biológica muito complexa, e que, segundo Camarano *et al.* (1999, p. 3), enfrenta três obstáculos: “a homogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo; a suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e a finalidade social do conceito de idoso”.

Distinguir entre aspectos estritamente biológicos e culturais em diferentes tipos de estudos não faz sentido para Geertz (1989), porque, uma vez que na espécie humana ambos são profundamente inter-relacionados, que não existe *natureza* independente de *cultura* e vice-versa, é de se esperar que os resultados do processo de envelhecimento sejam potencialmente diferentes entre culturas. Essas diferenças são percebidas nas condições sociais que determinam, por exemplo, além do tipo de alimentação, o trabalho e o papel do idoso na família e na sociedade.

Beauvoir (1990) afirma que a velhice é um processo dinâmico, resultado e prolongamento do processo de vida, e está ligada a uma idéia de mudança e transformação.

A longevidade alcançada pela população é, para Camarano (2002), um processo que se inicia no momento do nascimento, alterando a vida do indivíduo, a estruturação familiar e a sociedade. Em grande parte, a longevidade é devida ao progresso dos avanços tecnológicos das ciências da saúde e da cobertura mais ampla dos serviços de saúde, dentre outros, constituindo assim uma conquista social, que demanda mudanças no perfil das políticas públicas e desafios para o Estado, a sociedade e as famílias.

Alguns estudos latino-americanos sobre o envelhecimento populacional, como os de Solari (1987) e de Chakiel (2000), chamam atenção para os conceitos de *idoso*, *velhice*, *envelhecimento* como sendo uma construção social que varia segundo as culturas, países ou classes sociais, e que tem importantes implicações para a análise de uma região tão heterogênea como a América Latina, cujos países apresentam grandes desigualdades sociais.

Apesar das discussões teóricas acerca do momento em que o indivíduo é considerado velho ou idoso, é necessário que operacionalmente se estabeleça um limite, e o mais utilizado em pesquisas é o cronológico.

Atualmente, o indicador cronológico serve para definir quem está dentro ou fora dessa faixa populacional, para delimitar a população-alvo dos estudos que têm como temática o envelhecimento, além das políticas públicas.

No Brasil, do ponto de vista legal, idoso é toda a pessoa com mais de 60 anos de idade, segundo a Lei 8.842 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 (BRASIL, 2003). Para a OMS (World Health Organization, 2005), idosa é toda a pessoa com mais de 65 anos. Essa diferença na idade cronológica está alicerçada

em fatores socioeconômicos e corresponde, nos países desenvolvidos, a 65 anos e, em desenvolvimento, a 60 anos de idade.

Para Netto (2002), a única justificativa para o estabelecimento do critério cronológico é a inexistência de outro melhor, dada a dificuldade de definir a idade biológica. Esse fato se deve, pelo menos em parte, à falta de definição quanto ao início do processo de envelhecimento, que aconteceria apenas no final da terceira década de vida, já na fase da concepção, ou, ainda muito mais tardiamente.

Também para Camarano *et al.* (1999), existem algumas medidas que permitem uma abordagem mais precisa que o conceito único de idoso, que seriam a diferenciação espacial, a diferenciação de grupos sociais e o estabelecimento de uma idade-limite entre idosos e não-idosos.

Para Costa *et al.* (2001, p. 166), o processo de envelhecimento é muito heterogêneo e guarda pouca relação com a idade cronológica, costumando-se dividir os idosos em três grupos:

Idosos jovens: de 60 a 74 anos, que correspondem, atualmente à fração predominante da população idosa brasileira; *idosos velhos*: de 74 a 84 anos, que correspondem à fração que mais rapidamente cresce. Nesta fase já se acumulam múltiplos problemas; *idosos muito velhos*: com mais de 85 anos, correspondem ao grupo mais propenso a acumular e apresentar incapacidades e cerca de 50% já apresentam dificuldades para executar atividades da vida diárias.

Essa subdivisão também é compartilhada por Neri (2001), quando diz que a velhice é a última fase do ciclo vital, sendo delimitada por eventos de natureza múltipla. Na medida em que se alonga, a velhice passa a se subdividir em *velhice inicial*, *velhice* e *velhice tardia*. Essas divisões atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social.

O aumento da expectativa de vida, principalmente nos países desenvolvidos, fez com que seja incorporada uma quarta etapa às já existentes. Segundo Caldas (2007), esta vertente do pensamento contemporâneo tem seu expoente em Laslett, que, em 1991, propôs os chamados *princípios de Laslett*, com a publicação do livro "*A fresh map of life: the emergence of the third age*".

As idades postuladas pelo autor supracitado constituem atualmente uma vertente da gerontologia, em que os idosos *muito idosos* ou *muito velhos*, ou, ainda, com 80 anos ou mais, são pertencentes à *quarta idade*. As idades são: *primeira idade*, relacionada com infância e juventude; *segunda idade*, relacionada com a vida ativa e reprodutiva; *a terceira idade*, referida à etapa ativa da aposentadoria e a

quarta idade, que seria a etapa alusiva à fase de declinação, com maior dependência e acelerada perda das capacidades funcionais e cognitivas. Essa subdivisão se daria em termos cronológicos como sendo de 60 a 75 anos de idade e de 75 anos em diante (CHACKIEL, 2000).

Para Caldas (2007), é importante deixar claro que, embora essa categorização seja aceitável como significação de faixa etária, não pode ser considerada como sinônimo de limitação funcional.

Ainda sobre as subdivisões etárias, McConnell (1997) diz que o segmento da vida que se refere a *old age* pode ter duração de 40 anos; sendo assim, as características dessa fase não são homogêneas. Termos como *younge-old* são usados para descrever idade de 55 a 74 anos e *old-old* se refere à idade superior a 75 anos. Caranasos *apud* McConnell (1997), define ainda como *late old age* as pessoas com mais de 84 anos.

Com a divisão dos idosos em subpopulações de idades específicas, é possível distinguir com mais clareza os fenômenos restritos e as fases mais ou menos avançadas do ciclo da vida social, como a divisão de idosos e *mais velhos* (80 anos ou mais), sendo esta última o segmento da população que mais cresce atualmente, segundo pesquisa da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Neste trabalho a opção pela faixa etária correspondente aos idosos *mais velhos*, segue a divisão cronológica preconizado pela OMS, ou seja, os idosos com 80 anos ou mais.

O envelhecimento populacional é um dos maiores triunfos da humanidade. Assim sendo também que, ao entrar no século XXI, esse envelhecimento mundial poderá causar um aumento significativo das demandas sociais e econômicas, que precisam de investigações e política públicas e sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

1.2 Processo de envelhecimento: aspectos demográficos e epidemiológicos

Segundo estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD,

1998), as estatísticas revelam que, no século XXI, existirão no mundo 600 milhões de pessoas maiores de 60 anos e perto de 15 milhões com mais de 85 anos. As tendências demográficas que vêm sendo notadas nas Américas exigem atenção imediata das esferas públicas, pois as previsões para o ano 2000, já ultrapassados em 5 anos, eram de mais de 50 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, para os Estados Unidos e Canadá, e de 42 milhões para América Latina e Caribe, e em 2020 esta região terá 12,4% de sua população total com mais de 60 anos de idade.

Em recente estudo divulgado, *The 2006 Revision*, da Divisão de Populações das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2006), 9% da população da América Latina possui 60 anos ou mais de idade, e a previsão para 2050 é de que, para cada cinco latino-americanos, um terá essa idade.

A complexidade do mundo atual, com a globalização, torna a compreensão do envelhecimento ainda mais difícil nos países em desenvolvimento, devido à rapidez do ritmo em que se sucede, pois, enquanto a França levou 115 anos para dobrar a proporção de pessoas mais velhas de 7 para 14%, o Brasil levará apenas 20 anos para experimentar a mesma duplicação, e a China levará 27 anos (KALACHE, 2000).

Complementando a idéia, Kalache (2000) afirma que, enquanto os países desenvolvidos se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza.

A heterogeneidade dos índices de envelhecimento nos países americanos, bem como nos demais continentes, traduz comportamentos diversos quanto às etapas do processo de transição demográfica e epidemiológica nas quais estão inseridos, como propõe Ramos (1987):

- a) primeiro estágio: níveis altos de mortalidade; expectativa baixa de vida; altos níveis de fertilidade = população estacionária; alta proporção de crianças e baixa proporção de idosos;
- b) segundo estágio: níveis de mortalidade decrescente; aumento da expectativa de vida; altos níveis de fertilidade = população em expansão; aumento da proporção de crianças e baixa proporção de idosos;
- c) terceiro estágio: níveis de mortalidade em declínio; aumento da expectativa de vida; declínio dos níveis de fertilidade = população em

expansão; decréscimo da proporção de crianças e aumento da proporção de idosos;

- d) quarto estágio: baixos níveis de mortalidade; aumento da expectativa de vida; baixos níveis de fertilidade = população estacionária; baixa proporção de crianças e alta proporção de idosos.

A transição epidemiológica, teoria defendida por Omran (1996), é resultado das complexas mudanças nos modelos de saúde, doença, mortalidade, fertilidade e estrutura de envelhecimento, acompanhadas pelas condições socioeconômicas, estilo de vida e determinantes de cuidados de saúde dos grupos populacionais. Para esse autor, a transição epidemiológica, no continente americano, pode se apresentar em cinco estágios distintos:

- a) primeiro estágio: *idade da pestilência e da fome*. Altas taxas de mortalidade e fertilidade; predominância de doenças transmissíveis; expectativa de vida oscilando entre 20 a 40 anos. As sociedades neste estágio tinham a estrutura desproporcionalmente jovem. Período compreendido entre a idade Média e o início do século XIX;
- b) segundo estágio: *idade do retrocesso das pandemias*. Declínio da mortalidade devido à diminuição das pandemias, e as epidemias locais de doenças infecciosas diminuíram em freqüência e magnitude. Aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer. Aumento da expectativa de vida para em média 50 anos. Período entre o final do século XIX e início do século XX;
- c) terceiro estágio: *idade das doenças degenerativas e das provocadas pelo homem*. Aumento da prevalência de mortalidade por doenças degenerativas, como as cardiovasculares, o câncer, o *diabetes mellitus* e as metabólicas. Também das doenças causadas pelo desenvolvimento das sociedades, como as exposições a radiações, acidentes de trânsito, violência, doenças ocupacionais e principalmente a introdução de elementos cancerígenos no meio ambiente, na forma de inseticidas, pesticidas e conservantes alimentares. Acrescenta-se também o estresse da vida cotidiana. A expectativa de vida aumentou para 70 a 79 anos;
- d) quarto estágio: *idade do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, das mudanças do estilo de vida, do envelhecimento*

populacional, do surgimento de novas e do ressurgimento de antigas doenças já controladas. Taxas de mortalidade e fertilidade continuam baixando, resultando num crescimento negativo (Suécia, França, Alemanha), com expectativa de vida em torno dos 85 a 90 anos. Aparecimento da AIDS e o ressurgimento da tuberculose, malária, dengue e cólera. Período compreendido entre as quatro últimas décadas do século XX. Em alguns países da Europa, bem como no resto do mundo, as doenças cardiovasculares continuam aumentando, como no terceiro estágio;

- e) quinto estágio: *idade da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o desenvolvimento de tecnologias para a sobrevivência dos deficientes.* A expectativa de vida deve ultrapassar os 90 anos. As doenças crônico-degenerativas e as causadas pelo homem continuam liderando a mortalidade e a morbidade.

A longevidade é paradoxal, pois os benefícios de viver mais tempo são contrapostos pela possibilidade de doenças crônicas, declínio físico e psicológico, isolamento, depressão e declínio do *status* social e econômico. Também aumenta a necessidade de serviços de saúde e a dependência dos cuidados familiares.

Em quase todos os países do mundo, o grupo populacional que mais cresce é o de pessoas com idades *mais velhas*, tendo a previsão de duplicação nos próximos dois decênios, o que representa uma mudança populacional sem precedentes. Tomando por exemplo o Brasil, o índice de envelhecimento, medido na proporção de pessoas de 60 anos ou mais por cada 100 menores de 15 anos, apresenta um aumento de 24, em 1995, para 58, em 2020, e chegará a 74, em 2025 (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

Na população brasileira, o momento demográfico atual se caracteriza por baixas taxas de fecundidade e mortalidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada, que os pesquisadores, como Kalache, Veras e Ramos (1987), Camarano *et al.* (1999) e Camarano (2002) interpretam como sendo a interação dessas transformações, que têm levado a um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários.

Os autores acima citados fazem previsões de que esse segmento será responsável por quase 15% da população total em 2020 e, além disso, a proporção

da população *mais idosa*, ou seja, a de 80 anos e mais também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), atualmente existem cerca de 17 milhões de idosos no Brasil, e, destes, 12,8% possuem mais de 80 anos de idade. Os idosos *mais velhos* somam 1,1% da população brasileira, como mostra a pirâmide a seguir:

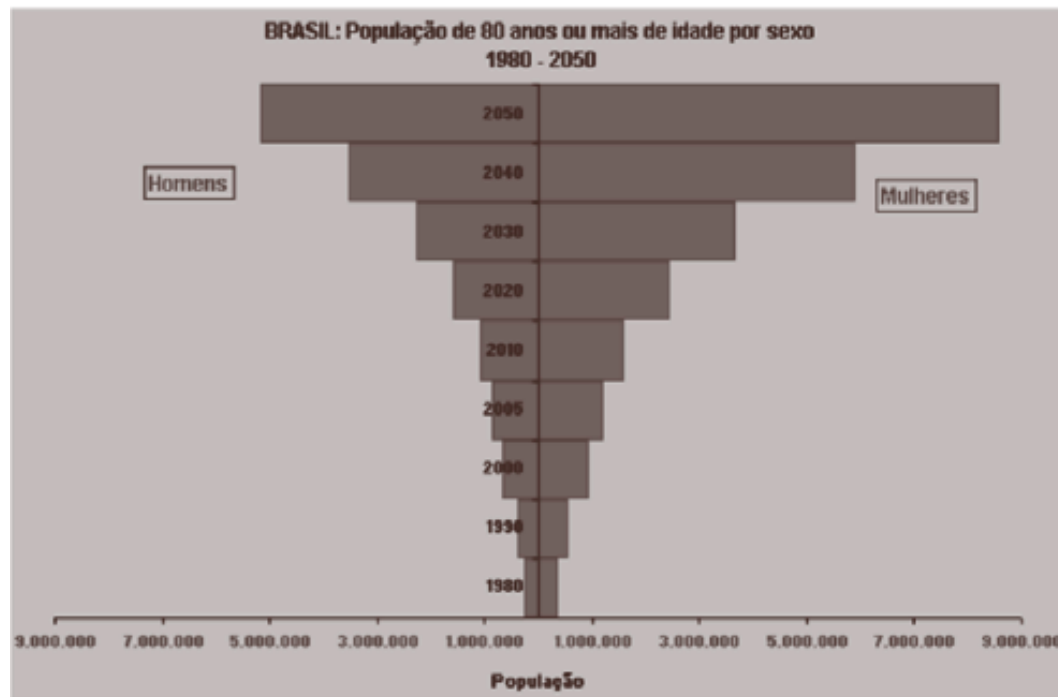


Gráfico 1 – População Brasileira de 80 anos e mais, por sexo, 1980 a 2050.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002).

A população do Estado do Rio Grande do Sul (RS), segundo publicação da Secretaria Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006), demonstra que, se forem mantidos os patamares de nascimentos e de óbitos, em 2024 passarão a morrer mais gaúchos do que a nascer. Essa inversão é prevista pelo IBGE para o Brasil apenas para o ano de 2062, ou seja, quatro décadas depois do Rio Grande do Sul. No Rio Grande do Sul houve aumento da expectativa de vida de 66 anos, no início da década de 70, para 73 anos atualmente (GONZATTO, 2007; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A urbanização brasileira, é outro fator que influencia no aumento do número de idosos nas cidades, que para Veras, Ramos e Kalache (1987), é decorrente do intenso processo migratório rural em direção às mais importantes metrópoles, o que, segundo os autores, contradiz a suposição de que nos países em desenvolvimento a

população idosa seja predominantemente rural, embora no Brasil ainda haja um número relativamente grande de idosos no meio rural.

Analisando os idosos da pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 1997, observa-se que, da população de idosos entrevistada nas regiões urbanas, 66,22% nasceram no meio rural e 32,83% no meio urbano. Esse movimento migratório no Rio Grande do Sul foi provocado pelo deslocamento da população em busca de melhores condições de vida, em razão das transformações ocorridas no Estado na atividade agrícola, com a mecanização massiva no campo, especialmente na cultura de arroz e soja (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) contribuem com a discussão quando afirmam que os movimentos das migrações servem para caracterizar o estágio de desenvolvimento de um país, quando está relacionado com o envelhecimento, pois na migração rural-urbana, os idosos sem recursos ou dependentes saem do campo à procura de ajuda, com familiares ou aparentados. Na migração urbano-rural, os idosos geralmente são independentes financeira e funcionalmente.

A urbanização se faz sentir também nos pequenos municípios, como é o caso de Encruzilhada do Sul (RS). Ribas (2004), analisando sua população rural, constatou que, de 89% da população total, que era em 1950, reduziu-se para 78% em 1970, para 52% em 1991, e para 38% em 2000.

A causa para essa urbanização relativa não está ligada somente ao crescimento da população urbana, mas ao *esvaziamento* dos domicílios rurais: na década de 1970, a população rural reduziu-se em 28%; na década de 1980, a redução foi de 37%; na década de 1990, depois de elevado abandono nas décadas passadas, a zona rural perde 19% dos habitantes. De 1950 a 2000 esse *esvaziamento* chega a 75%.

A migração, porém, não se dá totalmente em direção à sede do município, pois o crescimento da população urbana, de 47%, entre os anos setenta e oitenta do século XX, não atende toda população rural retirante, fazendo com que o município perdesse 32% de seus habitantes nesse período (RIBAS e MIGUEL, 2004).

Atualmente, o fluxo migratório intermunicipal é menor, e nos anos noventa, Encruzilhada do Sul aumentou em 11% sua população total; porém, são poucos os jovens que permanecem no campo ou até mesmo no município, verificando-se em Encruzilhada do Sul um processo de envelhecimento da população, principalmente

rural, além da marginalização da população da sede, com o crescimento do número de jovens desocupados.

As pirâmides etárias de 1970, 1980, 1991 e 2000, projetadas com base nos censos demográficos, evidenciam esse envelhecimento (RIBAS, 2004).

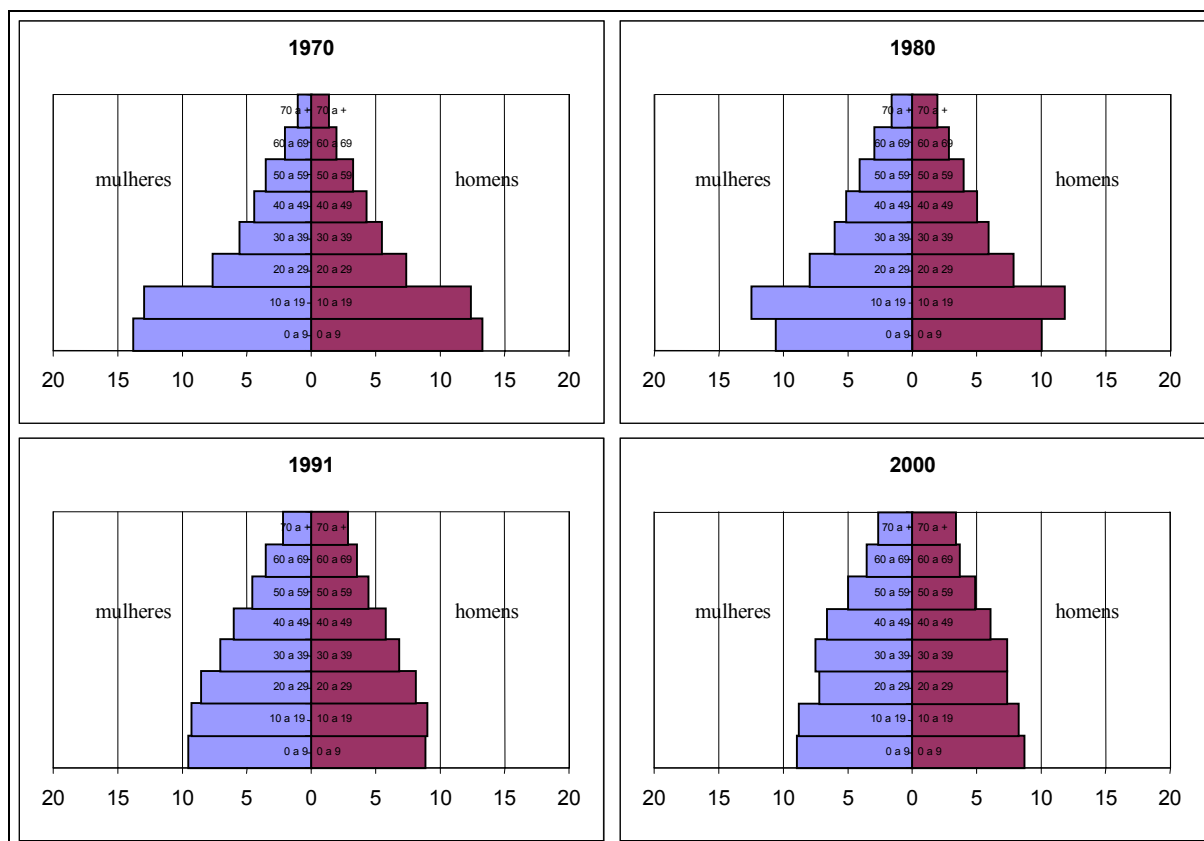


Gráfico 2 – Pirâmides etárias do Município de Encruzilhada do Sul, RS, em 1970, 1980, 1991 e 2000.

Fonte dos dados brutos: Recenseamento do Brasil 1970, 1980; Censo Demográfico 1991, 2000 (RIBAS, 2004).

Como é possível observar na pirâmide etária do município de Encruzilhada do Sul, sua população total tem seguido a tendência e os padrões de transformações demográficas do Brasil e do Rio Grande do Sul, ou seja, com a diminuição da base da pirâmide populacional e o alargamento das faixas etárias superiores, o que é traduzido pela diminuição de nascimentos e aumento do número de adultos e idosos.

Outro fator importante a considerar é que, segundo o censo de 2000, dos 14 milhões de idosos brasileiros, perfazendo 8,6% da população total, 55% eram do sexo feminino, figurando o que é chamado pelos estudiosos de feminização da velhice. Esse fenômeno se deve, dentre outros fatores, à mais elevada taxa de

crescimento da população feminina relativamente à do segmento masculino (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; BERQUÓ, 1996; CAMARANO *et al.*, 2005).

O contingente de mulheres no Brasil, segundo Camarano (2002), na sua maioria é de viúvas, sendo possível que boa parte desse grupo não tenha experiência de trabalho no mercado formal e seja menos formalmente educado, o que requer maior assistência, tanto do Estado quanto das famílias.

No Rio Grande do Sul, essa constatação também é observada, pois quanto mais velha a população idosa, menor o nível de escolaridade, já que o acesso à educação nas décadas iniciais do século XX privilegiava as elites e, nelas, os homens, em detrimento das mulheres. Acrescenta-se ainda que grande parte da população vivia praticamente em zona rural, com maior dificuldade de acesso às escolas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Segundo dados da FEE/RS de 2007, em 2020 a população gaúcha terá pouco mais de 500.000 mulheres com 80 anos ou mais de idade, representando a quadruplicação dos valores encontrados no censo de 1980. Os homens serão pouco mais de 300.000, nessa mesma época (GONZATTO, 2007).

Nas dimensões epidemiológicas, o estudo da OPAS (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998) pontua que, com o envelhecimento da população, a morte se converte cada vez mais em fenômeno próprio da velhice, uma vez que mudam as enfermidades predominantes. As infecções isquêmicas do coração, as cerebrovasculares, seguidas pelas neoplasias e infecções respiratórias, são as principais causas de disfunções no grupo das pessoas com idade avançada.

No Brasil, um terço dos indivíduos que chegam aos 70 anos apresentam doenças crônicas não-transmissíveis e, pelo menos, 20% desses idosos terão algum grau de incapacidade associada, implicando diminuição da capacidade física e restrições à autonomia e à independência. No entanto, esses problemas de saúde ainda são pouco considerados no planejamento das ações, pelo sistema de saúde, tanto no âmbito de prevenção e promoção, como no de reabilitação da saúde dessa população (CAMARANO, 2002).

Os agravos de saúde de longa duração que acometem os indivíduos idosos têm na própria idade seu principal fator de risco. Agrega-se ainda a idéia da baixa renda, advinda da aposentadoria ou da inexistência dela, uma vez que a situação socioeconômica influencia na saúde dos idosos, como examina Lima-Costa, Barreto

e Giatti (2003), nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1998. Para os autores, os idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e menor uso dos serviços de saúde, e mostram que mesmo pequenas diferenças na renda mensal *per capita* são suficientes para esses resultados.

Na primeira pesquisa realizada sobre o perfil do idoso em zona metropolitana, Ramos *et al.* (1993) trazem, em seus achados, que a maioria dos idosos de São Paulo vive em condições de extrema pobreza, com elevada prevalência de doenças crônicas e de distúrbios mentais, dentre outros resultados semelhantes aos achados por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), havendo passado mais de uma década. Os últimos autores referem que entre as oito doenças crônicas pesquisadas, somente artrite e reumatismo, asma e bronquite, e doença renal crônica, foram relatadas com mais frequência entre os idosos mais pobres.

Para Ramos (2003), outro fator importante com relação à população idosa brasileira é o arranjo familiar desta, uma vez que majoritariamente os idosos dividem domicílio com filhos e, muitas vezes, com filhos e netos, nos chamados domicílios multigeracionais, confirmando a concepção cultural latina de suporte familiar.

1.3 Processo de envelhecimento: aspectos familiares

O fenômeno do envelhecimento populacional e suas conseqüências estão trazendo consigo muitas situações que precisam de reajustes nas famílias, sendo uma das mais importantes o cuidado dos seus membros idosos.

Atualmente, o foco de muitos estudos tem se voltado para situações que envolvem a família em diversos aspectos, pois esta é considerada como provedora de recursos humanos, afetivos e econômicos para os membros idosos, assim como o Estado e a sociedade, como o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 (BRASIL, 2003¹), preconiza no art. 3º, caput:

¹ Documento eletrônico.

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Analisando a evolução demográfica da inserção dos idosos nas famílias brasileiras, Camarano (2002) observa que as famílias que contam com a presença de idosos apresentam estrutura bastante diversificada em relação às que não os possuem, pois as famílias são menores, estão em etapas do ciclo de vida mais avançado, com poucos ou nenhum filho residindo com eles.

Para Camarano e El Ghaouri (2003), a co-residência ou ampliação das famílias dos idosos pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas, e no Brasil predominam os arranjos familiares do tipo idoso ou idosa com filhos.

Outra tendência esperada com o envelhecimento populacional é o crescimento das famílias unipessoais, ou seja, idosos morando sós. Os autores supracitados consideram importante conhecer a composição familiar em que os idosos vivem, como estratégia de inferência do suporte afetivo e material que ela dá e recebe, pois a partilha do espaço físico viabiliza a possibilidade de compartilhar também a renda, os cuidados domésticos e as crianças; ou seja, os arranjos familiares afetam e são afetados pelas condições de vida e pelas relações da família com o contexto em que está incluída ou excluída.

O estado conjugal é um fator que determina o tipo de arranjo familiar, assim como a idade e o sexo. Do ponto de vista dos idosos, somam-se ainda suas condições de saúde e autonomia, e sua renda quando da perda da capacidade laboral (ROMERO, 2002).

A tendência de o idoso morar só não tem de ser necessariamente percebida como reflexo do abandono por parte de seus familiares; pode significar um novo tipo de arranjo familiar, uma nova forma de família extensa, em que as relações são mantidas fortes, apesar da distância, sendo chamada de *intimidade à distância* (DEBERT, 1999a).

Nessa perspectiva, encontra-se uma parte da população de idosos que, por razões sociais, econômicas e culturais, tem acesso aos diversos serviços de natureza social, de saúde, e outros, que contribuem para o que Neri e Cachioni (2004) conceituam como *velhice bem-sucedida*.

Esse modo de envelhecer não é privilégio do meio urbano; também no meio rural existe tal possibilidade, embora seja necessário reconhecer que é para poucos, por questões econômicas ou mesmo culturais.

O arranjo familiar, quando analisado tendo o idoso como referência, assume, na proposta de Camarano e El Ghaouri (2003), a definição de família *com* idoso como sendo aquela em que o idoso mora na condição de parente do chefe da família, e *de* idoso quando o idoso é o chefe ou o cônjuge, respectivamente.

Esse é um importante conceito operacional, pois serve como critério de inclusão ou exclusão nos estudos. Além de operacional, esse conceito traduz uma dinamicidade, pois a posição *de* pode mudar para *com* depois de um evento, previsto ou não, no processo de envelhecimento.

A família geralmente assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, construindo uma unidade que presta cuidado, desenvolvendo ações que visam à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (ELSEN, 1984).

No processo de cuidar do idoso no domicílio são evidenciadas várias dificuldades para a família, principalmente pelo cuidador. Essas dificuldades são decorrentes, muitas vezes, das necessidades de cuidados, da dependência física e financeira do idoso, das limitações dos próprios cuidadores, como, por exemplo, a falta de conhecimento e o despreparo para essa tarefa ou o acúmulo de funções, que acarreta tanto desgaste físico quanto emocional (ANDRADE; RODRIGUES, 1999; ALVAREZ, 2001; SANTOS, 2003; LANGE, 2005; SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005).

Para Santos (2003), existe consenso na gerontologia de que o cuidado pode ser implementado pela família, por profissionais e-ou, ainda, por instituições, gerando, segundo o vínculo, a forma de denominá-lo.

Os chamados *cuidadores formais* são, segundo a autora acima, os profissionais e as instituições que realizam prestação de serviços, e os *cuidadores informais* são os familiares e demais atores do grupo doméstico, incluindo amigos, vizinhos, membros da igreja, dentre outros.

Os *cuidadores informais* ainda podem ser classificados como *cuidador principal*, aquele que possui a maior ou total responsabilidade pelo cuidado, e como *cuidadores secundários*, aqueles a quem o cuidador principal delega algumas tarefas complementares, e que podem ser outros familiares, empregados domésticos, dentre outros (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005).

O cuidador principal, em muitos casos, também é um idoso; e Silveira, Caldas e Carneiro (2006) chamam atenção para o fato da necessidade da compreensão de quem é o cuidador, como surge e como é constituída sua subjetividade.

A alocação da família no meio rural, como é de se esperar, faz com que a situação dos idosos, de seus cuidados e cuidadores, seja ainda mais complexa, pois se acrescentam dificuldades que no meio urbano não são sentidas ou observadas, como, por exemplo, dificuldade de acesso viário nas diversas épocas do ano, falta ou escassez de serviços de saúde itinerantes, e, em muitas regiões, a falta de infraestrutura, como energia elétrica, saneamento e meios de comunicação.

Esses são apenas exemplos da magnitude dos problemas encontrados pelas famílias e também pelo sistema de saúde local, uma vez que os municípios contam com escassos recursos para dar cobertura para a totalidade de sua área, incluindo a rural.

O fato de os idosos residirem em áreas rurais faz com que suas vulnerabilidades sejam naturalmente acentuadas, como ilustra Gómez Montes e Curcio Borrero (2004, p. 27) no estudo dos idosos de uma área rural colombiana. Nele pontuam algumas características comuns, tanto a países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, relativas ao envelhecimento rural, que são as seguintes:

A média de rendimento dos anciãos da área rural é consistentemente menor que os anciãos urbanos; os anciãos na área rural têm maiores problemas de saúde e tendem a ser mais severos que os urbanos; os da área rural consomem maior quantidade de álcool; ao mesmo tempo que os problemas de saúde mental não são facilmente tratados e de fato, os serviços de atenção a saúde são escassos, inacessíveis e mais custosos que em área urbana; o transporte público é mais necessário, mas muito menos disponíveis do que na área urbana, tanto intra como inter regional.

Vale destacar, dentro dos aspectos já descritos nesta e nas seções anteriores, que o aumento do número de idosos traz consigo não somente alterações nas características da população de um país, região ou município, mas também é acompanhado por mudanças no perfil de morbidade, na ordem econômica e social, que requerem medidas de impacto e soluções no que se refere aos problemas e dificuldades do cidadão que envelhece e de sua família; por isso a importância de pensar em políticas públicas, conforme será apresentado a seguir.

1.4 Processo de envelhecimento: evolução das políticas públicas

A apresentação do fenômeno do envelhecimento na população mundial fez com que os problemas e as conseqüências deste se tornassem tema importante nas agendas de países desenvolvidos e em desenvolvimento, da ONU, da OMS, e de organizações não-governamentais.

Para tanto, em 1982 a ONU promoveu a I Assembléia Mundial do Envelhecimento, na qual foi elaborado e aprovado o Plano de Ação Internacional de Viena (Áustria). O Brasil, juntamente com outros países em vias de desenvolvimento e com os desenvolvidos, foi signatário dessa carta, que tinha o propósito de sensibilizar os governos e a sociedade para tomarem iniciativas voltadas às políticas sociais direcionadas aos idosos, devendo estas ter seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos e garantir a qualidade de vida e a longevidade dos mesmos (COSTA; MENDONÇA; ABIGALIL, 2002).

Ao nível das Américas, a Organização Panamericana de Saúde tem tido participação destacada no âmbito da saúde da família e da promoção de saúde. Em 1980, no 27º conselho diretivo, aprovou a resolução CD27.R16 – *Programa de Envejecimiento y Salud* — em que manifesta a preocupação pela falta de programas adequados para as pessoas idosas e incita os Estados Membros a estabelecer programas e políticas públicas (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

No Brasil, a questão do idoso e do envelhecimento se manteve por muito tempo estreitamente ligada à esfera da saúde e da previdência social, fortemente traduzida por doença e gastos, na contramão da promoção do envelhecimento saudável e do investimento social.

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), que foi chamada de Constituição Cidadã, por ter possibilitado a participação e o posicionamento de movimentos sociais, no capítulo da Seguridade Social, garantiu aos idosos um sistema de proteção e teve algumas das orientações advindas e incorporadas da Assembléia de Viena.

Importantes medidas foram tomadas nos primeiros anos da década de noventa no Brasil. Em 7 de dezembro de 1993, foi aprovada a Lei n. 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993), que incluiu benefícios,

programas e projetos de atendimento aos idosos, dividindo a responsabilidade entre as três esferas governamentais.

Uma importante medida foi tomada com relação à concessão de benefícios de prestação continuada aos idosos com mais de 70 anos de idade, que tivessem renda per capita familiar mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (COSTA; MENDONÇA; ABIGALIL, 2002).

Em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei n. 8.842 (BRASIL, 1994) que instituiu a Política Nacional do Idoso e estabeleceu direitos sociais com garantia de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, para todas pessoas com 60 anos ou mais de idade, assim estatuidando o critério cronológico para fins de atendimento.

Situando a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), observa-se que um de seus princípios está assentado no fato de que as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre os meios rural e urbano no Brasil devem ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral.

A criação do *Plano de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso* foi uma ação integrada dos Ministérios, no sentido de implementar a política nos diferentes órgãos governamentais, estabelecendo na Secretaria de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social, a coordenação política.

A mobilização mundial continua no início do milênio, quando, em 2002, a ONU promoveu a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, aprovando um *Plano de Ação Internacional de Madrid* e uma *Declaração Política* em que expressa alguns compromissos irrevogáveis para os próximos 25 anos, em especial no que diz respeito à (1) questão dos idosos e ao processo de desenvolvimento, à (2) promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo vital, e à (3) criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para o envelhecimento seguro (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Segundo Miranda (2002), a Assembléia destacou como objetivos operacionais: que os idosos possam desfrutar plenamente de seus direitos humanos; envelheçam de forma segura e fora do alcance da pobreza; participem integralmente da vida econômica, política e social; e tenham a possibilidade de realização em sua idade mais avançada. O documento ainda enfatiza a necessidade

de eliminação da violência e da discriminação, a igualdade de sexos, a importância vital da família, a assistência médica e a proteção social das pessoas idosas.

Corroborando a posição acima, Gordilho *et al.* (2000) dizem que, caso venha a ser considerado que a vulnerabilidade está vinculada a aspectos socioeconômicos, deverá ser concedida especial atenção aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, como os que vivem nas periferias dos centros urbanos e os que habitam em áreas rurais, muitas vezes desprovidas de recursos de saúde e assistência social, o que é agravado pela intensa migração dos jovens.

É fundamental, na atualidade, que se tenha presente o tema do envelhecimento, uma vez que este se apresenta como uma agenda inafastável para uma sociedade de bem-estar, na qual o percentual de pessoas com idade acima dos 60 anos de idade esteja se multiplicando exponencialmente, podendo atingir, segundo estimativas, cerca de 1/5 da população, em 2050, inclusive em países que, até hoje, não conseguiram cumprir com as metas da modernidade, como o Brasil.

Esses aspectos, dentre outros, são fundamentais quando se deseja compreender as possibilidades de um projeto societário regido pelo compromisso com a dignidade humana, como constante da opção constitucional brasileira de 1988, apesar das quase permanentes e inúmeras transformações impostas ao seu texto.

Delineados os aspectos do envelhecimento populacional e, em especial, o envelhecimento da parcela dos idosos *mais velhos* que vivem nas áreas rurais, o presente estudo tem como *justificativa*: o aumento significativo do número de idosos *mais velhos* na população mundial, em particular nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil; o grande número de idosos vivendo no meio rural; o despreparo dos serviços de saúde para atendimento das especificidades decorrentes do envelhecimento da população rural; os escassos estudos, no plano internacional, e a inexistência, no âmbito nacional, com idosos mais velhos na zona rural; a necessidade de conhecer e dar visibilidade às particularidades do viver dessa população, com a finalidade de divulgar esses dados, objetivando medidas políticas de atendimento à saúde desses idosos, corroborando a política mundial do envelhecimento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura tem como objetivo buscar, por meio da pesquisa bibliográfica, o aprofundamento dos conhecimentos sobre determinado tema. Para tanto, buscou-se de forma sistemática a construção de um “estado da arte” sobre o tema: condições de vida e de saúde de *idosos mais velhos* que residem no meio rural.

2.1 Busca on-line

Inicialmente o levantamento bibliográfico de publicações indexadas ou catalogadas foi realizado em meio eletrônico, nos seguintes bancos de dados: LILACS, periódicos e Banco de Teses do Portal da CAPES, PubMed e acervo do MEDLINE.

O acesso ao LILACS foi possível por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, da BIREME, utilizando as palavras-chave: *idosos mais velhos; idosos com 80 anos ou mais; rural; condições de saúde; doença; enfermagem*. O acesso aos periódicos da CAPES se deu de maneira também gratuita, tendo sido possível a pesquisa em periódicos nacionais e internacionais.

Através do programa de gerenciamento de referências bibliográficas EndNote⁶, e pelo portal da CAPES teve-se acesso ao PubMed, no qual pesquisaram-se as seguintes palavras-chave: *oldest old and rural; oldest old and health and rural; 80 and over and elderly; oldest old and aging and rural health*.

A busca por artigos estendeu-se às referências bibliográficas obtidas nas leituras dos já encontrados, desde que estes estivessem de acordo com os critérios estabelecidos.

Também foram visitados *sites* de grupos de pesquisas de universidades brasileiras especializados em envelhecimento; do Ministério da Saúde, do IPEA, da OMS, da OPAS e dos sistemas de busca na Internet, *Google* e *Google acadêmico*.

Os artigos encontrados passaram por uma seleção subordinada a critérios estabelecidos pela pesquisadora, que foram os seguintes: cronologia, período de 1995 a 2007; pertinência temática; língua portuguesa, inglesa ou espanhola; possibilidade de acesso na íntegra ou de possível aquisição via sistema de

comutação bibliográfica. O período foi estabelecido em razão da quase inexistência de publicações anterior a este.

2.2 Acervos bibliográficos: livros, teses e dissertações

Procedeu-se a busca bibliográfica na Biblioteca Geral da USP, em Ribeirão Preto; na sala de leitura da EERP da USP; no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS; na Biblioteca Geral e na sala de leitura da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal; e nas bibliotecas da Faculdade de Enfermagem, Medicina e Desenvolvimento Rural da UFRGS.

Todas as bibliotecas citadas possuem sistema informatizado de busca, tendo sido portanto necessárias as palavras-chave citadas no item anterior.

Também foram consultados, além das bibliotecas universitárias, os acervos particulares de pesquisadores que atuam na área de envelhecimento.

O resultado do levantamento bibliográfico está apresentado no Quadro a seguir.

Temática	Periódicos nacionais	Periódicos internacionais	Livros ou capítulo de livro	Outros materiais***
Idosos <i>mais velhos</i> *: aspectos sócio-demográficos e condições de saúde e doença	7	25	1 (N)	4 (N)
Envelhecimento no meio rural**	6	28	1 (I)	1 (N)

Quadro – Levantamento bibliográfico sobre idosos mais velhos do meio rural em periódicos, livros e outros materiais no período de 1995 a 2007.

* Sinônimos para “idosos mais velhos” na literatura: idosos longevos, *oldest old*, *80 and over*, octogenários, nonogenários, centenários, quarta idade e idosos com idade avançada.

** Sinônimos para “envelhecimento no meio rural” na literatura: *rural setting*, *rural elderly*, *rural health care*.

*** Dissertações, teses, boletins informativos, cadernos técnicos OPAS/OMS, portarias ministeriais, textos para discussões do IPEA, sites da Internet.

Legenda: N = Nacionais; I = Internacionais.

Ao analisar os artigos em periódicos com as palavras-chave já referidas ao envelhecimento avançado, foi possível observar que a maioria está em publicações

internacionais, com populações de idosos com mais de 80 anos de idade de diversos países, como Estados Unidos, Japão, China, Suécia, Finlândia, Chile, Noruega, Alemanha, Holanda e Itália. Esses artigos foram publicados no período de 1994 a 2007. Apenas três publicações são anteriores ao ano de 2000.

Os estudos envolveram os seguintes temas: condições de saúde física (morbidades e comorbidades); de saúde mental (presença de depressão ou demência); de satisfação com a vida; diferenças cognitivas entre homens e mulheres; presença de incapacidade física; *status* funcional; institucionalização; cognição e independência para transportar-se; diferenças entre os sexos.

Observa-se que a literatura nacional sobre *idosos mais velhos* ainda é incipiente e está muito associada aos resultados publicados em teses e dissertações, pois dos sete artigos publicados, mais da metade se inclui nessa modalidade, tendo como temática os aspectos relacionados à saúde mental dos idosos com mais de 80 anos de idade. Um dos artigos é publicado em revista nacional, porém diz respeito a aspectos de saúde de idosos australianos.

Ainda entre os trabalhos nacionais encontrou-se: um artigo referente à prevalência de obesidade e associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares em idosos longevos; uma dissertação sobre fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional; uma dissertação sobre análise de fatores de risco e morbidades cardiovasculares e uma dissertação sobre a viuvez de mulheres no meio rural.

Apenas uma dissertação foi defendida em 1999; todos os outros, artigos, teses e dissertações tiveram sua defesa ou publicação depois do ano de 2001.

Dos artigos que versavam sobre envelhecimento no meio rural, cinco são anteriores ao ano de 2000, os restantes situam-se entre 2000 e 2006, sendo oito na língua portuguesa, três na espanhola e os restantes em inglês.

Os artigos fazem referência às situações de envelhecimento rural em países como México, China, Austrália, Bangladesh, Bolívia, Colômbia, Estados Unidos, Coreia, Canadá, Chile, Alemanha, Japão, Inglaterra, Portugal e Brasil.

A temática tratada nos artigos é sobre experiências no envelhecimento rural, mudanças de moradia e bem-estar, participação da comunidade nos cuidados de saúde rurais, papéis e função dos idosos, qualidade de vida no meio rural, estratégias de sobrevivência, narrativas sobre história e identidade, cuidados de

saúde, crenças sobre saúde, avaliações mentais e de comunicações, satisfação de vida, expectativa de vida ativa, mitos e realidades, suporte social e gênero.

Dos artigos publicados sobre envelhecimento rural no Brasil, quatro foram realizados por enfermeiras e têm seu foco na família de idosos e na educação para o envelhecimento saudável. Um artigo apresenta a leitura antropológica do velho camponês; outro versa sobre a construção da experiência de ser viúva no meio rural (dissertação e artigo). Um trabalho sobre envelhecimento rural e pobreza no meio rural argentino foi publicado em revista brasileira.

Observa-se que a maioria dos estudos com temática de envelhecimento rural são qualitativos e têm características etnográficas.

Após a leitura e a organização das referências encontradas, optou-se por organizar a revisão de literatura com a mesma temática: *idosos mais velhos: aspectos sociodemográficos e condições de saúde; envelhecimento no meio rural*.

Uma vez analisado o resultado do levantamento bibliográfico, julga-se importante trazer alguns elementos sobre a definição de rural, a fim de melhor compreender o espaço onde esta pesquisa se desenvolveu, pois são muitas as correntes que discutem os limites entre o meio rural e o urbano.

2.3 Contextualização: o meio rural

A vida da população rural é acrescida de dificuldades que no meio urbano não são observadas, como já foi visto anteriormente.

A descrição dessas dificuldades traz a problemática da definição de *rural*, importante para todas as áreas do conhecimento e, no caso deste estudo, útil para que seja possível entender as questões dos idosos e de suas relações com o meio rural.

Thomlinson *et al.* (2004), no estudo sobre crenças de saúde entre canadenses rurais, dizem que conhecer o contexto rural é fundamental para entender as questões relatadas referentes às formas de cuidados de saúde. Para isso, muitas são as definições e graduações de *rural* desenvolvidas por demógrafos, sociólogos e trabalhadores de saúde. Os autores sugerem que a região rural difere

da urbana por quatro formas: geograficamente, distância do mercado, densidade populacional e confiança nas fontes primárias.

Parece simples definir *rural* como tudo que é diferente de urbano, em uma visão polarizada e simplista. Muitos são os estudos e as correntes que buscam definições, verificando que inexistente uma definição única e consensual.

Para Blume (2004), é possível identificar duas formas diferenciadas de abordar o tema, uma, mais geral, como o senso comum, em que o rural assume feições e traços que o ligam a imagens vivenciadas, sendo estas incorporadas pelo cotidiano ou repassadas por algum meio de comunicação.

A segunda abordagem, segundo o autor acima, é discutida no meio acadêmico e das instituições governamentais, e diz respeito às questões normativas e analíticas do rural, sendo que, no primeiro, as questões vêm associadas às vertentes do pensamento que o assumem como objeto empírico de pesquisa, e, nas segundas, o rural é invariavelmente apresentado como espaço físico, fonte de enumeradores demográficos e base para as ações político-administrativas dos governos.

No Brasil, Blume (2004) identifica duas correntes distintas de pensamento e, mais recentemente, um novo posicionamento analítico, como alternativas aos estudos sobre o rural. Primeiramente, a posição defendida por Graziano da Silva sobre o *novo rural brasileiro*, que faz a leitura do rural baseado na perspectiva do *continuum*, e sustenta que a urbanização do campo é iminente e irreversível.

Na vertente oposta, o autor (BLUME, 2004) identifica Maria de Nazareth Wanderley e Maria José Carneiro, que se destacam pelos estudos sobre a nova *ruralidade*, que refletem dinâmicas sociais como a pluriatividade, reemergência de sociabilidade e identidades, que passam a questionar a idéia da subversão do rural pelas pressões do universo urbano. A terceira e mais recente leitura tem o enfoque territorial como referência privilegiada para discutir o rural e a *ruralidade*, proposto por José Eli da Veiga e Ricardo Abramovay. Blume (2004) chama de “o *debate sobre a ruralidade brasileira*” as discussões promovidas pelas correntes descritas.

Para José Eli da Veiga (VEIGA, 2003, p. 31), o Brasil é menos urbano do que se calcula, e essa afirmação está alicerçada na discussão do entendimento do processo de urbanização do Brasil, que, segundo o autor, “é atrapalhado por uma regra muito peculiar, que é única no mundo, onde é considerada urbana toda a sede de município (cidade) e de distrito (vila), sejam quais forem suas características”. Ele

vê como disparate o grau de 81,2% de urbanização no Brasil em 2000, quando, na análise da configuração territorial brasileira, municípios com menos de 2 mil habitantes têm estatuto legal idêntico ao atribuído aos inconfundíveis núcleos que formam as regiões metropolitanas.

Na mesma linha, Lopes *apud* Veiga (2003), enfatiza que a distinção brasileira entre a população rural e a urbana é arbitrária, não totalmente corrigível pela adoção de um tamanho mínimo de cidade, como é comumente feito pelos pesquisadores meticolosos, disso resultando profundas distorções na visão da realidade socioeconômica brasileira e, mais grave, na inadequação de políticas públicas.

Para o IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), a diferenciação entre urbano e rural segue a política institucionalizada e, para ele, a distribuição urbano-rural da população de idosos está inserida no mesmo processo de urbanização crescente que apresenta o Brasil, em que a proporção de idosos nas áreas rurais passou de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000. A população idosa acompanhou o grau de urbanização da população total, ficando em torno de 81% em 2000.

Como a presente pesquisa não tem como foco o aprofundamento do estudo das relações sociais, culturais ou econômicas dos idosos e suas famílias com o meio rural, a opção da pesquisadora foi seguir a definição do IBGE acima citada, por entender o rural como espaço físico, buscando nele a possibilidade de compreensão para as condições de saúde encontradas na população do estudo bem como as possibilidades de acesso aos dados demográficos e epidemiológicos que permitam futuras comparações.

2.4 Idosos mais velhos

É possível afirmar que os *idosos mais velhos*, aqui entendidos como todos que possuem 80 anos ou mais (85 anos ou mais em países desenvolvidos), são sobreviventes e representantes de casos extraordinários do processo de envelhecimento bem sucedido, que Kalache, Veras e Ramos (1987, p. 207) complementam, quando afirmam que “tornar-se um centenário é um fato tão excepcional hoje quanto em qualquer ponto da História”, como confirmam os

estudos de Bauco *et al.* (1996), Marín Larrain *et al.* (1997, 2004), Ravaglia *et al.* (1997), Von Strauss *et al.* (2000), Nybo *et al.* (2001), Coles (2004) e Ozaki *et al.* (2007).

Nas seguintes subseções apresenta as possíveis explicações encontradas na literatura para esse fenômeno.

2.4.1 Idosos mais velhos: aspectos sociodemográficos

A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) afirma que o número de pessoas com 80 ou mais chega a 69 milhões, na atualidade, e a maioria vive nas regiões mais desenvolvidas, representando um por cento (1%) da população mundial e três por cento (3%) da população de regiões desenvolvidas.

Para Roses Periago (2005), o século XXI, na região das Américas, inicia contabilizando em torno de 2.228.900 de pessoas de 90 anos ou mais, das quais 90.400 eram centenárias e, para meados deste século, esses números aumentarão para cerca de 13.903.000 e 689.000, respectivamente. A autora ainda salienta que os nonagenários representam um grupo da população que, por suas características genéticas e de vida, conseguiram sobreviver às altas taxas de mortalidade infantil e às grandes epidemias de doenças infecciosas.

Os idosos *mais velhos* da atualidade fazem parte das coortes do início do século XX e não foram beneficiados, na maioria, com os antibióticos, as vacinas, a água potável e a rede de serviço de saúde pública, o que, para os idosos *mais velhos* de 2025 e 2050 são avanços muitas vezes garantidos, sem contar com a rapidez do desenvolvimento em várias áreas da prevenção e a reabilitação da saúde deste século.

Estudos sobre a realidade demográfica do envelhecimento brasileiro, como os de Bercovich (1993), Ramos *et al.* (1993), Camarano (2002), Camarano *et al.* (1999, 2005), Carvalho e Garcia (2003) e Pereira, Curioni e Veras (2003) afirmam que a população mais idosa também está se elevando, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população de idosos também está mais envelhecida.

Para Camarano, Kanso e Mello (2004), em 2000, o segmento dos idosos *mais velhos* foi responsável por 12,6% do total da população idosa, traduzindo a heterogeneidade desse segmento, pois abrange um grupo etário de aproximadamente 30 anos. Ainda ilustram com o exemplo de que as pessoas na faixa dos 60 anos, devido aos avanços da medicina, podem estar em pleno vigor físico e mental, em contraponto aos da faixa dos 90 anos, que podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade e fragilidade, como demonstram os estudos de Xavier *et al.* (2001a, 2001b), Marafon *et al.* (2003), DaCruz *et al.* (2004) e Argimon e Stein (2005).

Na Austrália, esse fenômeno é também observado, pois o estudo de Orb (2004) diz que o número de pessoas com mais de 85 anos crescerá 10 (dez) vezes mais, quando comparado com o crescimento da população de 65 anos, prevista para 2020 como sendo de 1 para 4 outras pessoas. A autora ainda completa a previsão com o fato de que as mulheres serão 3% a mais, em números, nessa população, na proporção de 100 mulheres para cada 52 homens maiores de 85 anos.

Para Marín Larrain *et al.* (2004) o censo de 2002 no Chile contabilizou o aumento de 3,3% da população maior de 60 anos; porém, nesse grupo, os maiores de 90 anos de idade cresceram mais e houve o aumento de 25.682 para 38.556 pessoas, o que equivale a 0,26% da população total do país.

Na Coreia, Ahn e Kim (2004) referem que a proporção de coreanos com 65 e mais anos foi de aproximadamente 7,3% do total da população no ano de 2000, e está estimada para 13,2% em 2020, sendo que lá também o segmento de 85 anos ou mais é o que mais cresce, segundo dados do *Korea National Statistical Office*.

A população de idosos com 85 anos ou mais, nos Estados Unidos, segundo Leahy, Thurber e Calvert Junior (2005) e Fries *et al.* (2000), também cresceu mais que os de 65 anos ou mais. Em números do *U.S. Population Bureau*, nos anos 90 houve o crescimento de 38% na população de 85 anos ou mais; em contraste com as outras faixas etárias, a população de 75 a 84 anos cresceu 23%, e a dos 65 aos 74 anos aumentou apenas 2%.

Em 1990 os centenários eram 37.306, porém o censo de 2000 identificou 50.454. São estimados para os Estados Unidos, em 2030, 8,9 milhões de pessoas com 85 anos ou mais; destes, 38.1000 com mais de 100 anos. As Nações Unidas estimaram para o ano de 2000 a existência de 180.000 centenários em todo o

mundo, e a projeção para 2050 é de 3,2 milhões, sendo que 68% estarão nos países desenvolvidos (COLES, 2004).

No Canadá, a população com 65 anos ou mais de idade cresce anualmente de 2 a 3%, segundo Moore e Rosenberg (2001), enquanto os de 85 anos ou mais aumentam mais de 4%, confirmando as expectativas dos outros países.

A China, atualmente considerado o país em desenvolvimento mais populoso do planeta, tinha no ano 2000 o maior número de idosos com mais de 80 anos ou acima disso e, segundo predizem Zang (2006) e Sun e Liu (2006), dos atuais 13 milhões de idosos mais velhos, em 2050 serão 100 milhões. Os autores chamam atenção para as conseqüências do rápido crescimento dessa faixa etária, que pode significar grande quantidade de pessoas com deficiências cognitivas e funcionais associadas a problemas de saúde encontrados na velhice tardia.

No Chile há predominância de mulheres na faixa etária dos 80 anos ou mais de idade, de 68%, segundo Marín Larrain *et al.* (1998, 2004). Esses autores compartilham a mesma preocupação dos demais, quando atentam para o fato de esse segmento ser mais fragilizado e dependente devido às piores condições de saúde encontradas.

Uma realidade registrada por diversos autores é a situação de “viver só”, como no estudo de Ahn e Kim (2004), em que dos 97 idosos que vivem sós, 10 eram homens e 87 mulheres, com idade em torno de 75,9 anos e com comprometimento das atividades diárias, como na pesquisa japonesa de Ishizaki *et al.* (2003); dos 1068 idosos, 437 eram homens e 631 mulheres, sendo que neste concluiu-se que quanto mais idosos maior a possibilidade de comprometimento das atividades da vida diária. O isolamento em que vivem os idosos *mais velhos* é uma grande preocupação nos países asiáticos, como refletem os trabalhos citados anteriormente.

O chamado *superávit* de mulheres, analisado por Berquó (1996), continuará prevalecendo e será tanto maior quanto mais avançada for a idade, no que Zang (2006) concorda, evidenciando que o envelhecimento *deve ser olhado de perto* como uma questão de gênero e cultura, principalmente quando se buscam as diferenças cognitivas entre homens e mulheres nessa faixa avançada de idade. Ele pondera que, no caso chinês, as diferenças de atividades, oportunidades e obrigações, têm condicionado as experiências de homens e mulheres ao longo da vida.

Os trabalhos de Marín Larrain *et al.* (1997, 1998, 2004), Robles *et al.* (2000), Orb (2004), Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte e Márquez-Serrano (2006), Ahn e Kim (2004) e Zang (2006), dentre outros, afirmam que, embora os octogenários, nonagenários e centenários sejam atualmente um grupo ainda reduzido, está em expansão acelerada, aumentando assim sua importância e delineando um desafio de saúde pública a nível mundial.

Essa preocupação se faz sentir com a criação de um comitê internacional de demógrafos para estudar o aumento dos centenários no mundo, sendo também responsável por publicar uma lista mundial das chamadas *supercentenárias*, ou seja, pessoas com 110 anos ou mais (COLES, 2004).

2.4.2 Idosos mais velhos: condições de vida e saúde

Para Menéndez *et al.* (2005), à medida que a população envelhece, as enfermidades crônicas e incapacitantes aumentam. Geralmente, as doenças diagnosticadas em idosos não são curáveis e, se não tratadas adequada e oportunamente, tendem a provocar complicações e seqüelas que dificultam a independência e a autonomia das pessoas.

Os *idosos mais velhos* são mais vulneráveis para reverter problemas que contribuem com o aparecimento e agravamento das incapacidades, segundo Ahn e Kim (2004), além de dificilmente possuírem apenas uma doença crônica.

O subgrupo dos *idosos mais velhos* entre os idosos, é o que aumenta mais rapidamente, além de concentrar as maiores fragilidades do ponto de vista médico e social. Eles podem apresentar diminuição das capacidades funcionais diárias e transtornos mentais, que requerem mais apoio familiar, e maiores problemas de saúde; em muitos casos, a institucionalização pode ser considerada pela família (Marín Larrain *et al.*, 1997).

Para Xavier (1999), existe a necessidade de mais estudos que tenham essa população como alvo em particular, por ser um acontecimento epidemiológico raro no Brasil e no mundo.

O estudo comparativo entre nonagenários que vivem na comunidade e os que estão em instituições chilenas, realizado por Marín Larrain *et al.* (1997), não

encontrou grandes diferenças estatísticas na avaliação médica geral (continência de esfíncteres, situação nutricional, pressão arterial), concluindo que os nonagenários estudados encontram-se com boas condições médicas gerais e sem grandes limitações em sua vida diária. Entretanto, as diferenças são sentidas quanto ao apoio familiar-social, uma vez que os institucionalizados e os solteiros são os que menos podem contar com ajuda. Os autores ainda pontuam que muitas vezes a decisão de institucionalizar um idoso é devida à indisponibilidade de apoio sociofamiliar, e não por ele apresentar piores condições médicas e funcionais.

Em outro estudo comparativo com mulheres nonagenárias (n = 230) e idosas institucionalizadas (n = 460) com idade média de 82,4 anos, Marín Larrain *et al.* (2004) mostraram que as primeiras apresentam significativamente maiores limitações funcionais, fundamentalmente quanto à mobilidade, fragilidade, risco de quedas e incapacidades nas atividades diárias, e também quanto a avaliações mentais, demandando maior utilização de recursos humanos e econômicos.

No estudo qualitativo de Orb (2004), sobre os fatores que influíram nas práticas de saúde que permitiram que os idosos australianos com 80 anos ou mais de idade se mantivessem saudáveis, os resultados encontrados para alguns foram: ter uma vida ordenada, uma juventude e vida adulta ativa, alimentação balanceada. Para outros, o bom estado de saúde é traduzido pelo poder de movimentar-se sem ajuda e ter uma boa qualidade de vida.

Nessa mesma linha, no estudo de Wondolowki e Davis (1990), com um grupo de 108 idosos australianos de 80 a 100 anos, sobre o significado de ser saudável, as respostas foram: ter energia e vitalidade para movimentar-se e sentir-se com forças. Ser saudável, para eles é sentirem-se satisfeitos ao completar uma tarefa e recordarem os aspectos positivos do passado. Tanto um como o outro estudo mostram que o significado de estar com saúde para idosos com 80 anos ou mais vai muito além da presença de enfermidades.

Na realidade mexicana, a pobreza determina em muito as condições de saúde da população, e em particular dos idosos, segundo Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte e Márquez-Serrano (2006) quando limita a possibilidade de uma boa alimentação; do tratamento ou medicamento necessário, favorecendo a deterioração do estado de saúde. A condição de pobreza agudiza o processo de envelhecimento, especialmente quando o idoso não conta com nenhum tipo de salário ou pensão, ou ainda com uma rede de apoio social fraca ou inexistente.

Ainda são poucos os estudos encontrados na literatura nacional que tenham como sujeitos os *idosos mais velhos* no Brasil. Segundo Xavier *et al.* (2001a), grande parte dos estudos publicados nacional e internacionalmente, definem a idade de inclusão como acima dos 60 anos, e contêm número expressivamente maior de sexagenários do que de sujeitos acima de 80 anos, sendo as amostras com 65 anos de idade em média.

Em 1994, o Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS iniciou um projeto de pesquisa sobre envelhecimento bem sucedido, intitulado Projeto Veranópolis² (RS), que teve os *idosos mais velhos*, ou longevos, como sujeitos das diversas pesquisas, algumas descritas a seguir.

No estudo sobre *Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários*, Xavier *et al.* (2001a) concluíram que os episódios depressivos são freqüentes entre idosos com mais de 80 anos, causando impacto sobre a qualidade de vida associada à saúde e cursando comorbidade freqüente, com transtorno de ansiedade generalizada, e também que entre os idosos octogenários a depressão maior não aparecia sob forma de *pseudodemência* depressiva e nem tinha impacto sobre os padrões de sono.

No estudo acima referido, dos 77 sujeitos, selecionados randomicamente, 66 foram efetivamente entrevistados. A proporção de 36% (24) de homens na amostra e de 64% (42) mulheres não diferia da proporção na população total dos sujeitos acima de 80 anos no município. Destes, 25 sujeitos (38%) residiam na área rural e 41(62%) habitavam na área urbana de Veranópolis (RS). A grande maioria era de trabalhadores rurais, descendentes de italianos.

Nessa mesma população também foi investigada a presença de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), e a conclusão foi de que, em comparação com estudos prévios, a prevalência de TAG é alta entre a população de idosos mais velhos, ocorrendo em freqüente associação com a sintomatologia depressiva e também estando associada a um pior padrão de qualidade de vida relativa à saúde (XAVIER, 2001b).

² Cidade situada na região da Serra Gaúcha, com colonização européia (italianos), conhecida pelos seus altos índices de qualidade de vida e longevidade de seus habitantes.

O estudo longitudinal de Argimon e Stein (2005), também realizado com essa mesma população de Veranópolis, teve o objetivo de analisar as modificações no perfil de algumas habilidades cognitivas, no período de três anos. Os autores concluíram que, apesar da idade avançada, esses idosos apresentaram um desempenho de habilidades cognitivas cujo declínio é de intensidade leve, não sendo suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo.

A pesquisa de DaCruz *et al.* (2004) teve o objetivo de avaliar a prevalência de obesidade e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares, na cidade de Veranópolis, e dela participaram 196 idosos (68 homens e 127 mulheres) com idade igual ou superior a 80 anos. Os autores concluíram que a prevalência de obesidade entre idosos longevos foi alta e sua associação com os fatores de risco cardiovascular foi sexo-dependente, não tendo sido observada diferença entre os indivíduos obesos e não-obesos.

Ainda com a mesma população de idosos *mais velhos*, Marafon *et al.* (2003) investigaram a associação entre os fatores de risco e morbidade cardiovascular e a mortalidade dos idosos longevos, concluindo que os fatores de risco cardiovascular parecem atuar de forma diferenciada em longevos.

É importante pontuar que os artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais resultantes das pesquisas acima citadas foram decorrentes de trabalhos de teses e dissertações, o que demonstra a grande importância da construção do conhecimento acadêmico nessa área e a contribuição deste para a formulação de políticas públicas.

Lentamente inicia o despertar da academia para essa parcela da população brasileira, com suas diversidades culturais e fragilidades, com mais estudos, como o de Francisco (2006), que analisa os fatores preditores do envelhecimento sem incapacidades entre idosos longevos de São Paulo, e muitos, inclusive este, que estão em vias de conclusão, nos cursos de pós-graduação espalhados pelo Brasil.

2.4.3 Envelhecimento rural

O envelhecimento rural tem recebido pouca atenção na literatura quanto à proporção de pessoas idosas que vivem em áreas rurais possa sugerir, como

Rogers (2000) exemplifica com o caso dos Estados Unidos, onde, nas populações que vivem nas áreas rurais, 15% são de idosos, índice maior que os 12% dos idosos urbanos. O autor enfatiza que embora muitas publicações tratem das áreas rurais e urbanas como semelhantes, existem muitas e importantes diferenças entre elas.

Para Rogers (2000), as pesquisas já realizadas sugerem temas principais da diferença entre urbano e rural, como: 1º) os idosos rurais apresentam diferentes características socioeconômicas e concentração geográfica; 2º) eles aparentemente são mais pobres que os urbanos; 3º) existe disparidade significativa em relação aos serviços de saúde, pois nas áreas rurais os serviços são reduzidos, com poucas alternativas disponíveis, os serviços são menos acessíveis e poucos são os seguros saúde que oferecem atendimento especializado para áreas rurais.

Foi possível perceber a crescente preocupação com a diversidade do envelhecimento rural quando, em junho do ano 2000, aconteceu nos Estados Unidos, em West Virgínia, a *The First Global Rural Aging Conference: A Global Challenge*, tendo o Centro de Envelhecimento da Universidade do Oeste Virgínia, em colaboração com a OMS e a Associação Internacional de Gerontologia, implantado o projeto de envelhecimento rural, que está sendo desenvolvido no período de quatro anos, com objetivo de avaliar as necessidades das populações de idosos, de propor modelos de política e prática que melhorem os acessos aos serviços de cuidados, de estabelecer modelos de educação e entretenimento em aspectos rurais nas universidades e em promover a integração de esforços internacionais que melhorem a saúde nas áreas rurais (GÓMEZ MONTES, CURCIO BORRERO, 2004).

Revisando a literatura, é possível afirmar que são escassos os trabalhos de pesquisas que têm como alvo idosos que vivem no meio rural e, principalmente, os *mais velhos*.

Analisando diversos estudos multidimensionais transversais da última década, Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) constataram que os idosos urbanos são, a maioria, sujeitos destes, e quando os idosos rurais, os *campesinos*, são incluídos, habitam em áreas suburbanas, não sendo especificadas suas procedências.

Os autores acima descrevem alguns estudos com idosos do meio rural, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento; porém, a partir de 65 anos ou não especificadamente com 80 anos e mais, sendo, nos primeiros: estudo de saúde rural de Iowa, por Yesalis III, em 1980, que avaliou o estado de

saúde de 3.097 camponeses maiores de 65 anos, mediante a auto-avaliação das condições de saúde; na Europa, um estudo de Van Deenen, em 1992, que identificou fatores que influenciavam a situação socioeconômica de idosos de áreas rurais, com destaque particular para as características da moradia, foi realizado entre os anos de 1988 a 1991, em quarenta comunidades do leste e oeste europeu com 3800 idosos; no sudoeste francês, Grand, em 1990, realizou um estudo com 645 idosos maiores de 60 anos com objetivo de identificar marcadores de mortalidade (GÓMEZ MONTES, CURCIO BORRERO, 2004).

Nos países em desenvolvimento, Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) destacam trabalhos realizados na Malásia, por Yassin em 1990, com 317 idosas maiores de 55 anos; no Zimbábue, por Wilson em 1991, com 150 idosos, mais da metade deles morando em áreas rurais. Ambos os estudos constituíram-se de avaliações sobre as condições de saúde e de apoio social.

Os autores supracitados chamam atenção para a América Latina, onde existem poucos estudos com idosos em áreas rurais. Em Cuba se realizou o estudo de algumas características biopsicossociais, porém os autores não apresentaram os dados referentes ao número de idosos nem aos aspectos avaliados.

Na Argentina, o estudo qualitativo de Oddone e Jimenéz (1998) mostra que a pobreza é uma característica primordial do idoso camponês.

A velhice, numa análise antropológica, é para Woortmann e Woortmann (1999) algo bastante relativo, pois existem idosos em todos os lugares, mas a maneira pela qual são tratados é muito variável e depende de contextos específicos. Entre os *sitiantes*³ do Nordeste e os *colonos*⁴ do Sul do Brasil, nas sociedades camponesas tradicionais estudadas pelos autores, o idoso é o detentor de autoridade na família e na comunidade em geral.

No caso dos *sitiantes*, o idoso se opõe ao rapaz, isto é, o adulto jovem ainda não-casado e pai-de-família, sendo que o idoso, além de deter o conhecimento que informa o trabalho, é o responsável pela transmissão do mesmo, facilitando aos seus filhos ou afilhados a condição de pai-de-família, fundamental numa cultura que privilegia a hierarquia.

³ *Sitiantes*, no sentido usado por Woortmann e Woortmann (1999), são pessoas que moram em sítios (pequenas propriedades rurais).

⁴ *Colonos* são habitantes de uma área rural chamada de colônia, e vivem fundamentalmente da atividade agropecuária (SCHWARTZ, 2002).

Para Woortmann e Woortmann (1999, p. 134), a categoria “velho” está ligada não só ao saber, mas também ao trabalho em outra dimensão, e pode estar relacionada à saúde, definida como “um estado do organismo que impede a realização do trabalho, entendido como uma atividade que exige esforço físico”.

No caso dos colonos do Sul do Brasil, particularmente os descendentes de alemães, em contraste com os nordestinos, em que prevalece a família nuclear com unidade doméstica, existe a tradição da família extensa, chamada de *família-tronco*, associada à herança da ultimogenitura (WOORTMANN, 1995), ou seja, o filho que permanece morando com os pais, juntamente com o cônjuge e os filhos, cabendo a ele ou ela a responsabilidade de ser herdeiro, cuidar dos pais idosos até a morte destes. O ultimogênito paga o preço por tal privilégio, permanecendo subordinado ao pai, mesmo quando atinge a meia-idade.

Outra situação referida pelos autores citados acima é a aposentadoria rural, inovação trazida pelo Estado, que assegurou de certa forma a manutenção das relações hierárquicas na família, uma vez que a renda fixa e segura recebida pelos velhos supre a família nas dificuldades, garantindo em muitos casos a própria sobrevivência.

Ainda sobre a aposentadoria rural, Woortmann e Woortmann (1999), assim como Heck e Langdon (2002), encontraram que o advento da mesma trouxe importantes mudanças no modo de vida dos idosos rurais, quando se referem à abertura de novas dimensões nas suas vidas, reforçando sua autonomia e afastando o fantasma da dependência para com os filhos.

É possível concluir, juntamente com Gómez Montes e Curcio Borrero (2004, p. 34), que “tanto o mundo desenvolvido quanto no em desenvolvimento, os idosos de áreas rurais apresentam uma grande quantidade de necessidades e problemas que devem ser investigados e mais importante, solucionados”.

Acrescenta-se que a preocupação com o envelhecimento rural está em ascensão, como é possível perceber no número crescente de artigos publicados após o início do novo milênio, pois o envelhecimento populacional e todas as suas consequências nas comunidades urbanas e rurais pode ser considerado um dos maiores desafios da atualidade, envolvendo toda a sociedade.

3 OBJETIVOS

A problemática deste estudo centrou-se no seguinte questionamento: “Que condições de vida e saúde possuem os idosos *mais velhos* que vivem no meio rural?”.

Tendo como base esse questionamento, delinearão-se os objetivos deste estudo.

Objetivo geral: analisar dados sociodemográficos relativos às condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais de idade, residentes no meio rural de um município do Rio Grande do Sul (RS).

Objetivos específicos:

- a) traçar o perfil sociodemográfico dos idosos com 80 anos ou mais, residentes no meio rural de Encruzilhada do Sul (RS); quanto à idade, sexo, composição familiar, renda, cor, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, religião, moradia;
- b) analisar os dados relativos às condições de saúde dos idosos, incluindo a capacidade cognitiva e hábitos de vida;
- c) analisar os dados relativos à capacidade funcional (atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária) dos idosos;
- d) analisar os dados relativos ao uso e ao acesso aos serviços de saúde e a rede de apoio social e familiar para o cuidado dos idosos;
- e) verificar a presença de sinais de depressão nos idosos *mais velhos* e sua relação com gênero e comprometimento cognitivo.

4 METODOLOGIA

Esta seção descreve a metodologia usada na construção da pesquisa.

4.1 Delineamento do estudo

A presente pesquisa caracteriza-se por ser um estudo epidemiológico seccional que explorou as condições sociodemográficas e de saúde dos idosos da zona rural de um município do Rio Grande do Sul.

Para Almeida Filho e Rouquayrol (2002, p. 183), estudos seccionais ou de corte transversal, “produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde”. Os autores ainda afirmam que esse desenho de pesquisa tem sido muito usado na prática concreta de investigação no campo da saúde coletiva.

4.2 Local do estudo

O município de Encruzilhada do Sul está localizado, em relação ao Brasil, na Região Sul; em relação ao Rio Grande do Sul, na Região Sudeste; em relação à Região Sudeste, situa-se à margem direita da Laguna dos Patos, entre as bacias dos rios Camaquã e Jacuí. Tem altitude média de 420 m acima do nível do mar e está a 150 km de Porto Alegre, capital do Estado.

Atualmente, seus limites são: ao norte, Pantano Grande, Cachoeira do Sul e Rio Pardo; ao sul, Canguçu e Piratini; ao leste, Amaral Ferrador e Dom Feliciano; e, a oeste, Santana da Boa Vista.

Encruzilhada do Sul possui sete subdistritos, delimitados pelo IBGE: ao norte e noroeste, Capitão Noronha; ao norte e nordeste, Cerro Partido; ao sul e sudeste, Coronel Prestes (ou Vau dos Prestes); ao sudeste, na divisa com Amaral Ferrador,

Maria Santa; a sudoeste, Pompeu Machado; na região central, Santa Bárbara; e, a nordeste, inserido no Cerro Partido, a Sede⁵ (cidade).

Quanto aos serviços de saúde, existem no município: 1 (um) hospital geral privado (média complexidade); 1 (um) serviço de vigilância sanitária; 3 (três) unidades do PSF com 3 (três) equipes (3 médicos, 3 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde); 1 (uma) unidade de referência com atendimento 24h; 1 (uma) unidade materno-infantil; 1 (uma) unidade de saúde bucal, 1 (uma) unidade de saúde com atendimento pediátrico e clínico; 1 (uma) unidade do Centro de Atendimento Psico Social; 1 (uma) unidade móvel para atendimento no interior, com equipe de médico, enfermeira, técnico em enfermagem, nutricionista e psicóloga e 1 (uma) unidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com 1 (uma) enfermeira coordenadora, 20 ACS urbanos e 24 ACS rurais. Todos os serviços encontram-se na sede do município.

Atualmente, as áreas rurais do município são assistidas por uma equipe itinerante, que visita as comunidades. Essa equipe se desloca para o interior uma vez ao mês, priorizando o atendimento previamente agendado pelos ACS da região, de consultas médicas, preventivo de câncer de colo uterino, consultas psicológicas e com nutricionista; ainda são realizados grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos.

Além da unidade móvel, o município possui 1 (uma) equipe com médico e técnico em enfermagem, que visita 15 (quinze) localidades de difícil acesso e com maiores necessidades. Esse trabalho conta com a parceria das associações de moradores das microáreas, que fornecem o local e a alimentação aos profissionais. Esse serviço também funciona na forma de rodízio e conta com a organização dos ACS envolvidos.

O município conta, então, com 10 (dez) enfermeiros, 3 (três) pediatras, 2 (dois) obstetras, 1 (um) ginecologista, 1 (um) cirurgião, 6 (seis) clínicos, 1 (traumatologista), 5 (cinco) psicólogos, 2 (dois) nutricionistas e 3 (três) dentistas.

O gasto do município no ano de 2000, foi de R\$ 35,29 (trinta e cinco reais, vinte nove centavos) por habitante, em saúde, segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2004), revelando ser o segundo que menos consome no setor de saúde,

⁵ Sede do município é considerada a parte urbana onde se encontram a Prefeitura, hospitais, postos de saúde, bancos, etc.

tomando por base os 8 (oito) municípios, conforme o estudo de Roese, Lima e Gerhardt (2003): Canguçu, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, Camaquã, Arambaré, Chuvisca, Cristal e São Lourenço do Sul.

Para Roese, Lima e Gerhardt (2003), as doenças do aparelho respiratório são as causas primeiras de problemas de saúde, seguidas pelas do aparelho circulatório e pelos agravos de longa duração (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial). Esses dados não são de muita confiabilidade, pois as fontes secundárias trazem apenas as referências às internações hospitalares, e os dados primários são provenientes de autoridades e trabalhadores da área da saúde, o que revela a dificuldade em mensurar as doenças no próprio microespaço e a grande proporção de “achismo” nas entrevistas.

Dos 8 (oito) municípios do estudo citado, a maioria apresenta coeficientes de mortalidade geral e mortalidade infantil maiores que a média estadual, de 6,6 (/1000hab) e 15,1 (/1000 nascidos vivos) respectivamente. Roese, Lima e Gerhardt (2003) chamam atenção para a necessidade de se avaliarem as informações a partir dos dados absolutos, a fim de relativizados os coeficientes, poder propor ações pertinentes embasadas na correta interpretação dos dados.

O município de Encruzilhada do Sul apresentou, no ano de 2000, coeficiente de mortalidade geral de 8,7 (/1000 hab), com valor absoluto de 208 mortes. O coeficiente de mortalidade infantil de 21,6 (/1000 nascidos vivos) foi, em valor absoluto, de 10 mortes (ROESE; LIMA; GERHARDT, 2003).

As situações acima descritas apresentaram mudanças importantes na atual administração municipal (2004/2008), além da implantação do PSF, 3 (três) novas unidades de saúde foram construídas e 3 (três) equipes de saúde da família atuam no município.

Os dados atualizados, segundo DATASUS, contabilizam que a despesa total do município com saúde aumentou para R\$ 140,02 (cento e quarenta reais, dois centavos) por habitante; o coeficiente de mortalidade geral apresentou uma leve redução 8,2 (/1000 hab), com valor absoluto de 205 mortes; o coeficiente de mortalidade infantil também reduziu para 20,7 (/1000 nascidos vivos), com total de 8 mortes (BRASIL, 2007).

Ainda sobre o estudo já citado, dos 8 (oito) municípios, observou-se que Canguçu, Encruzilhada do Sul e São Lourenço do Sul possuem serviços de saúde adequados, com atendimento básico e de média complexidade em saúde, e

encaminham os casos mais graves, ou de especialidades inexistentes, principalmente para Porto Alegre.

4.3 População do estudo

Para definir população do estudo, foram utilizados os registros dos prontuários do Programa de Agentes Comunitários (PACS) de Encruzilhada do Sul.

Encruzilhada do Sul, segundo o Censo de 2000 (IBGE,2002) do possui 23.902 habitantes, sendo que 12.048 são do sexo masculino e 11.854 do sexo feminino. Quanto à situação de domicílio, 14.841 encontram-se na zona urbana e 9.061 na zona rural do município.

A estimativa da população do município para 2006, segundo a FEE (2007) é de 25.402 habitantes, distribuindo-se em rural, 7.885 e urbana, 17.367. Estes dados não apresentaram estimativa de distribuição etária.

Os idosos do município, segundo o Censo de 2000 (IBGE, 2002), com 60 anos ou mais contabilizam 3174, destes 908 (28,60%) estão entre 60-64 anos, 818 (25,77%) entre 65-69 anos, 485 (15,28%) entre 70-74, 455 (14,34%) entre 75-79 e 508 (16,01%) com 80 anos ou mais.

No meio rural, segundo o Censo de 2000 (IBGE, 2002) vivem 1454 idosos, destes 868(59,70%) possuem 60 a 69 anos de idade, 431(29,64%) possuem 70 a 79 anos e 155(10,66%) possuem 80 ou mais anos de idade.

Dos idosos com 80 anos ou mais, 154 (99,3%) estavam cadastrados no PACS, no mês de maio de 2005, quando foi solicitada a primeira listagem aos ACS dos idosos de suas áreas e, naquele momento, foram distribuídos conforme a Tabela 1.

Optou-se por estratificar a idade em intervalos de 4 anos, ou seja, 80-84; 85-89; 90-94; 95-100 anos, entendendo que, para essa população, o tempo se caracteriza diferentemente, mesmo quando comparado aos dos idosos mais jovens.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com 80 anos ou mais residentes da zona rural e cadastrados no PACS de Encruzilhada do Sul, RS, 2005.

Faixa etária (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
80 – 84	54	35,1	38	24,7	92	59,7
85 – 89	29	18,9	19	12,3	48	31,2
90 – 94	4	2,6	5	3,2	9	5,8
95 – 100	2	1,3	2	1,3	4	2,6
>100	0	0	1	0,6	1	0,6
Total	89		65		154	100,0

Fonte: Cadastro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Encruzilhada do Sul, RS, 2005.

Participaram do estudo os idosos que preencheram os seguintes critérios de inclusão: morar na área rural; ter 80 anos ou mais de idade; aceitar participar da pesquisa; estar em microáreas atendidas por agentes comunitários de saúde e estar cadastrado no PACS.

Como critérios de exclusão foram considerados: não estar em casa após 3 tentativas de visita (por diferentes motivos, dentre eles, a hospitalização), falecer nos meses da coleta dos dados, mudar-se de residência para a cidade.

Com o início da pesquisa e a atualização dos cadastros, dos 154 idosos atendidos pelos ACS em 2005, 3 (três) haviam falecido no primeiro semestre de 2005, 5 (cinco) faleceram no segundo semestre de 2005, ficando fora da população anteriormente estabelecida. Sendo assim, 146 idosos foi o número do início da coleta dos dados. Destes, 2 (dois) faleceram nos meses de março e abril de 2006, 3 (três) mudaram-se para a cidade e 4 (quatro) não foram encontrados após as 3 visitas, totalizando como população efetiva deste estudo, 137 idosos com 80 anos ou mais de idade.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de informações para elaboração deste estudo foram em quatro etapas, que serão descritas a seguir.

4.4.1 Informações do município

As informações referentes ao município de Encruzilhada do Sul foram coletadas na base de dados do IBGE; nos resultados do estudo “O Acesso dos Usuários de Oito Municípios da ‘Metade Sul’ do RS aos Serviços de Saúde da Região” de Roese, Lima e Gerhardt (2003); em “Diagnósticos de Oito Municípios da ‘Metade Sul’ do RS e o Impacto no Acesso aos Serviços de Saúde dos Usuários do Meio Rural”, dos mesmos autores (2003); e nos relatórios das oficinas e saídas a campo da equipe do PROINTER.

A pesquisadora ainda buscou informações em entrevistas com o prefeito e com a enfermeira responsável pelo PACS do município.

4.4.2 Informações da população do estudo

Para a determinação da população do estudo e de suas localizações nas diferentes microáreas foi solicitada a colaboração dos agentes de saúde, previamente contatados, que aceitaram participar da pesquisa, fornecendo inicialmente informações sobre o número de idosos com 60 anos ou mais idade, sexo e idade, facilidade de acesso viário, dentre outras que foram úteis para traçar estratégias de acesso aos idosos e suas famílias. Dentro desse grupo, foram identificados inicialmente, os 154 idosos com 80 anos e mais de idade que participariam deste estudo, conforme a Tabela 1.

4.4.3 O inquérito domiciliar

Na construção do instrumento multidimensional de coleta de dados foram utilizadas e adaptadas questões do instrumento do Projeto SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe) da OPAS (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999), e do de Rodrigues (1997), que serviram de

guia, cabendo à autora deste estudo as adequações ao contexto rural que se fizeram pertinentes. O instrumento foi pré-avaliado por uma especialista na área epidemiológica e sofreu alterações (Apêndice B).

O instrumento de coleta de dados consta de perguntas estruturadas e pré-codificadas. Na pré-codificação foram usadas até 7 letras, e a primeira indicava a seção (ex: AIDADE: seção A). A pré-codificação auxilia na construção do banco de dados. As respostas ao instrumento são auto-referidas. O instrumento contou com 9 seções, apresentadas a seguir.

A coleta dos dados (entrevistas), foram realizadas após a aprovação no Comitê de Ética da EERP/USP, de 20 de março a 30 de junho de 2006.

4.4.3.1 Seção A: Informações pessoais

Nesta seção estão as questões referentes às informações pessoais e aos dados sociodemográficos dos *idosos mais velhos*:

- a) nome, endereço, idade em anos completos, mês e ano de nascimento, sexo;
- b) cor da pele: branca, parda, amarela, preta, indígena, ns/nr;
- c) local de nascimento: urbano, rural, ns/nr, cidade, estado e país; tempo de moradia na zona rural;
- d) estado civil: solteiro, casado, divorciado/desquitado, separado, viúvo, outro;
- e) escolaridade: sabe ler/escrever, onde aprendeu, quanto tempo estudou;
- f) religião: nenhuma, católica, protestante ou evangélica, espírita, judaica, outra; importância da religião;
- g) aposentadoria: não, sim por tempo de serviço, sim por invalidez, sim por idade;
- h) valor da aposentadoria: em reais;
- i) outra renda: sim, não;
- j) ajuda econômica de outros: sim, não;
- k) ocupação passada (citar).

4.4.3.2 Seção B: Avaliação cognitiva

Nesta seção procurou-se avaliar a capacidade cognitiva (MEEM) e também a autopercepção da memória atual (excelente, muito boa, boa, regular, péssima, ns/nr) e a comparação de um 1 ano atrás (melhor, igual, pior, ns/nr).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi elaborado por Folstein, Folstein e Mc Hugh em 1975, nos Estados Unidos. No Brasil, foi traduzido e validado por Bertolucci *et al.* (1994) e atualizado por Brucki *et al.* (2003). O MEEM é um instrumento importante de rastreio de comprometimento cognitivo; Brucki *et al.* (2003, p. 777) mencionam que “como instrumento de pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte de várias baterias neuropsicológicas”.

Bertolucci *et al.* (1994) destacam que a escolaridade foi o principal fator que influenciou no desempenho dos indivíduos. Indicam os seguintes escores por escolaridade: para analfabetos, 13; para baixa e média escolaridade (1-8 anos) 18; e ≥ 26 para alta escolaridade (> 8 anos).

No presente estudo, optou-se por considerar a variável escolaridade como dicotômica, ou seja, analfabetos e alfabetizados, que compreendem os idosos com 1 a 8 anos de escolaridade, pois não houve nenhum idoso com mais de 8 anos de escolaridade.

Muitas têm sido as modificações e adequações ao modelo original de Folstein *et al.* (1975). No Brasil, a primeira versão publicada foi de Bertolucci *et al.* (1994), quando foram sugeridos os pontos de corte para cada grupo de escolaridade, uma vez que se constatou ser a escolaridade estatisticamente significativa: analfabetos, 13, com 82,4% de sensibilidade e 97,5% de especificidade; 18, para baixa e média escolaridade, com 75,6% de sensibilidade e 96,6% de especificidade; e ponto de corte de 26, para alta escolaridade com 80% de sensibilidade e 95,6% de especificidade.

O mesmo grupo, ainda em 1994, sugeriu algumas alterações no teste para adaptação ao uso hospitalar, consultórios ou estudos populacionais, e Brucki *et al.* (2003) apresentaram sugestões para aplicação uniforme do instrumento incorporando as mudanças anteriores. Cabe ressaltar que os estudos citados

tiveram como população indivíduos saudáveis de diversas faixas etárias e sem queixas de memória.

O MEEM está dividido em sete categorias, com questões sobre:

- a) orientação temporal: dia semana, dia do mês, mês, ano, hora aproximada totalizando 5 pontos;
- b) orientação espacial: onde estamos (residência, hospital), em que lugar estamos (sala, cozinha...), em que distrito estamos, em que cidade estamos, em que estado estamos, totalizando 5 pontos;
- c) memória imediata: repetir 3 vezes o nome de três objetos e logo solicitar a repetição, totalizando 3 pontos;
- d) atenção e cálculo: solicitar o resultado da seguinte operação matemática: $100-7$; $93-7$; $86-7$; $79-7$; $72-7$ ou a soletração da palavra MUNDO de trás para a frente, totalizando 5 pontos;
- e) memória de evocação: repetir os três objetos solicitados anteriormente, totalizando 3 pontos;
- f) linguagem e capacidade construtiva visual: apontar para dois objetos e pedir para dizer o que é; repetir a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”; pedir para ler a ordem “fechar os olhos” e executá-la; dar um papel e solicitar que pegue com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o no chão; solicitar que escreva uma frase completa, e que copie o desenho de um pentágono, totalizando 9 pontos.

O escore do MEEM varia de zero (0) até um total máximo de trinta (30) pontos. O MEEM, neste estudo, também serviu como critério referente à possibilidade de responder ao instrumento, fixando em 12 pontos o limite mínimo para que o idoso respondesse sem acompanhamento de um familiar ou pessoa próxima, diminuindo o viés da memória.

4.4.3.3 Seção C: Condições de moradia

Esta seção é destinada às informações que contextualizam as condições de vida em que vivem os *idosos mais velhos*:

- a) localidade da propriedade: vila, campo, fazenda, chácara, sítio, assentamento, estrada (corredor);
- b) propriedade: própria, alugada ou arrendada, cedida ou emprestada, outros;
- c) tipo de construção: alvenaria, madeira, mista, outro;
- d) número de cômodos: citar;
- e) água encanada; sim, dentro de casa; sim, fora de casa mas no terreno; não dispõem de água encanada;
- f) fonte da água: fonte pública, poço ou vertente;
- g) esgoto: rede pública, fossa séptica, a céu aberto;
- h) existência de banheiros: não existe; dentro de casa com descarga; dentro de casa sem descarga; fora de casa com descarga; fora de casa sem descarga;
- i) existência de luz elétrica;
- j) lixo: coletado ou recolhido pelo caminhão, queimado, jogado, enterrado, outros;
- k) existência de bens domésticos: televisão, geladeira, fogão a gás, fogão a lenha, rádio, automóvel, aquecedor;
- l) produção de hortifrutigranjeiros: não produz, produz produtos para comercializar, para subsistência ou para ambos;
- m) maior gasto de dinheiro nos últimos 6 meses: citar
- n) meios de comunicação utilizados: rádio, telefone, vizinhos, agentes de saúde, códigos próprios, outros;
- o) meios de transporte utilizados: automóvel, ônibus, carroça, bicicleta, a pé, a cavalo, caminhão, outros;
- p) material do piso da moradia: terra, cimento ou cerâmica, madeira ou parque, ns/nr.

4.4.3.4 Seção D: Composição familiar

Esta seção tem o objetivo de delinear o arranjo familiar em que está inserido o idoso, bem como a estrutura familiar, com perguntas sobre: se mora só ou

acompanhado, com quem mora, número de filhos(as) vivos e falecidos(as), número de enteados(as), número de filhos(as) adotivos, e irmãos(as) vivos.

4.4.3.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida

Nesta seção verificam-se as condições de saúde, bem como alguns hábitos de vida dos *idosos mais velhos*. Para tanto, as questões se relacionam a:

- a) autopercepção da saúde: ótima, boa, regular, ruim, péssima, ns/nr;
- b) comparação com a saúde de outras pessoas de mesma idade: ótima, boa, regular, ruim, péssima, ns/nr;
- c) comparação com a saúde de 12 meses atrás: melhor, igual, pior, ns/nr;
- d) uso de medicações;
- e) prática de atividade física semanal: nenhuma, caminhada, andar a cavalo, jogar bocha, andar de bicicleta, jogar futebol, outro;
- f) uso do tempo disponível: leitura, assiste televisão, ouve rádio/música, passeio/visitas, atividades manuais, dança, joga cartas, outros;
- g) hábito de fumar, tempo do hábito, quantidade e tipo;
- h) frequência do uso de álcool: não bebe, já bebeu no passado, bebe eventualmente/raramente, bebe até 3 vezes por semana, bebe de 4 a 7 vezes por semana, ns/nr;
- i) número de refeições completas por dia: uma, duas, três ou mais, ns/nr;
- j) tipo de alimentação: ovos, feijão e lentilha (leguminosos) pelo menos 1 vez na semana, frutas ou verduras pelo menos 2 vezes na semana, carne, peixe ou aves, pelo menos 3 vezes na semana, leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos 1 vez ao dia;
- k) hidratação: quanto consome diariamente: menos de 3 copos, de 3 a 5 copos, mais de 5 copos, ns/nr;
- l) hábito de tomar chimarrão: quantas vezes ao dia;
- m) problemas de audição, uso de aparelho auditivo: sim, com melhora; sim, sem melhora; não, mas necessitaria; não, mas tem necessidade; é surdo, ns/nr;
- n) problema de visão, uso de óculos: sim, com melhora; sim, sem melhora; não, mas necessitaria, não tem necessidade, é cego, ns/nr;

- o) dificuldade de falar: nunca, raramente, muito freqüentemente, sempre, ns/nr;
- p) presença de dentes: nenhum; todos; sim, só em cima; sim, só embaixo; sim, alguns, menos da metade, ns/nr;
- q) dificuldade de mastigação: não, dificilmente, apenas para alimentos duros, sempre para qualquer alimento;
- r) presença de prótese dentária: não tem; sim, em cima, sim embaixo, sim em cima e embaixo, ns/nr;
- s) dificuldade de engolir: não, dificilmente, apenas alimentos duros, sempre qualquer alimento, ns/nr;
- t) engasga com freqüência: sim, não, às vezes, ns/nr;
- u) número de quedas no último ano, conseqüências: sem machucado, pequeno machucado, ferimento com pontos, fratura fechada, fratura exposta, ns/nr;
- v) locais dos ferimentos, se houver: citar;
- w) locais das fraturas se houver: membros inferiores, membros superiores, cabeça/pescoço, face, costelas, bacia, coluna, múltiplas fraturas, ns/nr;
- x) uso de aparelho ou meios de apoio nas atividades diárias: corrimão, andador, bengala, muletas, móveis ou paredes, cadeira de rodas, outro;
- y) problemas de saúde auto-referidos: opções: não; sim, interfere na vida diária; sim, não interfere na vida diária; ns/nr. Reumatismo, asma ou bronquite, pressão alta, má circulação, diabetes, obesidade, derrame, incontinência urinária, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, problemas de coluna, artrite/artrose, osteoporose, problemas com nervos, tuberculose, problemas cardíacos, anemia, doença de parkinson, incontinência fecal, câncer (qual o tipo?).

4.4.3.6 Seção F: Avaliação funcional

A capacidade funcional, para Ramos (2003, p. 794), se fortalece como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso, em que o

“envelhecimento saudável passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica”. Para o autor, “o que está em jogo na velhice, é a autonomia, ou seja, a capacidade de executar seus próprios desígnios”.

Para avaliar a capacidade funcional, foi utilizado o quadro de atividades diárias proposto por Veras (1994), divididas em Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) com as seguintes opções: sem dificuldades; com pouca dificuldade; com muita dificuldade; não consegue. Foi acrescentada uma coluna para responder quem ajuda na realização de cada atividade: sem ajuda; pai/mãe; cônjuge; filho/enteado/genro/nora; irmão/primo/cunhado; amigo/conhecido/vizinho; neto/bisneto; acompanhante; agente comunitário de saúde; ns/nr:

- a) AVD – atividades relacionadas às tarefas de auto-cuidado: alimentar-se; banhar-se; vestir-se; cuidar da aparência; deitar/levantar da cama; ir ao banheiro a tempo e locomover-se;
- b) AIVD – relacionadas à capacidade de realizar atividades mais complexas: andar no plano; subir e descer escadas; transporte da cadeira para a cama e vice-versa; andar perto de casa; medicar-se na hora; preparar refeições; cortar unhas dos pés; uso de transporte público; fazer limpeza da casa; administrar finanças e realizar tarefas domésticas.

4.4.3.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde

Nesta seção procurou-se conhecer as relações dos *idosos mais velhos* com os serviços de saúde existentes no município, e a busca de solução para os seus problemas de saúde, com as seguintes questões:

- a) lugar que procurou, no caso de sentir-se doente nos últimos 12 meses: não consultou, mesmo precisando; não ficou doente/não precisou de consulta; consultório particular; serviço de emergência em hospital particular; unidade básica de saúde; serviço de emergência municipal; farmácia; benzedeira; outro; ns/nr;

- b) razão por não ter procurado, se precisou: distância e falta de transporte, não tem tempo, não tem dinheiro, o atendimento não é bom, não tem quem levar, outro;
- c) hábito de procurar resolver problemas na farmácia ou com benzedeira: não; sim, às vezes; sim, sempre; ns/nr;
- d) com quem consultou na última vez que precisou: médico, farmacêutico, enfermeiro, outros, ns/nr;
- e) tempo que precisou esperar entre a solicitação da consulta e o atendimento: não precisou esperar, horas, dias, meses, ns/nr.

4.4.3.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos

Para Romero (2002), alguns estudos nos países desenvolvidos têm apontado a existência da relação recíproca entre a saúde dos idosos e a conformação das relações sociais e familiares, uma vez que, no caso da presença ou da instalação de doenças, há a possibilidade de redefinição dos arranjos familiares, por um lado, e por outro, o tipo e as características do apoio social e familiar podem levar ou minimizar diferentes riscos de doença e morte.

Esta seção busca explorar a rede familiar e social dos *idosos mais velhos*, conhecendo quem cuida em caso de doença, quem é essa pessoa (sexo, parentesco), que tipo de outra ajuda o idoso recebe:

- a) tem alguém que cuide em caso de doença: sim, não;
- b) essa pessoa possui mais de 60 anos: idade;
- c) o cuidador vive com o idoso: sim, não;
- d) sexo do cuidador: feminino, masculino;
- e) relação com o idoso: esposo(a) ou companheiro(a), filhos(a), outro familiar, amigo ou vizinho, profissional contratado, agente comunitário de saúde;
- f) cuidados prestados pelo cuidador: atividades de higiene, alimentação, locomoção, companhia, eliminações, medicação;
- g) existência de outro cuidador: citar;

- h) cuidados prestados pelo outro cuidador: dinheiro, comida, ajuda nas tarefas domésticas, cuidados pessoais, transporte, lazer/diversão, companhia, outro;
- i) recebimento de assistência de algum tipo de instituição que apóia idosos: sim, não, ns/nr;
- j) que tipo de assistência: dinheiro, comida, ajuda nas tarefas domésticas, cuidados pessoais, transporte, lazer/diversão, companhia, outro;
- k) frequência de ajuda de pessoas que não moram na mesma casa: diariamente, semanalmente, mensalmente, uma vez ao ano, ns/nr.

4.4.3.9 Seção I: Escala Cognitiva de Depressão (ECD)

Esta escala foi desenvolvida originalmente em inglês por Zauszniewski, em 1995, tendo como referencial teórico duas teorias da psicologia, a de Beck, para depressão, e a de Erikson, do desenvolvimento psicossocial. A escala foi denominada “Depressive Cognition Scale (DCS)”, pois seu objetivo é mensurar a presença dos primeiros sintomas cognitivos que poderiam levar à depressão clínica. A escala original, em inglês, foi testada em várias populações e apresentou alfa Cronbach de 0,78 to 0,87 (ZAUSZNIEWSKI, 1997; ZAUSZNIEWSKI *et al*, 2002).

No Brasil, a DCS foi traduzida e validada por Sousa *et al.* (2005) e denominou-se Escala Cognitiva de Depressão (ECD). A consistência interna na versão em português foi de alfa Cronbach de 0,79 (Sousa *et al.*, 2005). A escala consiste de oito itens dispostos em uma escala tipo Likert, com seis pontos e valores de 0 a 5, que corresponde a: *concordo totalmente; em geral concordo; concordo um pouco, discordo um pouco; em geral discordo e discordo totalmente.*

Cada um dos itens indica a presença dos seguintes sintomas de depressão: *vazio; sem ajuda; sem esperança; solidão; sem sentido; sem poder; sem objetivo e sem valor.* A medição varia de 0 a 40, e quanto maior o valor, maior a possibilidade de apresentar sintomas de depressão clínica.

4.4.4 Treinamento dos ACS para coleta dos dados

A pesquisadora realizou quatro (4) encontros para efetivar treinamento, com a média de 4 horas cada um, no segundo semestre de 2005, com intervalo de 15 dias entre os encontros.

É rotina do PACS a vinda quinzenal dos ACS à sede do programa para entrega dos relatórios do trabalho desenvolvidos com as famílias na zona rural. A coordenadora do PACS providenciou espaço para concretização das reuniões.

Na reunião de dezembro de 2005, contamos com a presença da orientadora da presente pesquisa e de uma doutoranda da área do envelhecimento. Nessa reunião foi realizado um treinamento inicial para aplicação do instrumento em sua dimensão geral, bem como o exame das possíveis dificuldades para aplicação. Concomitante a essa reunião, realizou-se uma discussão entre os pesquisadores e os ACS sobre o tema do *envelhecimento e quedas*. Cabe destacar que houve presença de todos os ACS nos diversos encontros.

O planejamento de encontros entre a pesquisadora e os ACS foi quinzenal, para momentos de discussão e avaliação do andamento das entrevistas. Para cada ACS foi entregue uma pasta, contendo o instrumento; a lista com nome dos idosos, idade, localização e observações; aplicativos do MEEM; lápis; borracha e caneta.

No primeiro momento da coleta dos dados, os ACS realizaram 3 (três) entrevistas para reforçar a compreensão do instrumento e possíveis dúvidas remanescentes. No decorrer deste período, as dúvidas foram discutidas e as correções realizadas individualmente. A seguir, o restante dos instrumentos foi avaliado individualmente e recebido pela pesquisadora, nos encontros quinzenais, até o final da coleta.

4.5 Estudo-piloto

Durante o período das reuniões de sensibilização (2005) e treinamento, os ACS aplicaram o teste-piloto, que constou de duas entrevistas para familiarização

com o instrumento, para testar a compreensão das questões, o tempo necessário e as dúvidas, bem como as possíveis adequações semânticas do instrumento.

O teste-piloto foi aplicado nas microáreas de atuação dos ACS, com idosos de idade entre 75 e 79 anos, em entrevistas pessoais e domiciliares. Esta idade foi priorizada por estar mais próxima a idade da população do estudo.

4.6 Processamento e análise dos dados

Para elaboração do banco de dados foi utilizado o programa *Excel* (versão XP), em que foram lançados os dados em planilhas, com dupla digitação, para análise da consistência externa.

As questões do instrumento foram categorizadas e nominadas num dicionário digitado junto às planilhas das digitações, no programa *Excel*.

Os dados foram analisados empregando-se estatística descritiva e inferencial. Para a análise estatística foi utilizado o *software* SPSS (*Statiscal Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 11.0.

As variáveis qualitativas (categóricas nominais e ordinais) foram apresentadas empregando-se distribuições de freqüências univariadas (absolutas e relativas), bem como tabelas de contingência bi e multivariadas.

As variáveis quantitativas foram descritas mediante medidas de tendência central ou posição (média, medianas, posto médio) e variabilidade (desvio-padrão, percentis 25 e 75, mínimo e máximo).

Cabe ressaltar que, embora os participantes desta pesquisa, idosos *mais velhos*, constituam a totalidade ou o universo, conforme os critérios de inclusão já apresentados, em algum momento da análise dos dados, esses indivíduos são considerados como provenientes de um processo amostral probabilístico simples, de uma população de características idênticas; portanto, os valores de p devem ser interpretados nesse contexto apenas.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, aplicaram-se os testes qui-quadrado, de Pearson, e Exato, de Fischer. Para complementar essas análises, utilizou-se o teste dos resíduos ajustados.

Para comparar as variáveis quantitativas foram utilizados os testes paramétricos *t* de Student (2 grupos) e, análise de variância (3 ou mais grupos) a um fator, quando os pré-requisitos de normalidade e homogeneidade de variância foram atendidos, ou alternativamente emprega-se as provas não-paramétricas de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Como complemento para a análise de variância a um fator, utilizou-se o teste de Tukey.

O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

4.7 Considerações éticas

Os princípios éticos foram obedecidos com relação ao acesso e à análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde, referidas pela Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Conforme essa Resolução, o presente estudo constitui-se em uma pesquisa que envolve seres humanos e que, portanto, deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

A ética na pesquisa implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; envolve também o compromisso em oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, bem como a relevância social da pesquisa, com vantagens significativas aos sujeitos do estudo.

Tendo em vista as implicações legais, o presente estudo também preservou a identidade dos participantes nas entrevistas, bem como garantiu o caráter confidencial das informações. Para respeitar esses princípios, os indivíduos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para participarem da mesma.

As autorizações para o desenvolvimento da pesquisa foram solicitadas ao Senhor Prefeito do Município de Encruzilhada do Sul (RS) e ao Secretário de Saúde, que concordaram com a pesquisa (Apêndice C e Anexo B).

A autorização para uso da Escala Cognitiva de Depressão foi obtida através de correio eletrônico com um dos autores da mesma, desde o momento da opção de

seu uso na pesquisa, entretanto, foi solicitada uma correspondência formalizando a autorização, para inclusão nos Anexos (Anexo C) que está datada em junho de 2006.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, aprovado em 15 de março de 2006 (Anexo A).

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados, na seqüência de cada seção, do instrumento multidimensional de coleta dos dados.

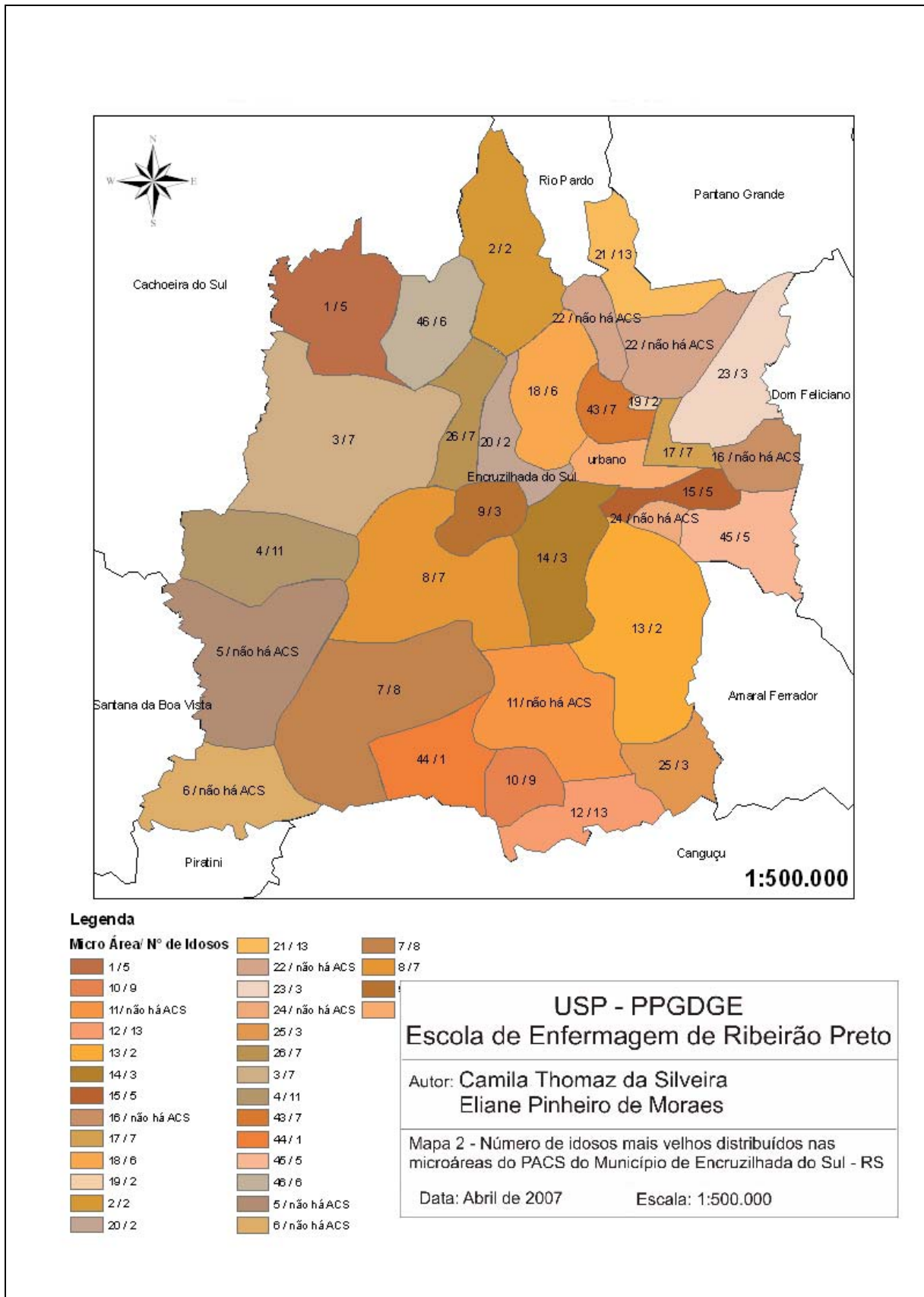
5.1 Seção A: Informações pessoais: dados sociodemográficos

No início da apresentação dos resultados deste estudo, é importante ressaltar que do total de 137 idosos *mais velhos*, o instrumento foi respondido por 96 (70,1%) sem ajuda dos membros da família; com ajuda, por 38 (27,7%); com ajuda e por outra pessoa, somente 3 (2,2%).

Os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul que vivem no meio rural, aqui compreendido como toda área fora do limite urbano da sede do município, estão distribuídos em 24 microáreas, segundo critério do PACS. É possível visualizar no Mapa 2 que a distribuição dos idosos é aleatória e pulverizada por todo o espaço rural.

Observa-se que em apenas quatro microáreas o número de idosos *mais velhos* excede a 10. O mínimo foi de 1 e o máximo de 13 idosos por microárea. Três das quatro microáreas onde se concentra o maior número de idosos estão localizadas nos extremos do município, distantes da sede urbana.

A maioria dos idosos, 129 (94,2%) teve como local de nascimento o meio rural; 8 (5,8%) nasceram na região ou no meio urbano. Do total, 112 (81,8%) são originários de Encruzilhada do Sul, enquanto os demais se distribuem por outros municípios do Estado: 6 (4,4%) em Canguçu; 5 (3,6%) em Dom Feliciano; 3 (2,2%) em Cachoeira do Sul; 2 (1,5%) em Amaral Ferrador e Santana da Boa Vista; e 1 (0,7%) em Camaquã, Caçapava do Sul, Lajeado, Giruá, Piratini, São Jerônimo e Augusto Pestana. Cabe destacar que apenas 5 (3,6%) idosos moram há menos de 5 anos no meio rural.



Mapa 2 – Número de idosos mais velhos distribuídos nas microáreas do PACS do Município de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.
 Fonte: Elaborado pela geógrafa Camila Thomaz da Silveira com dados coletados pela pesquisadora.

A Tabela 2 refere-se aos dados sociodemográficos dos 137 idosos, destacando-se que a maioria se encontra na faixa etária compreendida entre os 80-84 anos (58,3%). A idade média dos idosos foi de 84,5 anos ($\pm 3,7$), e a mediana, de 84,0. A média das mulheres foi de 84,1 anos ($\pm 3,8$), com mediana de 83,0, e dos homens, 85,3 anos ($\pm 3,5$), com mediana de 85,0.

Observa-se a concentração de 122 (89,1%) idosos na faixa etária compreendida entre os 80 e os 89 anos, enquanto 15 (11,0%) estão acima dos 90 anos.

Na distribuição por sexo, as mulheres predominam sobre os homens; assim como na faixa etária dos 80 aos 84 anos encontra-se a maior concentração destas, 56 (70,0%). Dos 85 aos 94 anos, o número de mulheres e de homens é equivalente; entretanto, acima dos 95 anos de idade encontram-se apenas mulheres.

Quanto ao estado civil, houve uma associação estatística significativa com o sexo ($p < 0,001$), sendo que há uma predominância de viúvos, a maioria mulheres. Entretanto, nos casados ou com união estável invertem-se os números, isto é, a maioria é de homens. A distribuição dos solteiros por sexo apresenta-se mais equilibrada.

Verifica-se, quanto à escolaridade, que a maioria, de 58,8%, é de analfabetos e/ou assinam o nome, que demonstra a baixa escolaridade de ambos os sexos.

Na relação entre sexo e escolaridade houve uma associação estatística significativa ($p = 0,013$), prevalecendo nos homens os melhores índices de escolaridade.

Dos alfabetizados, 48,2% freqüentaram escola rural, seguida dos estudos em casa, da escola urbana e, em outro lugar, como, por exemplo, o quartel.

Os anos de estudo variaram de 1 a 7 anos; portanto, nenhum idoso com mais de 80 anos completou o ginásio (nível fundamental do ensino atual).

Com relação à cor da pele, a maioria da população declarou-se de cor branca, seguida de preta, parda e amarela.

A religião católica aparece em primeiro lugar, seguida da evangélica e espírita. Destaca-se que 11 (8,0%) disseram que não possuem nenhuma religião. Dos que informaram ter alguma religião, 99 (78,6%) referiram que essa é importante em suas vidas; 22 (17,5%), que é regular; 4 (3,2%), que a religião não é nada importante em suas vidas; e 1 (0,8%) não respondeu.

Tabela 2 – Distribuição da freqüência das variáveis demográficas e socioeconômicas segundo o sexo dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

¶	Sexo (N = 137)		Total n (%)	P*
	Feminino	Masculino		
	n (%)	n (%)		
Idade (em anos)				
80-84	56 (70,0)	24 (30,0)	80 (58,3)	0,128 ^a
85-89	23 (54,8)	19 (45,2)	42 (30,7)	
90-94	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (9,5)	
95-100	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Cor da pele				
Branca	73 (63,5)	42 (36,5)	115 (83,9)	0,848 ^a
Preta	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (8,0)	
Parda	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (6,6)	
Amarela	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,5)	
Estado civil				
Solteiro	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (8,8)	< 0,001 ^a
Casado / União estável	12 (30,0)	28 (70,0)	40 (29,2)	
Viúvo	68 (80,0)	17 (20,0)	85 (62,0)	
Escolaridade**				
Analfabeto	44 (77,2)	13 (22,8)	57 (41,9)	0,013 ^a
Só assina o nome	11 (47,8)	12 (52,2)	23 (16,9)	
Alfabetizado	31 (55,4)	25 (44,6)	56 (41,2)	
Onde aprendeu***				
Em casa	12 (52,2)	11 (47,8)	23 (41,1)	0,203 ^a
Na escola rural	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (48,1)	
Na escola da cidade	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (5,4)	
Outro	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (5,4)	
Religião				
Nenhuma	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (8,0)	0,581 ^a
Católica	65 (61,3)	41 (38,7)	106 (77,4)	
Evangélica	13 (72,2)	5 (27,8)	18 (13,1)	
Espírita	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Aposentadoria				
Sim	80 (62,0)	49 (38,0)	129 (94,2)	0,331 ^a
Não	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (5,8)	
Tem outra renda				
Sim	40 (65,6)	21 (34,4)	61 (44,5)	0,785 ^a
Não	47 (61,9)	29 (38,1)	76 (55,5)	
Recebem ajuda econômica de outros				
Sim	12 (63,2)	7 (36,8)	19 (14,1)	1,000 ^a
Não	73 (62,0)	43 (38,0)	116 (85,9)	
Trabalho atual				
Sim	38 (55,1)	31 (44,9)	69 (50,8)	0,068 ^a
Não	48 (71,6)	19 (28,4)	67 (49,2)	

* Na hipótese de que a casuística constitua uma amostra aleatória simples (AAS) de uma população com características similares.

** Uma (1) mulher não soube responder.

*** Consideradas as respostas dos indivíduos alfabetizados.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

A maior parte dos idosos, 129 (94,2%), recebe aposentadoria rural; destes, 115 (83,9%) são aposentados por idade; 9 (6,6%), por tempo de serviço; e 5 (3,6%), por invalidez.

Quanto aos proventos da aposentadoria, 122 (95,5%) recebem 1 (um) salário-mínimo nacional; 6 (4,5%) ganham mais que 1 salário-mínimo nacional⁶; e 5(3,6%) idosos não responderam à questão.

Com relação a terem outra fonte de renda, além da aposentadoria, 76 (55,5%) informam que não possuem; 61 (44,5%) possuem outra renda, como exemplo, a pensão do cônjuge, no caso dos viúvos(as).

Quanto à questão de receber ajuda econômica de outra pessoa, a maioria, 116 (85,9%), informa que não recebe. Os restantes, 19(14,1%) recebem ajuda principalmente dos filhos.

Sobre trabalho atual, 69 (50,8%) informam que ainda trabalham e 1 (0,7%) não respondeu. O trabalho mencionado por eles é em relação aos afazeres domésticos, quando são mulheres; e no cuidado de animais e plantação de horti-frutigranjeiros para consumo doméstico, tanto para as mulheres quanto para os homens.

5.2 Seção B: Avaliação cognitiva com aplicação do MEEM

Quanto à percepção da memória atual, 48,2% dos idosos *mais idosos* responderam que era regular, decrescendo para 28,5%, boa; 11,7%, muito boa; 6,6%, péssima; e 5,1%, excelente. Esses valores demonstram que a memória atual auto-avaliada encontra-se predominantemente entre boa e regular. Em comparação com a memória de um ano atrás, 54,7% referiram que se manteve igual; 38,0%, pior; e apenas 7,3%, melhor.

A Tabela 3 apresenta o resultado do desempenho dos idosos *mais velhos* no MEEM, quanto ao sexo, à escolaridade e à faixa etária. Utilizou-se o ponto de corte de Bertolucci *et al.* (1994), para a variável da escolaridade, ajustando o ponto de corte para cada grupo, ou seja, analfabetos, 13; para baixa (1-4 anos) e média

⁶ Salário mínimo nacional = R\$ 300,00 (março de 2006) e R\$ 350,00 (maio de 2006).

escolaridade (5-8 anos), 18. O terceiro ponto de corte proposto por Bertolucci (1994) para alta escolaridade é de 26, que não foi utilizado neste estudo, considerando que não houve nenhum idoso com mais de 8 anos de escolaridade.

Tabela 3 – Valores do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos idosos *mais velhos*, conforme características sócio-demográficas. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Grupo todo	137	20,05	6,68	21,00	0,00	30,00
Escolaridade*						
Analfabetos	80	17,78 ^a	5,63	19,00	3,00	28,00
1 – 4 anos	41	23,66 ^b	5,86	25,00	4,00	30,00
5 – 8 anos	5	27,00 ^b	2,35	28,00	23,00	29,00
Sexo						
Feminino	87	19,01	6,81	19,00	0,00	30,00
Masculino	50	21,86	6,10	23,00	3,00	30,00
Faixa Etária						
80-84	80	20,26	6,36	21,00	0,00	30,00
85-89	42	19,69	7,46	21,50	3,00	29,00
90-94	13	20,00	6,90	23,00	7,00	28,00
95-100	2	19,50	2,12	19,50	18,00	21,00

* 11 (8,0%) indivíduos alfabetizados não responderam sobre quantos anos estudaram. Letras iguais não diferem pelo Teste de Tukey.

Do total de idosos *mais velhos* da pesquisa, a média de acertos foi de 20,05, com o valor mínimo de zero e o máximo de 30 pontos, sendo que o escore zero foi de uma idosa da faixa etária de 80 a 84 anos. Ao analisar os dados da pesquisa, verificou-se que essa senhora possui diagnóstico de Alzheimer, o que leva a considerar que existe coerência com o escore encontrado no MEEM.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias quanto aos escores do MEEM ($p=0,975$). Porém, houve diferença em relação à escolaridade ($p<0,001$) e ao sexo ($p=0,016$), sendo que os indivíduos analfabetos apresentaram escores no MEEM significativamente menores do que os alfabetizados, e os homens apresentaram escores significativamente maiores, quando comparados com as mulheres.

A faixa etária entre 95 e 100 anos, que está representada por apenas duas mulheres, as quais tiveram o valor mínimo de pontuação de 18 e o máximo de 21, apresentou escores proporcionalmente maiores quando comparada aos idosos mais jovens do estudo.

Na avaliação do comprometimento cognitivo medido pelos pontos de corte de Bertolucci *et al* (1994), visualiza-se no Gráfico 3 a relação entre o comprometimento cognitivo e o sexo dos idosos *mais velhos*. As mulheres apresentaram aproximadamente 10% a mais de comprometimento cognitivo, porém estatisticamente não-significante ($p=0,170$).

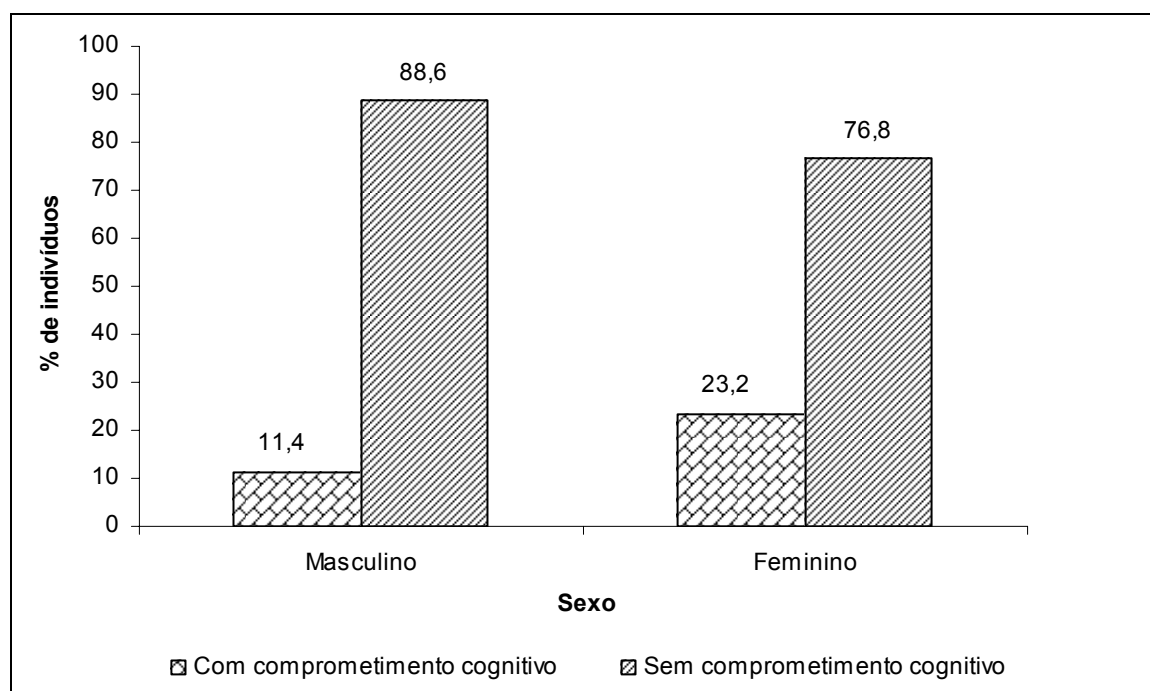


Gráfico 3 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos *mais velhos*, segundo o sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

No Gráfico 4 apresenta-se a distribuição do comprometimento cognitivo segundo a faixa etária. Observa-se que o percentual de comprometimento cognitivo aumenta à medida que a idade avança, com exceção da faixa etária de 95 a 100 anos, que não apresentou nenhum caso de comprometimento. Essas diferenças também não foram estatisticamente significativas ($p=0,298$).

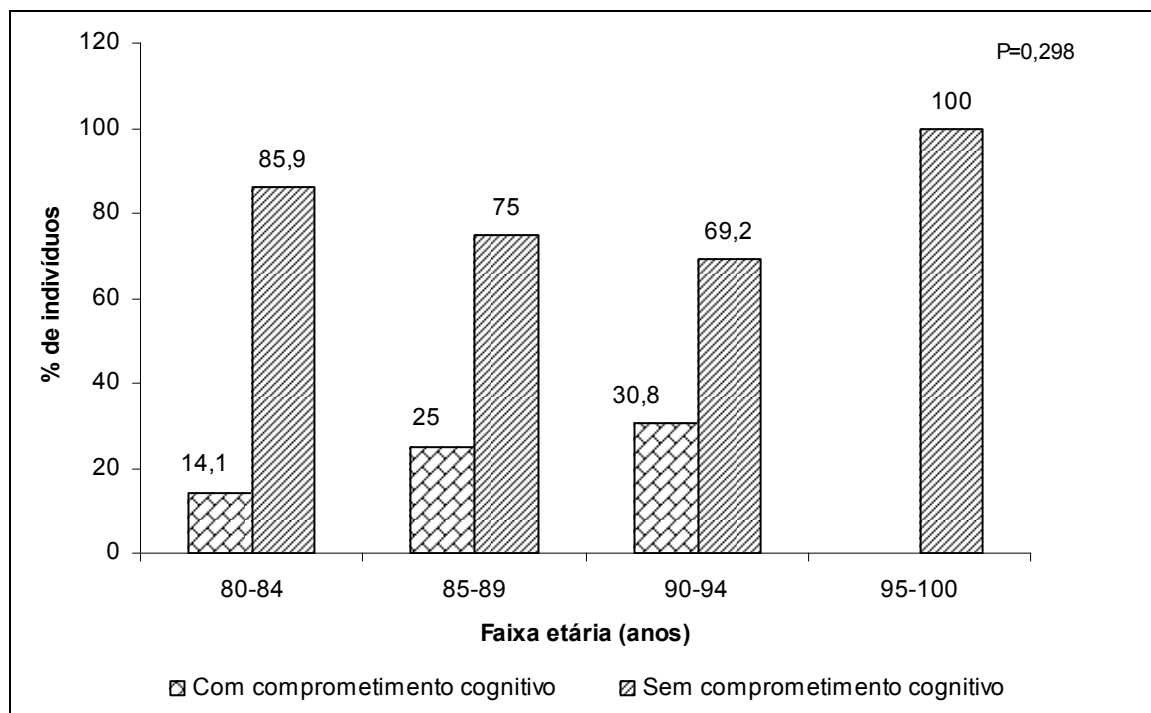


Gráfico 4 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos *mais velhos*, segundo a faixa etária. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Visualiza-se no Gráfico 5 que 22,5% dos analfabetos apresentavam comprometimento cognitivo. Esse percentual reduziu-se à medida que o nível de escolaridade aumentou, chegando a nenhum caso no grupo de maior escolaridade (5-8 anos). Porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,315$).

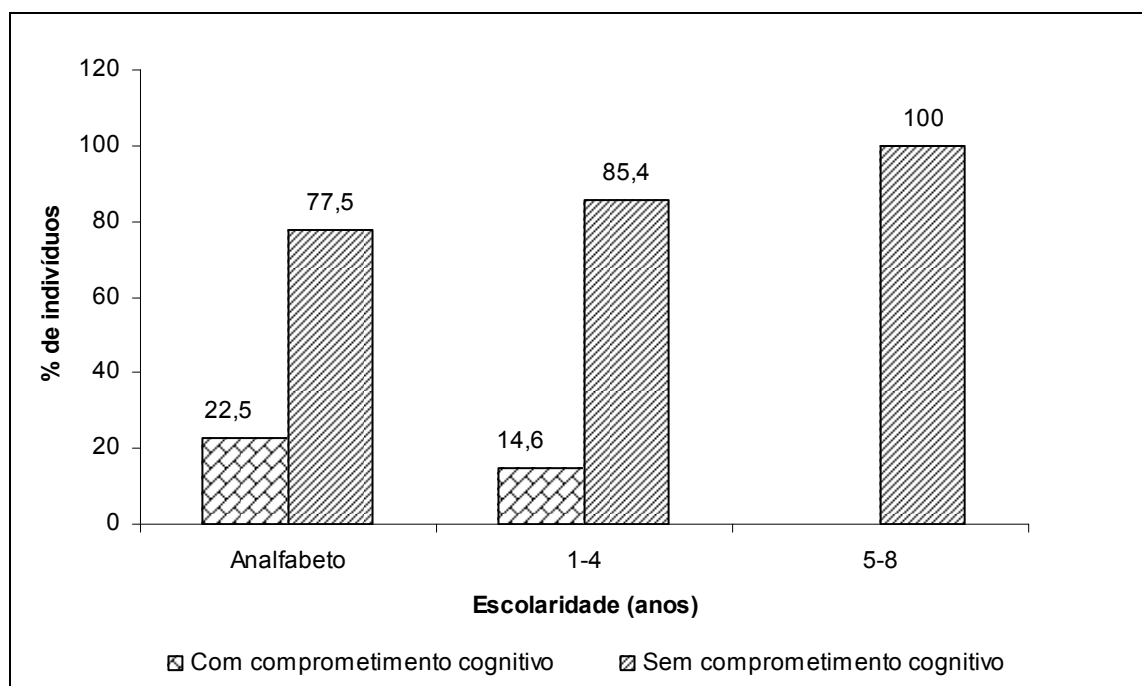


Gráfico 5 – Distribuição do comprometimento cognitivo dos idosos *mais velhos*, segundo a escolaridade. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

5.3 Seção C: Condições das moradias rurais

Com relação ao local de moradia, todos os idosos *mais velhos* são residentes do meio rural, porém em propriedades que diferem em tamanho de área, como chácaras ou sítios, 86 (62,8%); campo, 33 (24,1%); fazendas, 12 (8,8%); assentamentos, 5 (3,6%); e apenas 1 (0,7%) mora em vila. Essa distribuição por tipos, demonstra a predominância de pequenas propriedades rurais. Destas, 125 (91,2%) são de propriedade dos idosos ou de suas famílias; 9 (6,6%) são cedidas ou emprestadas; e 3 (2,2%) idosos informaram “outros”, na situação do imóvel.

Quanto ao tipo de construção, houve predominância de 105 (76,6%) de alvenaria, seguido por 21 (15,3%) de madeira; 10 (7,3%), mista; e 1 (0,7 %) de barro.

Nessas moradias, o número de cômodos (peças) mínimo foi de 1 (0,7%), e o máximo de 14 (0,7%), com a média de 6,1 ($\pm 2,1$). Dos cômodos (peças) das moradias, encontrou-se que, na média de 2,6 ($\pm 1,0$), são usados para dormir.

Na maior parte, o piso das casas é de cimento ou cerâmica, em 78 (56,9%); de terra, em 39 (28,5%); e de madeira ou parquê, em 20 (14,6%).

Com relação às instalações hidrossanitárias, 122 (89,1%) possuem água encanada dentro de casa; 8 (5,8%) possuem água fora de casa e no terreno; e 7 (5,1%) não possuem água encanada. A água é, em 129 (94,2%) das moradias, provinda de fonte ou vertente; em 5 (3,6%), de fonte pública; e em 3 casos (2,2%) a propriedade não possui água. O tipo de esgoto é, na maioria, fossa séptica, em 103 (75,2%) casos; seguidos pelo esgoto a céu aberto em 33 (24,1%); e em 1 (0,7%) está ligado à rede pública.

A maioria das residências, 102 (74,5%), onde vivem os idosos, possui banheiros dentro de casa; em 14 (10,2%), o banheiro está fora de casa e não tem descarga; em 10 (7,3%), o banheiro está fora e tem descarga; em 5 (3,6%), o banheiro situa-se dentro de casa, mas não tem descarga; e ainda há 6 (4,4%) que não possuem banheiro.

Em 102 (74,5%) residências há luz elétrica, que nem sempre provém da rede pública, e, sim de geradores a combustível. O tratamento do lixo no meio rural ocorre muitas vezes por queima, em 105 (76,6%) casos; o lixo é enterrado em 39

(28,5%); em 25 (18,9%) é jogado fora; e em 8 (5,8%) é recolhido pela prefeitura, dependendo da localização da propriedade e dos hábitos da família.

Quanto à posse de bens duráveis, 87 (63,5%) possuem televisão; 100 (73,0%) têm geladeira; 115 (83,9%) têm fogão a gás; 135 (98,5%) têm fogão a lenha; 132 (96,4%), rádio; e 48 (35,0%) possuem automóvel. O fogão a lenha é utilizado como aquecedor e, por isso, apenas 11 (8,0%) têm aquecedor a gás, embora seja uma região considerada muito fria no Estado do Rio Grande do Sul.

Os meios de comunicação mais utilizados foram: o rádio, em 112 (81,8%) casos; o telefone (celular/telefonia rural), em 86 (62,8%); os agentes de saúde, em 83 (60,3%); e os vizinhos, em 82 (59,9%).

Os principais meios de transporte referidos pelos idosos foram, respectivamente, o ônibus, por 104 (75,9%); e o automóvel, por 73 (53,3%); este, entretanto, nem sempre é de propriedade do idoso; 57 (41,6%) informam que andam a pé; e 31 (22,6%) andam a cavalo.

Nas propriedades onde vivem os idosos, 122 (89,1%) produzem alimentos para subsistência, para comercializar ou ainda para ambas as finalidades; por exemplo: 115 (94,3%) produzem frutas; 117 (95,9%), hortaliças; e 113 (92,6%) possuem criação de aves, gado e ovelhas.

Com relação aos maiores gastos nos últimos seis meses, os idosos informaram ser a alimentação, em 87 (64,4%) dos casos; a medicação, em 47 (34,8%); e o transporte, em 1 (0,7%).

5.4 Seção D: Composição familiar dos idosos mais velhos

Os idosos *mais velhos* do meio rural de Encruzilhada do Sul vivem, na maioria dos casos, acompanhados, 121 (88,3%); sendo que, destes, 76 (62,8%) vivem com familiares; 32 (26,4%), com o cônjuge; 8 (6,6%), com acompanhante familiar e 5, (4,1%) com outra pessoa.

Dos que vivem acompanhados, 116 (95,9%) informaram gostar de viver nessa situação; apenas 4 (3,3%) afirmaram que não gostam; e 1 (0,8%) não respondeu. Dos restantes, 16 que vivem só, mais da metade (56,3%), não gostam de estar nessa situação.

Conforme a Tabela 4, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p < 0,001$) no que se refere às pessoas com quem os idosos vivem, sendo que, dos que vivem com familiares, 75% são as mulheres, enquanto, dos que moram com o cônjuge, 65,6% são homens.

Tabela 4 – Composição familiar segundo o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Composição familiar	População (N=137)		Feminino (N=87)		Masculino (N=50)		P
	n (%)	Mediana (P25;P75)	N (%)	Mediana (P25;P75)	n (%)	Mediana (P25;P75)	
Com quem mora							
Familiares	76 (59,4)	-	57 (75,0)	-	19 (25,0)	-	< 0,001 ^a
Esposo (a)	32 (25,0)	-	11 (34,4)	-	21 (65,6)	-	
Acompanhante familiar	8 (6,3)	-	8 (100,0)	-	0 (0,0)	-	
Outra pessoa	5 (3,9)	-	4 (80,0)	-	1 (20,0)	-	
Sozinho	16 (11,7)	-	7 (43,7)	-	9 (56,2)	-	
Nº de filhos	-	3,0 (1,0; 4,0)	-	2,0 (1,0; 4,0)	-	3,0 (1,0; 3,0)	0,580 ^b
Nº de filhas	-	2,0 (1,0; 3,0)	-	2,0 (1,0; 3,0)	-	2,0 (1,0; 4,0)	0,545 ^b
Tem algum filho falecido	62 (46,63)	-	42 (67,7)	-	20 (32,3)	-	0,497 ^a
Nº de filhos falecidos	-	1,0 (1,0; 2,0)	-	1,0 (1,0; 2,3)	-	1,5 (1,0; 2,0)	0,993 ^b
Teve ou tem enteados	9 (6,7)	-	5 (55,6)	-	4 (44,4)	-	0,724 ^a
Tem ou teve filhos adotivos	34 (27,2)	-	25 (73,5)	-	9 (26,5)	-	0,218 ^a
Possui irmãos vivos	99 (72,8)	-	65 (65,7)	-	34 (34,3)	-	0,639 ^a

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson.

^b Teste de Mann-Whitney.

Legenda: P25 = Percentil 25; P75 = Percentil 75.

Quanto ao número de filhos e filhas, não houve diferença significativa entre os idosos, sendo que a mediana de filhos, para os homens idosos, foi de 3,0 (P25=1,0; P75=3,0), e para as mulheres foi de 2,0 (P25=1,0; P75=4,0). Em relação ao número de filhas, a mediana para os homens idosos foi de 2,0 (P25=1,0; P75=4,0), e para as mulheres idosas, de 2,0 (P25=1,0; P75=3,0). Destes, em mediana, 1,0 (P25=1,0; P75=2,3) filho(a) faleceu para as mulheres e 1,5 (P25=1,0; P75=2,0) filhos(as)

faleceram para os homens. Portanto, considerando a mediana, a metade dos filhos e filhas dos idosos *mais velhos* já faleceram.

Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados os idosos e as idosas, com relação a terem enteados(as) ou filhos(as) adotivos. Quanto ao fato de terem ou não irmãos vivos, não houve diferença entre os sexos ($p=0,639$).

5.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos mais velhos

A Tabela 5 se refere às condições de saúde e a alguns hábitos de vida dos idosos de Encruzilhada do Sul (RS) que vivem no meio rural.

Tabela 5 – Auto-avaliação da saúde segundo o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Condições de saúde	População total (N=137)	Feminino (N=87)	Masculino (N=50)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Auto-avaliação da saúde				
Ótima	8 (5,8)	2 (25,0)	6 (75,0)	0,111 ^a
Boa	45 (32,8)	28 (62,2)	17 (37,8)	
Regular	64 (46,7)	41 (64,1)	23 (35,9)	
Ruim	15 (10,9)	12 (80,0)	3 (20,0)	
Péssima	5 (3,6)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Comparação da saúde com outras pessoas				
Ótima	24 (17,6)	12 (50,0)	12 (50,0)	0,552 ^a
Boa	64 (47,1)	42 (65,6)	22 (34,4)	
Regular	39 (28,7)	25 (64,1)	14 (35,9)	
Ruim	8 (5,9)	6 (75,0)	2 (25,0)	
Péssima	1 (0,7)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Comparação da saúde atual com a de 12 meses atrás				
Melhor	15 (10,9)	11 (73,3)	4 (26,7)	0,178 ^a
Igual	79 (57,7)	45 (57,0)	34 (43,0)	
Pior	43 (31,4)	31 (72,1)	12 (27,9)	
Uso de medicações				
Sim	108 (78,8)	72 (66,7)	36 (33,3)	0,205 ^a
Não	29 (21,2)	15 (51,7)	14 (48,3)	

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Encontraram-se 64 (46,7%) que consideram sua saúde regular; para 45 (32,8%) ela é boa; para 15 (10,9%), ruim; para 8 (5,8%), ótima; e 5 (3,6%) a consideraram péssima. Quando compararam sua saúde com a de outras pessoas, 64 (47,1%) referiram que sua saúde era boa; 39 (28,7%), que era regular; 24 (17,6%), ótima; 8 (5,9%), ruim; e 1 (0,7%) péssima. E quando compararam sua saúde atual com a de doze meses atrás, 79 (57,7%) disseram que ela estava igual; 43 (31,4%), pior; e 15 (10,9%), melhor.

Quanto ao uso de medicação, a maioria (78,8%) informou fazer uso de algum medicamento. A maioria dos que usam medicação são mulheres (66,7%); porém, quando comparadas aos homens, não houve diferença estatisticamente significativa.

Na avaliação de saúde auto-referida conforme o sexo dos idosos *mais velhos*, observou-se que, dos que referiram sua saúde como ótima, 6 (75%) eram homens e 2 (25,0%) mulheres; e, no outro extremo, como péssima, encontram-se 4 (80%) mulheres e 1 (20,0%) homem.

Não houve diferença significativa entre homens e mulheres quando perguntados sobre sua saúde, quando comparada com a de outras pessoas de sua faixa etária.

De maneira geral, a proporção de mulheres em cada categoria representa a proporção de mulheres na amostra total ($87/137 = 63,5\%$), com alguma diferença nos extremos, em que elas mais se concentram.

Quando avaliada a autopercepção de saúde em relação às faixas etárias por sexo, na Tabela 6, foi possível observar que os idosos que se consideram com menos saúde estão na faixa etária de 80-84 anos, tanto para os homens como para as mulheres.

Houve associação limítrofe ($p=0,063$) entre a faixa etária e a questão da comparação da saúde com a de outras pessoas da mesma idade nos homens, sendo que os que referiram sua saúde como ótima se encontram na faixa etária de 85-89 anos.

Em relação à autopercepção e à comparação da saúde atual com a de 12 meses atrás, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias em ambos os sexos.

É possível destacar que as representantes da faixa etária mais avançada, acima de 90 anos, percebem sua saúde de forma positiva, porém com consciência de que sua saúde está igual ou pior de que a de um ano atrás.

Tabela 6 – Avaliação da saúde pessoal segundo faixa etária por sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Condições de saúde	Feminino (N=87)				Masculino (N=50)			
	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Auto-avaliação da saúde								
Ótima	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Boa	14 (50,0)	10 (35,7)	3 (10,7)	1 (3,6)	9 (52,9)	7 (41,2)	1 (5,9)	0 (0,0)
Regular	27 (65,9)	11 (26,8)	2 (4,9)	1 (2,4)	10 (43,5)	7 (30,7)	6 (26,1)	0 (0,0)
Ruim	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Péssima	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Comparação da saúde com outras pessoas								
Ótima	6 (50,0)	3 (25,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	0 (0,0)
Boa	25 (59,5)	14 (33,3)	2 (4,8)	1 (2,4)	15 (68,2)	6 (27,3)	1 (4,5)	0 (0,0)
Regular	19 (76,0)	4 (16,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	6 (42,9)	4 (28,6)	4 (28,6)	0 (0,0)
Ruim	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Péssima	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Comparação da saúde atual com a de 12 meses atrás								
Melhor	8 (72,7)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Igual	24 (53,3)	14 (31,1)	5 (11,1)	2 (4,4)	15 (44,1)	14 (41,2)	5 (14,7)	0 (0,0)
Pior	34 (77,4)	6 (19,4)	1 (3,2)	0 (0,0)	6 (50,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	0 (0,0)

Na prática de atividades físicas, conforme a Tabela 7, a caminhada é a atividade física mais referida, 81 (59,1%), pelos idosos(as). Observou-se que a atividade de andar a cavalo apresentou uma associação significativa com o sexo ($p < 0,001$) quando 82,4% dos que praticam essa atividade física são homens.

Tabela 7 – Avaliação dos hábitos de vida, segundo prática de atividade física e uso do tempo livre, conforme o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Hábitos de vida*	População	Feminino	Masculino	P
	(N=137)	(N=87)	(N=50)	
	n (%)	n (%)	N (%)	
Prática de atividade física				
Sim	87 (63,5)	46 (18,0)	41 (82,0)	0,001 ^a
Não	50 (36,5)	41 (82,0)	9 (18,0)	
Tipo de atividade física				
Caminhada	81 (59,1)	43 (53,1)	38 (46,9)	0,884 ^a
Andar a cavalo	34 (24,8)	6 (17,6)	28 (82,4)	< 0,001 ^a
Jogar bocha	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	0,954 ^b
Futebol	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	0,954 ^b
Outra	3 (2,2)	0 (0,0)	3 (100,0)	0,201 ^b
O que faz no tempo livre				
Leitura	16 (11,7)	11 (68,8)	5 (31,3)	0,851 ^a
Assiste televisão	72 (52,6)	45 (62,5)	27 (37,5)	0,937 ^a
Ouve rádio	83 (60,6)	51 (61,4)	32 (38,6)	0,661 ^a
Passeio/visitas	57 (41,6)	35 (61,4)	22 (38,6)	0,802 ^a
Atividades manuais	38 (27,7)	27 (71,1)	11 (28,9)	0,348 ^a
Dança	9 (6,6)	6 (66,7)	3 (33,3)	1,000 ^b
Jogo de cartas	9 (6,6)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,001 ^b
Outras atividades	8 (5,8)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,463 ^b

* As variáveis acima tiveram múltiplas respostas.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

^b Teste Exato de Fisher

Com relação ao uso do tempo livre, houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação ao jogo de cartas ($p = 0,001$), sendo este mais frequentemente praticado pelos homens (88,9%).

Nas demais opções, não houve diferenças significativas entre os sexos, e as preferências recaíram sobre ouvir rádio, de 83 (60,6%); assistir televisão, de 72 (52,6%); fazer passeios e visitas, de 57 (41,6%); e atividade manuais, de 38 (27,7%). Poucos são os que dançam, jogam cartas ou têm outras atividades.

Na Tabela 8, destaca-se que apenas 16 (11,7%) dos idosos possuem o hábito de fumar, contabilizando a média de 55,9 ($\pm 22,3$) anos desse hábito. A média de

tempo do uso do cigarro entre as mulheres foi de 47,3 (\pm 21,1), e entre os homens foi de 64,5 (\pm 21,2).

Tabela 8 – Avaliação dos hábitos de vida segundo o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Hábitos de vida	População total (N=137)	Feminino (N=87)	Masculino (N=50)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Uso de cigarro				
Sim	16 (11,7)	8 (50,0)	8 (50,0)	0,359 ^a
Não	121 (88,3)	79 (65,3)	42 (34,7)	
Já fumou				
Sim	38 (31,7)	11 (28,9)	27 (71,1)	< 0,001 ^a
Não	99 (68,3)	76 (76,8)	23 (23,2)	
Uso de álcool				
Não bebe	105 (76,6)	81 (77,1)	24 (22,9)	< 0,001 ^a
Já bebeu no passado	13 (9,5)	3 (23,1)	10 (76,9)	
Bebe eventualmente	17 (12,4)	2 (11,8)	15 (88,2)	
Bebe de 4-7 x/semana	2 (1,5)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Nº de refeições diárias				
Três ou mais	130 (94,9)	82 (63,1)	48 (36,9)	1,000 ^a
Duas	7 (5,1)	5 (71,4)	2 (28,6)	
Uma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Consumo de alimentos				
Ovos e leguminosas (1x/semana)	132 (96,4)	83 (62,9)	49 (37,1)	0,652 ^a
Frutas e verduras (2x/semana)	123 (89,8)	77 (62,6)	46 (37,4)	0,721 ^a
Carnes, peixes ou aves (3x/semana)	131 (95,6)	84 (64,1)	47 (35,9)	0,668 ^a
Leite, queijo ou produtos lácteos (1x/dia)	122 (89,7)	79 (64,8)	43 (35,2)	0,789 ^a
Consumo de líquidos				
Menos de 3 copos	28 (20,7)	17 (60,7)	11 (39,3)	0,812 ^a
De 3 a 5 copos	60 (44,4)	40 (66,7)	20 (33,3)	
Mais de 5 copos	47 (34,8)	29 (61,7)	18 (38,3)	
Toma chimarrão				
Sim	94 (68,6)	55 (58,5)	39 (41,5)	0,109 ^a
Não	43 (31,4)	32 (74,4)	11 (25,6)	

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Os tipos de cigarros fumados pelos idosos são mais freqüentemente os de palha (81,3%), os de maço (56,3%) e os de papel (50,0%), não apresentando diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres. Quanto ao hábito de fumar no passado, encontrou-se associação significativa ($p < 0,001$) com o sexo, quando, dos que já fumaram, 71,1% são homens.

O hábito de não ingerir álcool mostrou associação significativa ($p < 0,001$) quanto ao sexo, pois, dos que não ingerem álcool, 77,1% são mulheres. Ainda assim, dos que bebem, há uma leve predominância masculina, pois a maioria dos que já beberam no passado ou bebem eventualmente são homens.

Com relação aos hábitos alimentares, observou-se que também não existem diferenças significativas entre mulheres e homens. Quase a totalidade dos entrevistados, 130 (94,9%), responderam que fazem três ou mais refeições por dia, incluindo o café da manhã. A maioria dos idosos consome ovos e leguminosos uma vez por semana, 132 (96,4%); frutas e verduras, duas vezes por semana, 123 (89,8%); carnes, peixes ou aves, três vezes por semana, 131 (95,6%); leite, queijo ou produtos lácteos uma vez ao dia, 122 (89,7%).

Quanto ao consumo de líquidos, 28 (20,7%) informaram que tomam menos de 3 copos ao dia, 60 (44,4%) ingerem de 3 a 5 copos e 47 (34,8%), mais de 5 copos. Mais da metade, 94 (68,6%), dos idosos cultiva o hábito do chimarrão, sendo que a média de vezes diária é de 2,4 ($\pm 1,0$).

Na Tabela 9 encontram-se os dados referentes aos problemas de audição, visão, fala, mastigação e deglutição, que podem dificultar a vida diária e afetar as condições de saúde dos idosos mais velhos.

Dos 137 idosos, 56 (40,9%) referem problemas de audição, sendo que, destes, apenas 3 (2,3%) mencionaram usar prótese com melhora; 36 (27,3%) não usam, mas necessitariam.

Quanto aos problemas de visão, a maioria dos idosos, 97 (70,8%) acusam problemas; destes, 53 (39,6%) usam óculos com melhora; 9 (6,7%) usam óculos sem nenhuma melhora; e 33 (24,6%) não usam óculos, mas necessitariam.

A maioria, 104 (75,9%), dos idosos diz que nunca sente dificuldade para falar; 22 (16,1%), raramente; 10 (7,3%), muito freqüentemente; e apenas 1 (0,7%) sempre sente dificuldade de falar. Não houve diferença estatística entre os sexos em relação às questões acima.

Quanto à presença de dentes, encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p = 0,037$) com o sexo, pois, dos 96 (70,1%) que não possuem nenhum dente, 68 (70,8%) são mulheres e 28 (29,2%) são homens. Os homens possuem mais dentes, pois 16 (61,5%) têm mais da metade. A prótese dentária superior e inferior está presente em 63 (46,0%) dos idosos; 33 (24,1%) usam apenas a superior; 1 (0,7%) usa apenas a inferior; e 40 (29,2%) não usam de espécie alguma.

Tabela 9 – Avaliação das condições de saúde conforme o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Condições de saúde	População total (N=137)	Feminino (N=87)	Masculino (N=50)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Problemas de audição	56 (40,9)	31 (55,4)	25 (44,6)	0,143 ^a
Usa aparelho de audição				
Sim, com melhora	3 (2,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,201 ^a
Sim, sem melhora	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não, mas necessitaria	36 (27,3)	19 (52,8)	17 (47,2)	
Não, sem necessidade	93 (70,5)	62 (66,7)	31 (33,7)	
Problemas de visão	97 (70,8)	65 (67,0)	32 (33,0)	0,241 ^a
Usa óculos				
Sim, com melhora	53 (39,6)	36 (67,9)	17 (32,1)	0,310 ^a
Sim, sem melhora	9 (6,7)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Não, mas necessitaria	33 (24,6)	20 (60,6)	13 (39,4)	
Não, sem necessidade	37 (27,6)	19 (51,4)	18 (48,6)	
É cego	2 (1,5)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Sente dificuldade de falar				
Nunca	104 (75,9)	67 (64,4)	37 (35,6)	0,543 ^a
Raramente	22 (16,1)	13 (59,1)	9 (40,9)	
Muito freqüentemente	10 (7,3)	7 (70,0)	3 (30,0)	
Sempre	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Possui os dentes?				
Nenhum	96 (70,1)	68 (70,8)	28 (29,2)	0,037 ^a
Sim, alguns ou menos da metade	26 (19,0)	10 (38,5)	16 (61,5)	
Sim, só em cima	4 (2,9)	2 (50,0)	2 (50,0)	
Sim, só embaixo	10 (7,3)	6 (60,0)	4 (40,0)	
Todos	1 (0,7)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Dificuldade de mastigação				
Não	74 (54,0)	45 (60,8)	29 (39,2)	0,437 ^a
Difícilmente/Raramente	12 (8,8)	9 (75,0)	3 (25,0)	
Apenas para alimentos duros	40 (29,2)	24 (60,0)	16 (40,0)	
Sempre, qualquer tipo alimento	11 (8,0)	9 (81,8)	2 (18,2)	
Uso de prótese dentária				
Não usa	40 (29,2)	24 (59,0)	16 (41,0)	0,373 ^a
Sim, em cima	33 (24,1)	19 (57,6)	14 (42,4)	
Sim, embaixo	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Sim, em cima e embaixo	63 (46,0)	44 (69,8)	19 (30,2)	
Dificuldade de engolir				
Não	106 (77,4)	66 (62,3)	40 (37,7)	0,058 ^a
Difícilmente/Raramente	8 (5,8)	7 (87,5)	1 (12,5)	
Apenas para alimentos duros	17 (12,7)	8 (47,1)	9 (52,9)	
Sempre, qualquer tipo alimento	6 (4,4)	6 (100,0)	0 (0,0)	
Engasga com freqüência				
Sim	12 (8,9)	7 (58,3)	5 (41,7)	0,894 ^a
Não	112 (83,0)	73 (65,1)	39 (34,9)	
Às vezes	11 (8,1)	7 (63,6)	4 (36,4)	

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

Com relação à dificuldade de mastigação, 74 (54,0%) informam não ter dificuldade; 40 (29,2%), apenas para alimentos duros; 12 (8,8%), raramente; e 11 (8,0%) sempre têm dificuldade de mastigar.

A maioria dos idosos, 106 (77,4%), refere que não possui nenhuma dificuldade de engolir e 112 (83,0%) informam que não engasgam com frequência.

A Tabela 10 se refere às quedas sofridas pelos idosos *mais velhos*. Essas quedas não são restritas ao ambiente doméstico. Observou-se que, do total dos idosos, 34 (24,3%) tiveram algum tipo de queda, sendo que as mulheres caíram mais que os homens, pois, dos que sofreram quedas, 73,5% são mulheres.

Em 48,5% das quedas, houve pequenas escoriações. A mediana de quedas no último ano foi de 1,0 (P25=1,0; P75=2,0) para a população total dos idosos.

Os idosos mais velhos usam acessórios, como bengalas (27,7%) e encostam-se em móveis e paredes (27,7%), como meio de apoio nas suas atividades da vida diária.

Tabela 10 – Avaliação da frequência de quedas e uso de apoio para as atividades da vida diária (AVD) segundo o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Frequência de quedas, consequências e uso de apoio para as AVD	População total (N=137)	Feminino (N=87)	Masculino (N=50)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Frequência de quedas no último ano	34 (24,3)	25 (73,5)	9 (26,3)	0,232 ^a
Consequências da queda				
Sem machucado	10 (30,3)	8 (80,0)	2 (20,0)	0,744 ^a
Pequeno machucado	16 (48,5)	12 (75,0)	4 (25,0)	
Ferimento com pontos	2 (6,1)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Fratura fechada	5 (15,2)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Fratura exposta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Aparelho ou meio de apoio para AVD*				
Corrimão	8 (5,8)	6 (75,0)	2 (25,0)	0,710 ^b
Andador	3 (2,2)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,554 ^b
Bengala	38 (27,7)	28 (73,7)	10 (26,3)	0,182 ^a
Muletas	8 (5,8)	6 (62,8)	2 (37,2)	0,710 ^b
Móveis ou paredes	38 (27,7)	26 (68,4)	12 (31,6)	0,587 ^a
Cadeira de rodas	4 (2,9)	2 (50,0)	2 (50,0)	0,623 ^b

* Variável com múltiplas respostas.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

^b Teste Exato de Fisher

Na Tabela 11, que segue, encontram-se os problemas de saúde que interferem ou não nas atividades de vida dos idosos *mais velhos*.

Na população total da pesquisa, que considera que o problema de saúde interfere nas atividades de vida diárias, o reumatismo está em primeiro lugar: com 30,7%, seguido pelos problemas de coluna, com 28,5%; insônia, com 27,0%; pressão alta, com 22,1%; catarata, com 21,9%; problemas de nervos, com 19,9%; e problemas cardíacos, com 16,8%. Entretanto, quando são consideradas as opções *sim, interfere* e *sim, não interfere*, as quais indicam a presença de problemas de saúde, o resultado se altera: pressão alta, 49,6%; problemas de coluna, 44,5%; reumatismo, 43,0%; insônia, 36,4%; e catarata e má circulação, 29,9%.

Os problemas de saúde menos relatados (inferior a 5%) na população total foram, respectivamente, tuberculose (0%), câncer (0,7%), obesidade (1,5%), doença de Parkinson (2,9%), incontinência fecal (3,6%) e diabetes (4,4%).

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre reumatismo ($p=0,034$) e pressão alta ($p=0,008$) com o sexo, pois 37,9% das mulheres informam que o reumatismo interfere em suas vidas, e dos homens, 18,0%. Do total de mulheres, 59,3% informam ter pressão alta, enquanto, dos homens, 34% referem apresentar esse problema de saúde. Nos demais problemas, não houve associação significativa. Vale pontuar que apenas 1 homem informou ter tido câncer de próstata.

Tabela 11 – Problemas de saúde que interferem ou não nas atividades diárias conforme o sexo dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Problemas de saúde referidos	População total (N=137)			Feminino (N=87)			Masculino (N=50)			P ^a
	Não	Sim, interfere	Sim, não interfere	Não	Sim, interfere	Sim, não interfere	Não	Sim, interfere	Sim, não interfere	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Reumatismo	78 (56,9)	42 (30,7)	17 (12,4)	46 (52,9)	33 (37,9)	8 (9,2)	32 (64,0)	9 (18,0)	9 (18,0)	0,034
Asma/Bronquite	126 (92,0)	5 (3,6)	6 (4,4)	82 (94,3)	2 (2,3)	3 (3,4)	44 (88,0)	3 (6,0)	3 (6,0)	0,407
Pressão alta	68 (50,0)	30 (22,1)	38 (27,9)	35 (40,7)	20 (23,3)	31 (36,0)	33 (66,0)	10 (20,0)	4 (14,0)	0,008
Má circulação	96 (74,0)	17 (12,4)	24 (17,5)	59 (67,8)	12 (13,8)	16 (18,4)	37 (74,0)	5 (10,0)	8 (16,0)	0,724
Diabetes	131 (95,6)	3 (2,2)	3 (2,2)	85 (97,7)	1 (1,1)	1 (1,1)	46 (92,0)	2 (4,0)	2 (4,0)	0,292
Obesidade	135 (98,5)	1 (0,7)	1 (0,7)	85 (97,7)	1 (1,1)	1 (1,1)	50 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,558
Derrame	124 (90,5)	10 (7,3)	3 (2,2)	79 (90,8)	7 (8,0)	1 (1,1)	45 (90,0)	3 (6,0)	2 (4,0)	0,506
Incontinência urinária	115 (83,9)	18 (13,1)	4 (2,9)	74 (85,1)	12 (13,8)	1 (1,1)	41 (82,0)	6 (12,0)	3 (6,0)	0,263
Prisão de ventre	118 (86,1)	11 (8,0)	8 (5,8)	73 (83,9)	9 (10,3)	5 (5,7)	45 (90,0)	2 (4,0)	3 (6,0)	0,421
Insônia	87 (63,5)	37 (27,0)	13 (9,5)	50 (57,5)	29 (33,3)	8 (9,2)	37 (74,0)	8 (16,0)	5 (10,0)	0,085
Catarata	96 (70,1)	30 (21,9)	11 (8,0)	58 (66,7)	21 (24,1)	8 (9,2)	38 (76,0)	9 (18,0)	3 (6,0)	0,510
Problema de coluna	76 (55,5)	39 (28,5)	22 (16,1)	52 (59,8)	23 (26,4)	12 (13,8)	24 (48,0)	16 (32,0)	10 (20,0)	0,387
Artrite/Artrose	122 (90,4)	8 (5,9)	5 (3,7)	76 (88,4)	6 (7,0)	4 (4,7)	46 (93,9)	2 (4,1)	1 (2,0)	0,571
Osteoporose	126 (94,0)	8 (6,0)	0 (0,0)	79 (92,9)	6 (7,1)	0 (0,0)	47 (95,9)	2 (4,1)	0 (0,0)	0,710
Problema de nervos	92 (67,6)	27 (19,9)	17 (12,5)	57 (65,5)	18 (20,7)	12 (13,8)	35 (71,4)	9 (18,4)	5 (10,2)	0,752
Tuberculose	137 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	87 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	50 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Problemas cardíacos	102 (74,5)	23 (16,8)	12 (8,8)	63 (72,4)	16 (18,4)	8 (9,2)	39 (78,0)	7 (14,0)	4 (8,0)	0,760
Anemia	125 (91,9)	3 (2,2)	8 (5,9)	79 (90,8)	3 (3,4)	5 (5,7)	46 (93,9)	0 (0,0)	3 (6,1)	0,421
Doença de Parkinson	133 (97,1)	3 (2,2)	1 (0,7)	85 (87,7)	2 (2,3)	0 (0,0)	48 (96,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	0,414
Incontinência fecal	132 (96,4)	3 (2,2)	2 (1,5)	84 (96,6)	2 (2,3)	1 (1,0)	48 (96,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	0,918
Câncer*	134 (99,3)	0 (0,0)	1 (0,7)	85 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (98,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	0,370

* Relatado um caso de câncer de próstata.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

5.6 Seção F: Avaliação funcional: desempenho das atividades da vida diária

O comprometimento funcional dos idosos *mais velhos* estará representado nas tabelas a seguir. Com base na avaliação da capacidade funcional, é possível classificar os idosos como independentes ou dependentes (em maior ou menor grau) para as atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

Na Tabela 12, observa-se que pouco mais da metade (54,8%) dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul não apresentam qualquer tipo de comprometimento para as atividades básicas da vida diária; porém, a outra parte (45,2%) possui alguma limitação que dificulta o seu dia-a-dia, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, cuidar da aparência, deitar/levantar da cama, ir ao banheiro a tempo e locomover-se.

Tabela 12 – Idosos *mais velhos* que apresentaram dificuldades no desempenho das atividades da vida diária (AVD) de Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Nº de AVDs comprometidas	n	%
Zero	75	54,8
1 a 3	35	25,5
4 a 6	18	13,1
7 ou mais	9	6,6
Total	137	100,0

Quando se avalia a capacidade funcional em número das atividades da vida diária que estão comprometidas, segundo a faixa etária e o sexo dos idosos, observa-se o demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13 – Capacidade funcional (AVD) dos idosos *mais velhos*, segundo a faixa etária e sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Nº de AVDs comprometidas	Total (N=137)		80 a 84 anos (N=80)		85 a 89 anos (N=42)		90 a 95 anos (N=13)		> 95 anos (N=2)	
	F (N=87)	M (N=50)	F (N=56)	M (N=24)	F (N=23)	M (N=19)	F (N=6)	M (N=7)	F (N=2)	M (N=0)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Zero	48,3	66,0	53,6	70,8	43,5	73,7	33,3	28,6	0,0	0,0
1 a 3	27,6	22,0	28,6	20,8	26,1	15,8	16,7	42,9	50,0	0,0
4 a 6	16,1	8,0	10,7	4,2	21,7	10,5	33,3	14,3	50,0	0,0
7 ou mais	8,0	4,0	7,1	4,2	8,7	0,0	16,7	14,3	0,0	0,0

Legenda: AVD: atividades básicas da vida diária; F: feminino; M: masculino.

O comprometimento funcional dos idosos está associado ao avanço da idade e ao sexo, pois as mulheres apresentam atividades básicas comprometidas em todas as faixas etárias, e com aumento do comprometimento superior aos homens, pois mais da metade (66,0%) dos homens não apresenta qualquer comprometimento.

Quando se verifica, na Tabela 14, o número de idosos *mais velhos* com dificuldade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), observa-se que a maioria, 84,7%, dos idosos apresenta alguma dificuldade em realizar as atividades, o que encontra respaldo na literatura.

Tabela 14 – Idosos *mais velhos* que apresentaram dificuldade no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Nº de AIVDs comprometidas	n	%
Zero	21	15,3
1 a 3	37	27,0
4 a 6	29	21,2
7 a 9	26	19,0
10 ou mais	24	17,5
Total	137	100,0

Assim como nas AVDs, quando se associa o número de AIVDs comprometidas com a faixa etária e o sexo, conforme a Tabela 15, novamente é possível afirmar que o avançar da idade e o sexo são significativos, pois as mulheres apresentam, de forma geral, maior comprometimento.

Tabela 15 – Capacidade funcional (AIVD) dos idosos *mais velhos*, segundo faixa etária e sexo. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Nº de AIVDs comprometidas	Total (N=137)		80 a 84 anos (N=80)		85 a 89 anos (N=42)		90 a 95 anos (N=13)		> 95 anos (N=2)	
	F (N=87)	M (N=50)	F (N=56)	M (N=24)	F (N=23)	M (N=19)	F (N=6)	M (N=7)	F (N=2)	M (N=0)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Zero	11,5	22,0	14,3	20,8	8,7	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0
1 a 3	23,0	34,0	21,4	41,7	30,7	26,3	16,7	28,6	0,0	0,0
4 a 6	25,3	14,0	28,6	12,5	26,1	15,1	0,0	14,3	0,0	0,0
7 a 9	19,5	18,0	17,9	16,7	17,4	21,1	16,7	14,3	100,0	0,0
10 ou mais	20,7	12,0	17,9	8,3	17,4	5,3	66,7	42,9	0,0	0,0

Legenda: AIVD: atividades instrumentais da vida diária; F: feminino; M: masculino.

Com relação ao grau de comprometimento nas AVDs e AIVDs, foi elaborada a Tabela 16, em que é possível observar que, na população geral dos idosos, as AVDs são as que apresentam menor comprometimento, ou seja, a maioria dos idosos consegue desempenhá-las sem dificuldades.

A AVD “alimentar-se” é realizada sem dificuldade por 87,6% dos idosos, e “locomover-se” é a que menos se realiza sem dificuldade, ocorrendo em 67,9% dos idosos.

Com relação ao “não consegue”, que é o grau máximo de dificuldade, observa-se que 6,6% idosos não conseguem executar as atividades de banhar-se e vestir-se; seguidos por 5,8% em “ir ao banheiro a tempo”; e 5,1% em “cuidar da aparência”.

Das AIVDs com maior comprometimento, ou seja, a classificada como “não consegue”, observa-se que “administrar finanças” atinge 24,8% dos idosos, sendo que o percentual dessa categoria é maior nas mulheres (31,0%) do que nos homens (14,0%). A atividade “fazer limpeza da casa” é a segunda em comprometimento, atingindo 23,4% dos idosos, sendo que o percentual dessa categoria também é maior nas mulheres (28,7%) do que nos homens (14,0%).

Observa-se, entretanto, que os idosos, na maioria, conseguem realizar as AIVDs independentemente ou com pouca dificuldade, demonstrando boa interação com o meio onde vivem.

Com relação a quem ajuda nas AVDs e AIVDs foi possível observar que em 100% os idosos têm alguém para ajudar, até os que moram sós. Esta ajuda provém primeiramente de filhos(as), genros e noras, depois, de esposos(as), netos(as), acompanhantes e amigos.

Tabela 16 – Níveis de comprometimento das atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Atividades da vida diária	População total (N=137)				Feminino (N=87)				Masculino (N=50)			
	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Não consegue	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Não consegue	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Não consegue
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Básicas												
Alimentar-se	120 (87,6)	13 (9,5)	3 (2,2)	1 (0,7)	73 (83,9)	12 (13,8)	1 (1,1)	1 (1,1)	47 (94,0)	1 (2,0)	2 (4,0)	0 (0,0)
Banhar-se	101 (73,7)	22 (16,1)	5 (3,6)	9 (6,6)	59 (67,8)	18 (20,7)	2 (2,3)	8 (9,2)	42 (84,0)	4 (8,0)	3 (6,0)	1 (2,0)
Vestir-se	105 (76,6)	18 (13,1)	5 (3,6)	9 (6,6)	63 (72,4)	14 (16,1)	3 (3,4)	7 (8,0)	42 (84,0)	4 (8,0)	2 (4,0)	2 (4,0)
Cuidar da aparência	109 (79,6)	17 (12,4)	4 (2,9)	7 (5,1)	65 (74,7)	14 (16,1)	3 (3,4)	5 (5,7)	44 (88,0)	3 (6,0)	1 (2,0)	2 (4,0)
Deitar/levantar da cama	104 (75,9)	23 (16,8)	4 (2,9)	6 (4,4)	65 (74,7)	14 (16,1)	4 (4,6)	4 (4,6)	39 (78,0)	9 (18,0)	0 (0,0)	2 (4,0)
Ir ao banheiro a tempo	110 (80,3)	17 (12,4)	2 (1,5)	8 (5,8)	66 (75,9)	14 (16,1)	2 (2,3)	5 (5,7)	44 (88,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	3 (6,0)
Locomover-se	93 (67,9)	29 (21,2)	10 (7,3)	5 (3,6)	54 (62,1)	24 (27,6)	6 (6,9)	3 (3,4)	39 (78,0)	5 (10,0)	4 (8,0)	2 (4,0)
Instrumentais												
Andar no plano	105 (76,6)	21 (15,3)	6 (4,4)	5 (3,6)	63 (72,4)	17 (19,5)	2 (2,3)	5 (5,7)	42 (84,0)	4 (8,0)	4 (8,0)	0 (0,0)
Subir e descer escadas	65 (47,4)	42 (30,7)	20 (14,6)	10 (7,3)	37 (42,5)	29 (33,3)	15 (17,2)	6 (6,9)	28 (56,0)	13 (26,0)	5 (10,0)	4 (8,0)
Transporte da cadeira para cama e vice-versa	101 (73,7)	27 (19,7)	4 (2,9)	5 (3,6)	63 (72,4)	18 (20,7)	3 (3,4)	3 (3,4)	38 (76,0)	9 (18,0)	1 (2,0)	2 (4,0)
Andar perto de casa	111 (81,0)	16 (11,7)	3 (2,2)	7 (5,1)	69 (79,3)	11 (12,6)	2 (2,3)	5 (5,7)	42 (84,0)	5 (10,0)	1 (2,0)	2 (4,0)
Medicar-se na hora	88 (64,2)	26 (19,0)	6 (4,4)	16 (11,7)	55 (63,2)	14 (16,1)	3 (3,4)	14 (16,1)	33 (66,0)	12 (24,0)	3 (6,0)	2 (4,0)
Preparar refeições	94 (68,6)	24 (17,5)	1 (0,7)	18 (13,1)	59 (67,8)	12 (13,8)	1 (1,1)	15 (17,2)	35 (70,0)	12 (24,0)	0 (0,0)	3 (6,0)
Cortar unhas dos pés	54 (39,4)	45 (32,8)	16 (11,7)	22 (16,1)	34 (39,1)	27 (31,0)	11 (12,6)	15 (17,2)	20 (40,0)	18 (36,0)	5 (10,0)	7 (14,0)
Uso de transporte público	66 (48,2)	34 (24,8)	14 (10,2)	23 (16,8)	34 (39,1)	26 (29,9)	10 (11,5)	17 (19,5)	32 (64,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	6 (12,0)
Fazer limpeza casa	59 (43,1)	35 (25,5)	11 (8,0)	32 (23,4)	33 (37,9)	23 (26,4)	6 (6,9)	25 (28,7)	26 (52,0)	12 (24,0)	5 (10,0)	7 (14,0)
Administrar finanças	65 (47,4)	29 (21,2)	9 (6,6)	34 (24,8)	32 (36,8)	22 (25,3)	6 (6,9)	27 (31,0)	33 (66,0)	7 (14,0)	3 (6,0)	7 (14,0)
Dificuldade de sair de casa	70 (51,1)	34 (24,8)	13 (9,5)	20 (14,6)	34 (39,1)	26 (29,9)	9 (10,6)	18 (20,7)	36 (72,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	2 (4,0)
Realizar tarefas domésticas	72 (52,6)	34 (24,8)	9 (6,6)	22 (16,1)	42 (48,3)	21 (24,1)	7 (8,0)	17 (19,5)	30 (60,0)	13 (26,0)	2 (4,0)	5 (10,0)

5.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde

Com relação ao uso e acesso aos serviços de saúde, os idosos *mais velhos* responderam a questões relacionadas às formas utilizadas na busca das soluções dos problemas de saúde. É importante, nesta seção, não deixar de contextualizar o meio rural (área empírica) e todos os problemas decorrentes das distâncias vivenciadas pelos idosos.

Quando indagados sobre qual serviço procurado no caso de doença nos últimos 12 meses, destaca-se que 44,5% recorreram ao consultório médico particular e 26,3% à unidade básica de saúde. Chama atenção que 8,8% dos idosos não procuraram ajuda, mesmo estando doentes (Gráfico 6).

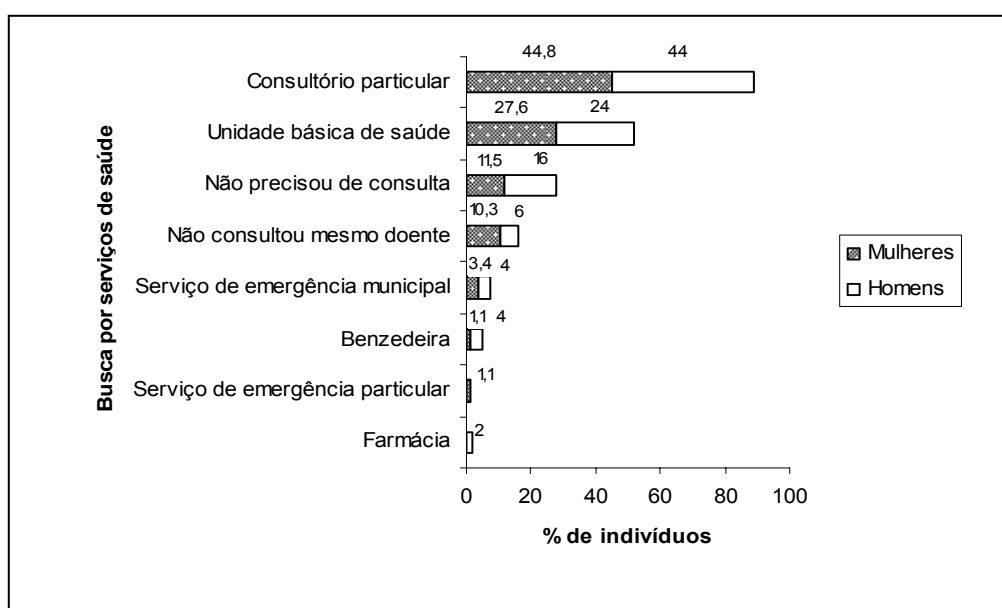


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos *mais velhos*, segundo o sexo, quanto à busca por serviços de saúde. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Nota: percentuais calculados sobre o total de idosos em cada sexo.

Os principais motivos que levaram os idosos a não procurarem os serviços de saúde quando precisavam foram: em 13,9% casos, pela distância da residência; ausência de transporte adequado; 5,1% mencionaram que o atendimento não é bom; 5,1% não têm quem os leve aos serviços; e 6,6% por outros motivos.

Quanto à resolução de problemas de saúde em farmácias ou com benzedeiras, 68,4% responderam que não têm o hábito de procurar esse tipo de

atendimento; 29,4% informam que às vezes recorrem a essas situações e apenas 2,2% informaram que sempre utilizam.

O profissional de saúde procurado pelos idosos na última vez que precisaram foi o médico, em 91,1% dos casos; seguido pelo farmacêutico, em 6,7%; e outros profissionais, em 2,2%.

Com relação ao tempo de espera entre a solicitação da consulta e o atendimento pelo profissional, 69,3% dos idosos não precisaram esperar; 22,8% esperaram por horas; 7,1%, por dias; e 0,8%, por meses.

O tempo de espera no serviço de saúde para atendimento foi, para 75% dos idosos, de minutos; e 25% esperou por algumas horas.

Quando se observam as preferências por serviços de saúde, dentro do total de cada sexo, os usos preferenciais são: o consultório médico particular, a unidade básica de saúde e o serviço de emergência municipal, equivalentes entre os sexos, não havendo diferenças significativas entre eles.

5.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos

Os dados encontrados na seção de apoio familiar e social estão apresentados na Tabela 17, a seguir.

A grande maioria, 132 (96,4%), dos idosos mais velhos recebe ajuda em caso de doença; apenas 5 (3,6%) informam que não possuem ninguém para cuidar deles.

Dos cuidadores, 43 (32,1%) estão com 60 anos ou mais de idade. São filhos(as), em 77 (57,9%) casos; esposos(as), em 30 (22,6%); outro familiar, em 20 (15,0%); e amigo ou vizinho, e profissional contratado, em 3 (2,3%) cada um.

Os principais cuidados apontados pelos idosos são a companhia, por 114 (84,4%); seguido da alimentação, por 83 (61,5%); da medicação, por 74 (54,8%); da locomoção, por 69 (51,1); de atividade de higiene, por 63 (46,7%); e das eliminações, por 20 (14,8%).

Quanto indagados sobre a existência de outra pessoa, além do cuidador principal, que pode ajudá-los ou cuidar deles, os idosos responderam que possuem outros familiares, 71 (53,8%); amigos ou vizinhos, 45 (34,1%), que também são chamados de cuidadores secundários. Destes cuidadores, os idosos contam

principalmente como companhia, em 109 (82,0%) casos; nas tarefas domésticas, em 92 (69,2%); e nos cuidados pessoais e transporte, em 81 (60,9%) cada um.

Quando se analisa por sexo a ajuda recebida pelos idosos mais velhos, a maioria (98,9%) das mulheres possui quem cuide delas, assim como 92,0% dos homens também possuem.

Tabela 17 – Apoio familiar dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Apoio familiar	População total (N=137)		Feminino (N=87)		Masculino (N=50)		P
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	
Tem quem cuide?	5 (3,6)	132 (96,4)	1 (1,1)	86 (98,9)	4 (8,0)	46 (92,0)	0,059 ^b
Quem cuida							
Maior de 60 anos	91 (67,9)	43 (32,1)	66 (75,9)	21 (24,1)	25 (53,2)	22 (46,8)	0,013 ^a
Esposo (a)	-	30 (22,6)	-	10 (11,5)	-	20 (43,5)	< 0,001 ^a
Filho (a)	-	77 (57,9)	-	56 (64,4)	-	21 (45,7)	
Outro familiar	-	20 (15,0)	-	18 (20,7)	-	2 (4,3)	
Amigo ou vizinho	-	3 (2,3)	-	1 (1,1)	-	2 (4,3)	
Profissional contratado	-	3 (2,3)	-	2 (2,3)	-	1 (2,2)	
Agente comunitário de saúde	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	
Cuidados que o cuidador presta*							
Ativ. Higiene	72 (53,3)	63 (46,7)	44 (50,6)	43 (49,4)	28 (58,3)	20 (41,7)	0,493 ^a
Alimentação	52 (38,5)	83 (61,5)	37 (42,5)	50 (57,5)	15 (31,3)	33 (68,8)	0,269 ^a
Locomoção	66 (48,9)	69 (51,1)	36 (41,4)	51 (58,6)	30 (62,5)	18 (37,5)	0,030 ^a
Companhia	21 (15,6)	114 (84,4)	9 (10,3)	78 (89,7)	12 (25,0)	36 (75,0)	0,045 ^a
Eliminações	115 (85,2)	20 (14,8)	71 (81,6)	16 (18,4)	44 (91,7)	4 (8,3)	0,186 ^a
Medicação	61 (45,2)	74 (54,8)	36 (41,4)	51 (58,6)	25 (52,1)	23 (47,9)	0,310 ^a
Outra pessoa que ajuda							
Filho (a)	-	6 (4,5)	-	1 (1,2)	-	5 (10,4)	0,001 ^a
Outro familiar	-	71 (53,8)	-	42 (50,0)	-	29 (60,4)	
Amigo ou vizinho	-	45 (34,1)	-	38 (45,2)	-	7 (14,6)	
Profissional contratado	-	7 (5,1)	-	3 (3,6)	-	4 (8,3)	
Agente comunitário de saúde	-	1 (0,8)	-	0 (0,0)	-	1 (2,1)	
Outros	-	2 (1,5)	-	0 (0,0)	-	2 (4,2)	
Tipo de ajuda*							
Dinheiro	103 (77,4)	30 (27,1)	64 (75,3)	21 (24,7)	39 (81,3)	9 (18,8)	0,566 ^a
Comida	97 (72,9)	36 (27,1)	59 (69,4)	26 (30,6)	38 (79,2)	10 (20,8)	0,311 ^a
Tarefas domésticas	41 (30,8)	92 (69,2)	27 (31,8)	58 (68,2)	14 (29,2)	34 (70,8)	0,908 ^a
Cuidados pessoais	52 (39,1)	81 (60,9)	32 (37,6)	53 (62,4)	20 (41,7)	28 (58,3)	0,786 ^a
Transporte	52 (39,1)	81 (60,9)	30 (55,3)	55 (64,7)	22 (45,8)	26 (54,2)	0,312 ^a
Lazer/Diversão	67 (50,4)	66 (49,6)	44 (51,8)	41 (48,2)	23 (47,9)	25 (52,1)	0,806 ^a
Companhia	24 (18,0)	109 (82,0)	12 (14,1)	73 (85,9)	12 (25,0)	36 (75,0)	0,183 ^a

* Variáveis com múltiplas respostas.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson

^b Teste Exato de Fisher

Com relação à pessoa que cuida do idoso, observa-se diferença significativa ($p < 0,001$) entre homens e mulheres idosas, pois 20 (43,5%) dos homens são cuidados pelas esposas, sendo ainda possível sugerir que 22 (46,8%) das pessoas que cuidam dos homens possuem mais de 60 anos. Depois das esposas, os(as) filhos(as) são os que mais cuidam dos homens idosos.

As mulheres idosas são cuidadas, na maioria, 56 (64,4%), por filhos(as); seguidas por outros familiares, 18 (20,7%).

Os cuidados prestados pelo cuidador principal diferem significativamente entre mulheres e homens idosos em relação à locomoção ($p = 0,030$) e à companhia ($p = 0,045$), sendo que as mulheres apresentam maior percentual em relação a esses cuidados.

Quanto à presença de outra pessoa no cuidado, mais uma vez encontra-se diferença significativa ($p = 0,001$) entre os sexos, pois 5 (10,4%) dos homens idosos são cuidados por filhos(as); e as mulheres idosas, por 1 (1,2%) filho(a). Destaca-se que 45,2% das mulheres recebem ajuda de amigos e vizinhos, enquanto apenas 14,6% dos homens recebem ajuda destes. O tipo de ajuda prestada por essas pessoas não difere quanto ao sexo dos idosos.

Quando perguntados sobre o recebimento de assistência nos últimos 12 meses de algum tipo de instituição que apóia idosos na comunidade, 100% dos idosos mais velhos responderam que não.

5.9 Seção I: Avaliação da presença de sintomas de depressão nos idosos mais velhos e comparação com o comprometimento cognitivo

Dos 137 idosos do estudo, conforme a Tabela 18, 135 responderam às questões da ECD. Destes, a média da pontuação obtida foi de 8,9 ($\pm 8,2$), e a mediana foi de 6,0, com o valor mínimo de 0 e o máximo de 38 ($P_{25}=3$; $P_{75}=13$), independente do sexo. As idosas obtiveram média de 9,0, e os idosos, de 8,7, sem diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 18 – Avaliação da escala cognitiva de depressão dos idosos *mais velhos*. Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Questões	População total (N=137)						Feminino (N=87)						Masculino (N=50)					
	CT	GC	CP	DP	GD	DT	CT	GC	CP	DP	GD	DT	CT	GC	CP	DP	GD	DT
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Estou satisfeito com a minha vida	61,3	17,5	10,9	3,6	2,2	4,4	58,6	20,7	10,3	2,3	3,4	4,6	66,0	12,0	12,0	6,0	0,0	4,0
Consigo fazer muitas coisas bem feitas	38,7	19,0	21,9	8,8	5,1	6,6	37,9	18,4	23,0	6,9	5,7	8,0	40,0	20,0	20,0	12,0	4,0	4,0
Sinto que o meu futuro é promissor	21,5	18,5	20,7	19,3	7,4	12,6	20,0	18,8	24,7	12,9	9,4	14,1	24,0	18,0	14,0	30,0	4,0	10,0
Posso contar com muitas pessoas na minha vida	54,0	23,4	12,4	5,8	4,4	0,0	51,7	28,7	9,2	6,9	3,4	0,0	58,0	14,0	18,0	4,0	6,0	0,0
Gosto de viver a minha vida	67,0	14,6	10,9	1,5	1,5	4,4	70,1	11,5	10,3	2,3	1,1	4,6	62,0	20,0	12,0	0,0	2,0	4,0
Tenho controle sobre minha vida	48,2	21,9	17,5	5,1	3,6	3,6	44,8	21,8	20,7	4,6	3,4	4,6	54,0	22,0	12,0	6,0	4,0	2,0
Sinto-me útil e necessário	48,9	19,0	13,1	7,3	4,4	7,3	47,1	24,1	12,6	5,7	3,4	6,9	52,0	10,0	14,0	10,0	6,0	8,0
Sou um ser humano de valor	62,5	19,1	8,8	3,7	2,9	2,9	64,0	20,9	7,0	3,5	2,3	2,3	60,0	16,0	12,0	4,0	4,0	4,0

Legenda: CT: Concordo totalmente.
 GC: Em geral concordo.
 CP: Concordo um pouco.
 DP: Discordo um pouco.
 GD: Em geral discordo.
 DT: Discordo totalmente.

Ao realizar a análise por itens, de maneira geral é possível verificar que, do total de idosos, 87,7% estão satisfeitos com suas vidas, pois responderam afirmativamente à questão correspondente; destes, 61,3% concordam totalmente e apenas 4,4% discordam totalmente. Na análise por sexo, 87,6% das idosas concordam totalmente que estão satisfeitas com sua vida; tendo 90,0% dos idosos dado idêntica resposta.

Relativamente à segunda questão, “consigo fazer muitas coisas bem feitas”, 38,7% dos idosos concordam totalmente, ou seja, 37,9% idosas e 40,0% dos idosos concordam totalmente com essa afirmativa.

Com relação à questão “sinto que meu futuro é promissor”, a soma das opções positivas foi de 60,7%; e a das negativas, de 39,3%, quando tomada a totalidade dos idosos. A resposta com maior porcentagem entre as idosas foi “concordo um pouco”, 24,7%, somando 36,4% as que responderam negativamente. Os idosos apresentaram somatórios mais negativos, sendo que 30% respondeu que “discorda totalmente” do futuro promissor.

Mais da metade das idosas quanto dos idosos podem contar com muitas pessoas em suas vidas, 51,7% e 58,0% concordam totalmente, respectivamente.

A maioria das idosas e dos idosos, gostam de viver a sua vida, 91,9% e 94%, respectivamente.

O controle sobre a vida é considerado satisfatório por 48,2% dos idosos, de maneira geral, sendo que os idosos demonstram maior concordância (54,0%) com essa questão.

Com relação à questão de sentir-se útil e necessário, os idosos são os que mais discordam dessa afirmativa, 24,0%; e as idosas contabilizam 15,1%.

Da totalidade dos idosos, a maioria, 90,4%, considera-se ser humano de valor, somando as opções de concordância. Das idosas, 2,3%, e dos idosos, 4,0% discordam totalmente dessa afirmativa, ou seja, não consideram seu valor como ser humano.

A consistência interna na versão em português aplicada na população deste estudo, foi de alfa Cronbach de 0,88, valor maior que o encontrado por Souza *et al.* (2005).

Comparando os escores de depressão entre o sexo e os quatro grupos etários, conforme Tabela 19, não existem diferenças estatísticas significativas.

Tabela 19 – Avaliação dos escores de depressão obtidos com a DCS considerando as variáveis sexo, faixa etária e deficiência cognitiva dos idosos mais idosos de Encruzilhada do Sul, RS, 2006.

Variáveis	n	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	P
Sexo						
Masculino	50	8,76 ± 8,84	6,00	0,00	32,0	0,415 ^a
Feminino	85	9,00 ± 7,91	6,00	0,00	38,0	
Faixa etária (anos)						
80-84	79	8,86 ± 8,26	6,00	0,00	38,0	0,335 ^b
85-89	41	7,58 ± 6,57	6,00	0,00	23,0	
90-94	13	13,8 ± 11,5	10,0	1,00	31,0	
≥95	2	6,00 ± 7,07	6,00	1,00	11,0	
Comprometimento cognitivo						
Sim	63	9,39 ± 7,51	7,00	0,00	30,0	0,024 ^a
Não	61	8,13 ± 9,11	5,00	0,00	38,0	

^a Teste de Mann-Whitney.

^b Teste de Kruskal-Wallis.

Ao comparar a depressão entre os grupos que apresentaram ou não comprometimento cognitivo, conforme critérios de Bertolucci *et al* (1994), o grupo com comprometimento cognitivo apresentou escores de depressão ligeiramente mais elevados ($p=0,024$).

Na soma total, 90,4% dos idosos possuem escores até 21 pontos, no intervalo de 0-40 pontos da escala de depressão cognitiva.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos dados inicia-se com a contextualização sócio-histórico-cultural e econômica de Encruzilhada do Sul, e segue com a reflexão dos resultados à luz da literatura.

Considera-se importante, ao iniciar este capítulo pontuar que embora os resultados e a discussão destes estejam apresentados por seções, compreende-se neste estudo, que as condições de vida e saúde dos idosos *mais velhos* tenham sido traduzidas por condições de moradia, composição familiar, estado de saúde e hábitos de vida, uso e acesso de serviços de saúde e apoio familiar e social.

6.1 Seção A: Informações pessoais: dados sociodemográficos

Ao iniciar a discussão dos resultados deste estudo, é de fundamental importância que se faça uma breve contextualização sócio-histórico-cultural e econômica da primeira metade do século XX, no município de Encruzilhada do Sul, pois foi entre 1910 (96 anos) e 1926 (80 anos) que nasceram os participantes deste estudo. A maioria dos idosos, 94,2%, nasceu e viveu grande parte ou a totalidade de suas vidas no meio rural, o que confere ao processo de vida e envelhecimento características peculiares e diferenciadas dos idosos do meio urbano que tenham nascido e vivido neste mesmo período.

Segundo Ribas e Miguel (2004, p. 127), a vila de Encruzilhada do Sul foi elevada à categoria de cidade, devido ao seu crescimento, em 31 de março de 1938. Sobre as condições da época descrevem:

as condições de vida local em alguns aspectos melhoraram na primeira metade do século, porém estas mudanças não chegaram a ocorrer para a grande maioria da população. O grau de alfabetização, para residentes acima de 5 anos de idade, passou de 34% em 1920 para 39% em 1950. Em dez anos, o número de habitantes com alguma formação educacional completa aumento 4 vezes, de 292 pessoas em 1940 para 1458 pessoas em 1950, enquanto o crescimento demográfico, num ritmo menor foi de 12%. Neste período de transição, 90% dos habitantes ainda se estabeleciam na zona rural, apesar da zona urbana, que se expandia lentamente, apresentar as melhores condições de domicílio.

Os domicílios rurais, segundo o recenseamento de 1950, em comparação com os urbanos, se apresentavam precários: 0,5% das residências tinham água encanada, 1,5% possuíam luz elétrica e três em cada cem domicílios tinham sanitários.

Havia noventa e uma unidades de Ensino Fundamental, muitas localizadas na zona rural, e uma de Ensino Ginásial, na sede. Apenas 36% das crianças em idade escolar eram atendidas (RIBAS; MIGUEL, 2004).

Na virada para o século XX, a então vila apresentava um acelerado crescimento populacional, e a ausência de meios regulares de instrução marcou esse período. Para Kremer *apud* Ribas e Miguel (2004, p. 123), “os estancieiros que sabiam ler e os padres das primeiras capelas ensinavam aos filhos das principais famílias as noções básicas de leitura e escrita, algumas vezes complementadas por estudos fora da Província”.

Até a metade do século, ocorreram mudanças distintas no sistema de produção dos dois tipos de pecuaristas presentes no município, como descrevem Ribas (2004, p. 99),

os “pecuaristas tradicionais” deixaram a exclusividade da bovinocultura, pela ovinocultura e plantio de grãos, aumentando a área cultivada do município em 363%, principalmente com milho e trigo. Os “pecuaristas empresariais”, que ocupavam em 1940, 62% da área agrícola do município, diversificaram suas atividades, expandindo a cultura do arroz e o rebanho ovino.

No processo, a divisão de terras e o arrendamento das mesmas, resultado de questões econômicas, levaram a estagnação à escala de produção, quando os *pecuaristas tradicionais* deram origem aos chamados *pecuaristas familiares*, com propriedades reduzidas, que permaneciam com criação de gado extensiva e cultivo agrícola de subsistência.

Passado um século de intensas mudanças de ordem estrutural nos níveis mundial, nacional, regional e municipal, a cidade de Encruzilhada do Sul chegou ao ano 2000 com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), referente à qualidade de vida, de 0,76, valor este que, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2003, reflete o padrão de desenvolvimento médio, quando comparado com grande parte dos municípios gaúchos, que já apresentam valores considerados de elevado desenvolvimento (RIBAS; MIGUEL, 2004).

Paralelamente às mudanças socioeconômicas ocorridas no século XX, é de se esperar que estas também tenham ocorrido na vida dos idosos deste estudo. Eles passaram por todas as etapas do processo de desenvolvimento humano, e atualmente encontram-se na última fase, que, segundo Laslett *apud* Caldas (2007), pode ser chamada de *quarta idade*, caracterizada pela chegada irreversível ao limite biológico da capacidade funcional.

Associado à redução das reservas biológicas e ao aumento da susceptibilidade para doenças e incapacidades, Hinck (2004) afirma que os idosos mais velhos que vivem em áreas rurais possuem um risco adicional, em consequência da distância a que estão dos serviços de saúde, o que pode ser agravado em decorrência do isolamento geográfico.

Uma vez tecidas algumas considerações a respeito das particularidades da população-alvo, idosos com 80 anos ou mais de idade, e do fato de estes se encontrarem no meio rural, é possível a compreensão dos achados que serão discutidos nesta seção e nas subseqüentes.

Os *idosos mais velhos* de Encruzilhada do Sul estão distribuídos nas 24 microáreas atendidas pelo PACS.

Os idosos deste estudo possuem idades que estão entre os 80 anos e 96 anos, compreendendo o intervalo de 16 anos.

Além do tempo cronológico, segundo a Síntese de Indicadores Sociais de 2005 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006), o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma diferenciada nas Unidades da Federação e está associado às desigualdades socioeconômicas.

Os Estados das Regiões Sul e Sudeste possuem índices de envelhecimento em torno de 0,43, enquanto nos Estados da Região Norte os índices variam de 0,07 a 0,18.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2004 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006) na distribuição percentual dos grupos etários, 1,4% da população do Rio Grande do Sul está na faixa dos 80 anos ou mais.

Essa distribuição caracteriza um decréscimo numérico, intimamente ligado ao aumento da morbimortalidade nas idades mais elevadas, passando por um período de dependência e de necessidades de cuidados, antes de chegar ao fim da vida. Idosos nessas condições são chamados de idosos *frágeis* ou *débeis* (CALDAS,

2007; CAMARANO *et al.*, 2004; ISHIZAKI, 2003; MARÍN LARRAIN *et al.*, 2004; XAVIER, 2001).

A distribuição por sexos, do contingente dos idosos deste estudo, segue a tendência apresentada nos diversos estudos e nas pesquisas de base populacional sobre envelhecimento, ou seja, maior número de mulheres, 87 (63,5%), para 50 (36,5%) de homens, na proporção de 100 mulheres para 57,5 homens. Segundo informações do IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006, p. 238), encontra-se que, no Brasil, para cada 100 mulheres idosas existem 78,6 homens idosos. É importante ressaltar que os dados do IBGE são da população total, sem discriminar área urbana e rural.

Quando comparada com os dados da Região Sul, a razão de sexo por idade, nos idosos com 80 anos ou mais, é de 53,4 homens para cada 100 mulheres e, no Rio Grande do Sul, essa razão é ainda menor, de 50,1. Verifica-se que a razão encontrada no meio rural de Encruzilhada do Sul é equivalente ao do Estado e da Região Sul.

Para Berquó (1996), o diferencial por sexo entre os idosos, acentuado nos últimos anos, pode ser explicado pela diferença no ritmo de crescimento das populações idosas, feminina e masculina, causado principalmente pela situação de mortalidade diferencial por sexo.

Hipóteses e explicações para a sobrevivência das mulheres são levantadas em estudos como os de Ramos (1987, 1993), Bercovich (1993), Berquó (1996), Carvalho e Garcia (2003) e Camarano *et al.* (2004), dentre outros. Concordando com os autores citados, Feliciano, Moraes e Freitas (2004, p. 1579) acrescentam que atualmente as diferenças na mortalidade entre os sexos podem ser também explicadas devido às *diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; diferenças no consumo de álcool e tabaco; diferenças de atitudes em relação à doença.*

Outro fator que influenciou no maior número de mulheres idosas mais velhas no campo foi a migração masculina, rural-urbana, ocorrida na fase produtiva da vida, ou seja, nos adultos jovens, estando as razões para tal movimento enraizadas em dinâmicas socioeconômicas e culturais.

Na migração urbano-rural, os idosos geralmente são independentes financeira e funcionalmente. Apenas 3,6% dos idosos do estudo vivem no meio rural a menos

de 5 anos, enquanto a grande maioria movimentou-se dentro desse meio durante toda sua existência.

Desde a década de 50 do século XX, a realidade vivida no Brasil é da masculinização do envelhecimento no meio rural, pois a migração à procura de trabalho nas cidades e a oferta de empregos nos setores de serviços e de comércio estão absorvendo mais a mão-de-obra feminina, fenômeno descrito por Bercovich (1993). Também contribui para o afastamento das mulheres da vida rural a divisão de trabalho segmentada, porque, segundo Brumer (2004), as filhas mulheres raramente recebem treinamento relativo às atividades agropecuárias e à administração das propriedades, e, por serem estimuladas a estudar e a procurar trabalho fora da agricultura, as jovens mulheres migram mais que os jovens homens.

Essa seletividade por sexo e idade na migração é também explicada por Brumer (2004), quando aponta a modernização da agricultura (aumento de produtividade e diminuição de empregos), a maneira como as jovens estão sendo socializadas, a divisão do trabalho nos estabelecimentos familiares (mulheres com tarefas rotineiras e pouco valorizadas) e a exclusão das mulheres da herança da terra.

Em outros países, como Portugal e França, segundo Wall (1998), observa-se o mesmo processo, diferenciando-se apenas na questão temporária, pois o envelhecimento da população nesses países iniciou há mais tempo.

A história da colonização e da formação do município pode explicar o elevado índice de idosos mais velhos de cor branca, 83,9%, em razão de grande parte ser de origem açoriana e indígena, e também pela chegada, em 1910, de imigrantes poloneses nessa região (RIBAS; MIGUEL, 2004). Ainda segundo dados do IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), a Região Sul é constituída por 80,8% de pessoas brancas.

O estado conjugal dos idosos mais velhos remete a uma discussão de gênero e cultura, quando se observa que as mulheres são, na maioria, viúvas, e os homens, casados. A viuvez, no Brasil, segundo dados do IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002) é vivenciada com mais frequência nas mulheres quando comparadas aos homens, uma vez que o censo de 2000 encontrou 1.149.157 homens viúvos e 5.082.116 mulheres, na proporção de 5 mulheres viúvas para um homem viúvo. Para Buaes e Doll (2005), essa situação é

devida ao fato de as mulheres casarem mais jovens que seus esposos, possuírem maior longevidade e dificilmente voltarem a casar.

As mulheres, uma vez viúvas, vivem sós, como mostra o estudo de Ahn e Kim (2004), em que, no total de 97 idosos mais velhos que viviam sós, em 32 comunidades rurais coreanas, encontraram 10 homens e 87 mulheres, sendo a morte dos esposos a causa de elas viverem sós, mostrando assim, um fenômeno com características mundiais.

As viúvas e solteiras, deste estudo, que não vivem sós por opção, vivem com familiares ou parentes, conforme será discutido nas seções seguintes. É “*natural*” e “*esperado*”, na cultura ocidental e latina, que as mulheres não se casem novamente após uma viuvez, pois quanto mais velha for a mulher, menos chances ela tem de formar um novo vínculo matrimonial.

No estudo sobre as vivências do envelhecimento e da viuvez com idosas do Rio Grande do Sul, Buaes e Doll (2005, p. 183) encontraram que as razões para não casarem novamente são diversas, como o “respeito ao esposo falecido, receio de repetir experiências negativas, perda da liberdade conquistada, resistência dos filhos e a possível perda do poder em relação aos filhos”.

Os achados deste estudo com relação às mulheres e sua situação conjugal, faz recordar a idade delas e a estrutura social em que foram criadas, muitas vezes com códigos morais e sociais rígidos, alicerçados numa cultura predominantemente machista, “gaúcha”, e ainda, associados aos baixos níveis educacionais a que a maioria teve acesso.

De outra parte, também é esperado que o homem, após uma viuvez, ou até separação, não permaneça só por muito tempo, pois, com valores e crenças fortemente ligados a uma visão na qual o homem precisa de alguém para cuidar dele e da casa, poucos são os que permanecem sós, e quando isso acontece, vivem e são cuidados por suas filhas ou noras. Corroborando isso, Berquó (1996) diz que os diferenciais por sexo, quanto ao *status* marital, são devidos à maior longevidade das mulheres e às normas sociais e culturais prevalecentes na nossa sociedade, que levam os homens a casarem com mulheres mais jovens que eles, e ainda pelo recasamento dos viúvos mais velhos ser mais expressivo.

Com relação à escolaridade, quanto ao índice de analfabetos ou que apenas assinam o nome, 58,8%, as mulheres são a maioria, refletindo os padrões e comportamentos sociais do início do século XX, época em que as possibilidades de

acesso à educação eram extremamente desiguais, privilegiando as elites e, nelas, os homens, em prejuízo das mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Este achado é ponderado por Gómez Montes e Curcio Borrero (2003, p. 47), quando dizem que tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, os idosos das zonas rurais possuem escolaridade baixa. Os idosos colombianos do estudo tinham a média de 2,1 anos de estudo. Os autores ainda chamam atenção para o fato de a baixa escolaridade ser fator de deterioração geral da saúde nas áreas rurais, o que coloca a “población campesina em franca desvantaja”.

No estudo europeu sobre envelhecimento rural, Van Deenen *et al. apud* Gómez Montes e Curcio Borrero (2003) encontraram que, na França, 37% dos idosos de áreas rurais não tinham nenhum nível de escolaridade; 55% tinham a primária; e apenas 3%, a secundária.

No Brasil, Camarano *et al.* (2004) apontam para o aumento de idosos alfabetizados, a partir de 1940, quando 74,2% da população feminina era analfabeta. Embora os ganhos no período (1940-2000) tenham sido mais significativos entre as mulheres, foram os homens idosos que encontraram melhores condições de alfabetização.

Nessa época, os idosos deste estudo já eram jovens adultos; portanto, poucos fizeram parte dessa estatística, pois foi no período de Leonel Brizola e Ildo Meneghetti no governo do Estado (1958 a 1964), que a preocupação com a formação educacional, particularmente o ensino primário, se caracterizou pela expansão das escolas no meio rural (RIBAS; MIGUEL, 2004).

A baixa escolaridade dos idosos pode constituir-se em fator agravante das desigualdades e dificulta sobremaneira o acompanhamento das transformações do mundo contemporâneo, refletindo-se no cotidiano dos que vivem no meio rural quando, por exemplo, observam-se os avanços tecnológicos e agrícolas que ocorreram no século passado (XX), aos quais os idosos tiveram que acompanhar, adaptando-se a essa nova realidade.

A maioria dos idosos, 92,0%, afirma professar uma religião, predominando a católica, em 77,4%. Segundo o Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), os estudos sobre religião no Brasil apontam para um sincretismo religioso com a convivência do catolicismo hegemônico, com outras manifestações religiosas.

A importância dada ao fato de ter e professar uma fé pode estar ligada ao convívio social, ao conforto emocional nas perdas que fatalmente acontecem e no fortalecimento frente às provações encontradas, ou seja, é possível dizer que *acreditar em algo* é também um fator de proteção para o envelhecimento saudável.

Com relação a proventos recebidos pelos *idosos mais velhos* de Encruzilhada do Sul, observa-se que a maioria recebe algum tipo de benefício, sendo este provindo de aposentadoria por idade, tempo de serviço ou, ainda, por invalidez. Muitos idosos recebem também pensões deixadas por seus cônjuges, como exemplifica o estudo de Buaes e Doll (2005): uma vez viúvas, essas mulheres passam a receber a pensão e a aposentadoria do esposo e, na maioria das vezes, é realizado o inventário, cabendo à viúva a metade das terras, que geralmente passa a ser cultivada pelos filhos, que pagam a ela o arrendamento.

Os autores chamam atenção para a mudança de papel da viúva na família, pois essa situação financeira gera, para ela, maior poder. Embora não tenha sido possível fazer afirmativas referentes ao uso da aposentadoria como empoderamento para as idosas deste estudo, a literatura nacional aponta para este caminho.

Analisando os efeitos não-esperados das mudanças da legislação brasileira, relativas a benefícios não-contributivos dirigidos à população idosa rural, Beltrão, Camarano e Mello (2005) verificaram que esses efeitos incluem impacto positivo na renda familiar, redução da pobreza, bem como mudanças nos arranjos familiares. A cobertura dos benefícios da previdência social torna-se quase universal quando os indivíduos atingem o intervalo etário de 70 a 79 anos.

Essa realidade brasileira não é compartilhada por outros países da América Latina, a exemplo da Colômbia, onde a “jubilación no existe en el campo”, afirmam Gómez Montes e Curcio Borrero (2003, p. 47). A carência de seguridade social obriga a trabalhar até idades muito avançadas e também por tradição, pois os homens devem permanecer trabalhando, porque deixar de trabalhar é sinônimo de inatividade e anúncio de decadência e desgraça.

Esse sentimento também é compartilhado pelos idosos deste estudo, quando 50,7% informam que ainda realizam pequenos trabalhos no ambiente doméstico, como os cuidados com a horta e animais domésticos.

Estudos sobre a realidade europeia, estudada por Van Deenen *et al. apud* Gómez Montes e Curcio Borrero (2003), apontam que 73% dos idosos rurais não

apresentam problemas econômicos, mas indicam que dois terços dos que possuem problemas financeiros são mulheres e têm mais de 75 anos de idade.

Abordar a temática da *vejez rural* na Argentina, para Oddone e Aguirre (2005), implica necessariamente fazer referência à pobreza rural, devido a diversas razões, dentre elas a grande extensão das unidades agrárias, as estâncias, pois confinaram os *campesinos* nos minifúndios, com terras de baixa fertilidade e geralmente sem direitos à propriedade das mesmas. As autoras pontuam que, entre outros moradores das áreas rurais que padecem agudamente em situações precárias, estão os idosos, cujos familiares mais jovens migraram para as cidades.

Para Rogers (2000), quanto mais remotas as áreas rurais onde vivem os idosos, maiores as chances de eles serem muito pobres. O sexo também influi nessa estatística, pois, para o autor, 71% dos idosos pobres americanos são mulheres e estão em maior número nas faixas etárias mais velhas, pois quanto mais avança a idade o bem-estar econômico tende a declinar.

No Brasil, Beltrão, Camarano e Mello (2005) refletem que as aposentadorias ou pensões geram impacto sobre a renda familiar, uma vez que 28,8% das famílias rurais brasileiras possuem pelo menos um idoso beneficiário. Esse aporte financeiro muitas vezes é distribuído entre os membros da família, elevando as condições de vida e as oportunidades destes.

No nível mundial e também no município deste estudo, o impacto da aposentadoria rural junto às famílias pobres foi fundamental para a transformação das relações no meio rural, uma vez que o dinheiro oriundo das aposentadorias é usado para comprar alimentos para o lar, para enviar crianças à escola, investir em tecnologias agrícolas e garantir a sobrevivência de muitas famílias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Para Woortmann e Woortmann (1999), a aposentadoria rural, embora tenha pouca importância para os padrões urbanos, foi recebida pelos idosos rurais como suficiente para manter as relações hierárquicas da família, pois, nos momentos de escassez, o dinheiro do aposentado pode garantir a sobrevivência da família.

Ter uma renda é particularmente um efeito positivo e relevante sobre o envelhecimento ativo, afirma a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), pois, além de contribuir com o orçamento familiar, o idoso possui autonomia financeira frente às necessidades da vida.

6.2 Seção B: Avaliação cognitiva com aplicação do MEEM

O MEEM é um dos testes de avaliação mais usados para detectar o declínio das funções cognitivas globais. Para Bertolucci *et al.* (1994) e Kahle-Wroblewski *et al.* (2007), o MEEM é um teste ideal, simples e essencial, de rápida aplicação, passível de reaplicação, além de dispensar material complementar e conhecimento especializado, o que favorece a aplicação também por pessoas não-médicas, como no caso deste estudo, dos agentes comunitários de saúde, devidamente treinados.

Por ser um teste de simples aplicação, foi utilizado neste estudo com os idosos *mais velhos*, com a intenção primeira de verificar o estado cognitivo e a possibilidade de responder ao instrumento de pesquisa sem auxílio de outra pessoa.

Em virtude da idade avançada dos participantes, bem como à particularidade de viverem no meio rural gaúcho, é possível que considerações mais conclusivas possam ser limitadas. Apesar disso, o resultado da avaliação realizada com o MEEM indicou que os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS) conservam ainda suas condições cognitivas, pois a média geral dos escores encontrados foi de 20,05 ($\pm 6,68$), dentro do intervalo de 0 a 30 pontos do MEEM.

Neste estudo, a opção de ponto de corte seguiu as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994), em que para analfabetos é de 13; para baixa e média escolaridade é de 18 (1 a 8 anos); e para alta escolaridade, 26 (+ de 8 anos). Apesar de Bertolucci *et al.* (1994) sugerirem ponto de corte de 26, ele não foi usado neste estudo, considerando que nenhum idoso ultrapassou os 8 anos de escolaridade.

Com os escores do MEEM do presente estudo, quando distribuídos em faixas etárias, não se observaram diferenças significativas; em contrapartida, houve diferenças significativas quanto à escolaridade e ao sexo, ficando os analfabetos e as mulheres com os escores mais baixos.

Com essa opção em relação à escolaridade, os idosos *mais velhos* e analfabetos deste estudo confirmaram os achados dos estudos semelhantes, quando apresentaram a média de 17,78 ($\pm 5,63$), a mediana de 19 pontos e a pontuação mínima de 3 pontos, inferior aos idosos *mais velhos* e alfabetizados. Esses resultados mostram-se abaixo da pontuação obtida pelos idosos do estudo de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), guardadas as diferenças metodológicas, quanto à idade, escolaridade e pontos de corte.

Embora não tenha havido diferenças significativas entre as faixas etárias dos idosos *mais velhos*, estudos como de Lopes e Bottino (2002), Cerqueira (2003), Argimon e Stein (2005), Bergdahl *et al.* (2005), Wagert *et al.* (2005) demonstram que, quanto mais velhos são os sujeitos, maiores são as possibilidades de déficit cognitivo e aumento da prevalência de sintomas de depressão, como o demonstram os achados do estudo do SABE, realizado em São Paulo, com idosos com 60 anos ou mais de idade, em que a prevalência foi de 6,9%; destes, 4,2% eram de pessoas com 60 a 74 anos, sendo de 17,7% para aquelas com 75 ou mais de idade (CERQUEIRA, 2003).

Uma questão a destacar são os escores encontrados nas idosas com mais de 95 anos de idade, que tiveram a média bem acima do ponto de corte, embora uma seja analfabeta e a outra teve de 1 a 4 anos de escolaridade. Concorda-se com Argimon e Stein (2005) quando destacam as limitações das conclusões referentes à preservação das capacidades cognitivas com participantes de idade muito avançada, levantando as hipóteses de que algumas condições sociodemográficas, como, por exemplo, o envolvimento com a comunidade, o convívio com familiares, dentre outras, possam atuar como fatores protetores do declínio cognitivo.

Para Lopes e Bottino (2002), 30% dos estudos epidemiológicos revisados no período de 1994 a 2000, sobre detecção de casos de demência em idosos, utilizaram o MEEM, que, segundo sua análise, quando usado isoladamente, é considerado uma estratégia questionável, devido aos efeitos da idade e da escolaridade sobre o instrumento.

No estudo de Almeida (1998), utilizando o MEEM para diagnosticar a presença de demência em idosos que buscavam atendimento num ambulatório de saúde mental, os escores do MEEM encontrados correlacionaram-se de forma significativa com a idade ($r=0,41$; $p<0,001$) e escolaridade ($F=12,69$; $p<0,001$), com ponto de corte de 19/20 do MEEM (sensibilidade 80,0%; especificidade 70,9%) para diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade, e 23/24 no MEEM (77,8% sensibilidade; 75,4% especificidade) para idosos com histórico escolar prévio. O autor conclui que os pontos de corte devem ser diferenciados para idosos com e sem escolaridade, quanto está se avaliando a presença de um possível quadro demencial.

Essa conclusão é partilhada por Laks *et al.* (2003) quando avaliam o estado mental de idosos de uma comunidade, onde o MEEM dos idosos velhos (> 85 anos) analfabetos foi de $14,33 \pm 3,89$ e dos alfabetizados foi de $20,75 \pm 3,85$.

Em se tratando de América Latina, Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) afirmam que, para os idosos que vivem em áreas rurais, poucos são os que possuem mais de 8 anos de escolaridade, sendo assim necessários outros pontos de corte, adequações e retiradas de itens, como orientação geográfica relacionada com departamento ou bairro, a repetição da frase e o cálculo. Com essa proposta, os autores supracitados classificaram os idosos rurais em três categorias: 18-21, normal; deterioração leve, 13-17; e deterioração severa, 0-12.

No caso dos idosos da região cafeeira da Colômbia, os autores anteriormente citados aplicaram o teste com os 30 itens e obtiveram a média de 24 ($\pm 4,6$) e a mediana de 22 pontos. O valor mínimo encontrado foi de 10.

Estudos acima descritos comprovam que a escolaridade influi nos escores do MEEM, principalmente nos analfabetos. Brito-Marques e Cabral-Filho (2005), num estudo comparativo entre o MEEM-ad e o MEEM-mo, assim denominado por eles, sendo o primeiro de Bertolucci *et al.* (1994) e o segundo uma modificação, em que a cópia do polígono foi trocada pelo triângulo, e o cálculo de $100-7$ por $25-1$, mantendo a mesma pontuação, 30 no total, 1 para a cópia e 5 para o cálculo. Os autores justificam a mudança da figura geométrica para o triângulo por ser uma figura mais conhecida no Nordeste brasileiro, onde aconteceu a pesquisa; bem como o cálculo, pois o proposto é mais fácil e numericamente menos complexo que o original.

Os resultados obtidos por Brito-Marques e Cabral-Filho (2005) demonstram, assim, que a cultura também influencia os resultados do MEEM, podendo resultar em falsos negativos, ou indivíduos com escores baixos. Como exemplo, os idosos entre 81-85 anos de idade tiveram no MEEM-ad o escore $22,58 (\pm 4,39)$, e no MEEM-mo, $24,72 (\pm 4,49)$.

Concorda-se, então, com a opinião de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) e os demais autores, quando insistem em que os resultados de estudos que têm foco nos idosos rurais servem para mostrar a necessidade de realizar uma investigação mais específica, a fim de estabelecer um ponto de corte representativo de deterioração cognitiva, tendo em conta as diferenças educacionais das populações rurais latino-americanas.

6.3 Seção C: Condições das moradias rurais

O atendimento das moradias por determinados serviços, a estrutura da habitação e a posse de alguns bens duráveis são, segundo o IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002) fatores que contribuem para as condições de vida e de saúde, além de facilitar a comunicação, o conforto e bem-estar da população.

Acredita-se que a descrição que se segue, das propriedades rurais, será importante para que, definindo o tamanho, a localização e o tipo, seja possível observar as desigualdades entre elas, em termos de posse de terra e, por consequência, as condições de vida da família, bem como dos idosos.

O município de Encruzilhada do Sul, segundo Ribas e Miguel (2004), é constituído por três zonas agroecológicas: a Planície do rio Camaquã e a Encosta da Serra; o Campo da Serra e a Mata da Serra. Cada uma é caracterizada por diferentes tipos de propriedades, de exploração e de manejo da terra, de relevo e de formações vegetais, dentre outras (Mapa 3).

Os locais de moradia dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul se distribuem nas três zonas agroecológicas, e a maioria das propriedades rurais pertence aos idosos ou a seus familiares. Quando cruzadas as informações dos mapas 2 e 3, foi possível visualizar as 24 microáreas do PACS distribuídas nas zonas de agroecológicas; sendo assim, é importante essa descrição.

Na zona da Planície do rio Camaquã e na da Encosta da Serra (1/8 da área), há a predominância de propriedades agrícolas entre 500 ha a 2.000 ha⁷, com mão de obra familiar e principalmente contratada, cultivando culturas anuais de arroz e soja, além de pecuária extensiva de corte. É a agricultura mais desenvolvida das três regiões. Nesta região encontram-se mais ou menos 25 idosos mais velhos, sendo que na microárea 12 residem 13 idosos, uma das maiores concentrações.

A zona da Serra (35% da área) apresenta maior diversidade em termos de estrutura fundiária, com a presença de três tipos de produtores: *familiares*, com áreas de até 200 ha, produzindo milho, feijão, mandioca e outras culturas de subsistência, pecuária extensiva de corte e leiteira, e pequenas áreas de

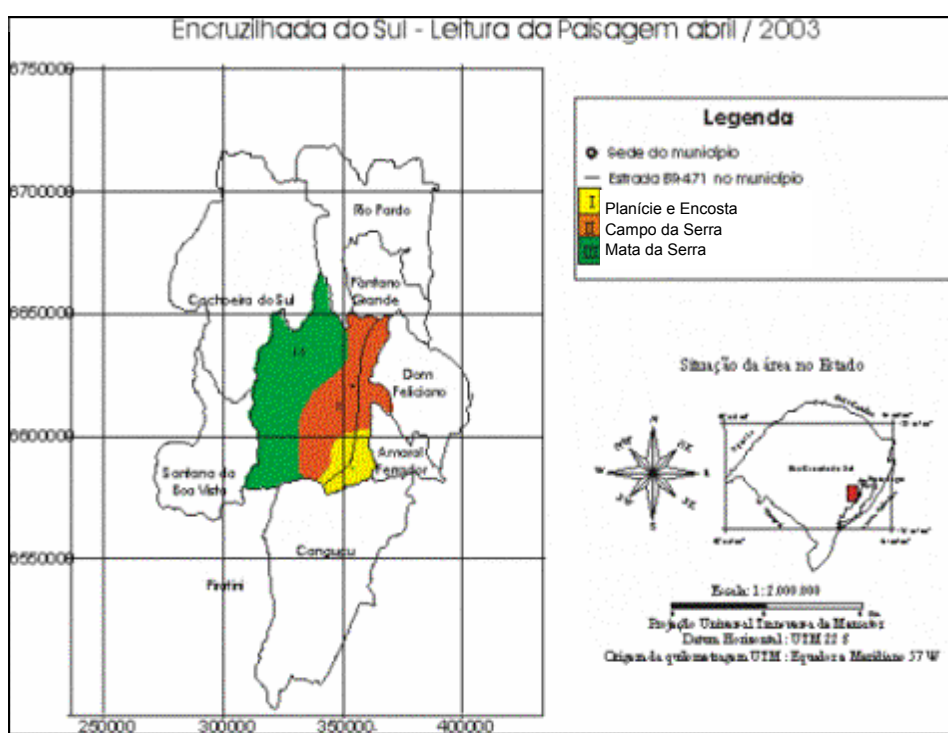
⁷ 1 ha = 10.000 m².

reflorestamento; *estancieiros tradicionais* com áreas maiores de 500 ha, criação de bovinos de corte e ovinos, mão-de-obra familiar e, em menor número, contratada; e os *empresariais*, geralmente provindos de outros municípios, com áreas de 100 a 500 ha, utilizados na cultura da uva, maçã, pêssigo, melancia e extração de rochas, como mármore e granito. Estes possuem baixa motomecanização, mão-de-obra contratada local ou também de outros municípios.

Nesta zona encontram-se muitas microáreas do PACS, inclusive a sede do município, também duas das microáreas que possuem as maiores concentrações, 13 e 15 idosos.

A zona da Mata (mais de 50% da área) caracteriza-se pela presença de agricultores familiares empobrecidos, sendo que muitos deles trabalham como temporários em outras propriedades. Caracteriza-se também por possuir grandes faixas de terras pertencentes à indústria madeireira, focada no reflorestamento de pinus e acácias, e algumas áreas de extração mineral. Muitas das propriedades rurais desta zona são quase inacessíveis, permanentemente, a veículos, em decorrência do relevo acidentado e das condições das estradas.

Nesta zona encontra-se número menor de microáreas que na anterior; estas, porém, são maiores em extensão e possuem poucos idosos, com exceção da 4, que possui 11 idosos.



Mapa 3 – Zonas agroecológicas do Município de Encruzilhada do Sul, RS.
Fonte: Ribas e Miguel (2004).

No que concerne à estrutura das residências, observou-se que a grande maioria é de alvenaria, seguida por madeira. Esses achados estão de acordo com o encontrado no SIAB (BRASIL, 2006) para o município, em que 2.110 residências rurais são classificadas como de “tijolo” e 447 de “madeira”; as demais, de “material não apropriado” e “taipa revestida”.

Com a média de 6,1 cômodos, essas residências demonstram ter tamanho razoável, independente do tamanho da família e, soma-se ao fato de que a média de 2,1 dos cômodos são utilizados para repouso (quartos). Este dado é importante quando se observa que idosos, vivendo junto com familiares, muitas vezes perdem sua privacidade em detrimento de gerações mais novas, realidade encontrada em estudos com população urbana.

O IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002) identificou que, na zona rural de Encruzilhada do Sul, 2.840 residências possuem abastecimento de água. Destas, a maioria, de 2.073, provinda de poço ou vertentes, sendo encanada para um dos cômodos da casa. A maioria dos idosos vive em casas que possuem água encanada dentro de casa; apenas 5,1% não têm água no terreno da casa.

Ainda segundo o IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), as 2.840 residências possuem instalações sanitárias; dentre estas, encontram-se 1.417 com fossa rudimentar; 324 com fossa séptica; e 363 usam como escoamento a vala, ou seja, a céu aberto. Eles ainda encontraram 633 moradias sem instalação sanitária. A maioria dos idosos vive em casas com fossa séptica e com banheiro dentro de casa.

A presença de água encanada, fossa séptica e banheiro dentro de casa são fatores de proteção quando se tem o olhar sobre o envelhecimento, pois constituem condições que protegem do surgimento de doenças, principalmente as respiratórias (exposição ao frio), de possíveis quedas ao deslocar-se em terreno possivelmente desnivelado, dentre outras razões.

A questão que diz respeito aos resíduos domésticos, bem como os demais produzidos nas residências rurais, é atualmente discutida entre os ACS e técnicos da EMATER com as famílias, uma vez que pode se tornar um fator de poluição ao meio ambiente, contaminando os mananciais de água potável. Segundo dados do SIAB (BRASIL, 2006), a maioria das famílias, 2.355, enterra ou queima o lixo produzido.

Nas residências dos *idosos mais velhos*, o lixo é também na maioria enterrado e por vezes queimado. Aos poucos, a cultura de separação do lixo está avançando, uma vez que o orgânico pode ser reaproveitado como adubo, e os plásticos e vidros levados até um local de coleta seletiva.

Em se tratando de ambiente rural, não se deve esquecer o lixo tóxico, proveniente de adubos e fertilizantes, e para o qual a destinação deve ser diferenciada, outro fato de difícil entendimento para os *mais velhos* e com pouca ou nenhuma escolaridade.

Com relação à posse de bens duráveis, como televisão, geladeira, fogão a gás e rádio, verificou-se que a maioria das residências dos idosos possuem esses bens, o que pode ser traduzido como conforto para os *mais velhos*. Menos da metade possui automóvel, o que dificulta o deslocamento e a procura por serviços de saúde. Fato interessante, por se tratar de meio rural, foi a presença de fogão a lenha em 98,5% das residências, pois esse utensílio, além de ser usado para preparar o alimento, é também uma fonte de calor e acolhimento, pois a vida da família rural gaúcha gira em torno de um fogão ou fogo de chão.

Em 2005, segundo dados do IBGE, 71,6% dos domicílios pesquisados a nível nacional possuíam telefone, fato que representou a elevação de 12,3%, considerando o ano de 2004, aumento relacionado à telefonia móvel.

O telefone, principalmente móvel, pois a telefonia rural não é uma realidade comum em Encruzilhada do Sul, é usado como meio de comunicação para mais da metade dos idosos. Ressalva-se aqui a questão da propriedade, pois o que interessa é contar com esse serviço para uso dos moradores da residência, e não a propriedade.

Outro meio de comunicação muito usado e difundido em zonas rurais é o rádio, pois através dele se enviam recados da cidade para o campo, em programas com horários específicos, bem como programas direcionados para a população rural.

Apesar do avanço tecnológico, segundo Belles (2007), perpetuam-se no interior do Rio Grande do Sul maneiras curiosas, mas eficientes, de comunicação, como os programas de recados das rádios. A chegada dos celulares quase acabou com o *jeito pampiano (campeiro)* de comunicação, segundo Roberto Silva, radialista, em entrevista para Belles (2007), pois informa que 80% da procura por esse serviço

deixou de ser realizada, e que os mais velhos são os mais resistentes às mudanças, ainda optando pelos recados.

A presença dos ACS também serve de meio de comunicação entre pessoas da mesma área, bem como com os serviços da cidade, pois estes circulam entre as famílias adstritas e quinzenalmente dirigem-se para a cidade, com objetivos administrativos do Programa e marcação de consultas.

O meio de transporte mais usado pelos idosos é o ônibus, que, embora em muitas linhas não seja diário, faz com que as famílias se organizem para buscar atendimento da saúde. Quando surge uma situação grave ou de urgência, as famílias lançam mão da ajuda de vizinhos ou familiares que possuem automóveis. No cotidiano encontram-se vários idosos que ainda se deslocam a pé ou a cavalo.

Na maioria das propriedades rurais onde vivem os idosos são produzidos alimentos para consumo próprio e também para comercializar, o que se traduz em variedade de alimentos, como hortifrutigranjeiros e criação de animais, também como fonte de renda.

Mesmo com essa produção, os idosos informam que seu maior gasto é com a compra de produtos alimentícios, seguido pela medicação. Esta última diz respeito mais diretamente ao idoso. A alta carga tributária e os aumentos constantes das medicações utilizadas pelos idosos estão sempre sendo notícias nos meios de comunicação.

Para Santi (2006), citando estudos da FGV, que criou em 2004 o Índice de Preços ao Consumidor da Terceira Idade (IPC-31), a inflação é mais pesada para as famílias com idosos. O preço das medicações entre os anos de 1994 a 2005 subiu, de maneira geral, 190,61%, e as consumidas pelos idosos, 242,61%, deixando o orçamento dos idosos mais vulnerável aos gastos com saúde, bem como com alimentação e tarifas públicas, no caso dos urbanos.

Este fenômeno se dá também em razão de que, em famílias com idosos, o orçamento com saúde é de 15%, enquanto nas demais é de 10%. Essa diferença torna-se mais pesada para a família com idosos, fazendo com que o orçamento doméstico precise ser adequado à crescente demanda por serviços de saúde.

6.4 Seção D: Composição familiar dos idosos mais velhos

As famílias são histórica e culturalmente as responsáveis em providenciar a maior parte do auxílio e do suporte para os idosos que precisam de ajuda. É a família, e não o sistema de cuidados de saúde formal, que presta 80% a 90% dos cuidados aos seus membros idosos (DUARTE, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; SILVERSTEIN; CONG, 2006). A família é o principal *habitat* do ser humano.

Para Camarano (2002), é no espaço das famílias que se definem padrões de atendimento de seus membros, e quanto mais frágeis se tornam os membros idosos da mesma, maior a responsabilidade pelos cuidados.

Quando o foco é deslocado do meio urbano para o meio rural, além das dificuldades encontradas pelas famílias em providenciar suporte e auxílio a seus membros, acrescenta-se ainda um fato considerado importante nesse arranjo, que é a migração dos jovens para regiões urbanas, em busca de melhores oportunidades de emprego e de ascensão na sociedade, o que altera significativamente a composição das famílias ao longo do tempo.

Beltrão, Camarano e Mello (2005), analisando os dados do PNAD de 1982, 1992 e 2002 sobre as mudanças que ocorreram nos últimos 20 anos nas famílias rurais brasileiras com idosos, indicam que era de se esperar que fossem *ninhos vazios*, ou seja, famílias compostas apenas por um casal de idosos ou por uma pessoa idosa. Entretanto, não é o que mostram os dados da pesquisa realizada pelos autores, em que há a sugestão de mudanças na composição das famílias rurais, quando afirmam que o aumento na proporção de idosos residindo em todas as famílias foi mais acentuado nas famílias maiores, as multigeracionais, principalmente na década de 1990. Dentre as situações que alimentaram as mudanças nos arranjos familiares rurais, os autores apontam o papel importante exercido pelos benefícios não-contributivos na redução da pobreza e a melhoria da renda entre os idosos, o maior poder que passaram a desfrutar dentro de suas famílias, em particular as mulheres, e também as mudanças na estrutura produtiva e na economia familiar rural.

No presente estudo não foi questionado quantas pessoas viviam juntamente com os idosos; por isso, foi impossível precisar as diversidades de arranjos

familiares em que estão inseridos os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul. As opções referentes a essa questão restringiram-se a morar só, com familiares, com esposo(a), com acompanhante familiar e com outra pessoa. Este detalhe pode ser acrescentado as limitações deste estudo.

Um fato relatado pelos ACS é que muitas idosas vivem em casas separadas dos filhos, porém muito próximas, e quando perguntadas com quem moram, informaram morarem sós. Este tipo de arranjo é positivo, pois o idoso mantém independência e autonomia, juntamente com a proximidade dos familiares, inclusive fazendo as refeições e participando das atividades cotidianas.

O estudo de Missio e Portella (2003), em uma região rural ao norte do Rio Grande do Sul, também faz referência à co-habitação no meio rural, porque o espaço doméstico rural facilita a convivência entre as gerações. Nele, os filhos crescem, casam, constituem suas famílias e ficam morando nas proximidades da casa dos pais, quando não junto deles. Outra possível explicação é a econômica, pois muitas vezes com a partilha da propriedade, os herdeiros vendem suas pequenas partes, dificultando muitas culturas e pulverizando os proprietários.

Para Buaes e Doll (2005), geralmente as viúvas do meio rural gaúcho moram com um de seus filhos homens, na mesma casa, mas em peças (cômodos) independentes, e demonstram satisfação com esse arranjo, uma vez que revelaram sentir-se seguras e protegidas com a proximidade dos filhos e noras.

A maioria dos idosos vive acompanhada e repetem-se no meio rural os dados encontrados em estudos com idosos urbanos, ou seja, as mulheres idosas vivem com familiares, e os homens idosos, com esposas, muitas delas idosas também (DUARTE, 2003; RAMOS, 2003; SAAD, 2003; VERAS, 2001).

Com relação ao número de filhos, não foram observadas diferenças significativas entre os sexos, sendo que os idosos entrevistados possuem famílias numerosas e multigeracionais e muitos vivem com elas.

Para Ramos (2003), os idosos, no Brasil, assim como nos países latino-americanos em geral, teriam um suporte familiar mais intenso que os idosos europeus, evidenciando um traço cultural que compensaria o desnível socioeconômico.

Dos idosos que vivem só, no total de 16, há equivalência entre os sexos. Embora seja pequeno o número nessa categoria, suscita grandes preocupações, pois, em se tratando de meio rural, as distâncias geográficas e as dificuldades de

comunicação agravam ainda mais a situação de risco em que se encontram esses idosos.

Um fato importante de pontuar é que a maioria ainda possui irmãos vivos, o que demonstra um alargamento das relações familiares e, conseqüentemente, a possibilidade de maior rede de apoio e solidariedade.

6.5 Seção E: Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos mais velhos

Na descrição do universo de saúde dos idosos, o conceito de saúde da OMS, para Ramos (2003), mostra-se inadequado pois, em contraponto com o completo bem-estar e a ausência de doenças, privilégio de poucos idosos, o bem-estar pode ser uma variável importante, independente da presença ou não de doenças. O autor ainda reforça quando descreve que uma pessoa que, aos 80 anos, é muitas vezes capaz de gerir sua própria vida e ter autonomia para decidir sobre ela, pode ser considerada saudável, embora sofra de alguma doença crônica não-transmissível.

Os resultados deste estudo indicam que os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS), de forma geral, apresentam boas condições de saúde, e a avaliam positivamente, com predominância entre boa e regular. O instrumento foi respondido por mais da metade dos idosos *mais velhos* sem ajuda de familiares ou outras pessoas, tornando possível essa conclusão.

Esses dados assemelham-se aos encontrados no relatório da pesquisa sobre os idosos do Rio Grande do Sul (1997), em que também as classificações boa e regular foram as predominantes, embora se resguarde o fato de que o estudo é de origem urbana e com idosos de 60 anos ou mais.

Quando o próprio idoso é o respondente do questionário, Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) consideram que esse é um indicador importante, uma vez que a percepção da própria saúde prediz de forma consistente a sobrevivência dessa população. Eles ainda fazem referência à subjetividade do julgamento; sendo assim, ela não pode ser determinada por outra pessoa.

A percepção da saúde dos idosos *mais velhos*, ao ser comparada com as demais pessoas da mesma idade, foi também positiva, pois 46,7% a referiu como boa, e sem diferenças entre os sexos.

Quando estudamos idosos que viveram e vivem suas vidas no meio rural, a percepção da saúde está muito atrelada à possibilidade de se manterem trabalhando. A incapacidade para o trabalho é sentida como doença, como afirma Teixeira (1999), analisando a representação social do processo de saúde-doença em grupos de idosos saudáveis e doentes. O indicador de saúde mais confiável de uma pessoa idosa é a capacidade que ela tem para desenvolver, sem esforço e por si só, as atividades do dia-a-dia.

Wondolowski e Davis *apud* Orb (2004) reforçam essa idéia, quando, ao perguntarem sobre o significado de ser saudável para idosos de 80 a 100 anos, as respostas foram: ter energia e vitalidade para mover-se e sentir-se com forças.

No estudo de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), 47% dos idosos da zona cafeeira da Colômbia se sentem saudáveis. Dentro do pequeno grupo de 12% que referiram sua saúde como muito ruim encontram-se os idosos de 80 anos ou mais, o que pode ser traduzido como quanto mais se aproximam do fim da vida, piores são suas percepções a respeito da saúde.

Dos idosos coreanos que vivem sós em comunidades rurais, segundo Ahn e Kim (2004), 67,0% se percebem com boa saúde e 27,8%, com saúde ruim. Esse estudo não classificou a auto-avaliação de saúde segundo idade ou sexo.

Os resultados de vários estudos em países desenvolvidos, com população de idosos rurais, segundo Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), mostram que a autopercepção da saúde se acha mais deteriorada e com porcentagem de 23% a 50% de pobres.

Também no estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), os idosos mais velhos são mais numerosos no grupo que referiu a saúde como ruim, e os autores relatam que a pior percepção da saúde é maior entre os homens, quando comparados às mulheres.

Para Lebrão e Laurenti (2003), os resultados do SABE indicam que a auto-avaliação varia com o sexo e com a idade, pois, ao aumentar a idade existe a tendência de as avaliações muito boa e boa caírem para 43,2% entre os que têm mais de 75 anos. Entre os sexos, as mulheres apresentam a pior auto-avaliação e, dentre elas, as de mais de 75 anos. Esses dados são referentes às pesquisas que têm por base a população de idosos com 60 anos ou mais de idade.

No caso do presente estudo, em que os idosos encontram-se na faixa etária de 80 anos ou mais de idade, verificou-se que não houve diferenças entre homens e

mulheres nas diversas faixas etárias, concentrando-se entre boa e regular, e confirmando a positividade da avaliação.

Destaca-se que, tanto os homens quanto as mulheres com 90 anos ou mais de idade, embora sejam em número reduzido neste estudo, são representativos da população dessa avançada idade e possuem uma percepção ainda mais positiva de sua saúde, como também, quando comparada à de outras pessoas da mesma idade, embora demonstrem consciência de certa piora, quando confrontam sua saúde com a de um ano atrás. É fundamental destacar a visão positiva dessas pessoas, que podem ser consideradas como exemplos de envelhecimento bem sucedido.

Estudos qualitativos com longevos mostram que uma das situações avaliadas como sendo parte da percepção de boa saúde é a capacidade de manter a mobilidade e as atividades físicas, bem como a manutenção de relacionamentos e a razão pessoal para existir dia-a-dia (HINCK, 2004).

O presente estudo considerou como prática de atividades físicas a caminhada, o andar a cavalo, o jogar bocha e o futebol, e outra atividade. A caminhada foi a atividade mais referida por mulheres e homens, seguida do andar a cavalo. Nesta última houve uma associação com o sexo masculino.

Tanto a caminhada, quanto o andar a cavalo estão intimamente relacionados com o viver rural, pois muitas vezes as distâncias entre as propriedades e o transporte público são grandes e mais difíceis.

A maior razão encontrada por Ahn e Kim (2004) para a alta porcentagem de idosos (85,6%) que não fazem exercícios foram: não gostar de fazer, ter dificuldades de movimentação e estar doente.

A caminhada foi citada nos estudos com idosos urbanos como sendo a atividade física predominante entre eles (RIO GRANDE DO SUL, 1997; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

O cavalo é um meio de transporte e também usado para o trabalho campeiro, além de ser considerado “um amigo” por parte do homem gaúcho. Apesar de serem poucas, algumas mulheres ainda andam a cavalo, tanto como meio de transporte quanto de lazer, ainda que essa prática seja vista como predominantemente masculina.

É possível afirmar que muitos dos idosos rurais se mantêm realizando tarefas relacionadas aos pequenos trabalhos, como o cultivo de hortaliças, criação de

animais e outros, que podem também ser considerados como atividades físicas, pela demanda de esforço físico necessário. Nesse item foi sentida uma das limitações do instrumento para aplicação no contexto rural, pois seria necessário considerar o exposto acima, resguardando a característica de população rural, em que as atividades físicas urbanas ficam vazias de significado.

O mesmo raciocínio é válido quando se quer saber quanto ao uso do tempo livre, pois, em se tratando de pessoas com 80 anos ou mais, e que vivem no meio rural, o acesso e a prática de atividades de lazer são mais restritos. É esperado que o rádio seja a preferência de homens e mulheres, pois ele serve também como meio de comunicação entre o campo e a cidade, e ainda por não necessitar de energia elétrica.

É importante ressaltar que fazer passeios e visitas são atividades relatadas pelos idosos, e que têm relação direta com o bem-estar e o envelhecimento ativo, como indica a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), pois uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais, além de retardar os declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas.

Como exemplo sobre a importância dada pelos idosos para as atividades de lazer, destaca-se o estudo de Campagna de Gáspari e Schwartz (2005), com idosos de 60 a 80 anos participantes de um programa de ação educativa voltado para sua idade. Dos 20 entrevistados, 19 responderam afirmativamente, pontuando que o grupo serve para aprender, sentirem-se importantes, valorizados, incentivados, além de fazerem novas amizades e divertirem-se. Afirmaram também que o grupo serviu para combater a depressão e mudar a rotina.

Um resultado muito positivo encontrado foi referente ao hábito de fumar, pois poucos (16) são os idosos que mantêm esse hábito na idade avançada em que se encontram, e entre os que fumam, o número é equivalente entre mulheres e homens, assim também como o tempo do hábito de fumar. Houve diferença quanto ao fato de já ter fumado, em que os homens foram a maioria.

Esses resultados diferem dos estudos urbanos de Feliciano, Moraes e Freitas (2004) e do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), em que se encontra a prevalência do tabagismo entre os idosos do sexo masculino, que os autores associam a questões culturais, pelo fato de as mulheres aderirem mais tardiamente ao hábito de fumar.

Já em relação ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas há a prevalência dos homens, tanto no caso de ter bebido no passado como no de beber eventualmente, assemelhando-se ao achados dos estudos citados acima.

Uma situação chama atenção: dos dois idosos que informaram beber de 4 a 7 vezes por semana, há representação de ambos os sexos, ou seja, é possível pensar que, no caso de alcoolismo, neste estudo, não existem diferenças entre os sexos.

Nos estudos com idosos rurais coreanos, como o de Ahn e Kim (2004), dos 97 idosos, apenas 15 informaram beber, e 8, fumar, números que se assemelham aos do presente estudo e que é um fator positivo frente ao envelhecimento, uma vez que o álcool e o tabaco são diretamente prejudiciais à saúde, por envolverem fatores de risco para aparecimento da osteoporose, aumentando assim a possibilidade de fraturas, que acentuam drasticamente a incapacidade entre os idosos.

Em contrapartida, no estudo de Silva (2005), com idosos rurais de Arambaré (RS), 31% dos idosos possuem o hábito de beber, apresentando, segundo o autor, elevado índice de ingestão, quando comparado com outros estudos. O hábito de fumar está presente em mais da metade dos idosos do estudo referido.

Com base nas respostas dos idosos *mais velhos*, é possível concluir que eles se alimentam dentro do mínimo esperado para a idade, fazem uso de produtos diversos, refletindo um lado positivo de viverem no meio rural, onde a produção de subsistência é uma realidade. A importância de se compreender o padrão alimentar e nutricional de uma população está diretamente associado à positividade das mudanças das taxas de morbimortalidade da população idosa (NAJAS, 2004).

A alimentação é também a maior consumidora da renda da aposentadoria, como já foi visto anteriormente.

Da mesma forma, a hidratação também se apresenta de forma satisfatória, pois além da ingestão de líquidos, mais da metade dos idosos afirmam tomar “chimarrão” mais de uma vez ao dia. O “chimarrão” é uma bebida de origem indígena e faz parte da cultura gaúcha. É tomado em um recipiente chamado de “cuia”, onde é colocada a erva-mate e despejada água quente. O hábito do chimarrão é tido como uma prática social de aproximação e, nas famílias rurais como também nas urbanas do Rio Grande do Sul, serve como um momento de interação familiar.

As deficiências relacionadas a audição e visão são fatores limitantes para a vida cotidiana dos idosos *mais velhos*, como afirma a OMS (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2005), quando pontua que muitos dos 180 milhões de pessoas com deficiência visual e 45 milhões de cegas são idosos e têm o problema agravado e relacionado com a idade devido a catarata, glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética.

Ainda a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) salienta que a deficiência auditiva acomete acima de 50% das pessoas com mais de 65 anos, fato este que contribui para dificuldades de comunicação e que pode levar a baixa-estima, reclusão e isolamento social.

Essas deficiências foram encontradas nos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, pois a maioria (70,8%) referiu ter problemas de visão. Para 39,6% dos idosos o problema é corrigido com o uso de lentes corretivas com melhora e 24,6% precisariam, mas não possuem esse recurso. Não foi perguntado qual era o problema de visão desses idosos; mesmo assim é possível ponderar que, em razão das considerações acima indicadas pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), os idosos deste estudo encontram-se desassistidos em sua saúde visual.

Esses resultados encontram respaldo no estudo de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), com idosos de 65 anos ou mais de uma zona rural colombiana, que encontraram que 73,4% tinham problemas de refração; 15,8%, de catarata; e 10,7%, outros problemas visuais.

Os autores acima afirmam que esses números são demasiadamente altos, quando comparados aos apresentados por idosos de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, onde apenas 13% reportam problemas visuais, apesar de o número aumentar nos grupos dos *mais idosos*.

Quanto à deficiência auditiva, menos da metade dos idosos referiram possuí-la e, destes, apenas 2,3% faz uso de aparelho auditivo. Alguns reconhecem a necessidade do uso, o que pode ser avaliado como positivo, pois demonstram ter conhecimento da existência dessa ferramenta, embora os motivos para não possuí-la não haja sido perguntado.

No relatório da pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), os idosos apontaram como causa do problema auditivo a idade (16,7%), doenças de ouvido (5,95%), falta de recursos econômicos para o tratamento (3,54%) e falta do aparelho (0,4%). É bem possível que, se tivesse sido feita a mesma pergunta para os idosos deste estudo, as respostas se assemelhassem,

resguardada a questão da idade, pois a pesquisa do Conselho foi com idosos com 65 anos ou mais.

A saúde oral dos idosos *mais velhos* é um fator preocupante, pois acima da metade (70,8%) informou não ter mais nenhum dente, e apenas 29,2% disseram não usar prótese dentária. Os resultados mostraram que as mulheres idosas possuem menos dentes que os homens.

O edentulismo, segundo Pucca Junior (2007), geralmente tem prevalência elevada entre os idosos, e as duas principais causas são as cáries radiculares e a doença periodontal. A autora chama atenção para que, embora haja relação direta entre edentulismo e idade, tem aumentado o número de idosos que procuram preservar seus dentes, não recorrendo ao tratamento do passado, a extração.

A saúde oral é um fator comportamental determinante do envelhecimento ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), pois os problemas orgânicos advindos da precariedade dessa tendem a tornar-se um ônus financeiro para o indivíduo e para a sociedade. Também associa-se à desnutrição e ao maior risco de desenvolver doenças não-transmissíveis.

Os idosos *mais velhos* do meio rural podem ser ainda mais susceptíveis a quedas e pequenos acidentes domésticos, devido a situações encontradas no próprio ambiente em que vivem. Dos idosos que informaram alguma queda (34), apenas 5 tiveram fraturas do tipo fechadas, tendo prevalecido ferimentos do tipo de escoriações. As mulheres do estudo tiveram mais quedas, quando comparadas aos homens.

Nos achados de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), ao compararem por grupos de idade, os maiores *caidores*, em ambos os sexos, foram os do grupo da maior idade, ou seja, com 80 anos ou mais.

No presente estudo não foi verificado o motivo e o local da queda, mas a literatura aponta múltiplas situações que favorecem a queda dos idosos, como o processo de senescência e senilidade, o ambiente físico e psicossocial (RODRIGUES, 1993) e as demências (LANGE, 2005).

Para Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), as mulheres caem com mais frequência em casa, e os homens, no trabalho. Com relação às mulheres idosas, esse dado é confirmado por Rodrigues (1993), quando afirma que as idosas do estudo sofrem mais quedas no ambiente da cozinha, com tarefas domésticas ou caminhando no pátio.

Para a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), as quedas são avaliadas dentro dos fatores determinantes relacionados ao ambiente físico, como perigos, que podem resultar em lesões incapacitantes e dolorosas para os idosos. Os obstáculos do ambiente, como pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio, aumentam o risco de quedas.

Embora o risco de quedas aumente com a idade, ainda há pouca preocupação por parte da sociedade em geral em facilitar os acessos, adequar estruturas institucionais e domésticas, tanto para os idosos como para os portadores de alguma deficiência física.

Já em relação às doenças não-transmissíveis (DNTs) em todas as regiões do mundo, segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), aparecem como as principais causas de morbidade a incapacidade e a mortalidade da população que envelhece.

As DNTs que acometem os idosos do meio rural de Encruzilhada do Sul (RS) assemelham-se às encontradas em estudos com idosos rurais de outras partes do mundo, muitas delas relacionadas às intempéries e aos trabalhos físicos árduos durante o curso da vida (GÓMEZ MONTES; CURCIO BORRERO, 2004; AHN; KIM, 2004; HINCK, 2004; SILVA, 2004; ODDONE; AGUIRRE, 2005).

A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 27) conclama a sociedade e as instituições públicas quando afirma que “deve-se dar uma atenção especial aos idosos que moram em áreas rurais (cerca de 60% no mundo todo), onde os tipos de doenças podem ser diferentes em função das condições do ambiente e da falta de ajuda disponível”.

Confirmando o exposto acima, sobre as DNTs indagadas, a hipertensão arterial foi citada por praticamente a metade dos idosos, seguida por problemas de coluna, reumatismo, insônia, catarata e má circulação.

Apesar de a hipertensão arterial estar presente na vida da metade dos idosos, não é a doença que mais interfere nas atividades diárias. Esse lugar é ocupado pelo reumatismo, seguido de problemas na coluna e insônia, reforçando o paradigma da funcionalidade como indicador de saúde mais significativo nessa população, do que a mera presença de doenças (FRANCISCO, 2006).

Os problemas de coluna são referidos por 58,4% dos idosos rurais de Arambaré (RS), seguido pelo reumatismo (20,8%), e são lembrados, segundo Silva

(2005), quando de, alguma forma, limitam o trabalho ou as atividades da vida diária, reforçando o exposto acima.

A hipertensão arterial também não é a primeira doença referida pelos idosos colombianos; para eles, segundo Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), as varizes (51,1%) e as artrites (48,6%) são seguidas pela hipertensão arterial (38,1%) e pela catarata (22,5%).

Para os idosos rurais coreanos, a artrite é a doença mais comum (79,4%). A hipertensão arterial (29,9%) e os problemas gástricos (19,6%), juntamente com o diabetes *mellitus* (9,3%), são problemas tidos como secundários (AHN; KIM, 2004).

Artrites e problemas cardíacos são referidos pelos idosos mais velhos que vivem sós no meio rural americano (HINCK, 2004). Embora reconheçam as limitações impostas por essas doenças, a maioria dos idosos descreve sua saúde como excelente ou boa.

Os idosos do estudo acima, de certa forma aceitam esse processo como normal para a idade que possuem, pois, segundo o autor, muitos se referem aos problemas de saúde dizendo que “*para a minha idade...*”, como se fosse natural e esperado.

Steel (2005) concorda com esses achados, pois afirma que envelhecer não é uma doença, o que existe é uma relação entre idade e doenças, pois os idosos com mais de 80 anos convivem com os efeitos de uma ou mais doenças crônicas, com diferentes significados para cada um.

A hipertensão arterial é a principal morbidade referida pela população idosa brasileira, segundo Camarano *et al.* (2005), Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) e Marafon *et al.* (2003), tanto para mulheres quanto para os homens, sendo mais elevada entre as mulheres. As demais são as artrites e os reumatismos, incluindo-se também como as grandes vilãs da manutenção da funcionalidade.

No último perfil dos idosos brasileiros publicado por Camarano *et al.* (2005), verificou-se o aumento da proporção de idosos que declararam possuir hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Para os pesquisadores, esse resultado pode ser atribuído ao envelhecimento do grupo populacional idoso e, provavelmente, também à maior cobertura dos serviços de saúde.

Embora o *diabetes mellitus* tenha aumentado como doença referida para a população geral de idosos, no presente estudo ela foi mencionada por poucos idosos *mais velhos* (4,4%) e, destes, a metade informa que ela interfere nas suas

atividades diárias. Esse achado talvez possa ser explicado pelo mesmo motivo do aumento das declarações, ou seja, os idosos *mais velhos* deste estudo têm menos acesso aos serviços de saúde por diversas razões, dentre elas, a distância entre as residências e os serviços, a dificuldade de transporte e o sistema de organização dos serviços, que acabam privilegiando os moradores das zonas urbanas.

Porém, essa realidade aos poucos está mudando, com a implantação do PACS há 6 anos, na quase totalidade da zona rural do município. Os ACS da zona rural de Encruzilhada do Sul estão ainda ligados ao PACS, com coordenação de uma enfermeira. Já os ACS urbanos estão sendo realocados em unidades do Programa de Saúde da Família, que foi implantado no município, durante esta pesquisa. Constata-se, assim, uma possível diferenciação entre as atividades e resolubilidade, pois quando uns se reportam a uma equipe multiprofissional, outros se dirigem à coordenadora do Programa, que concentra as demandas burocráticas e a organização das ações de saúde.

Uma das primeiras atividades dos ACS foi o cadastramento das famílias nas diversas microáreas (24), e só assim foi possível ao sistema de saúde local contabilizar a presença de idosos e idosas *mais velhos* e suas necessidades, pois, para muitos idosos, o ACS é o único elo com o sistema de saúde local.

Para Silva e Dalmaso (2002), a idéia da figura do agente de saúde envolve historicamente um conceito com diferentes nomenclaturas e que aparece em várias partes do mundo, como uma idéia de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

O Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNACS), atualmente Programa de Agentes Comunitários (PACS), iniciou-se em 1991, na Região Nordeste do Brasil e, segundo Silva e Dalmaso (2002, p. 50), teve como propósito dar apoio técnico e financeiro às iniciativas estaduais e municipais na implantação dos projetos que contribuíssem para a municipalização do SUS. O PNACS visava a estender a cobertura dos sistemas públicos de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil.

Para os autores acima citados, os três eixos principais de atuação dos agentes são: educação e saúde; mobilização da comunidade e atenção ao grupo materno-infantil; porém ressaltam que as ações propostas poderiam ser adaptadas e/ou ampliadas, de acordo com realidade de cada Estado, região ou município, assim como a situação epidemiológica do momento.

Torna-se necessária, então, uma maior sensibilização dos agentes e dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades da parcela da população que está no outro limite da vida, os idosos *mais velhos*, que, por viverem no meio rural, têm suas fragilidades aumentadas, uma vez que o PACS tem privilegiado, desde seu início, as ações de saúde para a população materno-infantil.

6.6 Seção F: Avaliação funcional: desempenho das atividades da vida diária

A avaliação do grau de capacidade funcional é feita, segundo Gordilho *et al.* (2000), através de instrumentos multidimensionais e de forma sistemática. Ela tem o objetivo de identificar a capacidade funcional do idoso, ou seja, a capacidade de ele manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

No estudo desenvolvido por Ramos (2003), na cidade de São Paulo, quase a metade dos idosos referiu precisar de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária, instrumentais ou pessoais.

Para outro estudo, do SABE, também em São Paulo, a maioria dos idosos (80,7%) não apresenta limitações funcionais que impeçam o autocuidado, segundo Duarte (2003). Contudo, quando se observam os idosos com 80 anos ou mais, quanto ao número de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) comprometidas, o resultado se altera: zero (33,3%, homens; 7,3%, mulheres); de 1 a 3 (27,5% e 27,4%); de 4 a 6 (11,7%, 27,8%) e 7 ou mais (27,5%, 37,5%). A autora ainda pontua que o comprometimento do desempenho dos idosos nas atividades da vida diária está associado com o avanço, a idade e a questão de gênero, em especial o feminino.

Confirmando esse resultado, ao analisar a proporção de dificuldades por faixa etária e sexo, dos diversos países do projeto SABE, Duarte (2003) conclui que as dificuldades são mais expressivas entre as mulheres em todas as faixas etárias.

O avanço da idade e o sexo são relatados como fatores importantes na diminuição da capacidade funcional por inúmeros autores, podendo ser considerado um consenso entre eles (RAVAGLIA *et al.*, 1997; VON STRAUSS *et al.*, 2000; GÓMEZ MONTES; CURCIO BORRERO, 2004; RAMOS, 2003; ROSA *et al.*, 2003;

CAMARANO *et al.*, 2005; DUARTE, 2003; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005; PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Essa afirmação encontra respaldo no presente estudo, pois, dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS), 45,2% apresentam alguma dificuldade nas AVDs, e são as mulheres que revelam maior comprometimento, em todas as faixas etárias. As AVDs são as atividades relacionadas ao autocuidado e à sobrevivência; portanto, é de se esperar que o comprometimento dessas atividades seja mais retardado, pois a presença de dificuldades e comprometimentos indica de alguma forma maior dependência de assistência e de cuidados, pelos idosos, de sua família ou de seus cuidadores.

Mais da metade dos idosos *mais velhos* referem não apresentar qualquer tipo de comprometimento nas AVDs; porém, é com a parte expressiva (45,2%) que referem alguma dificuldade, que se torna necessário o detalhamento destas, para detecção de situações em que seja indispensável a ajuda e o cuidado. Para Duarte (2003), apresentar mais de três dificuldades nessas atividades pode ser traduzido como comprometimento funcional.

A AVD “locomover-se” foi a que apresentou maior dificuldade em todos os graus perguntados entre os idosos *mais velhos*; porém, essa atividade pode ser sanada ou sua dificuldade diminuída com auxílio de bengalas, corrimão, sapatos antiderrapantes e confortáveis, ou qualquer outro tipo de apoio que facilite o andar e diminua o risco de quedas.

Os idosos *mais velhos* do estudo de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), na Colômbia, também apresentam um grau maior de comprometimento, em comparação com as faixas etárias mais jovens, pois, usando a Escala de Barthel para as Atividades Básicas Cotidianas (ABC), 85,1% têm 90 ou mais pontos; 7,4% têm entre 40 a 60 pontos; e 7,4%, 30 pontos ou menos. As dificuldades mais referidas foram: subir e descer escadas, problemas com incontinência urinária e deambulação. Neste estudo não houve diferença significativa entre homens e mulheres.

Também no estudo de Marín Larrain *et al.* (1998), no Chile, os idosos maiores de 75 anos apresentam maior comprometimento funcional, com maior limitação e necessidade de apoio ocasional nas AVDs. Ainda para Marín Larrain *et al.* (2004), entre os nonagenários chilenos existe uma clara predominância feminina, devido à maior expectativa de vida; sendo assim, é nesse segmento de idade que se

concentram os idosos mais frágeis e dependentes, o que se correlaciona com um maior risco de serem institucionalizados e de mortalidade, acarretando maiores custos de atendimento.

As AIVDs (Atividades Instrumentais da Vida Diária) estão relacionadas com a capacidade do idoso em levar a vida dentro da comunidade e em interagir com o meio em que vive. Para autores como Ravaglia *et al.* (1997) e Duarte (2003), a perda das habilidades funcionais obedece a uma hierarquia no processo de envelhecimento, uma vez que se direciona das AIVDs para as ABVDs, fazendo com que os idosos necessitem de auxílio de outras pessoas, que atuem como elo de ligação entre eles e o entorno social. Por serem de maior complexidade, são as atividades que apresentam os primeiros comprometimentos.

Assim como a literatura aponta, a maioria dos idosos *mais velhos* do presente estudo referem ter uma ou mais AIVDs comprometidas, crescentes com a idade; e os índices maiores estão entre os idosos, identificadas no grupo dos nonagenários.

Além da questão de idade e de sexo, outro fator que transparece no comprometimento das AIVDs é cultural, pois observou-se que a atividade de *administrar finanças* foi a atividade mais comprometida, e que atinge um percentual maior de mulheres na categoria *não consegue*, quando comparadas aos homens.

É possível pensar que as mulheres dessa faixa etária não se envolveram durante a vida nas questões financeiras, tanto da família quanto do trabalho, pois a maioria sempre trabalhou nas tarefas da casa, e só obtiveram recursos financeiros após a aposentadoria rural, conquista essa também das mulheres rurais. Atualmente, muitas mulheres recebem tanto a aposentadoria rural quanto a pensão como viúvas.

Outra questão a ser pensada, com relação à administração das finanças, que envolve todos os idosos *mais velhos*, é o constante aumento da complexidade tecnológica nas operações bancárias, com cartões magnéticos, senhas, caixas automáticos, atividades que dificilmente são executadas por eles sem auxílio de outrem.

A segunda atividade mais comprometida foi *fazer a limpeza de casa*, também apresentando um percentual maior entre as mulheres. A preocupação com a limpeza da casa parece ser essencialmente feminina; embora os homens tenham condições de fazê-la, dizem não fazer por não saber e, segundo Duarte (2003), esse comportamento tem suas raízes nas questões culturais, levando os homens,

principalmente os mais velhos, a manterem a divisão do trabalho, em que o doméstico é fundamentalmente feminino.

A autora também faz referência à atividade do *manejo do dinheiro*, pois, no estudo do SABE, existe diferença entre as mulheres (5,45%) e os homens (2,63%) que apresentam dificuldades nesta atividade.

Os fatores que estão mais fortemente associados com as capacidades funcionais relacionam-se com a presença de algumas doenças ou deficiências. Entretanto, Rosa *et al.* (2003) observam que, em muitos estudos, a hipótese subjacente é de que a capacidade funcional seja influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, como comportamentos relativos ao estilo de vida, como fumar, beber, comer excessivamente, manter relações sociais, dentre outros.

No presente estudo, as diferenças entre os sexos não foram significativas, assim como no de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), apenas excluindo as atividades específicas de trabalho pesado e manejo do dinheiro, pois, segundo os autores, essas atividades são, por norma cultural em seu país, efetuadas apenas pelos homens.

Os idosos *mais velhos* referem ter ajuda de filhos(as), genros e noras, esposo(as), neto(as), acompanhantes, amigos e vizinhos, tanto para as AVDs como para as AIVDs, com diferentes graus de necessidade de ajuda, e esta é de 100%; disso é possível concluir que esses idosos possuem apoio para a realização de suas atividades cotidianas.

6.7 Seção G: Uso e acesso aos serviços de saúde

O uso e o acesso aos serviços de saúde pelos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS) é dificultado, naturalmente, devido às grandes distâncias entre as moradias e a sede do município, pelo relevo muito acidentado e por existirem regiões em que o transporte urbano não é diário, sendo que em algumas ele inexistente.

Para aproximar a população rural dos serviços de saúde, a Secretaria de Saúde do município mantém uma estratégia chamada de “interiorização”, quando

uma equipe formada por médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e técnica de enfermagem desloca-se para uma região previamente agendada. Esse momento é divulgado pelos ACS das áreas próximas e as consultas são agendadas. Fica ao encargo dos ACS a marcação de consultas na sede do município, para toda a população rural.

Outra forma de acesso é pela equipe itinerante, que conta com um médico e um técnico de enfermagem; também funciona com agendamento prévio e é prioritário para as áreas de mais difícil acesso.

A campanha nacional de vacinação contra *influenza* e pneumonias é levada para a zona rural, quando o técnico responsável, juntamente com os ACS planejam estratégias de deslocamento que cobrem o maior número de idosos possíveis.

Além dessas estratégias do serviço de saúde local, muitos ACS mantêm grupos de convivência em que os idosos constituem a maioria. Nesses grupos, os agentes contam com o auxílio de técnicos da EMATER para a aprendizagem de artesanato, aproveitamento de alimentos e diversas atividades de extensão rural. Segundo informações dos ACS, os idosos *mais velhos* não freqüentam os grupos, pois o deslocamento até o local de realização nem sempre pode ser efetivado pelos mesmos.

Para Cesar e Paschoal (2003, p. 227), as “informações coletadas nos inquéritos de saúde de base populacional, permitem a descrição do padrão de uso dos serviços, segundo várias características dos usuários e dos próprios serviços”.

As situações econômica, social, demográfica e epidemiológica são citadas como fatores que influenciam na escolha do serviço de saúde pelos idosos e suas famílias, uma vez que as decisões sobre onde o idoso receberá cuidados de saúde dependem das necessidades e dos recursos da família, e não somente da situação individual do idoso (BÓS; BÓS, 2004).

A avaliação do padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde em 2003 e a comparação com os dados de 1998, usando o PNAD, foi realizada por Travassos, Oliveira e Viacava (2006), com população urbana de crianças e adultos que referiram restrições nas atividades rotineiras por motivo de saúde nos últimos 15 dias. Os autores justificaram o não-uso da população rural em razão dos diferenciais e da oferta de serviços entre os estratos urbanos e rurais.

O estudo de Travassos, Oliveira e Viacava (2006) reafirmou que o acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pelas condições sociais das pessoas e pelo local onde residem. Eles ainda chamam atenção para o Rio Grande do Sul como sendo um Estado que se destacou entre os demais, pela magnitude das desigualdades sociais no acesso, caracterizando-se por grande polaridade na possibilidade de usar serviços de saúde, quando necessário, entre os ricos e os pobres, e que a maior igualdade social da região Norte estava associada a baixas taxas de utilização por todos os grupos de renda. Os autores concluem que o SUS orienta-se por princípios constitucionais que garantem a universalidade no acesso aos serviços, porém fatores da oferta moldam o desenho do sistema em cada localidade.

Os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul procuraram, nos últimos 12 meses, quando doentes, em primeiro lugar, atendimento particular em consultórios médicos, confirmando a preferência da maioria dos idosos por esses profissionais.

É possível que essa preferência não ocorra por motivo de vínculo com o profissional ou por livre escolha, e, sim, seja dependente das possibilidades de transporte e estratégias familiares, pois o deslocamento do meio rural para a sede do município, onde se encontram os serviços de saúde, demandam tempo e disponibilidade de acompanhante. Assim, o atendimento, por ser imediato, como foi confirmado por mais da metade dos idosos que informaram não terem precisado esperar pela consulta, é o preferido.

Um problema gerado por essa escolha é o custo da consulta, uma vez que os pagamentos com produtos produzidos nas propriedades rurais não é mais utilizado como moeda de troca, como sucedia num passado não tão remoto. Como não foi perguntado sobre a renda da família, mas apenas sobre a do idoso, é possível que os mesmos, ao procurarem os consultórios particulares, tenham algum tipo de convênio de saúde individual ou institucional, caso pertençam a alguma associação rural ou sindicato rural, ou, ainda, que o custo das consultas seja arcado pela família.

No estudo de Silva (2005) com idosos rurais de Arambaré (RS), outro município-parte do PROINTER, observou-se que a renda familiar *per capita* e as alternativas frente a situações de saúde-doença atestam que as famílias com renda entre menos de 1 a menos de 4 salários mínimos são as parcelas da população que

mais utilizam o posto de saúde. O autor ainda conclui que os de maior renda utilizam-se exclusivamente dos planos ou consultas privados.

De acordo com Bós e Bós (2004) existem duas alternativas para atendimento de saúde, simplificada: o SUS, que pode ser utilizado a qualquer momento, e a rede privada, que depende de condições econômicas e planos privados de saúde. O SUS, para os autores, é tipicamente caracterizado como um provedor de baixa qualidade, sendo o atendimento, quando conseguido, sem garantias de disponibilidade. A rede privada é vista como de melhor qualidade e resolubilidade, sendo, portanto, mais confiável. Essa caracterização estereotipada dá-se em função da comparação entre o público e o privado, realizada por grande parte da população, embora seja possível que, muitas vezes, nem um nem outro consigam dar cobertura e respostas às demandas da população.

As unidades básicas de saúde são a segunda escolha na busca por atendimento aos problemas de saúde. Nestas, as consultas geralmente são agendadas por telefone pelo ACS, cabendo aos familiares o transporte do idoso até a cidade. Com o advento da telefonia móvel, essa estratégia tornou-se um facilitador, pois, antes disso, era preciso ir até a cidade para a marcação das consultas, dificultando ainda mais o acesso aos serviços.

Atualmente, com a expansão do Programa de Saúde da Família, algumas microáreas rurais são referenciadas para as unidades do programa, com o que se espera melhora significativa no atendimento dessa parcela da população.

Um fator agravante observado no município de Encruzilhada do Sul, e realidade em muitos outros, é que alguns médicos, principalmente de especialidades, não vivem na cidade e atendem em dias preestabelecidos, com uma agenda restrita.

Na ocasião desta pesquisa não havia nenhum médico geriatra ou gerontólogo nesse município ou na região de saúde na qual está inserido.

Um fato que chama atenção é que entre os idosos *mais velhos* deste estudo não há diferença entre os sexos quanto à procura por atendimento de saúde, como nas populações urbanas, em que estudos apontam as mulheres como as maiores consumidoras dos serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; FELICIANO, 2004; BOS; BÓS, 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Embora boa parte dos idosos *mais velhos* tenha procurado atendimento aos problemas de saúde nos últimos 12 meses, uma pequena parcela referiu que

mesmo estando doente não procurou auxílio, e deve assim ser investigada, pois os motivos alegados foram: distância e falta de transporte, atendimento não-satisfatório, não ter quem os levasse e outros motivos.

O fato de viverem no meio rural e possuírem 80 anos ou mais de idade, dentre outros, se caracteriza como situação de risco, segundo Valderrama Gama e Del Molino Martins (1998); portanto, segundo esses autores, muitos dos idosos deste estudo podem ser considerados de risco; sendo assim, este é mais um fator que deve ser considerado pelos serviços de saúde local e pesquisas futuras.

6.8 Seção H: Apoio familiar recebido pelos idosos mais velhos

Inúmeros estudos apontam a família como sendo a principal fonte de apoio e cuidado dos idosos, independente da cultura e do estado de desenvolvimento do país (SANTOS, 2003; AHN; KIM, 2004; HINCK, 2004; ZERDA, 2005; ARECHABALA MANTULIZ; MIRANDA CASTILLO, 2002).

O cuidado da vida, segundo Collière (2003), sempre esteve, em todos os meios e em todas as culturas, no ponto de partida de todas as formas de organização social, a fim de manter e assegurar a continuidade da vida de qualquer grupo, sob qualquer latitude, sejam quais forem os climas e os recursos do meio ambiente.

Assim como Woortmann e Woortmann (1999) predizem que entre os sitiantes nordestinos, tanto quanto entre os colonos sulistas, é pela acumulação e pela renovação do saber que alguém se torna pai de família e mãe de família, esse saber é acumulado por ter o velho passado por todas as posições dentro de sua *situação de gênero*, dentro da organização familiar e, uma vez que está velho, poderá não realizar mais trabalho físico, ou não mais precisará realizá-lo.

O pai de família, segundo os autores acima citados, é o que governa o espaço do roçado, e a mãe de família é a agente de saúde do grupo doméstico sendo, nessa qualidade, detentora do saber relativo à comida adequada e ao tratamento das enfermidades.

Como já foi discutido na seção relativa às atividades da vida diária, os idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, na grande maioria, possui alguém que os auxilia nas atividades, assim como, no caso de doenças.

Uma pequena minoria relatou não contar com auxílio de qualquer pessoa em caso de doenças. É provável que esses idosos estejam dentro da parcela que informou morar só, porém são independentes de auxílio para as atividades da vida diária. É possível inferir também que eles estejam dentro do grupo que, mesmo doente, não procurou os serviços de saúde por não terem quem os levasse. Portanto, esses idosos podem ser entendidos como os de mais alto risco, considerando as distâncias e a deficiente comunicação, dentre outras situações adversas com as quais têm que conviver.

Esse risco e fragilidade, em maiores proporções, foi encontrada por Zerda (2005), nos resultados do estudo com idosos rurais indígenas da Bolívia, quando 63% dos que vivem sós habitam nas áreas rurais e, destes, apenas 2% possuem aposentadoria. A autora pergunta *Como podem sobreviver essas pessoas? O que é que lhes permite subsistir em condições de carência tão agudas?*

Os indígenas bolivianos possuem tradições culturais vigentes, que determinam a responsabilidade familiar pelos idosos; assim, os filhos que se casam estão obrigados a ajudar, dando sustento aos pais ou sogros idosos.

De maneira geral, é possível observar que, examinando mais profundamente as relações familiares, apenas um indivíduo assume a principal responsabilidade de prestar os cuidados, e que estes são dados por um membro de cada vez, alternando-se os papéis.

Os filhos são os principais cuidadores, nos casos deste estudo, seguidos pelos esposos, por outro familiar e amigos ou vizinhos, sendo que os principais cuidados são: companhia, alimentação, medicação, locomoção, atividades de higiene.

Os idosos são cuidados igualmente pelos filhos e esposas; já mais da metade das idosas são cuidadas por filhos e outro familiar, confirmando, assim, dados de outras seções, em que foi encontrado um grande número de idosas viúvas vivendo com os filhos ou filhas e idosos vivendo com o cônjuge.

Percebe-se nos estudos e na realidade cotidiana que, quando o idoso é casado, o cônjuge é o primeiro a cuidar, tendo o papel de cuidador associado aos já existentes; depois dele, são os filhos adultos, principalmente se não foram casados,

e, por fim, os filhos casados; sendo eles homens, esse papel pode ser assumido pelas noras. O arranjo em que o cônjuge é o principal cuidador mostra-se satisfatório desde que o mesmo não tenha a saúde comprometida e também não seja um idoso. O importante é que essa pessoa tenha com quem contar, para a divisão e delegação de tarefas e, principalmente, para que o cuidado não seja um fator de absoluto estresse.

Os idosos rurais coreanos do estudo de Ahn e Kim (2004) contam com a ajuda principalmente de seus filhos (44,3%), seguidos pelos netos e amigos, para suprir necessidades de moradia, vestimentas, alimentação e também em caso de doenças.

No estudo de Feliciano (2004), o apoio domiciliar está também centrado nos filhos e nos cônjuges, pois 71,0% informaram receber cuidados domiciliares em suas casas; destes, 68,0% foram atendidos pelos agentes comunitários de saúde.

Embora os agentes comunitários de saúde atuem há mais de 6 anos na zona rural de Encruzilhada do Sul, apenas um idoso informou que conta com a sua ajuda. Tal fato confirma a intenção deste estudo, qual seja, dar mais visibilidade aos idosos *mais velhos*, principalmente os de maior risco, e sensibilizar os agentes e os gestores para a importância de ações direcionadas a essa população, as quais estão previstas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, tais como o retorno ao modelo de cuidados domiciliares.

A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, segundo Silvestre e Costa Neto (2003), demanda programas de orientação, de informação e de apoio por profissionais capacitados, do suporte informal e familiar, bem como da inclusão do Estado no papel preponderante de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS.

6.9 Seção I: Avaliação da presença de sintomas de depressão nos idosos mais velhos e comparação com o comprometimento cognitivo

Ser idoso com idade avançada e viver em zona rural requer avaliação mais complexa do processo saúde-doença, não só a física, como descrito nas seções anteriores, mas também a mental.

O processo de saúde-doença está associado a uma série de condições, como dependência funcional, parcial ou total, separação dos membros das famílias, perda de controle de suas atividades básicas, redução da autonomia, limitação do espaço, confusão mental, considerando a fragilidade dos idosos mais velhos, acrescentadas à condição de viver na zona rural, além das doenças crônicas não-transmissíveis e, muitas vezes até incapacitantes.

Além disso, cabe destacar a falta de apetite, a insônia, as dificuldades para deambular e a fraqueza, além de outros sintomas que podem afetar os idosos *mais velhos*, associados ao isolamento social, fatores esses considerados de risco para a depressão, o que vem sendo considerada atualmente como o “mal do século” (KAPLAN, 1995).

Os sintomas da depressão podem ser confundidos com o de outras doenças nos idosos. A alteração do humor pode não ser tão evidente, assim como sintomas vagos, como perda de apetite, insônia e falta de energia, que muitas vezes podem ser atribuídos a outras causas. A repercussão da depressão e seus sintomas é fundamental sobre a saúde, pois produz importante incapacidade e sofrimento nas pessoas que a apresentam, bem como nas que estão no entorno.

Para Fernández Fernández *et al.* (2006), apesar da frequência e da incapacidade que gera, um fato evidente é que a depressão nos idosos permanece subdiagnosticada e subtratada, acarretando elevado índice de cronicidade.

Estudos epidemiológicos sobre depressão entre idosos sugerem que a prevalência de depressão é mais elevada nas pessoas entre 65-75 anos (após a aposentadoria), e tende a aumentar após 75 anos, segundo Snowdon (2002). Porém, Mann (2004) menciona haver menor prevalência de depressão em idosos descritos na literatura, sendo que um dos motivos pode ser o uso inadequado de instrumentos, para essa faixa etária.

No Brasil, os sintomas depressivos na população acima de 65 anos de idade, vivendo na comunidade, chega a 14,3%, acima dos valores encontrados em estudos internacionais, em que a porcentagem varia entre 10,3% e 13,5% (NETTO dos REYS *et al.*, 2006).

Neste estudo foi usada a Escala Cognitiva de Depressão (ECD) de Zauszniewski (1997), traduzida e validada para língua portuguesa por Souza *et al.* (2005). Essa escala, segundo os autores, não possui ponto de corte. O escore somente indica a presença de mais ou menos sintomas depressivos. Estudos que

utilizam essa escala ainda são escassos com idosos; por isso, é impossível a comparação dos resultados deste estudo, tornando-se assim uma limitação do seu uso.

Os estudos com idosos *mais velhos* encontrados na literatura, como os de Bauco *et al.* (1996), Bergdahl *et al.* (2005), Argimon e Stein (2005), Wagert *et al.* (2005) e Zang (2006), usaram a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de Yesavage (1983). Também o estudo de Fernández Fernández *et al.* (2006), com idosos rurais espanhóis de 65 anos ou mais, e o de Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) utilizaram-se da mesma escala.

Às questões sobre o futuro promissor e sobre sentirem-se úteis, os idosos responderam mais negativamente que as idosas. Estas questões traduzem a presença de sintomas “sem esperança e sem objetivos”.

Esse resultado pode apontar para uma questão cultural e de sexo, pois os homens, quando possuem alguma limitação que impeça a continuidade das atividades, por menor que seja, sentem-se sem expectativas e inúteis; para eles, não poder trabalhar significa estar doente.

Os idosos mais velhos deste estudo, segundo os resultados obtidos com a aplicação da ECD (Souza *et al.*, 2005) apresentaram poucos sintomas depressivos, sem diferença significativa entre os sexos e entre os grupos etários. Entretanto, quando foram comparados com os escores do MEEM dos grupos com comprometimento e sem comprometimento cognitivo, o primeiro apresentou escores de depressão ligeiramente mais elevados. O número de mulheres e de idosos com mais idade é maior no grupo com comprometimento cognitivo.

Nos estudos já citados, com a EDG de Yesavage (1983), bem como outros que não se utilizaram dessa escala (GAZALLE, 2004; XAVIER, 2004), houve a prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres e os *mais velhos*, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado e que tiveram perdas familiares no último ano.

Os transtornos mentais nos idosos *mais velhos*, dentre eles a depressão, geram sofrimento pessoal, provocam incapacidades e morbimortalidades mais elevadas, sobrecarga para a família, para a sociedade e para os serviços de saúde; portanto, faz-se necessária a aplicação de medidas preventivas, assim como o adequado tratamento e apoio para o idoso e sua família.

Para os idosos que vivem em áreas rurais, onde já existe algum programa de saúde, como no caso de Encruzilhada do Sul, em que o PACS já atua há mais de seis anos, medidas preventivas com relação ao envelhecimento ativo podem ser associadas às ações já desenvolvidas com crianças, mulheres e grupos diversos.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou que o grupo dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul que vive no meio rural é constituído na maioria por mulheres, na faixa etária entre 80 e 84 anos de idade, católicas e predominantemente analfabetas. Com relação ao sexo e ao estado civil, encontrou-se diferença estatisticamente significativa, pois as mulheres, na maioria, são viúvas, e os homens, casados.

A maioria dos idosos vive na companhia de familiares, entretanto houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, pois mais da metade delas vivem com familiares, e mais da metade deles vivem com as esposas.

Apenas 11,7% informaram viver só; porém, esse resultado pode não estar refletindo a realidade, uma vez que alguns idosos informam morar só, quando suas casas estão localizadas a poucos metros da casa de algum(a) filho(a). Esse arranjo familiar é bastante comum no meio rural, preservando a autonomia dos idosos, com a segurança da proximidade dos familiares.

A aposentadoria rural é realidade para a quase totalidade dos idosos deste estudo. Mais da metade das idosas conta ainda com outra fonte de renda, a pensão deixada pelos cônjuges. O impacto gerado pela aposentadoria rural, direito constitucional de todos os idosos rurais, após 1988, se revelou um fator gerador de diminuição das desigualdades sociais.

Em relação à saúde individual, pouco menos da metade dos idosos expressam-na como regular, embora, quando comparada com a de outras pessoas da mesma faixa etária eles percebam sua saúde como boa. Destaca-se que as representantes da faixa etária mais avançada vêem sua saúde como boa.

O tabagismo é um hábito para apenas 11,7% dos idosos. O consumo de álcool apresentou associação estatisticamente significativa quanto ao sexo, pois a maioria das mulheres afirmou nunca ter consumido álcool.

Os idosos mais velhos possuem hábitos alimentares diversificados. A ingestão de líquidos também é adequada, muito em razão do hábito de tomarem chimarrão.

No que tange às questões de saúde dos idosos mais velhos deste estudo, conclui-se que:

- a) das deficiências sensoriais, a visão é a mais sentida, e menos da metade acusa algum problema de audição. A visão é sanada com o

uso de óculos; porém, o uso de prótese auditiva ainda é um recurso utilizado por poucos, devido aos altos custos;

- b) o reumatismo é referido pelos idosos como deficiência, pois interferem no cotidiano de suas vidas, embora a hipertensão arterial seja a que mais os acomete;
- c) o reumatismo e a hipertensão arterial possuem associação significativa com o sexo. Ambas as patologias são mais referidas pelas mulheres quando comparada aos homens, como fatores que interferem em suas vidas;
- d) referente à memória, apenas uma minoria a considera péssima, os demais não referem declínio da mesma;
- e) na avaliação do comprometimento cognitivo, através do MEEM, apenas uma pequena parcela dos idosos apresentarem comprometimento cognitivo. Houve diferença estatisticamente significativa em relação à escolaridade e ao sexo, sendo que os analfabetos e as mulheres que apresentaram os menores escores, ou seja, maior comprometimento cognitivo.

Referente às atividades da vida diária e as atividades instrumentais de vida diária, conclui-se que:

- a) pouco mais da metade dos idosos mantém sua capacidade para desempenhar as atividades básicas, como alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, dentre outras. Poucos possuem dificuldades em sete ou mais atividades. As mulheres revelam maior comprometimento da capacidade funcional em todas as faixas etárias;
- b) a maioria dos idosos possui uma ou mais atividades instrumentais da vida diária com comprometimento, que é crescente com o avançar da idade. Quase a totalidade dos idosos possui uma ou mais pessoas que lhes auxiliem nas atividades comprometidas. Em muitos casos o comprometimento funcional é traduzido como uma pequena dificuldade em alguma das atividades.

Quanto ao atendimento dos problemas de saúde idosos procuram os consultórios médicos particulares e depois na unidade básica de saúde, sendo que o principal motivo para não buscarem serviços quando ficam enfermos é devido à

dificuldade de acesso funcional e geográfico entre a zona rural e os serviços de saúde, bem como a deficiência de transporte.

Com relação ao apoio familiar poucos são os idosos que não possuem alguém para ajudar em caso de doença. As idosas são mais cuidadas por filhos, e os idosos, por suas esposas e filhos.

Os idosos desta investigação apresentam poucos sintomas depressivos, e mais da metade informaram estarem satisfeitos com suas vidas. O grupo de idosos que apresentou algum comprometimento cognitivo teve escores ligeiramente mais elevados quanto à presença de sintomas depressivos.

Algumas limitações foram percebidas logo no início da pesquisa, como delimitar a população e ter acesso a todos, levando em consideração a grande extensão da área rural. Outras se apresentaram durante o estudo, como operacionalizar as entrevistas dentro do limite de tempo, uma vez que o clima e a deficiência de transporte dificultaram as entrevistas.

O alto custo financeiro envolvido em pesquisas com base populacional, pode ser considerado um fator altamente limitante, pois os torna inviáveis quando não é possível contar com fomentos institucionais.

E por último, as limitações que sucederam depois do levantamento dos dados, como por exemplo, na análise dos resultados, foi sentida a falta de informações relativas à família de/com idosos para compreensão melhor do fenômeno e caracterização das mesmas, uma maior adequação do instrumento as situações da vida rural para captação mais detalhada do viver rural e, o uso da ECD.

Em se tratando de uma escala de depressão, a Escala Cognitiva de Depressão, validada para o português, e aplicada pela primeira vez com idosos brasileiros, os dados não puderam ser comparados com outros estudos com população da mesma faixa etária. Dessa forma, a viabilidade do uso desta escala com idosos deve ser testada em outras pesquisas para confirmar a sua aplicação em estudos de várias populações, incluindo a população mais velha.

Portanto, com este estudo buscou-se dar visibilidade a uma parcela da população, os idosos *mais velhos* que vivem no meio rural, e que deve ser considerada diferentemente dentro do grande segmento populacional dos idosos, pois muitas são as particularidades no processo de envelhecer.

A visibilidade da população-alvo diminui ainda mais quando consideramos o local onde vivem esses idosos, o meio rural gaúcho, em especial a Metade Sul do

Estado, uma vez que o envelhecimento rural vem se constituindo em um importante foco de pesquisas, quando se considera que 60% da população mundial que vive em áreas rurais são constituídos por idosos, segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

De maneira geral, os idosos *mais velhos* apresentam condições de vida e saúde adequadas. Entretanto, existe uma pequena parcela que necessita de maior atenção dos serviços de saúde, pois não possuem condições mínimas de envelhecer com qualidade; são os que vivem sós e não possuem quem cuide deles.

Para estes e para todos os idosos do meio rural, é fundamental que exista a adequação das políticas públicas de saúde, e sociais, em que suas particularidades e singularidades sejam atendidas, uma vez que constituem uma população naturalmente fragilizada pela idade avançada e também por viverem distante dos recursos encontrados no meio urbano.

Acredita-se assim, que estudos a exemplo deste, possam ser replicados nos outros municípios da área empírica no âmbito do PROINTER, dando seguimento às pesquisas da interface disciplinar da saúde e gerando novos conhecimentos e novas questões de pesquisas, em especial nas parcelas da população mais fragilizada, como a dos idosos.

8 RECOMENDAÇÕES

A população que vive nas áreas rurais em torno do mundo está envelhecendo, da mesma forma que seus pares que habitam nas áreas urbanas. Apesar dessa constatação, poucos estudos, quando comparados com os dedicados aos idosos urbanos, se têm realizado em que essa população seja alvo, principalmente nos países em desenvolvimento.

O termo *rural* é usualmente definido como uma dicotomia do *urbano*, embora correntes teóricas estejam se ocupando dessa discussão na atualidade, como visto no desenvolver deste trabalho. As diferenças vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, como densidade populacional e distribuição geográfica, pois existem diferenças qualitativas entre essas populações, como a diversidade dos hábitos, costumes e crenças no que tange às práticas de saúde, o acesso aos serviços de saúde, bem como o próprio processo de envelhecimento.

No intuito de contribuir com a promoção da saúde da população idosa, em particular desta que vive na área rural de Encruzilhada do Sul, apresentamos algumas sugestões para o desenvolvimento de estratégias locais e implicações para os serviços de saúde. Estas podem ser também aproveitadas no meio acadêmico, especialmente junto aos profissionais diretamente relacionados com esta parcela populacional:

- a) realizar um levantamento do número de idosos atendidos pelo PACS ou PSF e de suas demandas de saúde na zona rural e urbana;
- b) identificar os idosos mais frágeis ou de risco, como os acamados, os de 80 anos ou mais de idade, os que vivem só, os que vivem muito distantes de recursos sociais e de saúde e os que não possuem apoio informal;
- c) facilitar o acesso aos serviços de saúde no município, por meio de dispositivos organizacionais que dispensem os idosos da marcação de consultas antecipadas, isto é, priorizar o atendimento;
- d) promover cursos para os cuidadores familiares de idosos, adequados ao contexto rural, uma vez que a família é um fator de proteção ao risco;
- e) envolver a população de idosos em atividades de promoção da saúde, como atividades físicas e artesanais;
- f) incentivar os profissionais de saúde a buscarem mais conhecimentos geriátricos e gerontológicos, com a intenção de qualificar a assistência

prestada a essa população, criando e incentivando espaços de discussões da temática do envelhecimento populacional nas secretarias de saúde (PACS/PSF) com participação dos Agentes Comunitários de Saúde, para atendimento de qualidade aos idosos;

- g) incentivar os gestores públicos a se envolverem com ações para melhoria da qualidade de vida da população e em particular a das zonas rurais, a seguirem as indicações da Organização Mundial da Saúde na implementação de estratégias locais, regionais e nacionais de promoção do envelhecimento ativo.

É possível, ao finalizar este estudo, concluir que as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais, residentes no meio rural do município de Encruzilhada do Sul, na Metade Sul do estado do Rio Grande do Sul, pensadas no início deste, e os resultados obtidos, tem na família, um importante fator de proteção, somado ao trabalho do Programa de Agentes Comunitários do município, fazendo frente às adversidades do processo de envelhecer no viver rural.

REFERÊNCIAS

- AHN, Y. H.; KIM, M. J. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 21, n. 2, p. 153-161, Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.0737-1209.2004.021209.x>>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- ALMEIDA, J. *et al.* Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 116-140, 2004.
- ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3b, p. 605-615, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. 293 p.
- ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Enfermagem PEN/UFSC, 2001. (Teses em enfermagem, n. 32).
- ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. Representaciones del cuidador familiar: ante el anciano com AVC. **Revista Rol de Enfermería**, Barcelona, v. 22, n. 6, p. 453-464, 1999.
- ARECHABALA MANTULIZ, M. C.; MIRANDA CASTILLO, C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 8, n. 1, p. 49-55, 2002.
- ARGIMON, I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan./fev. 2005.
- BAUCO, C. *et al.* Functional status and well-being of centenarians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 22, Suppl. 1, p. 363-366, 1996.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 712 p.

BELLES, L. Atenção! É hora dos recados. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 34, 21 jan. 2007.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros**: resultados não-esperados dos avanços da seguridade rural. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

BERCOVICH, A. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v, 10, n. 1/2, p.123, jan./dez. 1993.

BERGDAHL, E. *et al.* Depression among the oldest old: the Umea 85 + study. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 17, n. 4, p. 557- 575, 2005.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento no Brasil. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, jun. 1996, Brasília, DF. **Uma agenda para o fim do século**. Brasília, DF, 1996. p.1-30.

BERTOLOCCHI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.

BLUME, R. **Território e ruralidade**: a desmistificação do fim do rural. 2004. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n1/pdf>>. Acesso em: 11 ago 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde**. Brasília, DF: DATASUS, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde**. Brasília, DF: DATASUS, 2007. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 julho 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. 192 p. (Cadernos de atenção básica, n. 19. Série A: normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_do_idoso_2007.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF; 1993. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

BRITO-MARQUES, P. R.; CABRAL-FILHO, J. E. Influence of age shoolding on the performance in a modified Mini-mental state examination version. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 3-A, p. 583-587, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

BRUMER, A. Gênero e agricultura; a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 205-227, 2004.

BUAES, C.S; DOLL, J. Aprende a ser viúva: narrativas de mulheres idosas no meio rural. **Revista Kairós**, São Paulo, v.8, n.2, p.171-188, 2005.

CALDAS, C. P. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 933 p.p. 163-173.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Textos para discussão, n. 858).

_____ (Org.). **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. 57 p. (Textos para discussão IPEA, n. 681).

_____ (Org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. 382 p.

_____ ; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idoso**: ninhos vazios? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003. (Textos para discussão, n. 950).

_____ ; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 77-106.

_____ *et al.* **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMPAGNA DE GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 69-76, jan./fev. 2005.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A de O. (Org). **Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 141-166.

CESAR, C. L. G.; PASCHOAL, S. M. P. Uso dos serviços de saúde. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A de O. (Org). **Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 225-238.

CHACKIEL, J. **El envejecimiento de la población latinoamericana**: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Santiago: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000. (Serie Población y desarrollo).

COLES, S. L. Aging: the reality: demography of human supercentenarians. **The Journals of Gerontology**: biological sciences and medical sciences, Washington, DC, v. 59A, n. 6, B579-B586, June 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2. ed. Lisboa: Lusociencias, 2003.

COSTA, E. F. A. *et al*. Semiologia do idoso. *In*: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 165-197.

COSTA, N. E.; MENDONÇA, J. M.; ABIGALIL, A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa. *In*: FREITAS, E. V. *et al*. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1077-1089.

DaCRUZ, I. B. M. *et al*. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 172-177, abr./[jun.] 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20779.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999a.

DUARTE, Y. A de O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A de O. (Org.). **Projeto SABE no município de São Paulo**: uma

abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 183-200.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brasilian fishing vilage.** 1984. 301 f. Thesis (Doctoral in Nursing) - University of California, San Francisco, 1984.

FELICIANO, A. B. **A situação do idoso de baixa renda na Região Cidade Aracy – São Carlos, SP: um estudo epidemiológico.** 2004. 120 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, M. I. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov./dez. 2004.

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, C. *et al.* La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. **Acta Española de Psiquiatría**, v. 34, n. 6, p. 355-361, 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E., McHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov. 1975.

FRANCISCO, C. M. **Estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no município de São Paulo.** São Paulo, 2006. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FRIES, B. E. *et al.* Accelerate dysfunction among the very oldest – old in nursing homes. **Journal do Gerontology: biological sciences and medical sciences**, Washington, DC, v. 55A, n. 6, M336-M341, June 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000:** agregado por setores censitários dos resultados do universo: Região Sul. Rio de Janeiro, 2002. v. 4.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, [2006]. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>. Acesso em: 1 ago. 2006.

GAZALLE, F. K. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GERHARDT, T. E. **Interfaces entre saúde pública e antropologia em torno das desigualdades sociais no meio rural**: o envelhecimento populacional e a saúde em alguns municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, UFRGS, 2005. Relatório parcial de pesquisa. Não publicado.

GÓMEZ MONTES, J. F.; CURCIO BORRERO, C. L. **Envejecimiento rural**: el anciano en las zonas cafeteras colombianas. Manizales: Universidade de Caldas, 2004. 153 p. (Cuadernos de investigación, 3).

GONZATTO, M. Menos gaúchos a partir de 2024. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 43, 1 mar. 2007.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. 92 p.

HAYFLICK, L. The future of ageing. **Nature**, London, v. 408, p. 9, Nov. 2000.

HECK, R. M.; LANGDON, E. J. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. *In*: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 129-152.

HINCK, S. The lived experience of oldest-old rural adults. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 14, n. 6, p. 779-791, July 2004.

ISHIZAKI, T. *et al.* Active life expectancy base don activities of daily living for older people living in a rural community in Japan. **Geriatrics and Gerontology International**, Tokyo, v. 3, p. s78-s82, Dec. 2003. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/toc/ggi/3/s1>>. Acesso em: 23 jan. 2005.

KAHLE-WROBLESKI, K. *et al.* Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination for identifying dementia in the oldest-old: the 90+study. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, n. 55, p. 284-289, 2007.

KALACHE, A. **O envelhecimento da população**: a saúde e novos desafios sociais. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. Ciclo de Debates.

_____ ; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LAKS, J, *et al.* O mini-exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua (RJ). **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3b, p. 782-785, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17295.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP**. 2005. [221] f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LEAHY, M. J.; THURBER, D.; CALVERT JUNIOR, J. F. Benefits and challenges of research with the oldest old for participants and nurses. **Geriatric Nursing**, New York, v. 26, n. 1 p. 21-28, 2005.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.). **Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 73-92.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

LOPES, M. A; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise de estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

McCONNELL, E. Conceptual bases for gerontological nursing practice: models, trends and issues. *In*: MATTESON, M. A.; McCONNELL, E.; LINTON, A. D. **Gerontological nursing: concepts and practice**. 2. ed. Philadelphia: Sanders, 1997. p. 4-78.

MANN, E. *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Áustria. **BMC Geriatrics**, London, v. 4, p. 1-10, May 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-4-4.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2005.

MARAFON, L. P. *et al.* Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 799-808, maio/jun. 2003.

MARÍN LARRAIN, P. P. *et al.* Estudio comparativo de nonagenarios que viven en sus propios hogares *versus* los institucionalizados. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 125, n. 5, p. 539-543, mayo 1997.

_____ *et al.* Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 1, p. 33-39, enero 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n1/art05.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____ *et al.* Valoración geriátrica ambulatoria de 2116 adultos mayores pobres. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 126, n. 6, p. 609-614, jun. 1998.

MENÉNDEZ, J. *et al.* Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 17, n. 5/6, p. 353-361, mayo/jun. 2005. Disponível em: <http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf>. Acesso em: 20 maio 2006.

MIRANDA, D. S. Apresentação. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 5-6, ago. 2002.

MISSIO, M.; PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do Programa de Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2003.

MOORE, E. G.; ROSENBERG, M. W. Canada's elderly population: the challenges of diversity. **The Canadian Geographer**, Ottawa, v. 45, n. 1, p. 145-150, 2001.

NAJAS, M. Aspectos nutricionais. *In*: LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 47-56.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001. 135 p.

_____; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. *In*: _____; DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 113-140.

REYS, BN *et al.* Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.

NETTO, M. P. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 91-99.

NYBO, H. *et al.* Functional status and self-rated health in 2.262 nonagenarians: the Danish 1905 cohort survey. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 49, n. 5, p. 601-609, May 2001.

ODDONE, M. J.; AGUIRRE, M. B. La problemática social de la vejez en el medio rural. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 139-170, 2005.

ODDONE, M. J.; JIMENÉZ, D. Vejez y pobreza en el área rural: estudio comparativo entre una unidad pastoril y una agricultura. **Vivir en Plenitud**, Buenos Aires, v. 12, n. 50, p. 5-13, 1998.

OMRAN, A. R. **The epidemiologic transition in the Americas**. Washington, DC: Pan-American Health Organization, World Health Organization, University of Maryland at Collage Park, 1996. p. 14-16.

ORB, A. Aspectos de salud en adultos mayores de 80 anos de edad que viven independientemente en la comunidad: una perspectiva australiana. **Revista Latino-**

americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 589-596, jul./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra envelhecimento: 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Investigaciones en salud pública**: Proyecto SABE: Minimental State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estatístico. Washington, DC, Abril, 1999. (Documentos técnicos).

_____ ; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud de las personas de edad**: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma: 122^a sección. Washington, DC, 1998. 20 p.

OZAKI, A. *et al.* The japanese centenarian study: autonomy was associated with health practices as well as physical status. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 55, n. 1, p. 95-111, Jan. 2007. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.2006.01019.x>>. Acesso em: 13 mar. 2007.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos nos Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32333.pdf>>. Acesso em: 11 ago.2006.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 43-59, 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 fev. 2006.

PUCCA JUNIOR, G. A. Saúde bucal do idoso. In: PAPALÉU NETO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 521-535.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment on health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. 326 f. Thesis (Doctoral in Gerontology) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

_____. *et al.* Perfil do Idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n2/03.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2006.

RAVAGLIA, G. *et al.* Determinants of functional status in healthy Italian nonagenarians and centenarians: a comprehensive functional assessment by the instruments of geriatric practice. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 45, n. 10, p. 1196-1202, Oct. 1997.

RIBAS, R. P. **As características socioculturais na promoção (ou limitação) de capacitações**: a análise das tradições Encruzilhadenses (Encruzilhada do Sul/RS). 2004. 209 f. Monografia (Graduação) - Departamento de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

_____; MIGUEL, L. de A. A história e o desenvolvimento socioeconômico de Encruzilhada do Sul – RS periodizado segundo a abordagem dos sistemas agrários. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 3, p. 111-144, set./dez. 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida. Porto Alegre, 1997. Relatório de Pesquisa.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **A saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul, 2005**. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

ROBLES, L. *et al.* Redes y apoyo social em ancianos enfermos de escasos recursos em Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 557-560, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2105.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2007.

ROCHA, L. Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des)construindo idéias, repensando novos desafios. 2006. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica:** conscientização para o autocuidado dos idosos que tiveram “Queda”. 1993. 203 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

_____. **Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer.** 1997. 137 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ROESE, A. Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

_____; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E. **Diagnóstico de oito municípios da “Metade Sul” do RS e o impacto no acesso aos serviços de saúde dos usuários do meio rural.** Porto Alegre: Escola de Enfermagem, UFRGS, 2003. 10 f. Relatório técnico-científico.

ROGERS, C. C. The graying of rural America. **Forum for Applied Research and Public Policy**, Knoxville, v. 15, n. 4, p. 52-55, Winter 2000. Disponível em: <<http://forum.ra.utk.edu/Archives/PDF/15.4.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

ROMERO, D.E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14605.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2005.

ROSES PERIAGO, M. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 295-296, 30 junio 2005.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.). **Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 201-224.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, n. 58, n. 1, p. 44-48, jan./fev. 2005.

SANTI, A. de. Alta dos preços pesa mais sobre os idosos. **Zero Hora**, Porto Alegre, 16 out. 2006. Economia, p. 26.

SANTOS, S. M. A dos. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do cuidador. Campinas, SP: Alínea, 2003. 228 p. (Velhice e sociedade).

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 2002. 202 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, J. L. **Estudo sociodemográfico e epidemiológico dos idosos do meio rural do município de Arambaré – RS**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, UFRGS, 2003. Relatório parcial de pesquisa.

_____. **O idoso do Município de Arambaré – RS**: um contexto rural de envelhecimento. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, J. A.; DALMASSO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002. 240 p.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006.

SILVERSTEIN, M.; CONG, Z.; LI, S. Intergenerational transfers and living: arrangements of older people in rural China: consequences for psychological well-being. **Journal of Gerontology**: psychological sciences and social sciences, Washington, DC, v. 61B, n. 5, p. S256-266, Sept. 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 42-47, 2002.

SOLARI, A. El envejecimiento de la población uruguaya treinta años después. **Cuadernos del CLAEH: Revista Uruguaya de Ciencias Sociales**, Montevideo, v. 12, n. 43, 1987.

SOUZA, V. D. *et al.* Cross-cultural equivalence and psychometric properties of the portuguese version of the depressive cognition scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v.13, n. 2, p. 87-99, 2005.

STEEL, K. The old-old-old. **Journal American Geriatrics Society**, New York, v. 53, n. 9, p. 314-316, Sept. 2005.

SUN, R.; LIU, Y. Mortality of the oldest old in China. **Journal of Aging and Health**, Newbury Park, v. 18, n. 1, p. 37-55, Feb. 2006.

TEIXEIRA. M. C. T. V. **Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde**. 1999. 243 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 1999.

THOMLINSON, E. *et al.* Health beliefs of rural Canadians: implications for practice. **Australian Journal of Rural Health**, Armidale, v. 12, n. 6, p. 258-263, Dec. 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

TREVIÑO-SILLER, S.; PELCASTRE-VILLAFUERTE, B.; MÁRQUEZ-SERRANO, M. Experiencias de envejecimiento em el México rural. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 48, n. 1, p. 30-38, enero/feb. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n1/v48n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2005

UNITED NATIONS. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. **World population prospects: the 2006 revision**. New York, 2006. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável: contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: PGDR, 2003. 198 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar: desenvolvimento rural na “metade sul” do Rio Grande do sul: em direção à sustentabilidade ou produzindo pobreza**. Porto Alegre, 2007. 50 p.

VALDERRAMA GAMA, E.; DEL MOLINO MARTIN, P. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Barcelona, v. 33, n. 5, p. 272-276, 1998.

VEIGA, J. E. **Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula**. 2. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VERAS, R. P. (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ: UnATI, 2001.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/07.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

VON STRAUSS, E. *et al.* Morbidity and comorbidity in relation to functional status: a community-based study of the oldest old (90+ years). **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 48, n. 11, p. 1462-1469, Nov. 2000.

WAGERT, P. von H. *et al.* Morale in the oldest old: the Umea 85 + study. **Age and Ageing**, London, v. 34, n. 3, p. 249-255, 2005.

WALL, K. **Famílias no campo**: passado e presente em duas freguesias do Baixo Minho. Lisboa: Dom Quixote, 1998.

WONDOLOWKI, C.; DAVIS, K. The lives experienced of health in the oldest old: a phenomenological study. **Nursing Science Quarterly**, Baltimore, v. 4, n. 3, p. 113-118, 1990.

WOORTMANN, K. **Com parente não se negocia**. Brasília, DF: UnB, 1995. (Série Antropológica, n. 69).

_____; WOORTMANN, E. F. Velhos camponeses. **Humanidades, Terceira Idade**, Brasília, DF, n. 46, p. 132-139, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

XAVIER, F. M. de F. Perda da adaptabilidade emocional progressiva do idoso: este fenômeno existe? **Revista Brasileira do Conhecimento do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 81-85. jan./jun.2004. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/47/39>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____. **Prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento em uma população de idoso com mais de 80 anos residente na comunidade**. 1999. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. *et al.* Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 62-70, jun. 2001a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5579.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 294-302, jun. 2001b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5016.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2005.

ZANG, Z. Gender differentials in cognitive impairment and decline of the oldest old in China. **Journal of Gerontology: psychological sciences and social sciences**, Washington, DC, v. 61B, n. 2, p. 107-115, Mar. 2006.

ZAUSZNIEWSKI, J. A. The depressive cognition scale: further psychometric evaluation. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 5, n. 2, p. 191-200, Winter 1997.

_____ *et al.* Acceptance, cognitions and resourcefulness in women with diabetes. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 24, n. 7, 728-750, 2002.

ZERDA. M. M. C. Estratégias de sobrevivência de ancianos campesinos en Bolívia. *In*: THE CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY, 18., jun. 2005, Rio de Janeiro. [**Anais...**]. Rio de Janeiro, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Eliane Pinheiro de Moraes, sou enfermeira e pretendo fazer um estudo na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP com pessoas que tenham 80 anos ou mais de idade para conhecer o tipo de vida que levam, sobre sua família, os amigos, as atividades, os costumes e saúde.

Estão convidados os moradores da área rural de Encruzilhada do Sul e, quem resolver aceitar (podem trocar idéia com os familiares sobre aceitar ou não). Marcaremos um dia para a entrevista com cada pessoa.

Caso aceitar, mas durante a entrevista quiser desistir, não há problema, inclusive o(a) Sr(a) pode recusar a responder qualquer pergunta que não se sentir bem com o assunto.

O seu nome não será colocado em nenhuma resposta e ninguém vai ficar sabendo qualquer das suas respostas. Se quiser que alguém da família esteja presente na entrevista, também não há problema.

Este estudo será importante para saber mais sobre a vida das pessoas idosos que moram no campo e assim poderemos auxiliar mais essa população e também colaborar com programas que venham ajudar a melhorar as condições de vida das pessoas com mais idade.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para outros profissionais da área da saúde em congressos e revistas científicas, mas os participantes não terão os nomes publicados e nem haverá nenhuma informação sobre quem fez parte do estudo.

Se o(a) Sr(a) quiser participar, coloque seu nome e assine logo abaixo, ficando uma folha com o(a) Sr(a).

Meu nome e telefone também estão escritos, caso haja alguma dúvida sobre este estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Impressão digital:

Nome do familiar: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Eliane Pinheiro de Moraes

Telefone para contato: (51) 33885416 e (51) 81369218

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

<p>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</p> <p>DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA</p> <p>Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.</p> <p style="text-align: center;">Nº do questionário: _____ Nº do prontuário PACS: _____</p> <p>Estado: Rio Grande do Sul Município: Encruzilhada do Sul Micro área: _____ Nome do(a) _____ Entrevistador(a): _____ Horário de início da entrevista: _____: _____hs Data da entrevista _____/_____/_____</p> <p>Nome do(a) idoso(a): _____ Endereço: _____ Tel.de contato (ou outra referência): _____ _____</p>	<p style="text-align: right;"><i>NQUEST</i> _____</p> <p style="text-align: right;"><i>NUMENT</i> _____</p> <p style="text-align: right;"><i>DATA</i> ____/____/____</p>
---	--

COLHER AS INFORMAÇÕES DIRETO COM O(A) IDOSO(A) E/OU FAMILIAR

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1) Idade _____ (anos completos) Dia/Mês/Ano de nascimento ___/___/_____	AIDADE ____ AMANO ____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO ____
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (888) NS/NR	ACOR ____
A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (888) NS/NR Cidade: _____ Estado: _____ País: _____	ALOCAL ____ ACIDADE ____ AESTADO ____ APAIS ____
A5) Há quanto tempo (anos) mora na zona rural? _____ anos (00) Menos de um ano (888) NS/NR	ATEMPO ____
A6) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (888) NS/NR	AESTCIV ____
A7) O(a) sr.(a) sabe ler/escrever? (1) Sim (2) Não (3) Só assina o nome (888) NS/NR SE A RESPOSTA FOR 2 OU 3, PULE PARA A10	ALER ____
A8) SE SIM , quem ensinou? (1) Em casa (2) Na escola rural (3) Na escola da cidade (4) Outra _____ (666) NSA (888) NS/NR	AQUENSI ____
A9) Até que série o(a) sr(a) estudou (em anos)? _____ (666) NSA (888) NS/NR	ASERIE ____

<p>A10) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma → PULE PARA A12 (1) Católica (2) Protestante (3)Evangélica (4) Espírita (5) Judaica (6) Outra (especifique) _____ (888) NS/NR</p> <p>A11) SE POSSUI RELIGIÃO, qual a importância da religião na sua vida? (1) Importante (2) Regular (3) Nada importante (666) NSA (888) NS/NR</p> <p>A12) O(a) sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não. (1) Sim, por tempo de serviço (2) Sim, por invalidez (3) Sim, por idade (9)NS/NR SE SIM, qual o valor, em reais? ____ ____ ____ ____ ____ (<i>Não contar centavos</i>) (666)NSA</p> <p>A13) O (a) sr.(a) tem outra renda? SE NÃO, PULE PARA A15 (1) Sim (2) Não (666) NSA (888) NS/NR</p> <p>A14) O(a) sr.(a) recebe ajuda econômica de outra pessoa(filho, amigo)? (1) Sim (2) Não (666) NSA (888) NS/NR</p> <p>A15) Com relação a sua ocupação principal, o que o(a) Sr(a) fazia? Diga em 1 palavra. _____ (99) NS/NR</p> <p>A16) O(a) sr(a) trabalha atualmente? SE NÃO, PULE PARA SEÇÃO B (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>	<p><i>ARELIG</i> ____</p> <p><i>AIMPREL</i> ____</p> <p><i>APOSENT</i> ____</p> <p><i>AVALOR</i> ____</p> <p>____</p> <p><i>AOUTRE</i> ____</p> <p><i>AJUDA</i> ____</p> <p><i>AOCUPA</i> ____</p> <p><i>ATRABAT</i> ____</p>
<p>A 17) Diga com apenas uma palavra o motivo por que ainda trabalha. _____</p>	<p><i>AMOTRAB</i> _____</p>

SEÇÃO B: AVALIAÇÃO COGNITIVA

B1) Como o (a) Sr(a) avalia sua memória atualmente?

- (1) Excelente
- (2) Muito Boa
- (3) Boa
- (4) Regular
- (5) Péssima
- (888) NS/NR

BAVAMEM ___

B2) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que agora sua memória está...

- (1) Melhor.
- (2) Igual
- (3) Pior
- (888) NS/NR

BMEMPOS ___

B3) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – *Anote um ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas*

Por favor, diga –me:

Dia da semana |_____|
 Dia do mês |_____|
 Mês |_____|
 Ano |_____|
 Hora aproximada |_____|
 Total |_____|

(Codificar somente o valor total)

BORITEM ___
 BORITEM1 ___
 BORITEM2 ___
 BORITEM3 ___
 BORITEM4 ___

B4) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – *Anote um ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas*

Onde estamos?(residência, hospital) |_____|
 Em que lugar estamos? (sala, cozinha, pátio, quarto)|_____|
 Em que distrito estamos? |_____|
 Em que cidade estamos? |_____|
 Em que estado estamos? |_____|
 Total |_____|

(Codificar somente o valor total)

BORIESP ___
 BORIESP1 ___
 BORIESP 2 ___
 BORIESP 3 ___
 BORIESP4 ___

B5) REGISTRO - *Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.*

Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Árvore |_____|

BREGTOT1 ___
 BREGTOT 2 ___
 BREGTOT 3 ___
 BNUMREP ___

<p>Mesa <input type="text"/></p> <p>Cachorro <input type="text"/></p> <p>Total <input type="text"/> (Codificar valor total)</p> <p>Número de repetições: <input type="text"/> (Codificar total de repetições)</p> <p>B6) ATENÇÃO E CÁLCULO - Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos 100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Resposta (93, 86, 79, 72, 65) OU Repita detrás para frente a palavra MUNDO M U N D O <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pontuação total <input type="text"/> (Codificar somente pontuação total)</p> <p>B7) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra. Árvore <input type="text"/> Mesa <input type="text"/> Cachorro <input type="text"/> Total <input type="text"/> (Codificar somente pontuação total)</p> <p>B8) LINGUAGEM – Marcar 1 ponto para cada resposta correta Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto) Caneta <input type="text"/> Relógio <input type="text"/> Total <input type="text"/> (Codificar somente pontuação total)</p> <p>B9) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 pontos. NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ Pontuação <input type="text"/></p>	<p>BATCATOT1 ___</p> <p>BATCATOT 2 ___</p> <p>BATCATOT 3 ___</p> <p>BATCATOT 4 ___</p> <p>BATCATOT5 ___</p> <p>BMEMEVO 1 ___</p> <p>BMEMEVO 2 ___</p> <p>BMEMEVO 3 ___</p> <p>BLINGEMI ___</p> <p>BLINGEM 2 ___</p> <p>BREPFRA ___</p>
<p>B10) Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe: Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg) Pontuação <input type="text"/> (A resposta correta vale 1 pontos.)</p> <p>B11) Diga ao idoso(a): Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. (Marcar 1 ponto para cada resposta correta)</p> <p>Pegar <input type="text"/></p> <p>Dobrar <input type="text"/></p> <p>Colocar no chão <input type="text"/></p> <p>Total <input type="text"/> (Codificar somente pontuação total)</p>	<p>BVISAO ___</p> <p>BATIVII ___</p> <p>BATIVI 2 ___</p> <p>BATIVI 3 ___</p>

B12) Diga ao idoso(a):

O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha?

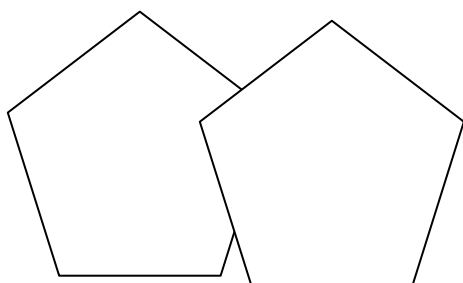
Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)

Pontuação

BFRASE__

B13) Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível.

Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados

Pontuação

BDESEN__

OBS: SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B3 A B13 E ANOTE O TOTAL. A PONTUAÇÃO MÁXIMA É DE 30. SE A SOMA FOR IGUAL A 12 OU MENOS, VERIFIQUE SE ALGUÉM QUE MORA NA MESMA RESIDÊNCIA PODE AJUDAR NAS RESPOSTAS.

SEÇÃO C: CONDIÇÕES DE MORADIA

C1) Local da propriedade

- | | |
|-------------|------------------------|
| (1) Vila | (5) Sítio |
| (2) Campo | (6) Assentamento |
| (3) Fazenda | (7) Estrada (corredor) |
| (4) Chácara | (888) NS/NR |

CLOCALI__

C2) Esta casa é...

- (01) Própria
 (02) Alugada ou arrendada
 (03) Cedida/emprestada

Outros _____

(888) NS/NR

CCASA__

<p>C3) O tipo de construção é...</p> <p>(01) Alvenaria (tijolo)</p> <p>(02) Madeira</p> <p>(03) Mista</p> <p>Outros _____</p> <p>(888) NS/NR</p>	<p><i>CCONSTR</i> __</p>
<p>C4) Quantos cômodos (peças) tem na casa:</p> <p>__ __ (888) NS/NR</p>	<p><i>CCOMOD</i> __</p>
<p>C5) Quantos cômodos são utilizados como quartos de dormir?</p> <p>__ __ (888) NS/NR</p>	<p><i>CCOMDOR</i> __</p>
<p>C6) Os moradores desta casa dispõem de água encanada?</p> <p>(1) Sim, dentro da casa</p> <p>(2) Sim, fora de casa, mas no terreno</p> <p>(3) Não dispõem de água encanada</p> <p>(9) NS/NR</p>	<p><i>CAGUA</i> __ __</p> <p><i>CFONTE</i> __ __</p>
<p>CASO SIM, qual a fonte?</p> <p>(1) Fonte pública (2) Poço ou vertente (888) NS/NR</p> <p>C7) O esgoto é:</p> <p>(1) Rede pública</p> <p>(2) Fossa séptica</p> <p>(3) Céu aberto</p> <p>Outros _____</p> <p>(888)NS/NR</p>	<p><i>CESGOTO</i> __</p> <p>__</p>
<p>C8) O(s) banheiro(s) são:</p> <p>(0) Não existe banheiro na casa ou fora de casa</p> <p>(1) Dentro de casa com descarga</p> <p>(2) Dentro de casa sem descarga</p> <p>(3) Fora de casa com descarga</p> <p>(4) Fora de casa sem descarga</p> <p>(888) NS/NR</p>	<p><i>CSANITA</i> __</p>
<p>C9) Tem luz elétrica?</p> <p>(1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>	<p><i>CLUZ</i> __</p>
<p>C10) O lixo é:</p> <p>(1) Coletado ou recolhido pelo caminhão (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>(2) Queimado (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>(3) Jogado (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>(4) Enterrado (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>(5) Outros _____ (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>(888) NS/NR</p>	<p><i>CLIXO1</i> __ __</p> <p><i>CLIXO2</i> __ __</p> <p><i>CLIXO3</i> __ __</p> <p><i>CLIXO4</i> __ __</p>

<p>C11) O(a) Sr(a) possui em sua residência (<i>pode-se marcar mais de uma alternativa</i>)</p> <p>Televisão (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Geladeira (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Fogão a gás (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Fogão à lenha (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Rádio (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Automóvel (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Aquecedor (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>	<p>CTV ___ CGEL ___ CFOGG ___ CFOGLE ___ CRADIO ___ CAUTO ___ CAQUE ___</p>
<p>C12) O(a) sr(a) produz na propriedade? (frutas, verduras, criação de animais,e outros)</p> <p>(1)Sim (2) Não</p> <p>SE SIM, O que? Frutas: (1) subsistência (consumo próprio) (2)comercializar (3) ambos (888) NSA (666) NS/NR</p> <p>Hortaliças: (1) subsistência (consumo próprio) (2)comercializar (3) ambos (888) NSA (666) NS/NR</p> <p>Criação de animais:(1) subsistência (consumo próprio) (2)comercializar (3) ambos (888) NSA (666) NS/NR</p>	<p>CPRODUZ ___ CPROFRUT ___ CPRHORT ___ CPROCRIA ___</p>
<p>C13) Nos últimos 6 meses, com o que o(a) sr(a) tem gasto a maioria de seu dinheiro?</p> <p>(1) Alimentação (2) Medicamentos (3) Moradia (4) Lazer (5) Alimentação e medicamentos (6) Outros (888) NS/NR (666) NSA</p>	<p>CGASTOS ___ ___</p>
<p>C14) Quais os meios de comunicação que o senhor (a) utiliza para se comunicar? (<i>pode marcar mais de uma alternativa</i>)</p> <p>Rádio (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Telefone (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Vizinhos (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Agentes de saúde (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Códigos próprios (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Outros _____ (00) Não (888) NS/NR</p>	<p>CRADIO ___ CTELEF ___ CVIZIN ___ CAGSAU ___ CCODPR ___ COUTRO ___</p>

<p>C15) Quais os meios de transporte que o (a) Sr(a) mais utiliza?</p> <p>Automóvel (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Ônibus (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Carroça (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Bicicleta (1) Sim (2) Não (888) NS/NR A pé (1) Sim (2) Não (888) NS/NR A cavalo (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Caminhão (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Outros _____ (00) Não (888) NS/NR</p> <p>C16) Qual é material da maior parte do piso de sua casa?</p> <p>(1) Terra (2) Cimento ou cerâmica (3) Madeira, parquê (9) NS/NR</p>	<p>CAUTMO __ CONIB __ CCARRO __ CBICI __ CPE __ CCAVA __ CCAMI __ COUT __</p> <p>CMATER __</p>
SEÇÃO D: COMPOSIÇÃO FAMILIAR	
<p>D1) Atualmente o(a) sr.(a) vive sozinho ou acompanhado?</p> <p>(1) Sozinho→ APLIQUE A D3 E PULE PARA D5 (2) Acompanhado→ APLIQUE A D2 E PULE PARA D4 (9) NS/NR</p> <p>D2) Quem mora junto com o (a) sr(a)? (<i>esposo(a), filhos(as), netos(as), outros</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA (99) NS/NR</p> <p>D3) Em geral, o(a) sr(a) gosta de morar sozinho?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) NS/NR</p> <p>D4) Em geral, o(a) sr(a) gosta de morar com as pessoas com quem mora hoje?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) NS/NR</p>	<p>DVIVE __</p> <p>DQUEMV __</p> <p>DGOSOZ __</p> <p>DGOACOM __</p>
<p>D5) Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) sr(a) teve?</p> <p>Número de filhos: __ __ Número de filhas: __ __ (99) NS/NR (Codificar com 00 quando não tiver filho(a)s)</p> <p>D6) O(a) Sr.(a) tem algum filho(a) falecido?</p> <p>(1) Sim (2) Não (888) NS/NR CASO SIM, quantos? __ __</p> <p>D7) O(a) Sr(a) tem ou teve algum enteado (a)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>	<p>DQFILHO __ DQFILHA __</p> <p>DFILFAL __</p> <p>DQTFAL __</p> <p>DENTE __</p>

<p>CASO SIM: Número de enteados ___ (666) NSA (888) NS/NR Número de enteadas ___ (666) NSA (888) NS/NR</p> <p>D8) O(a) sr(a) tem ou teve filhos adotivos? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>CASO SIM: Número de filhos adotivos ___ (666) NSA (888) NS/NR Número de filhas adotivas ___ (666) NSA (888) NS/NR</p> <p>D9) O (a) Sr(a) tem irmãos(ãs) vivos (as)? Quantos? _____ (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>	<p><i>DNUMETO</i> ___ ___ <i>DNUMETA</i> ___ ___</p> <p>dfiladot ___</p> <p><i>DNUADO</i> ___ <i>DNUADA</i> ___ <i>DIRMAO</i> ___ <i>DNUIRM</i> ___</p>
<p>SEÇÃO E: CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</p>	
<p>E1) Em geral o(a) sr(a) diria que sua saúde é: (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (888) NS/NR</p> <p>E2) Em comparação com a saúde de outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é: <i>(utilizar como fonte de referência pessoas de seu convívio)</i> (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (888) NS/NR</p>	<p><i>EAVSAU</i> ___</p> <p><i>ECOMPSA</i> ___</p>
<p>E3) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) Sr(a) diria que sua saúde está... (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (888) NS/NR</p> <p>E4) Utiliza alguma medicação? (1) Sim (2) Não → PULE PARA E9 (888) NS/NR</p>	<p><i>ESANOAT</i> ___</p> <p><i>EUSOMED</i> ___</p>

E5) **CASO SIM**, peça ao idoso ou familiar para mostrar a medicação ou a receita e anote o(s) nome(s) ao lado.

Nome do Medicamento (666) NSA (888) NS/NR		E6) Porque está tomando estes medicamentos?	E7) Como adquiriu estes medicamentos?
		(1) Médico receitou (2) Sugestão conhecido (3) Rádio ou TV (4) Conta própria (5) Farmácia (666) NSA (888)NS/NR	(1) Comprou (2) SUS (3) Seguro saúde (4) Ganhou (5) Outras formas (666) NSA (888)NS/NR
01	<i>EMED1</i> ___	<i>EQRE1</i> ___	<i>EADMEDI</i> ___
02	<i>EMED2</i> ___	<i>EQRE2</i> ___	<i>EADMED2</i> ___
03	<i>EMED3</i> ___	<i>EQRE3</i> ___	<i>EADMED3</i> ___
04	<i>EMED4</i> ___	<i>EQRE4</i> ___	<i>EADMED4</i> ___
05	<i>EMED5</i> ___	<i>EQRE5</i> ___	<i>EADMED5</i> ___
06	<i>EMED6</i> ___	<i>EQRE6</i> ___	<i>EADMED6</i> ___
07	<i>EMED7</i> ___	<i>EQRE7</i> ___	<i>EADMED7</i> ___
08	<i>EMED8</i> ___	<i>EQRE8</i> ___	<i>EADMED8</i> ___
<p>E9) Quais as atividades física que o(a) sr(a) pratica semanalmente?</p> <p>Nenhuma (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Caminhada (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Andar a cavalo (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Jogar Bocha (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Andar de bicicleta (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Jogar futebol (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Outros _____ (00) Não (888) NS/NR</p>			<p><i>ENATFIS</i> ___</p> <p><i>ECAMIN</i> ___</p> <p><i>EANCAV</i> ___</p> <p><i>EBOCHA</i> ___</p> <p><i>EANBIC</i> ___</p> <p><i>EJOFUT</i> ___</p> <p><i>EPROUT</i> ___</p>
<p>E10) O que faz no tempo disponível?</p> <p>Leitura (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Assiste televisão (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Ouve rádio/música (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Passeio/Visitas (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Atividades manuais (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p> <p>Dança (1) Sim (2) Não (888) NS/NR</p>			<p><i>ELEITU</i> ___</p> <p><i>ETELV</i> ___</p> <p><i>ERADMUS</i> ___</p> <p><i>EPASSV</i> ___</p> <p><i>EATMAN</i> ___</p> <p><i>EDAN</i> ___</p>

Joga cartas (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Outros _____ (00) Não (888) NS/NR	EJOCAR __ EATIVOU __ __
E11) O(a) Sr(a) fuma? (1) Sim (2) Não → PULE PARA E14 (888)NS/NR	EFUMO __
E12) CASO SIM , há quanto tempo? ____ anos (Codificar 00 caso faça menos de 1 ano) (666) NSA (888) NS/NR	EEMFU __ __
E13) O que fuma e em que quantidade, diária? Cigarros de maço __ __ Cigarros de palha __ __ Cigarros de papel __ __ Cachimbo __ __ Charutos __ __ (666) NSA (888) NS/NR (Codificar 00 caso a quantidade diária seja inferior a 1. Marcar apenas os que usa)	ECIGMA __ ECIGPA __ ECIGPEL __ ECACHI __ ECHARU __
E14) CASO NÃO FUME , já fumou alguma vez? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR	EJAFUM __
E15) Com que frequência o(a) sr(a) costuma beber álcool? (0) Não bebe (1) Já bebeu no passado (2) Bebe eventualmente/ raramente (3) Bebe até 3 vezes por semana (4) Bebe de 4 a 7 vezes por/semana (888) NS/NR	EFREBEB __
E16) Quantas refeições completas o(a) sr(a) faz por dia? (Considerar o café da manhã como uma refeição) (1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais (888) NS/NR	EREFEI __
E17) Consome ovos, feijão ou lentilha (leguminosas), pelo menos uma vez por semana? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR	ELEGUM __
E18) Consome frutas ou verduras pelo menos duas vezes por semana? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR	EFRUVE __
E19) Consome carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR	ECARN __
E20) Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia? (1) Sim (2) Não (888) NS/NR	ELACT __

<p>E21) O que o(a) Sr(a) mais gosta de comer? Apenas uma palavra</p> <p>_____</p> <p>(888) NS/NR</p>	<p>EPREFCO __</p> <p>__</p>
<p>E22) Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? <i>Incluir água, leite, café, suco, chá...</i></p> <p>(1) Menos de 3 copos (2) De 3 a 5 copos (3) Mais de 5 copos (888) NS/NR</p>	<p>ELIQUI __</p>
<p>E23) O(a) Sr(a) toma chimarrão?</p> <p>(1) Sim, __ __ vezes ao dia (2) Não (666) NSA (888) NS/NR</p>	<p>ECHIMA __</p> <p>EVEZDIA __ __</p>
<p>E24) O(a) Sr(a) tem problemas de audição?</p> <p>(1) Sim (2) Não→ PULE PARA E26 (888) NS/NR</p>	<p>EAUDI __</p>
<p>E25) O(a) Sr(a) usa aparelho de audição?</p> <p>(1) Sim, com melhora (2) Sim sem melhora (3) Não, mas necessitaria (4) Não, não tem necessidade (5) É surdo(a). (666)NSA (888) NS/NR</p>	<p>EAPAUD __</p>
<p>E26) O(a) Sr(a) tem problemas de visão?</p> <p>(1) Sim (2) Não→ PULE PARA E28 (888) NS/NR</p>	<p>EVISA __</p>
<p>E27) O(a) Sr(a) usa óculos?</p> <p>(1) Sim, com melhora (2) Sim sem melhora (3) Não, mas necessitaria (4) Não, não tem necessidade (5) É cego(a) (666) NSA (888) NS/NR</p>	<p>EOCULOS __</p>
<p>E28) O(a) Sr(a) sente dificuldade para falar?</p> <p>(0) Nunca (1) Raramente (2) Muito freqüentemente (3) Sempre (888) NS/NR</p>	<p>EFALA __</p>
<p>E29) O(a) Sr(a) possui os dentes?</p> <p>(0) Nenhum (1) Todos (2) Sim, só em cima (3) Sim, só em baixo (4) Sim, alguns ou menos da metade (888)NS/NR</p>	<p>EDENTE __</p>

<p>E30) O(a) Sr(a) tem dificuldade na mastigação?</p> <p>(0) Não (1) Dificilmente/raramente (2) Apenas para alimentos duros (3) Sempre, para qualquer tipo de alimento (888) NS/NR</p>	<p><i>EDIMAST</i> __</p>
<p>E31) O(a) Sr(a) tem prótese dentária?(<i>dentadura, ponte, etc</i>)</p> <p>(0) Não tem (1) Ausência de dentes (2) Sim, em cima (3) Sim, em baixo (4) Sim, em cima e em baixo (888) NS/NR</p>	<p><i>EPROTE</i> __</p>
<p>E32) O(a) Sr(a) tem dificuldade para engolir?</p> <p>(0) Não (1) Dificilmente/raramente (2) Apenas para alimentos duros (3) Sempre, para qualquer tipo de alimento (888) NS/NR</p>	<p><i>EDIFENG</i> __</p>
<p>E33) O(a) Sr(a) se engasga com frequência?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Às vezes (888) NS/NR</p>	<p><i>EENGASG</i> __</p>
<p>E34) Quantas vezes o(a) sr(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?</p> <p>__ __ (888) NS/NR</p>	<p><i>EQUED</i> __</p>
<p><i>SE 0→PULE PARA E38</i></p>	
<p>E35) SE HOUVERAM QUEDAS, quais foram as conseqüências?</p> <p>(1) Sem machucado (2) Pequeno machucado (3) Ferimento com pontos (4) Fratura fechada (5) Fratura exposta (666) NSA (888) NS/NR</p>	<p><i>ECONSQU</i> __</p>
<p>E36) CASO TENHA HAVIDO FERIMENTO, diga os locais do(s) ferimento(s):</p> <p>(0) Membros superiores (1) Membros inferiores (2) Cabeça/pescoço (3) Face (4) Costelas (5) Bacia (6) Coluna (7) Múltiplas fraturas (666) NSA (888) NS/NR</p>	<p><i>ELOFEI</i> __ __</p>

E37) **CASO TENHA HAVIDO FRATURA**, quais foram os locais das fraturas:

- (0)Membros superiores
 (1)Membros inferiores
 (2)Cabeça/pescoço
 (3)Face
 (4)Costelas
 (5)Bacia
 (6)Coluna
 (7)Múltiplas fraturas
 (666)NSA (888) NS/NR

ELOCFRA __

E38) O Sr(a) utiliza algum destes aparelhos ou meio de apoio, para fazer as suas atividades diárias como levantar da cama, da cadeira, sair na rua?

- Corrimão (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Andador (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Bengala (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Muletas (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Móveis ou paredes como apoio (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Cadeira de rodas (1) Sim (2) Não (888) NS/NR
 Outro _____ (00) Não (888) NS/NR

ECORRI __

EANDO __

EBENG __

EMUL __

EMOV __

ECADE __

EOUAPA __ __

E39) O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde que podem ou não interferir nas suas atividades diárias?

	NÃO	SIM		NS/NR	CODIFICAÇÃO
		Interfere na vida diária	Não interfere na vida diária		
A) Reumatismo	1	2	3	888	<i>EREUM</i> __
B) Asma ou bronquite	1	2	3	888	<i>EASMA</i> __
C) Pressão alta	1	2	3	888	<i>EPRESS</i> __
D) Má circulação (varizes)	1	2	3	888	<i>ECIRC</i> __
E) Diabetes	1	2	3	888	<i>EDIAB</i> __
F) Obesidade	1	2	3	888	<i>EOBES</i> __
G) Derrame	1	2	3	888	<i>EDERRA</i> __
H) Incontinência urinária	1	2	3	888	<i>EINCUR</i> __
I) Prisão de ventre	1	2	3	888	<i>EPRISV</i> __
J) Problema pra dormir	1	2	3	888	<i>EDIFDO</i> __
K) Catarata	1	2	3	888	<i>ECATAR</i> __
L) Problemas de coluna	1	2	3	888	<i>ECOLU</i> __
M) ARTRITE/ARTROSE	1	2	3	888	<i>EARTR</i> __
N) Osteoporose	1	2	3	888	<i>EOSTE</i> __
O) Problemas com nervos	1	2	3	888	<i>ENERV</i> __
P) Tuberculose	1	2	3	888	<i>ETUBE</i> __
Q) Problemas cardíacos	1	2	3	888	<i>ECARDI</i> __
R) Anemia	1	2	3	888	<i>EANEM</i> __
S) Doença de Parkinson	1	2	3	888	<i>EPARKI</i> __

T) Incontinência fecal	1	2	3	888	EINCFE __
U) Câncer Qual? _____ (666)NSA	1	2	3	888	ECANC __ EQCANC __ __
V) Alzheimer	1	2	3	888	EALZ __
X) Depressão	1	2	3	888	EDEPRAO __

EXEMPLO PARA COLOCAR A QUESTÃO ACIMA:

CASO O(A) SR(A) TENHA CATARATA, ESSE PROBLEMA IMPEDE QUE O(A) SR(A) VEJA UMA FIGURA OU ASSISTA TELEVISÃO?

SEÇÃO F: AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Agora gostaria de perguntar sobre algumas atividades do seu dia-a-dia. Estamos interessadas em saber se consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou ainda se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

Atividades Básicas da Vida Diária

	Sem dificuldade	C/ pouca dificuldade	C/ muita dificuldade	Só c/ ajuda	Não consegue	NR/NS	Quem ajuda	COD
Alimentar-se	0	1	2	3	4	888		FAL __ FOAI __
Banhar-se	0	1	2	3	4	888		FBAN __ FOA2 __
Vestir-se	0	1	2	3	4	888		FVES __ FOA3 __
Cuidar da aparência	0	1	2	3	4	888		FAPA __ FOA4 __
Deitar/levantar da cama	0	1	2	3	4	888		FCAM __ FOA5 __
Ir ao banheiro a tempo	0	1	2	3	4	888		FIBAN __ FOA6 __
Locomover-se	0	1	2	3	4	888		FLOC __ FOA7 __

Legenda de códigos:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------|
| (0) Sem ajuda | (1) Pai/mãe | (666) NSA |
| (2) Cônjuge | (3) Irmão/primo/cunhado | |
| (4) Filho/enteado/genro/nora | (5) Neto/bisneto | |
| (6) Amigo/conhecido/vizinho | (7) Agente comunitário de saúde | |
| (8) Acompanhante | (888) NS/NR | |

Atividades Instrumentais da Vida Diária

	Sem Dif.	C/ pouca Dif.	C/ muita Dif.	Só c/ ajuda	Não consegue	NR/NS	Quem ajuda	COD
Andar no plano	0	1	2	3	4	888		FANP __ FQI __

Subir e descer escadas	0	1	2	3	4	888		<i>FESC</i> __ <i>FQ2</i> ____
Transporte cadeira p/cama e vice-versa	0	1	2	3	4	888		<i>FTRA</i> __ <i>FQ3</i> ____
Andar perto da casa	0	1	2	3	4	888		<i>FCAS</i> __ <i>FQ4</i> ____
Medicar-se na Hora	0	1	2	3	4	888		<i>FMH</i> __ <i>FQ5</i> ____
Preparar refeições	0	1	2	3	4	888		<i>FREF</i> __ <i>FQ6</i> ____
Cortar unhas dos pés	0	1	2	3	4	888		<i>FUP</i> __ <i>FQ7</i> ____
Uso de transporte público	0	1	2	3	4	888		<i>FTRP</i> __ <i>FQ8</i> ____
Fazer limpeza da casa	0	1	2	3	4	888		<i>FLIM</i> __ <i>FQ9</i> ____
Administrar finanças	0	1	2	3	4	888		<i>FAFI</i> __ <i>FQ10</i> ____
Dificuldade de sair de casa	0	1	2	3	4	888		<i>FDIF</i> __ <i>FQ11</i> ____
Realizar tarefas domésticas	0	1	2	3	4	88 8		<i>FTDO</i> __ <i>FQ12</i> ____

Legenda de códigos:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------|
| (0) Sem ajuda | (1) Pai/mãe | (666) NSA |
| (2) Cônjuge | (3) Irmão/primo/cunhado | |
| (4) Filho/enteado/genro/nora | (5) Neto/bisneto | |
| (6) Amigo/conhecido/vizinho | (7) Agente comunitário de saúde | |
| (8) Acompanhante | (888) NS/NR | |

SEÇÃO G: USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

G1) Durante os últimos 12 meses, onde o (a) Sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer consulta de saúde?

- (01) Não consultou, mesmo precisando
- (02) Não ficou doente, não precisou de nenhuma consulta
- (03) Consultório Particular
- (04) Serviço de emergência em hospital particular.
- (05) Unidade básica de Saúde

GLOCAT ____

<p>H4) Esta pessoa é...</p> <p>(1) Esposo(a) ou companheiro(a) (2) Filho (a) (3) Outro familiar (4) Amigo ou vizinho (5) Profissional contratado (6) Agente comunitário de saúde Outros _____ (666) NSA (888) NS/NR</p>	<p><i>HRELCUI</i> __</p>
<p>H5) Quais os cuidados que esta pessoa presta?</p> <p>Nas atividades de higiene (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Na alimentação (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Na locomoção (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Como companhia (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Com as eliminações (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Com a medicação (1) Sim (2) Não (888) NS/NR Outros _____ (1) Sim(2) Não (888) NS/NR (666) NSA</p>	<p><i>HATHIG</i> __ <i>HALIM</i> __ <i>HLOCOM</i> __ <i>HCIA</i> __ <i>HELIM</i> __ <i>HMEDT</i> __ <i>HOUTCUI</i> __</p>
<p>H6) Além desta pessoa, existem mais pessoas que lhe ajude em caso e doença ou incapacidade? Quem?</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA (99) NS/NR</p>	<p><i>HPES2</i> __</p>
<p>H7) Se sim, quais os tipos de ajuda estas pessoas prestam?</p> <p>Dinheiro (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Comida (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Ajuda nas tarefas domésticas (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Ajuda com cuidados pessoais (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Transporte (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Lazer, diversão (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Companhia (1) Sim (2) Não (9) NS/NR Outro _____ (00) Não (99) NS/NR (88) NSA</p>	<p><i>HAJDIN</i> __ <i>HAJCOM</i> __ <i>HAJTDOM</i> __ <i>HAJCUIP</i> __ <i>HAJTRAN</i> __ <i>HAJLAZ</i> __ <i>HAJCIA</i> __ <i>HOUTAJ</i> __</p>
<p>H8) Durante os últimos 12 meses, o (a) sr(a) recebeu assistência de algum tipo de instituição que apóia idosos em sua comunidade?</p> <p>(1) Sim (2) Não→PULE PARA SEÇÃO I (9) NS/NR</p>	<p><i>HHASSIS</i> __</p>
<p>H9) CASO SIM, a ajuda foi de que tipo?</p> <p>Dinheiro (1) Sim (2) Não (9) NS/NR</p>	<p><i>HTIPOAJ</i> __</p>

Comida	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Ajuda nas tarefas domésticas	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Ajuda com cuidados pessoais	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Transporte	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Lazer, diversão	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Companhia	(1) Sim (2) Não (9) NS/NR	
Outro _____	(00) Não (99) NS/NR	
(88) NSA		
H10) Com que frequência o (a) sr(a) recebe ajuda de pessoas que não moram na mesma casa?		<i>HFREAJ</i> __
(1) Diariamente	(2) Semanalmente	
(3) Mensalmente	(4) Uma vez por ano	
(8) NSA	(9) NS/NR	

SEÇÃO I: ESCALA COGNITIVA DE DEPRESSÃO

(Tradução da versão original em inglês [Depressive Cognition Scale])

INSTRUÇÕES: Há oito itens neste instrumento de pesquisa. Faça um círculo em torno da resposta que descreve melhor sua opinião ou seu sentimento. Use a escala a seguir:

0 = CONCORDO TOTALMENTE (CT)	3 =DISCORDO UM POUCO (DP)
1 = EM GERAL CONCORDO (GC)	4 = EM GERAL DISCORDO (GD)
2 = CONCORDO UM POUCO (CP)	5 = DISCORDO TOTALMETE (DT)

	CT	GC	CP	DP	GD	DT
1. Estou satisfeito (a) com a minha vida.	0	1	2	3	4	5
2. Consigo fazer muitas coisas bem feitas.	0	1	2	3	4	5
3. Sinto que meu futuro é promissor.	0	1	2	3	4	5
4. Posso contar com muitas pessoas na minha vida.	0	1	2	3	4	5
5. Gosto de viver a minha vida.	0	1	2	3	4	5
6. Tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4	5
7. Sinto-me útil e necessário (a).	0	1	2	3	4	5
8. Sou um ser humano de valor.	0	1	2	3	4	5

Sousa, V., Zauszniewski, J., Mendes, I. A.C. e Zanetti, M. L. (2005)

SEÇÃO J: PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

Deve ser respondida pelo entrevistador

J1) Teve dificuldades para completar o questionário individual? (1) Sim (2) Não (9) NS/NR	JDIFQ __
J2) Quem respondeu o questionário? (1) Idoso (2) O idoso com ajuda (3) Outra pessoa (9) NS/NR	JQUEMR __
J3) CASO outra pessoa tenha respondido o questionário, coloque o motivo:	JMOTI __ __

<hr/>		
(88) NSA	(99) NS/NR	
J4) Mais alguém esteve presente durante a entrevista (além do informante ou substituto)?		<i>JINFOR</i> __
(1) Sim	(2) Não	(9) NS/NR
J5) Houve recusa ou oposição da pessoa entrevistada durante o desenvolvimento da entrevista?		<i>JRECUS</i> __
(1) Sim, em que parte _____		<i>JPARTE</i> __ __
<hr/>		
(2) Não	(88) NSA	(99) NS/NR
Horário do término da entrevista: _____ :		<i>JHR</i> _____ :



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

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

Ribeirão Preto, 25 de julho de 2005.

Excelentíssimo Senhor Prefeito,

Vimos, por me deste, solicitar a V.Exa. autorização para realizar uma pesquisa, vinculada a projeto de doutoramento, sobre envelhecimento no meio rural com idosos (60 anos e mais de idade) residentes na zona rural do município de Encruzilhada do Sul, pela doutoranda Eliane Pinheiro de Moraes, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – da Universidade de São Paulo (USP) e docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

As atividades de pesquisa ficarão ao encargo da doutoranda, não onerando os cofres públicos municipais e terá por objetivo traçar o perfil sócio-epidemiológico da comunidade alvo, o que poderá, inclusive, contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde no âmbito deste município.

Após a conclusão da pesquisa, assumimos o compromisso de enviar uma cópia do trabalho final à Prefeitura de Encruzilhada do Sul, bem como repassar informações e conclusões aos responsáveis pela área no município.

Na certeza de contarmos com a atenção de V.Exa. e da equipe de saúde do município, solicitamos manifestação de aceite e concordância desta administração municipal, inclusive com vista do senhor Secretário Municipal de Saúde e Meio Ambiente – Sr.

Marco Antonio Rassier.

Atenciosamente

Eliane Pinheiro de Moraes
Doutoranda da EERP-USP

Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
Orientadora da EERP-USP

Exmo. Sr.
Artigas Teixeira de Silveira
Prefeito de Encruzilhada do Sul – Rio Grande do Sul



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

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 038/2006

Ribeirão Preto, 17 de março de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 84ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de março de 2006.

Protocolo: nº 0629/2005

Projeto: O ENVELHECIMENTO NO MEIO RURAL: CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E APOIO DOS IDOSOS MAIS VELHOS DE ENCRUZILHADA DO SUL - RS

Pesquisadores: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Orientadora)
Eliane Pinheiro de Moraes (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Orientadora)
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENCRUZILHADA DO SUL

OF.GAB.N. 213/05

Encruzilhada do Sul, 15 de agosto de 2005.

Prezadas Senhoras:

Ao cumprimentar-lhes cordialmente, vimos pelo presente em resposta ao seu ofício de 25.07.2005, parabenizá-las pela bela iniciativa da referida pesquisa, visto que, trata-se de um público que necessita de uma maior visibilidade para que possamos desenvolver atividades em prol dos mesmos.

Portanto, é com grande satisfação que autorizamos a realização da pesquisa, ora proposta.

Desde já, certos de termos atendido sua solicitação e no aguardo dos resultados da pesquisa, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,


ARTIGAS TEIXEIRA DA SILVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL


MARCO ANTÔNIO RASSIER
SECRETÁRIO DE SAÚDE

À ILMA.
ROSALINA A. PARTEZANI RODRIGUES
MD. ORIENTADORA DA EERP-USP
RIBEIRÃO PRETO – SP

June 28, 2006

Eliane Pinheiro de Moraes
Rua Eudoro Berlink, 219 apt. 401
Porto Alegre, RS Cep 90450-030
Brasil

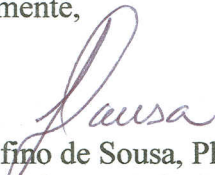
Dear Eliane,

Eu, Valmi Delfino de Sousa, PhD, APRB, BC, Assistent Professor at the University of North Carolina at Charlotte and Post Doctoral Research Fellow at the University of Iowa, autorizo Eliane Pinheiro de Moraes a usar a Escala Cognitiva de Depressão em pesquisa que será conduzida na Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, Brasil.

Análise psicométrica da escala foi publicada no Journal of Nursing Measurement. The referência completa é:

Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Mendes, I. A. C., & Zanetti, M. L. (2005). Cross-cultural equivalence and psychometric properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale. *Journal of Nursing Measurement, 13(2), 87-99.*

Atenciosamente,



Valmi Delfino de Sousa, PhD, APRN, BC
Assistant Professor at the University of North Carolina at Charlotte
Post Doctoral Research Fellow in Clinical Genetics
The University of Iowa
50 Newton Road, Nursing Building, Office 305
Iowa City, IA 52242-1121
United States of America