

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ILVA INÊS RIGO

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE RURAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2008

ILVA INÊS RIGO

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA COMUNIDADE
RURAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Lisiane M. G. Paskulin

Porto Alegre

2008

Dedicatória

Dedico este trabalho de conclusão de curso à “nona” Amábilé Baréa Rigo, por ter feito com que eu descobrisse a Enfermagem. Ao meu pai, José, minha mãe, Ida, meu padrinho e segundo pai, Aquiles e minha “irmã” Rita pelo apoio incondicional em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À comunidade da Linha Trajano, por preservar o respeito e valorizar as pessoas mais velhas. Aos idosos que aceitaram participar desta pesquisa, por sua disponibilidade e paciência ao responderem “tantas perguntas”.

A professora Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, que acolheu esta idéia de braços abertos e acompanhou-a até a última frase.

A professora Beatriz Ferreira Waldmann, por contagiar-me com seu gosto pelos idosos e por ter sido a primeira incentivadora desta jornada.

A professora Eliane Pinheiro de Moraes, por contribuir com sua experiência em pesquisa com idosos rurais.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por prover ensino público e de qualidade. A todos os professores e servidores da Escola de Enfermagem da UFRGS, por fazerem dela o local mais acolhedor da universidade.

À Prefeitura Municipal, Sindicato dos Trabalhadores Rurais e EMATER de Nova Roma do Sul, pelo apoio e informações que auxiliaram no planejamento deste estudo.

A Shana e a Susana, companheiras de angústias e alegrias. Aos meus colegas, que enriqueceram a trajetória da graduação com seus diversos jeitos de ser.

Aos meus pais, meu padrinho e minha irmã Vânia, pelos incentivos para que eu cursasse a graduação. À minha “irmã” Rita, que me incutiu a idéia fixa de entrar em uma universidade federal, por ter me acolhido nestes quatro anos e meio e ser meu porto seguro em todos os momentos. Ao Klaus, por sempre saber como resgatar meus arquivos perdidos e presentear-me todos os dias com seu amor.

A todas essas pessoas, pois cada um a sua maneira contribuiu para que esse trabalho fosse realizado.

RESUMO

Introdução e objetivo: Este trabalho de conclusão de curso de graduação teve por objetivo avaliar a capacidade funcional dos idosos de uma comunidade rural do município de Nova Roma do Sul (RS). **Métodos:** foi realizado um estudo epidemiológico transversal com 34 idosos moradores da região, no ano de 2008, através de inquérito domiciliar. Os dados foram coletados através de um instrumento contendo questões referentes a variáveis sociais, econômicas e demográficas e aspectos relacionados à saúde/doença, além do MEEM e da versão brasileira da Escala de Atividades da Vida Diária do OARS. **Análise dos dados e aspectos éticos:** O gerenciamento dos dados foi feito com o programa SPSS 12.0. A análise foi descritiva e compararam-se as proporções das variáveis estudadas entre os sexos. Foi fornecido aos participantes do estudo um termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Dos respondentes, 55,9% eram mulheres. A faixa etária média foi de 69,82 anos e as mulheres foram maioria nas faixas etárias mais avançadas. Nenhum dos idosos completou o ensino fundamental e houve maior índice de analfabetismo entre os homens. Aproximadamente 60% tinham renda mensal de um salário mínimo e 52,9% renda familiar maior que cinco salários mínimos. Dos respondentes, 60% eram casados, com maior frequência entre os homens. A maior parte dos entrevistados (94%) declarou ser aposentado, mas ainda estar trabalhando. Os domicílios multigeracionais representaram 65% dos arranjos domiciliares e foram mais frequentes entre as mulheres. Todos os idosos participam das festas da comunidade e apenas 17,6% participam do grupo de idosos do município. A interação social foi mais frequente entre os homens. No mini-exame do estado mental, a média foi 25,79 (DP \pm 2,79), houve relação direta entre os escores no teste e a escolaridade dos entrevistados, mas não houve diferenças importantes quando comparados os sexos. A artropatia foi a morbidade auto-referida prevalente (55,9%) e a que mais dificultava a realização de atividades rotineiras. Quanto ao grau de dependência nas AVD, 52,9% possuíam dependência leve e a atividade em que a dependência foi mais frequente foi usar o telefone (61,8%). Em relação a auto-avaliação de saúde 64,7 % dos idosos a considerou regular e 41,2% afirmaram que sua saúde era melhor que a de seus pares. As mulheres apresentaram graus de dependência superiores aos encontrados entre os homens, assim como maior frequência de morbidades referidas e pior auto-avaliação de saúde. **Conclusões:** No grupo estudado, ocorreu elevada prevalência de dependência leve, predomínio de auto-avaliação de saúde regular e a doença com maior frequência e mais relacionada à limitação nas atividades rotineiras, segundo os entrevistados, foi a artropatia. Os escores no MEEM não indicaram comprometimento cognitivo grave. O desempenho nas AVD e as condições de saúde referidas foram piores entre as mulheres.

Palavras-chave: Saúde do idoso, capacidade funcional, estudo epidemiológico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	19
Tabela 2	Situação ocupacional e percepção da capacidade produtiva no trabalho dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	21
Tabela 3	Composição familiar e domiciliar dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	22
Tabela 4	Idosos da Linha Trajano, segundo sexo e participação em atividades sociais. Nova Roma do Sul, 2008.	23
Tabela 5	Escores médios e desvio padrão no MEEM dos idosos da Linha Trajano, segundo escolaridade e sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	24
Tabela 6	Auto-avaliação de saúde e saúde comparada com os pares dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	25
Tabela 7	Morbidades e limitação causada de acordo com o relato dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	26
Tabela 8	Média e desvio padrão (DP) dos idosos da Linha Trajano nas AVD, AFVD e AIVD, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	27
Tabela 9	Grau de dependência dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.	27
Tabela 10	Dependência (D) e independência (I) em cada uma das AFVD e AIVD, segundo o sexo dos idosos da Linha Trajano. Nova Roma do Sul, 2008.	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
4 MÉTODOS	14
4.1 Aspectos Éticos	17
5 RESULTADOS	19
5.1 Caracterização socioeconômica e demográfica	19
5.2 Condições cognitivas	24
5.3 Condições de saúde e doença	25
5.4 Atividades da vida diária	26
6 DISCUSSÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	46
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
APÊNDICE C - Solicitação de autorização ao prefeito de Nova Roma do Sul para realização da pesquisa.	55
ANEXO A – Autorização da Prefeitura Municipal de Nova Roma do Sul para a realização da pesquisa.	57
ANEXO B – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	58
ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	59

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é fato consumado em muitos países, indiferente do seu grau de desenvolvimento. É decorrente do crescimento da população idosa e relacionado à diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e aos esforços públicos em melhorar as condições de vida da população. Entretanto, surgem atualmente, preocupações referentes às demandas geradas pelo envelhecimento populacional (CAMARANO, 2006).

Em países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu de maneira gradual, quando suas desigualdades sociais e econômicas já haviam sido sanadas, havendo recursos para atender às necessidades de seus velhos. Nas sociedades em desenvolvimento essa transição ocorre de maneira acelerada, em contextos fragilizados, onde não houve um planejamento para responder às necessidades dessa população, acentuando desigualdades e aumentando a demanda por serviços de saúde, fato que leva à redução da sua disponibilidade e acessibilidade (PALLONI; PELLÁEZ, 2003).

Os idosos do meio rural têm sido pouco retratados em pesquisas que avaliem suas condições de vida e capacidade funcional. Comumente, seu acesso a serviço de saúde é reduzido, aumentando sua vulnerabilidade a problemas de saúde (ROGERS, 2000 apud MORAIS, 2007). Estudos epidemiológicos podem contribuir para a resolução dessa situação desfavorável na medida em que investigam as condições populacionais de saúde e fornecem subsídios para o planejamento de ações sociais e de saúde que atendam às demandas dos idosos (LIMA-COSTA, 2003). Tais ações podem resultar num processo de envelhecimento com qualidade de vida, retardando a ocorrência de doenças não transmissíveis ou evitando o aparecimento de suas complicações.

A capacidade funcional é uma das formas existentes para avaliar as condições de saúde dos idosos. É um conceito ampliado de saúde traduzido pela existência de habilidades físicas e mentais para a manutenção da autonomia e da independência (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006). Para mensurar a capacidade funcional, podem ser usadas as escalas de Atividades da Vida Diária (AVDs), compostas pelas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e pelas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) (DUARTE, 2003).¹

¹ ROGERS, C.C. **The graying of rural America**. Forum for Applied Research and Public Policy, Knoxville, v. 5, n. 4, p. 52-55, Winter, 2000.

O presente estudo avaliará a capacidade funcional dos idosos de uma comunidade de Nova Roma do Sul. Este município localiza-se na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul e sua cultura possui fortes traços da imigração italiana, povo do qual descende a maior parte da população local. A comunidade da Linha Trajano, onde a pesquisa será realizada, localiza-se ao extremo norte do município de Nova Roma do Sul, sendo seus limites com o município de Antônio Prado ao Norte, ao Leste, com o município de Veranópolis, a Oeste e ao Sul, com o povoado de Nova Treviso, também pertencente à Nova Roma do Sul.

De acordo com o Censo de 2000, a população total do município era de 3032 habitantes, sendo 500 destes com idade maior ou igual a 60 anos, perfazendo 16,49% da população total (IBGE, 2003). Analisando a constituição da população brasileira, o mesmo Censo mostra que os idosos representavam 8,6% da população brasileira, havendo uma perspectiva de que representará 13 % da população total no ano de 2020 (IBGE, 2002). Em comparação com a população de todo o país, verificou-se que o processo de envelhecimento neste município está em fase avançada, denotando a importância de serem desenvolvidas estratégias públicas que contemplem a saúde do idoso.

A avaliação da capacidade funcional nessa comunidade permitirá identificar necessidades de cuidado e apoiar a equipe de saúde local, disponibilizando informações que auxiliem no planejamento e proposição de ações com os idosos e com os familiares cuidadores, adequando esses cuidados ao seu grau de dependência e favorecendo a prestação de assistência individualizada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade funcional de idosos residentes em uma comunidade rural de um município do RS.

2.2 Objetivos específicos

Identificar características sociodemográficas, de saúde e de doença dos idosos.

Avaliar as condições cognitivas dos idosos.

Verificar a capacidade dos idosos para realização de atividades físicas e instrumentais de vida diária.

Identificar as relações entre sexo e as variáveis sociodemográficas, de saúde e doença, condição cognitiva e capacidade dos idosos para realizar as AVD.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento é um processo multifatorial e dinâmico, no qual as funções dos sistemas corporais se modificam, diminuindo progressivamente a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, predispondo-o a doenças, que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2006). Associado às alterações causadas pelo tempo de vida, existem características genéticas, hábitos de vida e a influência do ambiente, que também determinam a maneira como ocorre o envelhecimento para cada indivíduo (ZIMERMAN, 2000).

Cronologicamente, a transição para o “ser idoso” nos países em desenvolvimento inicia aos 60 anos, conforme o determinado pela Assembléia Mundial sobre Envelhecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1982, considerando a menor expectativa de vida destes países (LESSA, 1998).

Na velhice ocorrem também mudanças psicossociais, com redefinição de status e papéis (MORAGAS, 1997). As modificações orgânicas alteram a auto-imagem e a identidade corporal do idoso, seu corpo torna-se desconhecido e não responde como anteriormente às suas necessidades. A aposentadoria, inicialmente comemorada por representar uma recompensa da sociedade pelos anos de dedicação, para muitos resulta em isolamento, perda do papel social e redução dos rendimentos. Os filhos adultos, a viuvez, a convivência com o cônjuge ou familiares dependentes alteram a estrutura familiar. Essas transformações podem acarretar em redução da auto-estima e transformar-se em crises, momento em que o idoso deve mobilizar recursos internos e externos de enfrentamento (GATTO, 1996). À medida que papéis são abandonados, outros são assumidos, dando novo significado à vida do idoso. Para Moragas (1997) a velhice não se resume apenas em perdas, os idosos podem ainda desempenhar funções na sociedade e no mercado de trabalho, basta que as atividades sejam condizentes com sua condição física e cognitiva.

A fim de postergar as incapacidades que ocorrem na velhice e melhorar a qualidade de vida desse grupo etário, as políticas de saúde preconizam o envelhecimento ativo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) no qual o indivíduo é capaz de estabelecer um equilíbrio entre suas limitações e potencialidades (FREIRE, 2006). Esse equilíbrio favorece a manutenção da autonomia e da independência do idoso. A independência é conceituada por

Papaléo Netto (2006, p. 11), como “a capacidade de realizar algo por seus próprios meios”, e autonomia como a “capacidade de decisão, de comando”.

Uma das maneiras de quantificar a autonomia e a independência é avaliar a capacidade funcional do idoso. Como já relatado, ela pode ser aferida através de escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

As ABVDs são atividades cotidianas que quantificam a capacidade de autocuidado do idoso. Katz, em 1963, desenvolveu originalmente o conceito de ABVDs, que inclui a capacidade do idoso alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, controlar as eliminações e deambular (PASCHOAL, 1996).

Já as AIVDs, desenvolvidas por Lawton e Brody em 1969, exigem mecanismos mais rebuscados para sua realização, pois são compostas de várias etapas. Elas indicam o grau de independência do idoso nas atividades na comunidade, tais como realizar compras, usar o telefone, medicar-se, utilizar meios de transporte, preparar refeições, organizar a casa e administrar as finanças (PASCHOAL, 1996).

Segundo o mesmo autor, existe uma hierarquia de complexidade para a realização dessas tarefas, de modo análogo ao desenvolvimento da criança. As atividades complexas e que sofrem influência de aprendizado e cultura, como organizar a casa, são perdidas mais facilmente, ao passo que atividades simples e involuntárias, como controlar as eliminações, são mantidas por maior tempo e também recuperadas com maior facilidade.

O *Older American Resources and Services* - OARS (FILLEMBAUM, 1984) é um instrumento de avaliação de idosos que foi desenvolvido nos Estados Unidos e utiliza as duas escalas citadas anteriormente, as denominando AVDs. Essa escala verifica a capacidade que o idoso possui para realizar atividades físicas (AFVD), nome dado às ABVDs pelo OARS, e instrumentais da vida diária (AIVD), explorando se o mesmo necessita de auxílio total, parcial ou não necessita de ajuda para desenvolver as AVDs.

O desempenho do idoso em atividades rotineiras pode ser prejudicado pelas doenças crônicas, de grande prevalência nessa faixa etária, reduzindo a capacidade funcional e, conseqüentemente, a autonomia e a independência dessa população (ALVES et al., 2007).

As características socioeconômicas e demográficas também fornecem indicações a respeito das condições do idoso, se possui maior risco para incapacidade e se dispõe de algum tipo de suporte (FREITAS; MIRANDA, 2006; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

A auto-avaliação de saúde é outro importante indicador das condições de saúde do idoso, sendo tão fidedigno quanto instrumentos objetivos na predição da mortalidade e do declínio funcional. Pode ser feita através da avaliação da própria saúde ou em comparação à saúde de outros idosos. Possibilita uma avaliação integral, pois contempla as dimensões biológica, psicossocial e social, o que muitas vezes não ocorre quando a aferição é feita por pessoas que desconhecem o contexto de vida do idoso (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

A capacidade funcional também está intimamente relacionada com a interação social do idoso, especialmente com as atividades instrumentais da vida diária, por verificarem sua capacidade de vida independente na comunidade. A manutenção do convívio social e de atividades desenvolvidas na comunidade vai ao encontro ao conceito de envelhecimento ativo (ROSA et al., 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O funcionamento cognitivo também sofre alterações com o decorrer dos anos, influenciando diretamente a capacidade do idoso para desempenhar suas atividades diárias. Para Vieira e Koenig (2002), a cognição envolve sensações, pensamentos, percepção, memória, raciocínio, pensamento complexo e resposta a estímulos externos. As alterações cognitivas provocadas pelo envelhecimento podem ocorrer em diferentes intensidades e, na maior parte das vezes, não prejudica significativamente o cotidiano dos idosos. A intensidade dessas alterações pode ser avaliada através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), criado por Folstein (1975) e validado por Bertolucci et al. (1994). É um instrumento simples e rápido e faz parte da avaliação clínica para o diagnóstico das demências (VIEIRA; KOENIG, 2002).

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e transversal (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

O estudo foi realizado na comunidade rural da Linha Trajano, pertencente ao município de Nova Roma do Sul, Rio Grande do Sul. Como já relatado, a comunidade da Linha Trajano localiza-se ao extremo norte do município de Nova Roma do Sul. A mesma está organizada através de uma associação da qual participam todos os moradores da região. A associação possui uma listagem com as famílias residentes na comunidade. De acordo informações obtidas inicialmente, a partir de entrevistas com líderes comunitários, residem no local aproximadamente 35 famílias e em torno de 40 pessoas com 60 anos ou mais.

A partir dessas informações, foi realizado um inquérito domiciliar, a fim de localizar as famílias com pessoas idosas. A busca dos domicílios foi guiada com o auxílio do mapa do município, fornecido pela Secretaria da Administração de Nova Roma do Sul. O mapa está dividido em linhas e lotes. De acordo com ele, a Linha Trajano possui 73 lotes, cuja numeração vai de 52 a 125. Todas as casas pertencentes à área de abrangência da comunidade foram visitadas para verificar se residiam idosos no local. Nos casos em que não havia nenhuma pessoa no domicílio, a pesquisadora fez mais duas tentativas.

Foram identificadas 39 pessoas com 60 anos ou mais residindo na comunidade em questão. Destas, duas recusaram-se a participar e três não foram encontradas após três tentativas. Dessa forma, foram contatados 34 idosos, que atenderam aos critérios de inclusão no estudo: ter 60 anos ou mais e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

A coleta dos dados foi feita com o próprio idoso. Em apenas um dos casos foi necessário coletá-los com o auxílio do cuidador principal, já que o idoso era portador de deficiência auditiva grave não corrigida. Também foi previsto no projeto a coleta de dados com os cuidadores de idosos nos casos em que o sujeito atingisse escore inferior a 12 no Mini-exame do Estado Mental, o que não ocorreu.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2008, nos meses de março e abril, após aprovação do projeto pelas instâncias competentes e autorização do prefeito de Nova Roma do Sul.

Os dados foram coletados através de entrevista estruturada (APÊNDICE A) realizada pela pesquisadora, que é natural da região. A abordagem aos idosos foi facilitada, pois a mesma mantém contato freqüente com os sujeitos e domina o dialeto *vêneto*, língua amplamente utilizada no cotidiano dos moradores, principalmente dos velhos.

A mensuração da condição cognitiva ocorreu por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido por Folstein et al. (1975), traduzido para o português e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994) e adaptado para o uso com idosos por Brucki et al. (2003) e por Icaza e Abala (1998)² apud Cerqueira (2003) (APÊNDICE A). As questões são agrupadas em 7 categorias: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (8 pontos), totalizando 30 pontos (BERTOLUCCI et al, 1994; BRUCKI et al, 2003). Para o presente estudo, na questão referente à orientação espacial, a variável “bairro” foi substituída por “linha”, visto que esta é a maneira de organização espacial do município. Bertolucci et al. (1994) sugerem que seja analisada a escolaridade dos entrevistados para definir se há comprometimento cognitivo. Icaza e Abala (1998) adaptaram esta versão especialmente para o estudo “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE), promovido pela Organização Panamericana da Saúde e sugeriram um ponto de corte igual ou inferior a 12 para comprometimento cognitivo, visando minimizar o efeito da escolaridade sobre os resultados do MEEM. Este indicador foi adotado no presente estudo, como critério para que, abaixo desta pontuação, a entrevista fosse realizada com o cuidador do idoso.

O questionário aplicado abrangeu variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, escolaridade, tempo de residência na comunidade, renda do idoso e da família, situação ocupacional, estado conjugal, arranjo domiciliar, número de filhos, interação social) e aspectos relacionados à saúde e doença (auto-avaliação de saúde e morbidades auto-referidas), além de 2 escalas descritas a seguir (APÊNDICE A).

A escolaridade e a renda foram verificadas através das categorias utilizadas pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (IBGE, 2004). A situação ocupacional e o estado conjugal foram adaptados de Rosa et al. (2003). Quanto ao arranjo domiciliar, o idoso foi questionado para

² ICAZA, M.C.; ABALA, C. **Projeto SABE**. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia em Chile: análisis estatístico. OPAS, 1999: 1-18.

o fato de morar só ou acompanhado; no caso de morar acompanhado, foi solicitado que dissesse nome, parentesco, idade e sexo de cada um dos moradores (LAURENTI; LEBRÃO, 2005).

As morbidades auto-referidas investigadas foram hipertensão, diabetes, doença cardíaca, pulmonar, câncer, artropatia, derrame (acidente vascular encefálico hemorrágico ou isquêmico), osteoporose, ou outra condição mórbida que não esteja entre as anteriores e seja referida livremente pelo idoso. Também foi investigado o quanto essas doenças limitam as atividades diárias, através das categorias “muito”, “pouco” ou “não interfere” (LAURENTI; LEBRÃO, 2005).

Para respeitar as questões culturais da comunidade, no que se refere à interação social, a pesquisadora utilizou questões referentes a relações sociais propostas por Rosa et al. (2003) adaptando-as para situações de convívio habitualmente vivenciadas no local. Essa adaptação foi feita através do conhecimento prévio da pesquisadora sobre os hábitos da comunidade, bem como através de entrevistas com líderes comunitários e profissionais que ali desenvolvem suas atividades. Essas atividades envolvem ida ao salão de festas ou igreja da comunidade nos finais de semana, saídas do domicílio para conversar e se distrair com amigos, visitar ou receber visitas de familiares, amigos ou conhecidos, participar das festas organizadas na comunidade ou em outras comunidades, participar de reuniões promovidas pela Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER-RS), Prefeitura Municipal, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, e participar do grupo de idosos existente no município.

Foi utilizada ainda a versão brasileira da Escala de Atividades da Vida Diária do OARS (RAMOS, 1987). O OARS foi traduzido e validado, através de entrevistas em profundidade, por Ramos (1987) e vem sendo utilizado em vários estudos brasileiros (RAMOS et al., 1998; COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006). Nessa escala a capacidade do idoso para realizar as atividades físicas e instrumentais da vida diária é classificada em “realiza com ajuda”, “realiza com ajuda parcial” e “realiza sem ajuda” (FILLEMBAUM, 1984). Para cada atividade o idoso pode receber pontuação dois (realiza a atividade sem ajuda), um (realiza a atividade com de ajuda parcial) ou zero (realiza a atividade com ajuda), totalizando a pontuação máxima de 28 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor está sua capacidade funcional. Posteriormente, para facilitar a análise, as opções “realiza a atividade com ajuda” e “realiza a atividade com ajuda parcial” foram agrupadas, restando apenas duas categorias: necessita ou não de ajuda, conforme fizeram Ramos

et al (1993). A partir daí, foi utilizada a classificação de dependência desenvolvida pelo mesmo autor: independência para os idosos que não necessitam de ajuda em nenhuma das atividades da vida diária; dependência leve para os idosos que necessitam de ajuda para realizar de uma a três atividades; dependência moderada para os indivíduos que necessitam de ajuda em quatro a seis atividades e dependência grave para os que são incapazes de realizar sete ou mais atividades através de seus próprios meios. Com relação à atividade “realizar a limpeza e adaptação da casa”, para os homens, no presente estudo a mesma foi substituída pela capacidade de realizar tarefas rurais leves ou pesadas, já que a realização dessas tarefas difere entre os gêneros.

A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva, sendo apresentados por meio de frequência simples e média. Foram comparadas as proporções das variáveis estudadas entre os sexos. No MEEM, além das comparações por sexo, optou-se por relacionar a média dos escores obtidos no teste à escolaridade, visto que esta influencia significativamente o resultado do mesmo (BERTOLUCCI et al, 1994).

Os idosos participantes constituíram a totalidade do universo da população estudada. Assim sendo, não foram realizados testes de significância estatística para a comparação das proporções entre sexo e as variáveis de interesse. O gerenciamento foi feito por meio do programa SPSS 12.0.

4.1 Aspectos éticos

Para assegurar a confiabilidade e a ética nos procedimentos do estudo, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, foi solicitada e obtida a autorização do prefeito do município onde ocorreu a pesquisa (adaptado de MORAIS, 2007, APÊNDICE B; ANEXO A). O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado em 13 de março de 2008 (ANEXO C).

Foi fornecido aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Este descreveu, em linguagem acessível, a justificativa, os objetivos e procedimentos do estudo, seus riscos e benefícios, garantia de esclarecimentos até o final do estudo, para qual foi disponibilizado o número de telefone para contato com o pesquisador e orientador, liberdade de escolha quanto à participação e retirada do consentimento em qualquer

momento do estudo, sem qualquer tipo de coerção e garantia de sigilo dos dados confidenciais dos sujeitos. O TCLE foi assinado pelo participante ou seu cuidador e pelo pesquisador em duas vias, ficando uma via em poder deste e a outra do participante (BRASIL, 1996; GOLDIM, 2000).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização socioeconômica e demográfica

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas dos respondentes, segundo sexo.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo	15	44,1	19	55,9	34	100
Faixa etária (anos)						
60 – 69	9	60,0	10	52,6	19	55,9
70 – 79	5	33,3	7	36,8	12	35,3
80 – 89	1	6,7	2	10,5	3	8,8
Escolaridade (anos)						
Menor que 1	4	26,7	2	10,5	6	17,6
1 a 3	4	26,7	9	47,4	13	38,2
4 a 7	7	46,7	8	42,1	15	44,1
Sabe ler e escrever um recado						
Sim	10	66,7	18	94,7	28	82,4
Não	5	33,3	1	5,3	6	17,6
Freqüentou a escola						
Sim	14	93,3	19	100	33	97,1
Não	1	6,7	-	-	1	2,9
Estado conjugal						
Casado ou com companheiro(a)	10	66,7	10	52,6	20	58,8
Viúvo	3	20,0	4	21,1	7	20,6
Solteiro	2	13,3	5	26,3	7	20,6
Renda mensal do idoso (salários mínimos)						
Até 1	7	46,7	13	68,4	20	58,8
De 1 a 2	4	26,7	4	21,1	8	23,5
Mais que 2 a 3	2	13,3	2	10,5	4	11,8
Mais que 3 a 5	2	13,3	-	-	2	5,9
Renda mensal da família (salários mínimos)						
Até 2	1	6,7	1	5,3	2	5,9
Mais de 2 a 3	3	20	2	10,5	5	14,7
Mais de 3 a 5	3	20	3	15,8	6	17,6
Mais de 5 a 10	7	46,7	5	26,3	12	35,3
Mais de 10	-	-	6	31,6	6	17,6
Não sabe/não respondeu	1	6,7	2	10,5	3	8,8

Mais que a metade dos entrevistados era do sexo feminino (55,9%). A média de idade dos participantes foi 69,82 anos ($DP \pm 7,17$ anos), a idade mínima foi 60 e a máxima 88 anos. Mais do que a metade dos indivíduos (55,9%) estava na faixa etária de 60 a 69 anos, 35,3% entre 70 e 79 anos e 3 idosos (8,8%) possuíam idades entre 80 e 89 anos. As médias etárias por sexo foram semelhantes, com os homens tendo uma média de 69,6 anos ($DP \pm 7,07$) e as mulheres, 70,0 anos ($DP \pm 7,45$). Em relação às faixas etárias, verificou-se maior proporção de mulheres nas faixas mais avançadas (36,8% entre 70 e 79 anos e 10,5% entre 80 e 89 anos).

Dos 34 entrevistados, 17,6% eram analfabetos. O índice de analfabetismo diferiu entre os sexos: 33,3% dos homens eram analfabetos, enquanto essa proporção se reduziu para 5,3% entre as mulheres. Ressalta-se que apenas um dos sujeitos não frequentou a escola. Entre os idosos que frequentaram, 17,6% estudaram menos que um ano, 38,2% estudaram de 1 a 3 anos e 44,1%, de 4 a 7 anos.

Em relação ao estado conjugal, 58,8% eram casados ou possuíam companheiro (a), 20,6% eram solteiros e 20,6% eram viúvos. Considerando sexo e estado conjugal, 66,7% dos homens e 52,6% das mulheres eram casados. Salienta-se ainda que 26,3% das mulheres eram solteiras.

Quanto à renda mensal, 52,9% das famílias ganhavam mais do que cinco salários mínimos, 17,6% recebiam mais do que três a cinco salários mínimos e 14,7%, mais do que dois a três salários mínimos. Em apenas dois casos a renda familiar foi de até dois salários mínimos (5,8%).

A renda individual máxima dos idosos foi de até cinco salários mínimos. Do total de respondentes, 58,8% afirmaram receber apenas um salário mínimo, 23,5% receber mais do que um a dois salários mínimos e 17,7% ganhar mais que dois a cinco salários mínimos. Verifica-se ainda que 68,4% das mulheres ganhavam apenas um salário mínimo e que para os homens, esse percentual se reduziu para 46,7%.

O tempo mínimo de residência foi de 30 anos e o máximo 88 anos. Em média, os idosos viviam naquela comunidade há 59,12 anos ($DP \pm 14,80$).

Conforme a Tabela 2, todos os entrevistados eram aposentados, sendo que a maioria (94,1%) continuava trabalhando. Quanto à percepção de produtividade no trabalho, quando se compararam aos demais membros adultos da família, 67,6% dos respondentes acreditavam que trabalhavam menos que os demais, 32,4% responderam que sua produtividade era igual. Nenhum idoso afirmou trabalhar mais que os familiares. A maioria das idosas (89,5%) acreditava trabalhar

menos que os familiares. Já 60% dos homens idosos responderam trabalhar tanto quanto os demais membros da família.

Tabela 2 – Situação ocupacional e percepção da capacidade produtiva no trabalho dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Situação ocupacional e aposentadoria						
Trabalha e é aposentado	15	100,0	17	89,5	32	94,1
Aposentado mas não trabalha	-	-	2	10,5	2	5,9
Auto-avaliação da capacidade produtiva						
Trabalha igual	9	60,0	2	10,5	11	32,4
Trabalha menos	6	40,0	17	89,5	23	67,6

Verifica-se na Tabela 3 que a maioria dos respondentes (94,1%) morava com familiares, não existiram diferenças significativas quando analisado o sexo dos respondentes. Observa-se ainda que mais do que a metade dos entrevistados morava em domicílios com estrutura multigeracional, ou seja, viviam com filhos e netos (55,9%) e também com bisnetos (8,8%). Esse tipo de arranjo foi mais freqüente entre as mulheres (68,5%). O número médio de filhos vivos no momento da entrevista era 3,71 e 55,8% dos idosos possuíam três ou mais filhos vivos no momento da entrevista, havendo maior freqüência de mulheres que de homens no segmento com cinco filhos vivos ou mais (36,8). Aproximadamente 20% dos entrevistados não possuía filhos na data da entrevista. A maior parte das famílias dos entrevistados (73,6%) era composta por cinco ou mais pessoas e a média de pessoas residindo no domicílio foi de 5,5 (DP ± 2,12), não havendo diferenças entre os sexos para estas variáveis.

Tabela 3 – Composição familiar e domiciliar dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com quem mora						
Mora só	1	6,7	1	5,3	2	5,9
Mora com familiares	14	93,3	18	94,7	32	94,1
Composição do domicílio						
Cônjuge/irmãos (1 geração)	3	20,0	3	15,8	6	17,6
Filhos (2 gerações)	3	20,0	3	15,8	6	17,6
Netos (3 gerações)	7	46,7	12	63,2	19	55,9
Bisnetos (4 gerações)	2	13,3	1	5,3	3	8,8
Número de filhos vivos atualmente						
0	3	20,0	4	21,1	7	20,6
1-2	4	26,7	4	21,1	8	23,5
3-4	4	26,7	4	21,1	8	23,5
5 ou +	4	26,7	7	36,8	11	32,3
Número de pessoas no domicílio						
1 – 4	4	26,7	5	26,3	9	26,4
5 ou +	11	73,3	14	73,7	25	73,6

Na Tabela 4 verifica-se que a atividade social que mais reuniu os idosos foram as festas da comunidade. Todos relataram participar desta atividade, sendo que 85,3% dos respondentes participavam sempre ou quase sempre e 14,7%, às vezes ou raramente. A maioria dos idosos costumava sair de casa para conversar e se distrair com os amigos ou conhecidos sempre ou quase sempre (44,1%) ou às vezes ou raramente (44,1%).

Em relação às visitas a amigos, parentes ou conhecidos, observa-se que a maioria (82,4%) as fazia às vezes ou raramente. Quanto à participação nas reuniões organizadas pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Prefeitura ou EMATER, 70,6% dos sujeitos relataram terem participado das mesmas. Por outro lado, a maioria dos idosos (79,4%) nunca participou do grupo de idosos.

A comunidade dispõe de atividades de lazer nos finais de semana, quando as pessoas dirigem-se à igreja e ao salão da comunidade para rezar, conversar, jogar baralho, entre outros. Somente um idoso relatou que atualmente não tem participado destas atividades, sendo que 47,1% referiram participar sempre ou quase sempre e 50,0%, às vezes ou raramente.

Ao analisarmos o sexo dos respondentes e as respostas “sempre/quase sempre”, é possível perceber que participação masculina nas atividades sociais foi mais freqüente que a feminina nas atividades “Vai ao salão de festas ou igreja da comunidade aos domingos” (73,3%), “Sai de casa para conversar e se distrair” (66,7%), “Participa de festas na comunidade” (100%), “Participa de festas em outras comunidades (13,3%) e “Participa de reuniões” (40%).

Tabela 4 – Idosos da Linha Trajano, segundo sexo e participação em atividades sociais. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vai ao salão de festas ou igreja da comunidade aos domingos						
Sempre/quase sempre	11	73,3	5	26,3	16	47,1
Às vezes/raramente	4	26,7	13	68,4	17	50,0
Nunca	-	-	1	5,3	1	2,9
Sai de casa para conversar e se distrair						
Sempre/quase sempre	10	66,7	5	26,3	15	44,1
Às vezes/raramente	5	33,3	10	52,6	15	44,1
Nunca	-	-	4	21,1	4	11,8
Faz ou recebe visitas de amigos, parentes, conhecidos						
Sempre/quase sempre	1	6,7	2	10,5	3	8,8
Às vezes/raramente	13	86,7	15	78,9	28	82,4
Nunca	1	6,7	2	10,5	3	8,8
Participa de festas na comunidade						
Sempre/quase sempre	15	100,0	14	73,7	29	85,3
Às vezes/raramente	-	-	5	26,3	5	14,7
Nunca	-	-	-	-	-	-
Participa de festas em outras comunidades						
Sempre/quase sempre	2	13,3	1	5,3	3	8,8
Às vezes/raramente	13	86,7	14	73,7	27	79,4
Nunca	-	-	4	21,1	4	11,8
Participa de reuniões						
Sempre/quase sempre	6	40,0	4	21,1	10	29,4
Às vezes/raramente	8	53,3	6	31,6	14	41,2
Nunca	1	6,7	9	47,4	10	29,4
Participa do grupo de idosos						
Sempre/quase sempre	2	13,3	4	21,1	6	17,6
Às vezes/raramente	-	-	1	5,3	1	2,9
Nunca	13	86,7	14	73,7	27	79,4

5.2 Condições cognitivas

Na Tabela 5 são apresentados os escores médios do MEEM segundo sexo e escolaridade dos respondentes. Neste estudo, a pontuação no MEEM foi utilizada, inicialmente, para avaliar a capacidade do idoso para responder sozinho à entrevista. Entretanto, destaca-se que sua função primordial foi de avaliar a condição cognitiva dos participantes do estudo.

Dos 34 idosos entrevistados, apenas um não realizou o teste, pois, segundo o familiar, ele não seria capaz de ouvir e entender as perguntas. Em relação aos demais entrevistados, nenhum obteve escore inferior a 12 no MEEM. O menor valor obtido no teste foi de 20 pontos, o máximo foi 30 pontos e a média geral de 25,79 (DP \pm 2,79).

Quando considerado o sexo, os homens obtiveram escores ligeiramente superiores às mulheres, pois as médias foram 26,71 (DP \pm 2,23) e 25,11 (DP \pm 3,02), respectivamente. Considerando a escolaridade dos entrevistados, a média do escore do MEEM entre os idosos com escolaridade menor que um ano foi de 23,6 (DP \pm 2,30). Já os idosos que estudaram de um a três anos obtiveram média de 24,38 (DP \pm 2,69) e os com escolaridade de quatro a sete anos, 27,73 (DP \pm 1,58).

Tabela 5 – Escores médios e desvio padrão no MEEM dos idosos da Linha Trajano, segundo escolaridade e sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=33)

	Escore médio MEEM (DP)
Escolaridade	
Menos que 1 ano	23,60 (2,30)
1 a 3 anos	24,38 (2,69)
4 a 7 anos	27,73 (1,58)
Sexo	
Masculino	26,71 (2,23)
Feminino	25,11 (3,02)
Média geral	25,79 (2,79)

5.3 Condições de saúde e doença

A Tabela 6 mostra que a maioria dos idosos (64,7%) considerava sua saúde regular. Com relação à saúde comparada aos seus pares, 41,2% consideravam sua saúde melhor que das outras pessoas da sua idade, 38,2% responderam que sua saúde era igual.

Comparando as variáveis sexo e auto-avaliação de saúde, a categoria excelente, muito boa ou boa foi mencionada por 33,3% dos homens e 21,1% das mulheres. Consideraram sua saúde como regular 60% dos homens e 68,4% das mulheres. Comparando a saúde com a de seus pares, 60% dos homens e 26,3% das mulheres a consideraram melhor e 33,3% dos homens e 42,1% das mulheres, igual.

Tabela 6 – Auto-avaliação de saúde e saúde comparada aos demais dos idosos da Linha Trajano segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Auto-avaliação de saúde						
Excelente/muito boa/boa	5	33,3	4	21,1	9	26,5
Regular	9	60,0	13	68,4	22	64,7
Má	1	6,7	2	10,5	3	8,8
Saúde comparada aos demais						
Melhor	9	60,0	5	26,3	14	41,2
Igual	5	33,3	8	42,1	13	38,2
Pior	1	6,7	6	31,6	7	20,6

Segundo a Tabela 7, a morbidade referida de maior prevalência foi a artropatia,(55,9%), seguida da hipertensão (52,7%) e da osteoporose (23,5%), todas mais frequentes entre as mulheres. As demais morbidades, citadas com menor frequência, foram a diabetes, as doenças pulmonar e cardíaca, o câncer e o derrame. Destacam-se ainda outras morbidades que não compunham o instrumento de pesquisa, mas que foram citadas por 52,9% dos respondentes: depressão, problemas de tireóide, gástricos, de coluna, labirintite, fraturas ósseas, incontinência urinária, dislipidemia, hemorróidas, problemas de próstata, dor nas pernas, hérnia abdominal, retenção urinária, problemas de coluna, excesso de ferro no sangue e mal de Parkinson. Dentre estas, ressalta-se que a depressão foi a mais frequente, sendo referida por cinco idosos. O

problema de saúde que mais limitava a realização das atividades rotineiras foi a artropatia (35,3%). Com relação a esta doença, o maior grau de limitação foi referido com maior frequência pelos homens (33,3%).

Tabela 7 – Morbidades e limitação causada de acordo com o relato dos idosos da Linha Trajano, segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Artropatia						
Sim	6	40	13	68,4	19	55,9
Limita muito	2	33,3	2	15,4	4	21,1
Limita um pouco	3	50	5	38,5	8	42,1
Não limita	1	16,7	6	46,2	7	36,8
Não	9	60	6	31,6	15	44,1
Hipertensão						
Sim	5	33,3	13	68,4	18	52,7
Limita muito	-	-	2	15,4	1	5,6
Limita um pouco	-	-	5	38,5	5	27,8
Não limita	4	80	7	53,8	11	61,1
Respondente substituto	1	20	-	-	1	5,6
Não	10	66,7	6	31,6	16	47,1
Osteoporose						
Sim	1	6,7	7	36,8	8	23,5
Limita muito	-	-	1	14,3	1	12,5
Limita um pouco	-	-	5	71,4	5	62,5
Não limita	1	100	1	14,3	2	25,0
Não	14	93,3	12	63,2	26	76,5
Outros						
Sim	7	46,7	11	57,9	18	52,9
Não	8	53,3	8	42,1	16	47,1

5.4 Atividades da vida diária

Conforme a Tabela 8, a média geral dos escores das AVD foi 25,91 (DP±3,19). Em relação ao sexo, os homens obtiveram média de 26,87 (DP±2,07) e as mulheres, 25,16 (DP±3,73). Nas atividades instrumentais, os entrevistados apresentaram média de 12,38 (DP±2,36), sendo que a média dos homens foi 13 (DP±1,81) e das mulheres, 11,89 (DP±2,66).

Nas atividades físicas, a média geral foi 13,53 (DP±1,05), a média masculina foi 13,87 (DP±0,35) e a feminina, 13,26 (DP±1,33).

Tabela 8 – Média e desvio padrão (DP) dos idosos da Linha Trajano nas AVD, AFVD e AIVD segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
AVD	26,87	2,07	25,16	3,73	25,91	3,29
AFVD	13,87	,35	13,26	1,33	13,53	1,05
AIVD	13,00	1,81	11,89	2,66	12,38	2,36

Ao estratificar o tipo de atividade, verificou-se que a maioria dos idosos (73,5%) era totalmente independente para realizar as AFVD e 35,3% era independente para as AIVD. Com relação ao sexo, 86,7% dos homens e 63,2% das mulheres, eram independentes para as AFVD. Já em nas AIVD, 53,3% dos homens e 21,1% das mulheres eram totalmente independentes.

Tabela 9 – Grau de dependência dos idosos da Linha Trajano segundo sexo. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Independência nas AFVD e AIVD						
AFVD	13	86,7	12	63,2	25	73,5
AIVD	8	53,3	4	21,1	12	35,3
Grau de dependência nas AVD						
Independência	8	53,3	4	21,1	12	35,3
Dependência leve	6	40,0	12	63,2	18	52,9
Dependência moderada	1	6,7	2	10,5	3	8,8
Dependência grave	-	-	1	5,3	1	2,9

Quanto ao grau de dependência, a mesma Tabela mostra que 35,3% dos idosos eram independentes, 52,9% possuíam dependência leve, 8,8% possuíam dependência moderada e apenas um idoso (2,9%) possuía dependência grave. Na análise por sexo, 40% dos homens e 63,2% das mulheres apresentaram dependência leve, 6,7% dos homens e 10,5% das mulheres

possuíam dependência moderada, 5,3% das mulheres e nenhum homem apresentaram dependência grave.

Dentre as AIVD, usar o telefone foi a atividade em que maior parte dos idosos apresentava alguma dependência (38,2%), seguida pela limpeza e adaptação da casa (32,4%), independente do sexo dos entrevistados, conforme o observado na Tabela 10. Merece destaque o fato de que 21,1% das mulheres possuíam incontinência urinária e/ou fecal. Salienta-se ainda que a única atividade em que nenhuma das mulheres apresentou dependência foi alimentar-se e em todas as atividades a dependência foi maior para as mulheres.

Tabela 10 – Dependência (D) e independência (I) em cada uma das AFVD e AIVD segundo o sexo dos idosos da Linha Trajano. Nova Roma do Sul, 2008.

(n=34)

	Masculino				Feminino				Total			
	D		I		D		I		D*		I**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AIVD												
Usar o telefone	5	33,3	10	66,7	8	42,1	11	57,9	13	38,2	21	61,8
Fazer a limpeza e adaptação da casa	4	26,7	11	73,3	7	36,8	12	63,2	11	32,4	23	67,6
Usar meios de transporte	1	6,7	14	93,3	5	26,3	14	73,7	6	17,6	28	82,4
Lidar com as finanças	-	-	15	100,0	6	31,6	13	68,4	6	17,6	28	82,4
Fazer compras	1	6,7	14	93,3	2	10,5	17	89,5	3	8,8	31	91,2
Preparar alimentos	1	6,7	14	93,3	2	10,5	17	89,5	3	8,8	31	91,2
Ingerir medicamentos	-	-	15	100,0	3	15,8	16	84,2	3	8,8	31	91,2
AFVD												
Locomover-se	1	6,7	14	93,3	4	21,1	15	78,9	5	14,7	29	85,3
Controlar as eliminações	-	-	15	100	4	21,1	15	78,9	4	11,8	30	88,2
Cuidar da aparência	1	6,7	14	93,3	1	5,3	18	94,7	2	5,9	32	94,1
Tomar banho	-	-	15	100	1	5,3	18	94,7	1	2,9	33	97,1
Vestir-se	-	-	15	100,0	1	5,3	18	94,7	1	2,9	33	97,1
Alimentar-se	-	-	15	100,0	-	-	19	100,0	-	-	34	100
Deitar e levantar da cama	-	-	15	100	-	-	19	100	-	-	34	100

6 DISCUSSÃO

A distribuição por sexo da população idosa da comunidade estudada, na qual mais que a metade dos respondentes era do sexo feminino vai ao encontro dos dados do Censo de 2000, no qual elas representavam 55,1% dos idosos brasileiros.

Os dados acima refletem a tendência da feminização do envelhecimento. Tal fenômeno está relacionado à maior expectativa de vida das idosas, que pode ser em média 8 anos maior que dos homens idosos (IBGE, 2002). Suas implicações são divergentes entre os autores. Enquanto alguns afirmam que o envelhecimento das mulheres comumente conflui com a viuvez, a ausência de uma atividade de trabalho formal e a renda precária (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO, 2004), outros dizem que este processo pode contribuir para sua independência e realização (DEBERT, 1999³ apud IBGE, 2002).

Nas áreas rurais, Camarano, Kanso, Leitão e Mello (2004) afirmam que as idosas deixaram de ser maioria, fato explicado pela maior participação destas no fluxo migratório rural-urbano. Esta afirmação não se confirmou no presente estudo, provavelmente pela estabilidade da população estudada, cujo tempo médio de moradia na comunidade era bastante elevado.

A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos, caracterizando uma população idosa jovem, assemelhando-se ao que encontraram Costa, Nakatani e Bachion (2006), Lima-Costa (2000), Paskulin e Vianna (2007) e Ramos (1993), em estudos realizados em comunidades urbanas brasileiras. A média etária de 69,82 anos dos idosos de Linha Trajano foi semelhante ao encontrado por Alves et al (2007) na área urbana de São Paulo. É importante destacar ainda que na discussão das faixas etárias predominantes, bem como de outras variáveis da presente investigação, os resultados obtidos foram comparados aos achados de estudos urbanos devido à escassez de pesquisas disponíveis que caracterizem os idosos rurais.

Nenhum dos entrevistados relatou ter completado o ensino fundamental, convergindo com os resultados obtidos por Moraes (2007) em estudo com os idosos mais velhos da zona rural de Encruzilhada do Sul (RS) e por Feliciano, Moraes e Freitas (2004) na área urbana de São Carlos (SP). A escolaridade menor que um ano pode ser a responsável pelos analfabetos funcionais que

³ DEBERT, G. G. Envelhecimento e representações sobre a velhice. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 6., 1988, Olinda, PE. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 1988. v. 1: p. 537-558.

freqüentaram a escola. Na área rural do município de Cabra, Espanha, apenas 5,3% dos idosos estudaram além do Ensino Médio (GAMA et al, 2000). Em Brescia, Itália, em estudo realizado com idosos de 70 anos ou mais, a escolaridade média foi de 4,6 anos, com desvio padrão de 2 anos (ROZZINI et al, 1997).

As taxas de analfabetismo encontradas pelo presente estudo são inferiores às constatadas em comunidades urbanas brasileiras por Costa, Nakatani e Bachion (2006), Lima-Costa (2000), Paskulin e Vianna (2007) e Ramos et al (1993). Na área rural, estudo realizado por Moraes (2007) verificou que 41,9% dos idosos de Encruzilhada do Sul (RS) eram analfabetos e 16,9% apenas assinavam o nome. Por outro lado, Paskulin e Vianna (2007) e Ramos et al (1993) relatam que parte dos idosos de suas pesquisas chegaram ao ensino médio ou superior, sugerindo existência de maior acesso à educação na zona urbana que na rural.

Camarano, Canso e Leitão e Mello (2004), utilizando dados do Censo do IBGE, identificaram um nível de escolaridade menor entre as mulheres que entre os homens. Também Feliciano, Moraes e Freitas (2004) e Ramos et al (1998) obtiveram índices de analfabetismo maiores entre as mulheres que entre os homens e menor percentual de mulheres que chegaram ao ensino médio ou superior. Com relação ao maior analfabetismo feminino, no presente estudo ocorreu o oposto: uma minoria das mulheres era analfabeta, enquanto para os homens esse percentual passou de 30%. Em comunidades rurais, em função dos trabalhos pesados realizados, a força é mais valorizada que o grau de instrução, principalmente para os homens. Possivelmente, por este motivo, os homens tenham se desestimulado a freqüentar a escola, o que resultou na elevada taxa de analfabetismo para estes sujeitos.

De uma maneira geral, a escolaridade da população idosa é baixa, refletindo o acesso à educação que essas pessoas tiveram no passado. Esse índice tem melhorado nos últimos anos, através de programas federais de alfabetização, que estimulam o retorno à escola (IBGE, 2002).

Durante as entrevistas, alguns sujeitos referiram que, na época em que estudaram, não era possível ultrapassar a 4ª série, pois os professores que ministravam as aulas não possuíam grau de instrução superior a este. Outros afirmaram que iam à aula duas ou três vezes por semana, devido ao grande número de irmãos, para que fosse dada a oportunidade de freqüentar a escola a todos. Assim, era feita uma espécie de revezamento, enquanto uns ficavam em casa ajudando os pais na roça, outros iam à escola.

Com relação ao estado conjugal, a maioria dos respondentes era casada ou possuía companheiro (a), resultado compartilhado por Gama et al (2000) na área rural, por Ramos (1998) e Feliciano, Moraes e Freitas (2004), na área urbana. Tanto no presente quanto nos demais estudos citados anteriormente, esse perfil modifica-se quando considerado o sexo dos entrevistados, onde há maior proporção de idosos casados que de idosas. Essa tendência pode ser explicada pela mortalidade diferencial por sexo, pela maior expectativa de vida feminina e pela característica cultural do re-casamento masculino após a viuvez, o que não ocorre com as mulheres (CAMARANO; KANSO; LEITÃO E MELLO, 2004).

A renda familiar mensal dos idosos da comunidade em questão mostrou-se superior ao encontrado em estudos disponíveis de comunidades urbanas de Minas Gerais e Santa Catarina (FIEDLER; PERES, 2008; LIMA-COSTA, 2000;). Esses dados são algo contraditórios, pois de acordo com o Censo de 2000, o índice de desenvolvimento econômico nas áreas rurais é historicamente inferior ao de áreas urbanas, apesar dessas diferenças estarem diminuindo (IBGE, 2002). É possível que os resultados encontrados não expressem a real condição econômica das famílias e dos idosos da comunidade. Seus rendimentos provêm da agricultura familiar, caracterizada pela grande variabilidade de culturas e atividades pecuárias. Os vencimentos mensais são irregulares, pois o agricultor trabalha por safras. Em determinados meses, os lucros são maiores e usados para o sustento da família nos outros meses. É importante considerar também que, se houver um aumento na renda bruta, aumentarão também os custos de produção, possivelmente reduzindo os rendimentos líquidos.

Quanto à renda individual, a maioria dos idosos recebia até dois salários mínimos por mês, assim como no estudo de Moraes (2007). Por outro lado, quase a totalidade dos respondentes afirmou ser aposentado e trabalhar, contribuindo, de ambas as formas, para o sustento da família. É possível que, ao reportarem sua renda mensal, os idosos tenham considerado apenas a renda proveniente da aposentadoria rural, sem considerar sua parcela na renda familiar.

Considerando o sexo e a renda, os homens encontravam-se em condições financeiras ligeiramente melhores do que as mulheres, indo ao encontro dos achados de outros estudos de base populacional (CAMPINO; CYRILLO, 2003; RAMOS et al, 1998). Camarano, Kanso e Leitão e Mello (2004) afirmam que a renda feminina pode ser maior que a masculina, se considerado o fato de que o volume de pensões por viuvez é maior entre as mulheres. Porém, no

presente estudo, a proporção de idosas viúvas equiparou-se com a de viúvos, não foi produzido um efeito significativo sobre a renda média das mulheres no geral.

A situação ocupacional predominante entre os entrevistados foi de aposentados que também trabalhavam. Esta atitude é comum em comunidades rurais, onde os idosos seguem realizando atividades que contribuam para o sustento e o bem-estar da família, mesmo tarefas mais simples e leves, até o fim da vida. Em estudo realizado com octagenários de Veranópolis (RS), município semelhante a Nova Roma do Sul, no que se refere à localização serrana e descendência italiana, foi identificado que, dos 67 participantes, 66 afirmaram que sua principal fonte de bem-estar era o envolvimento com atividades rurais ou domésticas (XAVIER et al, 2003). Nessas comunidades, os idosos podem continuar desempenhando as tarefas que realizaram durante toda a sua vida, o que se torna inviável em comunidades industriais, onde a produtividade é valorizada.

A maioria dos idosos acreditava trabalhar menos que o restante dos adultos da família, porém a percepção da capacidade produtiva foi diferente entre homens e mulheres. A maioria destas respondeu trabalhar menos que os demais adultos da família, enquanto mais que a metade dos homens acreditava que sua produção era igual a dos demais. É possível que essa percepção esteja relacionada ao gênero, pois culturalmente, a imagem masculina está relacionada com maior força física se comparada a das mulheres. Por outro lado, a sobrecarga de trabalho às vezes é maior para as mulheres, pois elas têm que dar conta das atividades domésticas e ainda auxiliar nas atividades rurais. Talvez na velhice, as idosas do meio rural sejam encarregadas apenas das atividades domésticas, enquanto os homens continuam nas atividades rurais, gerando essas diferenças na percepção da produtividade. Esse resultado corrobora com os achados referentes às atividades da vida diária, percepção de saúde e prevalência de doenças crônicas, para as quais os resultados das mulheres foram piores, como será comentado posteriormente.

A maioria dos domicílios era ocupada por cinco ou mais pessoas em residências multigeracionais e esse tipo de arranjo foi mais comum entre as mulheres. Morais (2007) identificou que 88,3% dos idosos viviam acompanhados e a maior parte residia com familiares. O percentual de idosos que não possuía filhos ou filhos vivos foi bastante superior ao encontrado no estudo de Saad (2003), em que apenas 9% dos idosos não possuíam filhos vivos. Entretanto, destaca-se que esse estudo foi realizado numa região urbana. Uma das possíveis causas para o ocorrido é a proporção de idosos solteiros e que, conforme traço cultural da comunidade, não

constituíram sua própria família. Na comunidade em questão, o percentual de respondentes que moravam só foi inferior ao encontrado por outros estudos e a parcela de domicílios de idosos compostos por três ou mais gerações foi superior, tanto nas comunidades rurais quanto nas urbanas (GAMA et al, 2000; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; LIMA-COSTA, 2000; PASKULIN E VIANNA, 2007 RAMOS et al, 1998; RAMOS, 2003). A possível causa desses resultados é uma característica cultural da comunidade, na qual um dos filhos permanece com os pais e junto com eles constitui sua família. Um dos objetivos dessa permanência é prover cuidado aos pais em caso de necessidade. De acordo com Beltrão et al (2004) a presença de idosos nas famílias rurais está associada a uma melhora financeira, ainda que a participação média da renda do idoso na renda familiar não se dê sempre na mesma proporção que a renda dos outros membros da família nos grupos mais abonados. Nas famílias rurais, o benefício do idoso representa uma renda estável.

A população entrevistada apresentava grande estabilidade no que se refere ao local de residência. Muitos nasceram, cresceram e estão envelhecendo na mesma comunidade. Este achado configura um fator importante para o apoio mútuo frente às dificuldades, característico de muitas comunidades rurais e relatado pelos moradores durante a realização das entrevistas.

Os respondentes participavam ativamente de atividades sociais, principalmente as que ocorrem na própria comunidade, atividades religiosas e de lazer. As mulheres relataram menor participação nestas atividades. Lee (2000), em estudo longitudinal com 7527 idosos com 70 anos ou mais, verificou que a participação em atividades sociais, como as que foram mencionadas, reduziu a probabilidade de declínio funcional e de mortalidade. No estudo de Rosa et al (2003), as chances de apresentar dependência moderada ou grave aumentaram para os idosos que não visitavam amigos e parentes ou que não participavam de atividades religiosas. De acordo com Moraes e Azevedo e Souza (2005), as relações familiares e de amizade também contribuem para o envelhecimento bem-sucedido.

Os recursos referentes à interação social disponíveis na comunidade parecem ser suficientes, fazendo com que os idosos não necessitem buscá-los fora dela. Este pode ser um dos motivos para a baixa adesão dos participantes do estudo ao grupo de idosos. Este grupo ocorre uma vez por mês, na cidade, sendo realizadas atividades de recreação, além de palestras informativas sobre saúde. O transporte que leva os idosos até a cidade passa por todas as comunidades antes de chegar, o que torna a viagem longa e cansativa. Além disso, segundo os

próprios entrevistados, o grupo ocorre durante a semana e os encontros duram um dia inteiro. Tal funcionamento não favorece a participação dos idosos que contribuem nas atividades da família, pois eles preferem ficar em suas casas trabalhando, já que o volume de atividades normalmente é grande.

As festas da comunidade indicam a existência de uma rede de apoio social, pois demandam a participação de todos na execução de tarefas, tais como preparar e servir alimentos típicos, vender ingressos e realizar a limpeza do salão de festas, já que são recebidas aproximadamente 500 pessoas de outras comunidades. Todos colaboram, inclusive os idosos, e os recursos arrecadados são utilizados para realizar melhorias na sede da comunidade.

Em relação às visitas, verificou-se que normalmente elas eram realizadas em caso de necessidade, por motivo de doença ou para tratar de afazeres ou assuntos relativos ao trabalho.

Alguns idosos participavam das reuniões da Associação Comunitária, EMATER e Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Tais reuniões envolvem capacitações para melhoria das atividades rurais, prestação de contas destas entidades ou tomada de decisões referentes ao município e à comunidade. Muitas famílias designam apenas um de seus membros para participar dessas atividades, de modo que os demais possam continuar realizando as atividades rurais.

Apesar da baixa escolaridade, nenhum dos idosos apresentou deterioração cognitiva, segundo o ponto de corte adotado. A relação diretamente proporcional entre escolaridade e escore no MEEM era esperada, uma vez que diversos estudos já a demonstraram, adequando inclusive os pontos de corte para demência de acordo com os anos de estudo do sujeito, mas sem chegar a um consenso em comum (ALMEIDA, 1998; BERTOLUCCI et al, 1994; BRUCKI et al, 2003; LAKS et al, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). Em comparação como os resultados de outros estudos, verifica-se que os resultados obtidos pelos sujeitos do presente estudo foram superiores (CERQUEIRA, 2003; LAKS et al, 2007; MORAIS, 2007).

Não houve grande diferença nos escores no MEEM entre homens e mulheres, assim como ocorreu com os idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul (MORAIS, 2007). Embora não tenha existido diferença importante entre os escores dos homens e das mulheres, durante a aplicação do MEEM foi observado que os homens demonstraram maior facilidade para responder à questão referente ao cálculo. Essa habilidade poderia ser explicada por questões culturais e de gênero, em que o homem é quem geralmente realiza as negociações financeiras, o que torna o cálculo matemático mais presente no cotidiano masculino que no feminino.

Assim como os achados de Feliciano, Moraes e Freitas (2004) e Lima-Costa (2000), ambos realizados em área urbana e com idosos de escolaridade semelhante, no presente estudo a percepção de saúde regular foi a predominante entre os respondentes. Por outro lado, Farinasso et al (2006), em comunidade urbana brasileira, e Gama et al (2000), em comunidade rural da Espanha, identificaram que quase a metade dos idosos considerava sua saúde ótima, muito boa ou boa. Ao compararem sua percepção de saúde com a de seus pares, a avaliação predominante foi melhor ou igual. A percepção negativa de saúde foi mais comum entre as mulheres, achado compartilhado por Morais (2007), na área rural, e por Laurenti e Lebrão (2003) na área urbana.

Idosos cuja auto-avaliação de saúde é negativa ou que consideram sua saúde pior que os demais da mesma faixa etária experimentam maior probabilidade de declínio funcional e mortalidade (HO et al, 2002; LEE, 2000; ROSA et al, 2003). Além disso, Moraes e Azevedo e Souza (2005) afirmam que a saúde e o bem-estar percebidos exercem influência significativa para o envelhecimento bem-sucedido.

Com relação às morbidades referidas, a mais freqüente e causadora de maior limitação foi a artropatia, e, em segundo lugar, a hipertensão arterial. Em outros estudos, a mais prevalente era a hipertensão arterial (ALVES et al, 2007; FARINASSO et al, 2006; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; LAURENTI; LEBRÃO, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Referente à distribuição das morbidades pelo sexo, os achados deste estudo corroboram com outros autores, que afirmam ser maior a prevalência de doenças crônicas entre as mulheres (FARINASSO et al, 2006; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004, LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; RAMOS et al, 1998). No presente estudo, assim como na população estudada por Morais (2007) o reumatismo, incluído neste estudo na variável artropatia, foi a doença que mais prejudicou a realização das atividades diárias. Esta doença foi associada com dependência nas AVD nos estudos de Alves et al (2007) e de Ho et al (2002). Morais (2007) verificou que as mulheres referiram a artropatia como causadora e limitação nas atividades rotineiras com maior freqüência que os homens, achado oposto ao que ocorreu no presente estudo. A maior prevalência da artropatia e sua interferência nas atividades rotineiras devem-se, provavelmente, ao impacto que essa doença exerce na execução do trabalho dos homens, que normalmente ocupam-se de tarefas mais pesadas e desgastantes que as mulheres.

A depressão não foi contemplada no instrumento, assim, alguns sujeitos podem ter omitido ou esquecido de mencioná-la. Ao investigar as morbidades através do relato dos

indivíduos, corre-se o risco de subestimar sua real prevalência por desconhecimento dos sujeitos ou da inexistência de diagnóstico. É possível que isso tenha ocorrido em relação à hipertensão arterial.

Boa parte dos participantes era independente nas AFVD e possuía alguma dependência nas AIVD. Este dado reflete a maior complexidade das AIVD e confirma a hierarquia com que ocorre a perda das habilidades funcionais, que normalmente inicia com as AIVD e depois com as AFVD (DUARTE, 2003).

Na população estudada, houve um percentual elevado de idosos com dependência leve, se comparado a outros estudos realizados em comunidades urbanas brasileiras (FARINASSO et al 2006; FIEDLER; PERES, 2008; PASKULIN; VIANNA, 2007), comunidade rurais da Itália e Japão (ROZZINI et al, 1997; HO et al, 2002) e zona rural e urbana de Portugal (SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003), nos quais predominou a independência. Por outro lado, os dados aqui obtidos assemelham-se aos do estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), realizado com idosos de baixa renda, residentes na periferia do município de São Carlos (SP).

Nos demais estudos, assim como neste, verificou-se maior prejuízo funcional das mulheres em relação aos homens (FELICIANO, MORAES; FREITAS, 2004; PASKULIN; VIANNA, 2007; RAMOS et al, 1998; TAVARES et al, 2007). Fiedler e Peres (2008) e Rosa et al (2003) identificaram o sexo feminino como fator de risco para a dependência funcional. A menor participação em atividades sociais entre as mulheres pode ser consequência da limitação. Para Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), a acentuação da incapacidade entre as mulheres é causada pela maior perda de massa óssea e muscular, resultado das alterações hormonais do envelhecimento. Como já comentado, o maior grau de dependência entre as mulheres pode ser o responsável por sua pior percepção de saúde e de capacidade produtiva, quando comparada à dos homens. Parahyba, Veras e Melzer (2005), ao analisarem os dados referentes às mulheres idosas que responderam à Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, constataram que as do meio urbano apresentaram maior prejuízo funcional que as do meio rural. Após análise multivariada, esses autores verificaram que residir em área urbana foi um fator de risco para incapacidade funcional entre as mulheres idosas do Brasil.

A atividade em que maior parte dos participantes apresentou dificuldade foi o uso do telefone, resultado compartilhado por Farinasso et al (2006). Durante as entrevistas, alguns idosos referiram que são capazes de atender e falar ao telefone, mas que têm dificuldade para procurar o

número desejado e discar, sendo necessário o auxílio dos familiares. O telefone é um instrumento relativamente novo na comunidade, ao qual muitos idosos ainda não se adaptaram, configurando uma barreira cultural. A segunda atividade com maior prevalência de dependência foi fazer a limpeza e adaptação da casa, ou no caso dos homens, exercer as tarefas rurais, em que a maioria dos idosos afirmou que realizava apenas as atividades leves, necessitando de auxílio para as demais.

Destaca-se ainda, o percentual de mulheres com incontinência urinária e/ou fecal, que contribui para a menor participação social das mulheres, um achado do presente estudo. A falta de controle sobre as eliminações é um problema constrangedor, provoca isolamento social, redução da auto-estima e alteração da auto-imagem (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006). Uma das idosas, ao ser questionada se participava de atividades na comunidade, relatou que anteriormente sim, mas em função da incontinência, tinha vergonha e medo de perder fezes ou urina na frente dos outros, passando a maior parte do tempo em sua casa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo mostrou que a população de idosos da comunidade estudada era, em sua maioria, do sexo feminino e eram idosos jovens. Sua escolaridade era baixa, e aproximadamente um terço dos homens eram analfabetos funcionais. Embora muitos tivessem ido à escola, sua frequência foi irregular e insuficiente para que pudessem aprender a ler e escrever, segundo eles próprios afirmaram nas entrevistas

A maioria dos idosos declarou que sua renda era de até 2 salários mínimos, e mais que a metade que a renda familiar era maior que cinco salários mínimos. A distribuição da renda individual por sexo ocorreu de maneira uniforme, exceto nos segmentos superiores a dois salários mínimos, em que os homens são maioria. Com relação ao sexo e renda familiar, as famílias onde as idosas residiam estavam em melhores condições, pois mais que metade delas disse ter renda familiar maior que cinco salários mínimos.

Mais que a metade dos respondentes estavam casados ou possuíam companheiro (a) no momento da entrevista, sendo que neste segmento os homens foram maioria. Para os idosos que declararam-se viúvos, não houveram grandes diferenças entre os sexos. O número de mulheres solteiras foi consideravelmente superior ao de homens solteiros. O tipo de arranjo domiciliar mais freqüente foi o multigeracional, referido com maior freqüência pelas mulheres.

A maioria dos idosos afirmou ser aposentada e continuar trabalhando, contribuindo de ambas as formas para o bem-estar da família. Em relação aos outros familiares adultos, a maioria acreditava trabalhar menos, sendo essa percepção mais freqüente entre as mulheres.

Mesmo possuindo baixo nível de instrução, o desempenho dos idosos participantes no MEEM foi adequado para o ponto de corte estabelecido, indicando que nenhum deles possuía deterioração cognitiva na época da entrevista. Quando comparado os escores no teste, as diferenças entre homens e mulheres foram mínimas.

A auto-avaliação de saúde predominante foi a regular e, ao se compararem com seus pares, a maioria considerou sua saúde melhor ou igual. Em ambas as perguntas, as mulheres apresentaram percepção mais negativa que os homens. A morbidade mais referida pelos respondentes foi a artropatia, sendo também a principal causadora de limitações nas AVD. A prevalência de morbidades foi maior entre as mulheres.

A dependência leve ocorreu em uma parcela significativa da população, sinalizando para um estado inicial de declínio funcional. As mulheres apresentaram níveis de dependência mais severos em relação aos homens, sendo maioria nos estratos de dependência moderada e grave.

A participação na maioria das atividades comunitárias mostrou ser um hábito entre os idosos pesquisados. Este dado é um indicador da existência de uma rede de apoio social que acolhe e valoriza o idoso, o insere socialmente e permite a troca de experiências entre os moradores.

Nova Roma do Sul, quando comparado a outros municípios de diferentes regiões do país e do estado, encontra-se em um estágio de franco envelhecimento populacional. Os resultados referentes ao estado de saúde e desempenho nas AVD indicam probabilidade aumentada de ocorrência de declínio funcional para os idosos da comunidade estudada. São necessárias ações em saúde que previnam os danos ocupacionais resultantes do trabalho árduo realizado por estas pessoas ao longo da vida, que tratem as morbidades agravantes da dependência e reabilitem os idosos já dependentes, a fim de proporcionar-lhes um envelhecimento ativo e com qualidade de vida. Tais ações devem ser individualizadas e adequadas ao contexto em que vivem as pessoas idosas.

Sugere-se a realização de um estudo longitudinal que agregue as demais comunidades do município, para acompanhar a evolução da capacidade funcional desses idosos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Elementos de metodologia epidemiológica. *In:* ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-177.
- ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, n.56, v.3-B, p. 605-612, 1998.
- ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.23, v.8, p. 1924-1930, ago, 2007.
- BELTRÃO, K.I. et al. A constituição de 1988 e o acesso da população rural brasileira à seguridade social. *In:* CAMARANO, A.A (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 321- 351.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população em geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v.52, p.1-17, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução 196/96: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999**. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2007.
- BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.61, n.3-B, p. 777-781, 2003.
- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *In:* FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; LEITÃO e MELLO, J. Como vive o idoso brasileiro? *In:* CAMARANO, A.A (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.p. 25-73.

CAMPINO, A.C.C.; CYRILLO, D.C. Situação de ocupação e renda. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.- **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 239-255.

CERQUEIRA, A.T.A.R. Deterioração cognitiva e depressão. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.- **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. P. 143-165.

COSTA, E.C.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver AVDs e AIVDs. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 19 (1): 43-48, 2006.

DUARTE, Y.A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.- **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.185-199

FABRICIO, S. C. C., RODRIGUES, R. A. P., COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.93-99, Feb. 2004.

FARINASSO, ALC et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre(RS) 2006 mar;27:45-52

FELICIANO, AB; MORAES, AS; FREITAS, ICM O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1575-1585, nov-dez, 2004.

FIEDLER, MM; PERES, KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil, um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 409-415, fev, 2008.

FILLENBAUM, G. **The well being of the elderly: approaches to multidimensional assessment**. Geneve: WHO, 1984. (WHO offset publication, n. 84).

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

FREIRE, S.A. A personalidade na velhice: estabilidade e mudança. *In*: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1260-1266.

FREITAS, E.V. de; MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos da avaliação geriátrica ampla. *In*: FREITAS, E.V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 902 a 909.

GAMA E.V. et al. Association of individual activities of daily living with self related health in older people. **Age and ageing**. Oxford, v. 29, p. 267-270, 2000.

GATTO, I.B. Aspectos psicológicos do Envelhecimento. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.109-123.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed.rev.ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HO, HK et al Factors associated with ADL dependence: a comparative study of residential care home and community-dwelling elderly in Japan. **Geriatrics and Gerontology International**. Tokyo, v. 2, p.80-86, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Censos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 16 out. 2007.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

LAKS, J. et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 6, n.3-B, p. 782-785, 2003.

LAKS J. et al. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 315-319, fev, 2007.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.- **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 73-92.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. (Coord.). **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento**. Questionário completo. São Paulo: USP. Faculdade de Saúde Pública, 2005. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/sabe>>. Acesso em 20 out 2007.

LEE, Y. The predictive value of self assessed general physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 54, p.123-129, 2000.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus terceira idade. *In*: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p.109-132.

- LIMA-COSTA, M.F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. *In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 499-513.
- LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 6, p. 827-34, 2004.
- LIMA-COSTA, MF; The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a populations-based cohort study of the elderly in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2 126-35, 2000.
- LIMA-COSTA, MF; BARRETO, SM, GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 735-743, mai-jun, 2003.
- LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P.; Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n.40, v.4, p. 712-9, 2006.
- MORAES, J.F.D.; AZEVEDO e SOUZA, V.B. Factors associated with the successful aging of de socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.
- MORAGAS, R.M. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- MORAIS, E.P. de. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS**. 215f. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental, São Paulo, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- PALLONI, A.; PELLÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. *In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.p. 15-32.
- PAPALÉO NETTO, M. Estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. *In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 02-12.
- PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.
- PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. *In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-323.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. *In*: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 147-153.

PASKULIN, L.M.G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS**. 165f. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Paulo, 2006.

PASKULIN, L.M.G. VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

RAMOS, L.R.; et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.

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

RAMOS, L.R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. Tese (Doutorado) – London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London, 1987.

RAMOS, LR Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun, 2003.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROZZINI R. et al. The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the Physical Performance Test. **Age and ageing**, Oxford, v. 26, p. 281-287, 1997.

SAAD, P.M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.- **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 201 – 224.

SOUZA, L; GALANTE H, FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo; v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

TAVARES, D.M.S. et al. Incapacidade Funcional entre idosos residentes em um município do interior de minas gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 32-39, Jan-Mar, 2007.

VIEIRA, E.B.; KOENING, A.M. Avaliação cognitiva. *In*: FREITAS, E.V de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 921-928.

XAVIER, F.M.F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, mar, 2003.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados – características demográficas, econômicas, sociais, de saúde e doenças dos idosos residentes na comunidade de Linha Trajano, município de Nova Roma do Sul.

Número do questionário: _____

Data da entrevista: _____

Nome completo do entrevistado: _____

Telefone para contato: _____

Quantos anos completos possui: _____

<p>A Avaliação cognitiva Faz parte da avaliação de saúde saber como está sua memória, para isso vou lhe fazer umas perguntas: Mini-exame do estado mental</p>			A1____																											
<p>A1 Por favor, me diga a data de hoje (marcar um ponto para cada resposta correta):</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>correto</td> </tr> <tr> <td>Mês</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dia do mês</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ano</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dia da Semana</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora aproximada</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							correto	Mês				Dia do mês				Ano				Dia da Semana				Hora aproximada				TOTAL		
			correto																											
Mês																														
Dia do mês																														
Ano																														
Dia da Semana																														
Hora aproximada																														
TOTAL																														
<p>A2 Orientação espacial</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>CORRETO</td> </tr> <tr> <td>Em que local estamos?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Em que cômodo ou parte da casa estamos?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Em que linha estamos?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Em que cidade estamos?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Em que Estado estamos?</td> <td></td> </tr> </table>				CORRETO	Em que local estamos?		Em que cômodo ou parte da casa estamos?		Em que linha estamos?		Em que cidade estamos?		Em que Estado estamos?		A2____															
	CORRETO																													
Em que local estamos?																														
Em que cômodo ou parte da casa estamos?																														
Em que linha estamos?																														
Em que cidade estamos?																														
Em que Estado estamos?																														
<p>Memória imediata A3 Agora vou lhe dar o nome de três coisas. Quando terminar, vou pedir que repita comigo as palavras que o(a) senhor(a) lembrar, em qualquer ordem. Guarde os nomes pois vou perguntar mais adiante. O(a) Sr(a) tem alguma pergunta? Leia os nomes devagar, de forma clara somente uma vez e anote. Se o total é diferente de 3: 1) Repita os objetos até que o entrevistado os aprenda. Máximo de repetições 5x. 2) Anote o nº de repetições que teve que fazer 3) Nunca corrija a 1ª parte 4) Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os não lembrados.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Correto</td> </tr> <tr> <td>Árvore</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td></td> </tr> </table>				Correto	Árvore		Mesa																							
	Correto																													
Árvore																														
Mesa																														

B Caracterização sociodemográfica e econômica				
B1 Sexo: (1) M (2) F				B1 ___
B2 Há quantos anos mora nesta comunidade? _____				B2 ___
B3 Dia, mês e ano de nascimento: __/__/__				B3 ___
B4 Renda mensal da família:				
1- Até 1salário mínimo				
2- Mais de 1 a 2 salários mínimos				
3-Mais de 2 a 3 salários mínimos				
4- Mais de 3 a 5 salários mínimos				B4 ___
5- Mais de 5 a 10 salários mínimos				
6- Mais de 10 a 20 salários mínimos				
7- Mais de 20 salários mínimos				
8- Sem rendimento				
99- sem declaração				
B5 Renda mensal do idoso				
1- Até 1salário mínimo				B5 ___
2- Mais de 1 a 2 salários mínimos				
3-Mais de 2 a 3 salários mínimos				
4- Mais de 3 a 5 salários mínimos				
5- Mais de 5 a 10 salários mínimos				
6- Mais de 10 a 20 salários mínimos				
7- Mais de 20 salários mínimos				
8- Sem rendimento				
99- Sem declaração				
B6 Qual seu estado conjugal atual?				B6 ___
1 Casado ou com companheiro(a) 2 Solteiro 3 Viúvo 4 Separado 99 NR				
B7 Quantos filhos o(a) Sr(a) teve? _____				B7 ___
B8 Quantos deles estão vivos? _____				B8 ___
B9 Atualmente o(a) Sr(a) vive sozinho(a) ou acompanhado(a)?				B9 ___
1 Mora só 2 Acompanhado 99 NR				
B10 Diga-me o nome das pessoas que moram com o(a) Sr(a), seu grau de parentesco, idade e sexo.				B10 ___
Nome	Parentesco	idade	Sexo	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
B11 Situação Ocupacional				B11 ___
1 Trabalha				
2 Trabalha e é aposentado ou pensionista				
3 Aposentado, mas não trabalha				
4 Pensionista, mas não trabalha				

5 Aposentado e pensionista 6 Dona de casa	
B12 Comparando com pessoas adultas da sua família, o(a) Sr(a) acredita que trabalha mais, menos ou igual a eles? 1 Mais 2 Igual 3 Menos 88 NS 99 NR	B12 ___
Escolaridade	B13 ___
B13 O(a) senhor (a) sabe ler e escrever um recado? 1 Sim 2 Não 99 NR	
B14 O(a) senhor (a) freqüentou a escola? 1 Sim 2 Não 88 NS 99 NR	B14 ___
B15 Até que série o(a) Sr(a) estudou? 1- menos de 1 ano 2- de 1 a 3 anos 3- de 4 a 7 anos 4- de 8 a 10 anos 5- 10 anos ou mais	B15 ___
C Auto-avaliação de saúde	C1
C1 O(a) senhor(a) diria que sua saúde é: 1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Regular 5 Má 88 NS 99NR	C2
C2 Em comparação com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: 1 Melhor 2 Igual 3 Pior 88 NS 99 NR	
D Condições de saúde e doença	
Algum médico ou enfermeira disse que você tem alguma das doenças abaixo?	
D1a Hipertensão 1-sim 2- não	D1a ___
D1b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?	D1b ___
1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu	
D2a Diabetes 1-sim 2- não	D2a ___
D2b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?	D2b
1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu	
D3a Doença cardíaca (ataque cardíaco, doença coronariana, angina, doença congestiva) 1-sim 2- não	D3a ___
D3b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?	D3b ___
1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu	
D4a Doença pulmonar (asma, bronquite, enfisema) 1-sim 2- não	D4a ___
D4b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?	D4b ___

<p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p> <p>D5a Câncer (excluídos tumores menores de pele)</p> <p>1-sim 2- não</p> <p>D5b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?</p> <p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p> <p>D6a Artropatia (reumatismo, artrite, artrose)</p> <p>1-sim 2- não</p> <p>D6b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?</p> <p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p> <p>D7a Derrame</p> <p>1-sim 2- não</p> <p>D7b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?</p> <p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p> <p>D8a Osteoporose</p> <p>1-sim 2- não</p> <p>D8b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?</p> <p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p> <p>D9a OUTRO _____</p> <p>1-sim 2- não</p> <p>D9b Esta doença limita suas atividades diárias, como tarefas domésticas ou o trabalho?</p> <p>1 Muito 2 Pouco 3 Não interfere 8 Não sabe 9 Não respondeu</p>	<p>D5a___</p> <p>D5b___</p> <p>D6a___</p> <p>D6b___</p> <p>D7a___</p> <p>D7b___</p> <p>D8a___</p> <p>D8b___</p> <p>D9a___</p> <p>D9b___</p>
<p>E Atividades da vida diária</p> <p>Gostaria de perguntar ao Sr(a) sobre algumas atividades da vida diária, coisa que todos nós necessitamos fazer como parte de nossas vidas do dia-a-dia. Eu gostaria de saber se o Sr (a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazer de jeito nenhum. (o entrevistador deve circular o número da alternativa que mais se aplica à resposta do paciente).</p> <p>E1 Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)</p> <p>a) O sr(a) usa o telefone</p> <p>2-Sem ajuda tanto para procurar o número na lista, quanto para discar.</p> <p>1-Com certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista em emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar número, quanto para discar).</p> <p>0-Ou, é completamente incapaz de usar o telefone.</p> <p>OBS:</p> <p>b) O sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:</p> <p>2-Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro).</p> <p>1-Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem).</p> <p>0-Ou, não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos</p>	<p>E1a___</p> <p>E1b___</p>

emergenciais como ambulância.	
OBS:	
c)O sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:	E1c ___
2-Sem ajuda (incluindo o uso dos transportes).	
1-Com certa ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras).	
0-Ou, não pode ir fazer compras de modo algum.	
OBS:	
d)O sr(a) prepara sua própria refeição:	E1d ___
2-Sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só).	
1-Com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda).	
0-Ou, não consegue preparar a refeição de modo algum.	
OBS:	
e)O sr(a) faz limpeza e adaptação da casa:	E1e ___
2-Sem ajuda (limpeza e arrumação diária)	
1-Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas necessita ajuda para trabalhos pesados).	
0-Ou, não consegue fazer o trabalho de casa de modo algum.	
f)O sr(a) toma os medicamentos receitados:	E1f ___
2-Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e do horário).	
1-Com alguma ajuda (toma se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar o remédio).	
0-Ou, não consegue tomar por si só os remédios receitados.	
g)O sr(a) lida com suas próprias finanças:	E1g ___
2-Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão)	
1-Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria ou pensão).	
0-Ou não consegue mais lidar com as suas finanças.	
E2 Atividades física da vida diária (AFVD)	
a)O sr(a) toma as refeições:	E2a ___
2-Sem ajuda (é capaz de tomar as refeições por si só).	
1-Com alguma ajuda (necessita de ajuda para por exemplo: cortar a carne, descascar laranja).	
0-Ou, é incapaz de alimentar-se por si só.	
OBS:	
b)O sr(a) consegue vestir e tirar as roupas:	E2b ___
2-Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só)	
1-Com alguma ajuda.	
0-Ou, não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.	
OBS:	
c)O sr(a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens) ou maquiar-se (para mulheres):	E2c ___
2-Sem ajuda	

<p>1-Com alguma ajuda 0-Ou, não pode cuidar-se por si de sua aparência OBS:</p> <p>d)O sr(a) locomove-se 2-Sem ajuda (exceto bengala) 1-Com alguma ajuda (de uma pessoa, ou com uso de andador, ou muletas, etc.). 0-Ou, é completamente incapaz de locomover-se. OBS:</p> <p>e)O sr(a) deita-se e levanta-se da cama: 2-Sem qualquer ajuda ou apoio. 1-Com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer) 0-Ou, é dependente de alguém para levantar-se/deitar-se na cama. OBS:</p> <p>f)O sr(a) toma banho em banheira ou chuveiro: 2-Sem ajuda 1-Com alguma ajuda(necessita de ajuda para entrar e sair do banheiro ou suporte especial durante o banho) 0-Ou, é incapaz de banhar-se por si só.</p> <p>g)O sr(a) já teve problemas em conseguir chegar em tempo ao banheiro: 2-não 1-sim 0_Usa sondagem vesical e/ou colostomia</p>	<p>E2d____</p> <p>E2e____</p> <p>E2f____</p> <p>E2g____</p>
<p>Se sim, com que freqüência o sr(a) se molha ou suja (seja noite ou dia)? 1-Uma ou três vezes por semana 0-Três ou mais vezes por semana OBS:</p>	
<p>AVALIAÇÃO</p>	
<p>A pontuação se obtém pela somatória dos pontos correspondentes às respostas assinaladas. Circular as pontuações atingidas pelo cliente nas escalas A e B. Quanto mais alta é a pontuação, significa que o cliente é mais independente nas suas atividades da vida diária. E o inverso, o cliente é menos independente.</p>	
<p>a)Pontuação da Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD)</p> <p>14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01</p> <p>← independência</p>	<p>E1____</p> <p>E2____</p>
<p>b)Pontuação da Atividade Física da Vida Diária (AFVD)</p> <p>14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01</p> <p>← independência</p>	
<p>F Interação Social</p>	
<p>Com que freqüência o Sr(a) participa das seguintes atividades:</p> <p>F1 Vai até o salão ou igreja da comunidade nos finais de semana (sábados ou domingos)?</p>	
<p>1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca</p> <p>F2 Sai de casa para conversar e se distrair com amigos/amigas nos finais de semana? Ou recebe visitas para tais fins?</p>	<p>F1____</p> <p>F2____</p>

1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	
F3 Visita amigos, parentes, conhecidos?	F3 _____
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	
F4 Participa de festas na comunidade?	F4 _____
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	
F5 Participa de festas em outras comunidades?	F5 _____
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	
F6 Participa das reuniões organizadas por instituições como EMATER, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, prefeitura?	F6 _____
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	
F7 Participa do grupo de idosos?	F7 _____
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente/ Muito pouco 5 Nunca	

APÊNDICE B – Solicitação de autorização ao prefeito de Nova Roma do Sul para realização da pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Porto Alegre, 14 de novembro de 2007.

Excelentíssimo Senhor Prefeito,

Vimos, por meio deste, solicitar a V.Exa. autorização para realizar uma pesquisa, vinculada a projeto de trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, sobre envelhecimento no meio rural com idosos (60 anos ou mais de idade) residentes na Linha Trajano, zona rural do município de Nova Roma do Sul, pela acadêmica Ilva Inês Rigo e pela Prof^a Dr^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE - UFRGS).

As atividades de pesquisa ficarão a cargo da acadêmica, não onerando os cofres públicos municipais. A pesquisa 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.

Antes de sua execução, o projeto será avaliado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, para fins de acreditação.

Após a conclusão da pesquisa, assumimos o compromisso de enviar uma cópia do trabalho final à Prefeitura de Nova Roma do Sul, bem como repassar informações e conclusões aos responsáveis pela área da saúde do município.

Na certeza de contarmos com a atenção de V.Exa., solicitamos manifestação de aceite e concordância desta administração municipal.

Atenciosamente,

Ilva Inês Rigo
Acadêmica da EE - UFRGS

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Orientadora da EE - UFRGS

Exmo. Sr.
Idílio Pasuch
Prefeito de Nova Roma do Sul – Rio Grande do Sul

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

Avaliação da capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa de autoria de Lisiane Paskulin e da aluna Ilva Inês Rigo. O estudo se propõe a investigar como está a saúde dos idosos da Capela São João Baptista da Linha Trajano, no município de Nova Roma do Sul. Podem participar da pesquisa pessoas com mais de 60 anos e que sejam moradoras dessa região.

Para avaliar sua saúde, você responderá a uma entrevista com perguntas sobre sua idade, até que série estudou, renda, trabalho, estado conjugal, com quem mora, atividades de lazer, encontros com pessoas com quem você se relaciona no dia-a-dia, como você acha que está sua saúde, doenças que possui e capacidade para realizar atividades do dia-a-dia, além de questões sobre sua memória.

Com as informações obtidas nesse estudo será possível conhecer as condições dos idosos que vivem no meio rural. Assim, os governantes poderão encontrar meios de responder às necessidades dessa população.

A sua participação tem caráter voluntário, há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum no seu atendimento nos serviços disponibilizados pelo município. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e a identidade dos participantes será preservada através do anonimato na divulgação das mesmas.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos às pesquisadoras, através dos telefones (51) 3308-5425, (51) 3591-4461 e (51) 9859-7678.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 13 de março de 2008 (telefone 51 3308-3738).

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação nesta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo, bem como da entrevista da qual participarei.

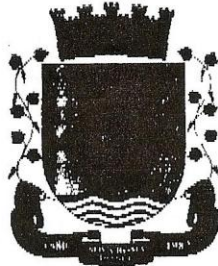
Nome e assinatura do participante	Nome e assinatura do cuidador, quando for o caso	Nome e assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do presente consentimento
-----------------------------------	--	--

Nova Roma do Sul, ___de_____de 2008.

Observação: o presente documento, baseado no item IV da Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa ou de seu cuidador e outra com o pesquisador responsável.

ANEXO A – Autorização da Prefeitura Municipal de Nova Roma do Sul para a realização da pesquisa.

**PREFEITURA
MUNICIPAL
DE NOVA ROMA
DO SUL**




RUA ENG. CARLOS LEOPOLDO, 715
PRAÇA DA MATRIZ
FONE: (54) 3294.1005
e-mail: rs002095@via-rs.net
CNPJ: 91.110.296/0001-59
95260-000 - NOVA ROMA DO SUL - RS.

AUTORIZAÇÃO

O Município de Nova Roma do Sul CNPJ n.º 91.110.296/0001-59, através de seu Prefeito Municipal o **Sr. Idílio Pasuch**, brasileiro, casado, do comércio, CI n.º 6005549826, inscrito no CPF sob o n.º 200439450-15, residente e domiciliado na Rua Gregório Panazzolo, 270 nesta cidade de Nova Roma do Sul, autoriza a **Acadêmica Ilva Inês Rigo**, e a **Professora Lisiane Manganeli Girardi Paskulin**, realizar pesquisa, vinculada a projeto de trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, sobre envelhecimento no meio rural com idosos de 60 anos ou mais na Comunidade da Linha Trajano de Medeiros, neste Município.

Nova Roma do Sul, 21 de dezembro de 2007.


IDILIO PASUCH
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO B – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem – UFRGS



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

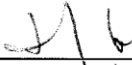
Projeto TCC: Nº 11
Versão dezembro/2007

Pesquisadores: Ilva Inês Rigo e Lisiane Paskulin

Título: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE RURAL DO RIO GRANDE DO SUL

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 12 dedezembro de 2007.


Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo
Coordenadora da COMPESQ/ENF UFRGS
Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética da UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007824


Título : Avaliação da capacidade funcional dos idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN	PESQ RESPONSÁVEL	paskulin@orion.ufrgs.br	33085421
ILVA INÊS RIGO	PESQUISADOR	riguetta@yahoo.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 22 , ata nº 102 , de 13/3/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 14 de março de 2008


ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
 Coordenador do CEP-UFRGS