

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“Condições de vida e saúde da população idosa do município de
Guaramiranga-CE”**

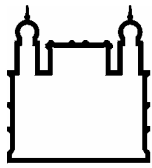
por

Maria Auxiliadora Bessa Santos

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Profa. Dra. Inês Echenique Mattos

Rio de Janeiro, dezembro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

**“Condições de vida e saúde da população idosa do município de
Guaramiranga-CE”**

apresentada por

Maria Auxiliadora Bessa Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama

Profa. Dra. Valéria Saraceni

Profa. Dra. Inês Echenique Mattos – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 05 de dezembro de 2008.

Dedico esse estudo à população do Município de Guaramiranga, especialmente à população idosa. Com o resultado desse estudo no Mestrado Profissional, produzimos uma ferramenta que certamente poderá ser norteadora para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas no referido Município, em busca de melhor qualidade de vida dessa população.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela serenidade, força e luz que me proporciona, porque só assim, com a Sua unção, é possível caminhar sem medo e com a fé de que ao final do caminho, tudo dá certo.

À minha família, pelo estímulo e palavras de admiração e respeito que sempre me dirigiram, favorecendo a confirmação da minha auto-estima; em especial, à minha sobrinha (“filhinha de coração”) motivo pelo qual encontro motivação para buscar meus objetivos.

Aos meus amigos, pela torcida para que eu concluísse esse Mestrado, porque sabem da importância dele na minha vida.

À minha orientadora, Professora Dra. Inês Echenique Mattos, pela disponibilidade, compromisso e sugestões que muito contribuíram para meu crescimento como pesquisadora.

A todos os professores do curso; às Coordenadoras Silvana Granado e Elsie e toda equipe da Escola de Saúde Pública do Ceará.

À professora Valéria Saraceni, examinadora da banca, pela valiosa contribuição.

À minha amada amiga Dione Cavalcante Silveira, pela colaboração, amizade que sempre disponibiliza, principalmente nos momentos mais difíceis.

À Coordenadora da IV CRES/SESA e minha amiga Maria Fátima Ferreira de Oliveira, pelo estímulo para estudar e oportunidades de trabalhar que muitas vezes me disponibilizou, acreditando que o SUS é um Sistema promotor de justiça social nesse País, e eu acredito nisso.

Ao Prefeito Municipal de Guaramiranga, Francisco Ilton Cambé Barrozo, pela compreensão quanto ao meu afastamento sistemático do trabalho, para comparecimento às atividades do curso do Mestrado.

Aos meus colegas, Secretários Municipais de Guaramiranga, pelo respeito.

A todos os funcionários da Secretaria Municipal da Saúde de Guaramiranga (“nosso time da Saúde”), especialmente à Rosa e Antoneide, pela colaboração e dedicação que têm ao trabalho.

Ao professor Paulo César de Almeida, pela atenção e colaboração.

À amiga, quase doutora, Clélia Nolasco, pela atenção e força disponibilizada.

Agradecimento muito carinhoso e saudoso aos meus colegas de turma, especialmente “à turma do fundão”: Amanda, Ana Eugênia, Cibele, Goretti e Mariângela, pela maneira como

fui acolhida no grupo, pela cumplicidade nas horas de angústia e nos sucessos compartilhados.

Aos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde que contribuíram para esse estudo, cadastrando nominalmente todos os idosos por sexo e endereço, assim como aplicando o instrumento de coleta de dados.

A todos os idosos e suas famílias, que gentilmente se dispuseram a participar desse estudo.

RESUMO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de maneira acentuada nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, nas últimas décadas. Estudos de base populacional têm sido realizados e podem ser utilizados como ferramenta para o planejamento das políticas públicas direcionadas aos idosos. O objetivo deste estudo foi conhecer as condições de vidas e saúde da população idosa do município de Guaramiranga, Ceará, em 2007. Tratou-se de um estudo transversal de base populacional, em que foi aplicado um questionário adaptado do Projeto SABE, em 438 idosos residentes no município. A análise descritiva das variáveis do estudo foi efetuada através da determinação de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e de distribuições de frequência para as variáveis categóricas. O teste estatístico do qui-quadrado foi empregado na análise da presença de associações entre as variáveis do estudo. A análise dos dados foi efetuada com o pacote estatístico SPSS 12.0. Quanto ao perfil sócio-demográfico, 60,3% (n=264) da população idosa pertence ao sexo feminino e 39,7% (n=174) ao sexo masculino, sendo que a faixa etária predominante corresponde aos 60-69 anos de idade. Os idosos apresentam baixa escolaridade, com 42,7% de analfabetos e o percentual de aposentados é de 87,42% (n=383). Com relação à saúde auto-referida, 208 (47,5%) idosos referiram saúde entre excelente e boa. Entre os idosos de 60-69 anos, mais de 50% considerou sua saúde como excelente ou boa, enquanto, na faixa etária de 70-79 anos, esse valor correspondeu a 45% e, entre aqueles de 80 anos ou mais, foi de cerca de 31%. Com relação à auto-referência a doenças crônicas, 240 idosos (55,0%) se declararam hipertensos, 69 (16,0%) informaram ser diabéticos e 35 (8,1%) referiram doenças crônicas do pulmão. Essas três condições crônicas, assim como o relato de internação prévia por doenças do coração, mostraram-se associadas à condição de saúde auto-referida regular ou ruim. A prevalência de deficiência visual auto-referida foi de 73,9%, sendo que, entre os indivíduos de 80 anos ou mais, correspondeu a 85,9%. Deficiência auditiva foi referida por cerca de 29,1% dos idosos. A prevalência auto-referida de problemas articulares foi de 31,1% no conjunto da população, com prevalências de 35,2 e 41,2% nas faixas etárias de 70-79 anos e 80 anos e mais, respectivamente. Para osteoporose, a prevalência auto-referida foi de 4,6%. Um elevado número de idosos (426; 97,5%) referiu perda de elementos dentários. Quanto às deficiências sensoriais, foi observada prevalência de 29,1% para a deficiência auditiva e de 73,9% para a deficiência visual. Quanto às atividades de vida diária, observou-se prevalência de 33,1% e de 33,6%, respectivamente, para dificuldades de caminhar e de sair sozinho, ambas mais frequentes no sexo feminino e nos idosos com 70 anos ou mais. Acreditando que esse estudo poderá favorecer a implementação de políticas públicas voltadas para o idoso no município, sugerem-se ações que podem ser desenvolvidas: criação de indicadores de saúde da população idosa; implantação de ações voltadas para a promoção de um estilo de vida saudável entre os idosos; promover avaliação complementar das queixas relativas a deficiências sensoriais e problemas ósteo-musculares, para o planejamento de referências dos idosos a serviços de saúde especializados, quando necessário; entre outros.

Palavras-chave: envelhecimento populacional, saúde auto-referida, fatores sócio-demográficos, epidemiologia

ABSTRACT

In the last decades, population aging is rapidly increasing in most developing countries, among them in Brazil. Population based studies have been done and can be used as an important tool for the planning of public policies directed to the elder population. This study aimed to know the conditions of life and health of the elder population from Guaramiranga, Ceará, in 2007. This is a population based sectional study, where 438 elders were interviewed with an abbreviated version of the SABE Project's questionnaire. The descriptive analysis of the study variables was accomplished through the determination of measures of central tendency and dispersion for continuous variables and frequency distributions for categorical variables. Qui-square statistical tests were applied to identify associations between the study variables. Data analysis was performed with the statistical package SPSS 12.0. In relation to the socio-demographic profile, 60.3% (n=264) of the elder population of Guaramiranga are females and 39.7% (n=174) are males, the predominant age range corresponding to 60-69 years. The elder population presents a very low schooling profile, with 42.6% of analphabets and 87.4% (n=383) of the individuals were already retired. In relation to self-reported health, 208(47.5%) elders referred their health as excellent or good. Self-reported health was associated with age. Among elders aged 60-69 years, more than 50% considered their health as excellent or good. Meanwhile this value corresponded to 45% in the age range 70-79 years and was around 31% in elders of 80 or more years of age. In relation to chronic diseases, 240 elders (55%) referred hypertension, 69 (16,0%) referred Diabetes and 35 (8,1%) referred chronic pulmonary disease. These three chronic conditions, and also the reference of previous hospitalization for heart diseases, were associated to regular or poor self-reported health. In relation to sensory disabilities, the prevalence of hearing impairment was 29.1% and that of vision impairment was 73.9%. In relation to daily activities, 33.1% and 33.6%, respectively, had difficulties to walk or go out alone, both more frequent in females and in individuals with 70 or more years of age. Believing that this study can facilitate the implementation of public policies for the elders in the municipality, suggested actions to be developed are: establishment of health indicators for the elder population; implementation of actions leading to the to the promotion of a healthy lifestyle among the elders; promotion of additional assessment of complaints from sensory disabilities and osteomuscular problems, aiming to establish a pattern of reference to specialized health services, whenever necessary, among others.

Key-words: population aging, self-reported health, socio-demographic factors, epidemiology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Condições de vida e saúde da população idosa.....	13
2.1.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos.....	14
2.1.2 Morbi-mortalidade.....	16
2.1.3 As atividades de vida diária.....	20
2.1.4 Saúde auto-referida.....	23
2.1.5 Hábitos de vida saudável.....	24
2.2 Atenção à saúde do idoso no âmbito do SUS.....	26
2.2.1 Estatuto do idoso e políticas públicas de relevância para a pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS).....	29
3 JUSTIFICATIVA.....	32
4 OBJETIVOS.....	33
4.1 Geral.....	33
4.2 Específicos.....	33
5 METODOLOGIA.....	34
5.1 Tipo de estudo.....	34
5.2 Local do estudo.....	34
5.3 População do estudo.....	35
5.4 Operacionalização.....	35
5.5 Instrumento de coleta de dados.....	35
5.6 Estudo piloto.....	36
5.7 Treinamento e dos entrevistadores.....	36
5.8 Análise estatística.....	37
5.9 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
6 RESULTADOS.....	39
7 DISCUSSÃO.....	45
8 CONCLUSÕES.....	48
9 RECOMENDAÇÕES.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	56
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas com 60 anos e mais.....	57
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido para acompanhantes/informantes de pessoas com 60 anos e mais incapacitadas de responder o questionário.....	59
Apêndice C: Questionário.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD	– Atividades de Vida Diária
CRESUS	– Central de Regulação do SUS
ESP-CE	– Escola de Saúde Pública do Ceará
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	– Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
ISA-SP	– Inquérito de Saúde de Base Populacional no Estado de São Paulo
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	– Programa Saúde da Família
SABE	– Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe
SESA	_ Secretaria Estadual da Saúde
SIH	– Sistema de Informação Hospitalar
SPSS	– Statistical Package for Social Sciences
WHO	– World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição da população idosa segundo características sócio-demográficas, Guaramiranga-CE, 2007.....	39
Tabela 2:	Distribuição da condição de saúde auto-referida por sexo, faixa etária e morbidades auto-referidas selecionadas, Guaramiranga-CE, 2007.....	41
Tabela 3:	Estilo de vida e características sócio-demográficas por condição de saúde auto-referida, Guaramiranga-CE, 2007.....	42
Tabela 4:	Distribuição da população idosa por faixa etária, segundo dificuldades sensoriais, problemas ósteo-musculares e perda de elementos dentários, Guaramiranga-CE, 2007.....	43
Tabela 5:	Distribuição da população idosa por sexo, segundo perguntas selecionadas relativas a Atividades de Vida Diária, Guaramiranga-CE, 2007.....	43
Tabela 6:	Distribuição da população idosa por faixa etária, segundo perguntas selecionadas relativas às Atividades de Vida Diária, Guaramiranga-CE, 2007.....	44

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente percebido nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional é, atualmente, um fenômeno mundial. No Brasil, esse incremento do número de idosos passou a acontecer ao final do século XX ¹.

O aumento significativo da população de idosos vem sendo motivo de preocupação pelas implicações que pode trazer ao atendimento das necessidades básicas deste grupo etário ², sendo antecipadas novas demandas para os serviços de saúde e aumentos consideráveis nos custos de programas sociais e sanitários ³.

O processo de envelhecimento da população tem gerado mudanças nos padrões de morbimortalidade, com aumento da sobrevivência dessa população e da prevalência de doenças crônicas ⁴. Segundo o Ministério da Saúde ⁵, a deficiência na atenção a problemas de saúde típicos da terceira idade tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crônico- degenerativas em nosso país.

A Organização Pan-americana de Saúde ⁶ define envelhecimento como

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível e não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os indivíduos de uma espécie, de maneira que o tempo o torne cada vez menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Embora a idade cronológica seja um critério universal de classificação para a categoria “idoso“, corre-se o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos, negando a diversidade existente entre eles. Porém, a demarcação de grupos populacionais seguindo o critério etário (60 anos e mais) é extremamente importante na formulação de políticas públicas, pois por intermédio dela é possível discriminar beneficiários e atribuir recursos ⁷.

Lourenço et al.⁸ afirmaram que o sistema de saúde não está estruturado para atender a demanda crescente do grupo populacional com mais de 60 anos de idade, pois a deficiência do atendimento ambulatorial e domiciliar ainda leva muitos idosos a terem seu primeiro atendimento no hospital, quando a doença já se encontra em estágio avançado, aumentando os custos e diminuindo as chances de melhor prognóstico.

Para o favorecimento de políticas públicas dirigidas a esse grupo populacional e o planejamento das ações de atenção à saúde em nível local e regional, faz-se necessário conhecer o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos idosos e suas respectivas peculiaridades, no âmbito do nível mais próximo de gestão. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer as condições de vida e saúde da população idosa residente no município de Guaramiranga, Ceará.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Condições de vida e saúde da população idosa

O envelhecimento populacional consiste em um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno aconteceu inicialmente em países desenvolvidos, mas, nas últimas décadas tem ocorrido de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento.

Como os idosos costumam apresentar mais problemas de saúde, quase todos de longa duração, o envelhecimento da população de um país ocasiona um impacto direto nos serviços de saúde ⁹. Segundo Chaimowicz ¹⁰, nos Estados Unidos, 1/3 dos gastos com saúde é consumido pelos idosos, enquanto na Inglaterra, o gasto estatal *per capita* com o idoso corresponde ao triplo do dispêndio com o resto da população; e na cidade de São Paulo, em 1997, o grupo de 60 anos e mais absorveu 21% dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinados às internações hospitalares.

A necessidade do consumo de recursos sociais pelos idosos faz aumentar a demanda por medidas que possam estimar o valor e os esforços disponibilizados pelo Estado ¹¹.

Informações relevantes para a determinação das condições de vida e saúde da população idosa têm sido obtidas a partir de estudos epidemiológicos de base populacional, e podem ser utilizadas no planejamento de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional. Rosa et al. ¹² apontam para a importância dessas

informações, assim como de dados sobre suas demandas por serviços de atenção médica e social, no planejamento da atenção e promoção da saúde.

É fundamental que o envelhecimento se dê com qualidade e com condições de vida e saúde satisfatórias para todos ¹³. Entretanto, um estudo realizado no Canadá, demonstrou que, embora em geral, os idosos daquele país gozem de segurança econômica e de boa saúde, esse bem-estar não é compartilhado de modo eqüitativo entre os diferentes grupos socioeconômicos, nem entre homens e mulheres ¹⁴.

2.1.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos

A iniquidade das políticas locais, em diversas regiões do mundo, adquire uma maior visibilidade com o fenômeno do envelhecimento. As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer ¹⁵.

No Brasil, o aumento relativo da população idosa, além de mudanças somáticas e de alterações psíquicas, próprias da idade, tem levado ao enfrentamento de situações novas, entre as quais se destacam: aposentadorias precárias, diminuição dos recursos econômicos, perda de entes queridos, diminuição da capacidade física e da libido, alterações da auto-estima e perda da posição social. Sabe-se que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos ¹⁶.

Em estudo com 2.898 idosos do sexo masculino, de idade igual ou superior a 60 anos, residentes nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Distrito Federal, foi observado que a maioria dos homens (68,46%) estava aposentada, 26,9% trabalhavam e apenas 4,6% não trabalhavam e nem eram aposentados. Entre os idosos ocupados, 64% realizavam trabalho informal, ou seja, não tinham carteira assinada nem contribuía para a previdência social; 66% tinham uma jornada de trabalho igual ou maior do que 40 horas semanais; maior proporção (39%) trabalhava por conta própria, 29,3% eram empregados, 13,9% eram empregadores, 11,8% faziam trabalhos não remunerados, 3,7% eram funcionários públicos e 2,3% realizavam trabalhos domésticos. Os ramos de atividade econômica que concentraram as maiores proporções de idosos trabalhando foram os de prestação de serviço (18,2%), comércio (15,4%), indústria da construção (11,3%), atividade agrícola (10,8%), setor social (10,3%) e indústria da transformação (8,3%). A renda pessoal mensal dos idosos que trabalhavam apresentou uma mediana de R\$ 610,00, enquanto a mediana dos aposentados foi de R\$ 350,00¹⁷.

Feliciano, Moraes e Freitas¹⁸ realizaram estudo em São Carlos, São Paulo e identificaram que 61,4% dos idosos pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos. Tratava-se de uma população com grande número de indivíduos analfabetos; o analfabetismo e a baixa escolaridade foram maiores entre as mulheres, com cerca de 62,0% de mulheres e 50,0% de homens analfabetos.

Lima-Costa¹⁹ realizou estudo na Região Metropolitana de Belo Horizonte e detectou que dos 13.851 adultos participantes, 12,5% eram idosos, 46,2% eram do sexo masculino e 52,8% do sexo feminino. A distribuição da escolaridade foi a

seguinte: 56,8% possuíam até primeiro grau; 30,8% contavam com o segundo grau completo; e 12,4% referiam terceiro grau.

Em 2007, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou a existência no Brasil de quase 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,5% do total da população. Destes, 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões na área rural. A divisão por sexo das pessoas de 60 anos ou mais de idade mostra que as mulheres apresentam maior longevidade, evidenciada pelo indicador razão de sexo; no conjunto do País, havia 79 homens idosos para cada 100 mulheres nesta condição. Os resultados mostram ainda que a razão de sexo vai se modificando com a elevação da idade: no grupo de 65 anos ou mais de idade, a razão cai a 76 homens para cada 100 mulheres, chegando a apenas 72 homens para cada 100 mulheres de 70 anos ou mais. No mesmo estudo, foi observado que a proporção de idosos sem instrução e com menos de 1 ano de estudo era de 32,2% no conjunto do país. A região Sudeste apresentava um percentual de 22,8% e, em contraste, encontrava-se o Nordeste, onde mais da metade dos idosos (52,2%) possuía apenas esse nível de escolaridade. A Região Sul possui o menor percentual (21,5%) de idosos com baixa instrução²⁰.

2.1.2 Morbi-mortalidade

As alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento têm repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa, e de adaptação, o que torna mais vulnerável a qualquer estímulo e assim, as doenças podem se desenvolver mais facilmente²¹.

Do ponto de vista epidemiológico, o envelhecimento populacional, aliado a mudanças do estilo de vida e dos hábitos dietéticos, tem ocasionado aumento expressivo da ocorrência de enfermidades crônico-degenerativas nas últimas décadas em nosso país ²².

Além do aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, associado ao processo de envelhecimento, quadros com distintas etiologias se expressam com maior gravidade no idoso. Isso ocorre devido à sua maior susceptibilidade fisiológica e imunológica, particularmente às infecções, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica e diminuindo sua autonomia ²³.

Em estudo realizado por Feliciano, Moraes e Freitas ¹⁸ no município de São Carlos-SP, foi verificada prevalência de hipertensão arterial de 61,0%, de problemas na coluna de 60,0% e de má circulação de 35,0%. A análise segundo o sexo, mostrou maior prevalência de Diabetes mellitus (22,3%) e obesidade (20,1%) entre as mulheres, enquanto entre os homens, as respectivas prevalências foram de 16,3% e 8,8%. Por outro lado, os participantes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de catarata, reumatismo, acidente vascular cerebral, úlcera gástrica, infarto e asma. Com relação ao número de eventos crônicos, 75,0% dos idosos referiram de um a cinco diferentes tipos desses eventos; cerca de 20,0% informaram mais que cinco doenças crônicas, enquanto que apenas 5,5% referiram não ter nenhuma doença.

Estudo realizado por Loyola et al. ²⁴, em 2004, no Brasil, demonstrou que as doenças do aparelho circulatório (28,6% entre os homens e 30,1% entre as mulheres); as doenças do aparelho respiratório (20,4% e 18,7% para homens e

mulheres, respectivamente) e as doenças do aparelho digestivo (11,0% e 9,7%, respectivamente) constituíram as causas mais freqüentes de internação em idosos.

Estudo descritivo, realizado por Santos e Barros²⁵, em Recife-PE, buscou caracterizar internações e óbitos hospitalares no ano 2005 no âmbito do SUS, entre idosos residentes no referido município. A fonte de informação utilizada foi o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Constatou-se que a população idosa correspondia a 9,4% da população geral, mas foi responsável por 19,2% das internações, sendo a razão internação/população duas vezes maior para idosos, em relação ao grupo dos 20 aos 59 anos, com aumento gradativo com o avanço da idade. Os idosos do sexo masculino apresentaram taxas de hospitalização maiores que os do sexo feminino, exceto para os transtornos comportamentais no grupo de 80 anos e mais de idade. As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas dos óbitos hospitalares.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte e de incapacidades entre os idosos em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento²⁶. A Organização Mundial de Saúde afirma que no mundo desenvolvido 49% dos óbitos são devidos às essas doenças e estima-se que, em 2020, nos países em desenvolvimento, 34% dos óbitos as terão como causa básica.

Pereira et al.²⁷ realizaram estudo em quinze capitais brasileiras e no Distrito Federal e encontraram que os idosos representaram 13,4% da população estudada; 59,4% mulheres e 40,6% homens. A idade média foi de 69,5 anos. Prevalências de dieta inadequada, inatividade física, obesidade, tabagismo e consumo de risco de álcool foram 94,4%, 40%, 17%, 12,7% e 3,2%, respectivamente. Cerca de 50% referiram hipertensão; 33% hipercolesterolemia e

18%, Diabetes. A hipertensão, a inatividade física, a obesidade e a hipercolesterolemia foram mais prevalentes em mulheres.

Entre as causas de doença e óbito em idosos, a doença pulmonar obstrutiva crônica se destaca devido à sua alta prevalência e caráter progressivo; esta é, entretanto, ainda pouco diagnosticada no Brasil, sendo escassos os dados epidemiológicos a ela relacionados ²⁸.

Em estudo transversal de base populacional realizado em 2001 e 2002 em São Paulo, que entrevistou indivíduos idosos, a prevalência estimada de doença pulmonar auto-referida foi de 6,9% (IC 95%: 5,2-8,7%). Entre as doenças mencionadas, incluídas na composição da variável resposta, destacaram-se as bronquites (52,6%), enfisema pulmonar (15,8%), asma (12,8%), pneumonia (4,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (2,6%) e transtornos pulmonares e respiratórios não especificados (2,4%). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas e econômicas e a doença pulmonar referida. Porém, a maior proporção da doença ocorreu nos grupos de idade mais avançada, entre os homens, nos que vivem sozinhos, nos de menor escolaridade e entre os que na ocasião não exerciam qualquer atividade de trabalho, seja ela remunerada ou não ²⁹.

O termo cognição é empregado para descrever toda a esfera de funcionamento mental, que implica na habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, racionar, e a capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos ³⁰. O corpo humano, ao envelhecer, pode apresentar alterações nas estruturas perceptórias da visão, audição, tato, paladar, olfato, com reflexos na linguagem verbal e não verbal ³¹.

Durante o processo de envelhecimento, é possível observar mudanças no desempenho de algumas habilidades cognitivas, embora essas mudanças não afetem necessariamente a vida cotidiana de idosos e seus familiares ³².

Segundo Mulrow e Lichtenstein ³³, a estimativa de perda auditiva é de 25% a 35% em pessoas com 65 anos, e de aproximadamente, 50% aos 80 anos.

O envelhecimento também pode provocar alterações na altura e intensidade da voz, com prevalência estimada em 12 %; essas disfunções muitas vezes são causadas por doenças inflamatórias, neoplasias, paralisias laríngeas e outras de origem neurológica ³⁴.

Estudos realizados no Instituto de Saúde de São Paulo mostram que, em determinadas populações, 1/5 das pessoas entre 65 e 74 anos e 1/3 das acima de 75 anos têm algum grau de incapacidade física e/ou sensorial, entre elas, artrites, osteoporose, deficiências cognitivas de memória e/ou linguagem; deficiências visuais e auditivas, que ocasionam desmotivação e desinteresse por atividades rotineiras e comprometem a comunicação e as relações interpessoais ³⁵.

2.1.3 As atividades de vida diária

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Além disso, o idoso deve ser avaliado de forma holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional ³⁶.

A saúde é fundamental para que os idosos se mantenham independentes e autônomos e continuem contribuindo para a sociedade. Na ausência de políticas públicas adequadas, a tendência é que se tenha, no Brasil, um número crescente de indivíduos idosos que, mesmo vivendo mais, apresentem uma saúde precária e sejam funcionalmente incapacitados – quer dizer, sejam incapazes de executar tarefas cotidianas ³⁷.

A avaliação da pessoa idosa nos serviços da Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. As Atividades de Vida Diária (AVD) são relacionadas ao autocuidado e, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador ²¹.

Diversos estudos têm projetado um grande crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada, sendo que o número de pessoas idosas dependentes nas AVD dobrará na segunda ou terceira década deste século. Para aumentar as chances de um envelhecimento saudável, as políticas sociais e de saúde devem promover a habilidade funcional e construir um sistema adequado de suporte social para a população idosa ³⁸.

Estudo realizado por Costa, Nakatani e Bachion ³⁹, em Goiânia, detectou que, entre a população idosa, a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos (60%), seguindo a dos 70 a 79 anos (31,6%) e a dos 80 a 89 anos (8,4%). Segundo os autores, considerando as duas primeiras faixas etárias, o perfil observado foi

semelhante ao da população brasileira, em que o grupo de 60-69 anos corresponde a 56,3% e o de 70-79 anos a 31,1%. Em relação à dependência, foi constatado que os idosos precisavam de ajuda, principalmente para usar escadas (45%), banhar-se (15%), deambular (10%), comer (7,5%), vestir-se (7,5%), passar da cama para a cadeira (7,5%) e mover-se na cama (5%). As atividades para as quais alguns idosos eram totalmente dependentes incluíam: usar escadas (10%); banhar-se (7,5%), vestir-se (7,5%), usar o vaso sanitário (7,5%), passar da cama para cadeira (5,0%), deambular (2,5%), comer (2,5%) e mover-se na cama (2,5%).

Rosa et al.¹² realizaram, em São Paulo, um inquérito através de entrevistas domiciliares com idosos (60 anos ou mais), constatando que é muito mais fácil evitar mortes do que evitar a ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Os resultados do estudo mostraram que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária.

Feliciano, Moraes e Freitas¹⁸, em estudos realizados em São Carlos com indivíduos da faixa etária acima de 60 anos observaram que 23,6% dos participantes relataram completa independência, enquanto 13,7% referiram dependência parcial ou total para mais de sete atividades. A dependência para mais de sete atividades, entre as mulheres (16,0%), foi maior que entre os homens (11,1%). A frequência de independência total foi de 19,9% entre as mulheres e 28,1% entre os homens.

Costa, Nakatani ⁴⁰ realizaram estudo transversal, envolvendo 95 idosos da comunidade de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF), em Goiânia, através de entrevista e avaliação de AVD. Participaram 95 idosos, com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos (60%), sexo feminino (60%), estado civil casado (49,5%), renda menor ou igual a 1 salário mínimo (45,3%) e moradia própria (89,5%). Os autores verificaram independência máxima nas AVD em 57,9% da população estudada.

2.1.4 Saúde auto-referida

A saúde auto-referida, determinada por meio de uma simples pergunta: “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?”, ou equivalente, é um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas ⁴¹.

A saúde auto-referida contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e, além disso, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente ⁴².

No estudo da linha de base da coorte de idosos de base populacional de Bambuí, a saúde auto-referida boa/muito boa, razoável e ruim/muito ruim foi relatada por 375 (24,7%), 746 (49,2%) e 395 (26,1%) entrevistados, respectivamente. Sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal, frequência a clubes e/ou associações, frequência a cultos religiosos, satisfação com os relacionamentos pessoais apresentaram associações estatisticamente significativas com a avaliação da saúde ⁴¹.

Cott et al. ⁴³, em estudo realizado no Canadá, observaram saúde auto-referida como boa entre os indivíduos portadores de doenças crônicas. Uma possível explicação para esse efeito seria que os idosos com duas ou três doenças crônicas podem se considerar saudáveis, quando as doenças estão controladas.

Alves e Rodrigues ⁴² observaram que a probabilidade de mulheres idosas declararem uma saúde ruim foi 22% maior em comparação aos homens idosos. O nível de escolaridade apresentou-se como um importante fator de proteção de uma percepção ruim de saúde entre os idosos, após controle por variáveis demográficas.

Jóia et al. ⁴, divulgaram estudo de base populacional realizado em Botucatu, São Paulo, com participação de 365 idosos, com o objetivo de estudar os fatores associados ao grau de satisfação com a própria saúde. A média de idade da população estuda foi de 69,6 anos (homens) e 71,4 anos (mulheres). A maioria dos idosos do sexo masculino (76,9) encontrava-se aposentada; assim como, metade dos idosos do sexo feminino. Das variáveis sócio-demográficas analisadas com relação à satisfação com a saúde, apenas a “escolaridade” apresentou associação significativa. Das variáveis que refletiam estilo de vida, o “hábito de fumar” apresentou associação negativa para o propósito do estudo. Nenhuma variável de mensuração da atividade física se mostrou influente, positiva ou negativamente.

2.1.5 Hábitos de vida saudável

Inúmeros benefícios físicos e psicossociais que resultam da prática regular de atividade física são relatados na literatura, como o aumento da força muscular, a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, a redução de gordura,

o aumento da densidade óssea, a melhora do humor e da auto-estima e a redução da ansiedade e da depressão ⁴⁴.

Os benefícios da prática de atividade física não se restringem ao campo físico-funcional e mental dos indivíduos, mas repercutem também na dimensão social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem ⁴⁵.

Pelas evidências acumuladas quanto aos efeitos benéficos que produz, a atividade física vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos saudáveis de vida, de prevenção e mesmo de controle de doenças ⁴⁶.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como prioridade as ações de promoção à saúde, e a prevenção e controle do tabagismo, entre outras, acreditando que hábitos de vida saudável favorecem a melhor qualidade de vida dos indivíduos e na coletividade ⁴⁷.

Zaitune et al. ⁴⁸ realizaram um estudo transversal, de base populacional, com dados do estudo multicêntrico "Inquérito de Saúde de Base Populacional no Estado de São Paulo (ISA-SP)", em quatro áreas do Estado. Foram analisadas as informações de 426 idosos (idade igual ou superior a 60 anos), não institucionalizados, residentes na área urbana do Município de Campinas, dos quais 208 eram do sexo feminino e 186 tinham idade superior a 70 anos. A média de idade foi de 69,8 anos (desvio padrão = 7,4). A prevalência de sedentarismo no lazer em idosos no Município de Campinas foi 70,9% (IC 95%: 65,0%-76,2%), sendo 65,8 % nos homens e 74,7% nas mulheres. Observou-se que idosos sem cônjuge, evangélicos, que moram com cinco ou mais pessoas no domicílio e de cor não-

branca apresentaram prevalência de sedentarismo significativamente maior que as respectivas categorias de referência.

Nos diabéticos, a atividade física em geral é útil não apenas em função da captação de glicose insulino-independente durante os exercícios, mas também em caso do aumento da sensibilidade insulínica nos músculos. Os exercícios com pesos parecem ser particularmente úteis por causa do aumento da massa muscular, o que leva a uma maior quantidade de tecido captador de glicose mesmo em repouso. Dentre todas as técnicas utilizadas, detecta-se que aquelas que provocam aumento de força e elasticidade muscular são as que permitem maior adaptação às limitações existentes ⁴⁹.

Estudo realizado nas cidades de Bambuí e Belo Horizonte, em Minas Gerais, constatou que o hábito de fumar apresentou associação significativa com a idade apenas entre as mulheres, para as quais, em ambos os inquéritos, foi observada uma redução da prevalência do tabagismo atual com o aumento da idade. Em relação às condições de saúde, nenhuma das características estudadas apresentou associação significativa com tabagismo atual em homens na Região Metropolitana de Belo Horizonte, ao passo que, em Bambuí, o tabagismo estava positivamente associado com pior saúde auto-referida e com a ocorrência de pelo menos uma hospitalização no último ano ⁵⁰.

2.2 Atenção à saúde do idoso no âmbito do SUS

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, e adotado pelos estados e municípios, nos últimos anos, está voltado para a organização de Atenção

Básica e orientado para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar ⁵¹.

As ações de saúde consideradas como de média complexidade nesse modelo de atenção devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da Atenção Básica, tendo como objetivo principal o alcance de um grau de resolubilidades de ações que possa evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a mais qualidade de vida da população ⁵².

Na medida em que os dois níveis da atenção passam a compor um mesmo momento do processo de programação, o Ministério da Saúde propõe algumas áreas estratégicas, refletidas em políticas específicas, possibilitando ao gestor uma melhor visão de planejamento mais efetiva das ações básicas e de média complexidade. Para garantir o acesso a todos os níveis de atenção, deve-se dar às necessidades da população, definições das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos vários eixos programáticos ⁵³.

Conforme essa determinação, o Ministério da Saúde propôs parâmetros de cobertura populacional para as ações de atenção básica e de média complexidade ambulatorial. Nesse sentido, os parâmetros são referências e recomendações técnicas para orientar os gestores do SUS, no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras. Assim, a apropriação dos espaços locais é determinante na adequação das práticas sanitárias às reais necessidades de saúde da população, exigindo gestores, esforços e priorização na identificação dos desenhos existentes que devem ser trabalhados, respeitando-se as peculiaridades locais ⁵³.

A reorganização da atenção e dos serviços do SUS/CE está norteada pelos princípios da democratização, da universalidade de cobertura e acesso, da descentralização, da integralidade na prestação das ações, da equidade e do controle social (artigo da Constituição do Estado do Ceará – 1989), configurando efetiva estratégia político-social de produção da cidadania ⁵².

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de gestão, cujo objetivo é orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e de pactuação entre os gestores, visando à garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a racionalização de gastos e a otimização de recursos ⁵³.

A regionalização de Saúde no Estado do Ceará teve seu marco inicial em 1997, quando este foi dividido em três Macrorregiões e vinte e uma Microrregiões. As Macrorregiões são responsáveis pelas ações de alto custo e alta complexidade, tais como: quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética, transplante, neurocirurgia, entre outras ⁵¹.

Microrregião de Saúde é um conjunto de municípios integrados e interdependentes, vontade política para pactuar na busca de soluções para problemas comuns e, macrorregião de saúde é o conjunto de microrregiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri ⁵¹.

A IV Microrregião da Saúde – Baturité – é composta por oito municípios: Aratuba, Aracoiaba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti.

O IBGE ⁵⁴ estima que 9,9% da população de Guaramiranga é composta por idosos. Neste município, a Secretaria Municipal da Assistência Social cadastrou

e, juntamente com a Secretaria Municipal da Cultura, acompanha, sistematicamente oito grupos de idosos (aproximadamente 200 idosos) que desenvolvem atividades ocupacionais ligadas ao artesanato, música e teatro.

A Secretaria Municipal da Saúde tem a população de idosos cadastrada através da Estratégia Saúde da Família, fazendo assim, acompanhamento em nível de atenção primária à saúde, buscando a integralidade das ações nos demais níveis de atenção, assim como desenvolvendo ações de promoção à saúde através de ações intersetoriais ⁵⁵.

2.2.1 Estatuto do idoso e políticas públicas de relevância para a pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 instituiu o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Alguns artigos desta Lei asseguram determinadas garantias:

- O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, lhe assegurando, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.
- É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à

vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária⁵⁶.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades das três esferas de governo, com definição das responsabilidades de cada uma. Das seis prioridades pactuadas, três delas têm especial relevância quanto ao planejamento da saúde para a pessoa idosa: a Saúde do Idoso, a Promoção da Saúde e o Fortalecimento da Atenção Básica⁵⁷.

Em relação à promoção da saúde da pessoa idosa, as implementações de ações deverão ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, que define as seguintes ações específicas para alcance de uma melhoria da qualidade de vida: a alimentação saudável, a prática de atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, a redução da morbi-mortalidade decorrente do uso abusivo do álcool e outras drogas, a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e a promoção do desenvolvimento sustentável⁴⁷.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a saúde dessa população, terá como porta de entrada a Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, visando a integralidade da atenção, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade⁵⁸.

Sendo assim, compete aos municípios, captar e acompanhar a população idosa no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção de doenças, detecção de morbidades e garantias de medicamentos e reabilitação. A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do Sistema, em nível municipal, sendo necessário haver pactuação intergestores para garantia da assistência integral e integrada nos demais níveis de complexidade ⁵⁸.

3 JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas tem levado ao aumento gradual da proporção de indivíduos de 60 ou mais anos de idade na população das diferentes regiões do país. Junto com essa transição demográfica, ocorreu também uma transição epidemiológica, que acarretou mudanças no perfil da morbimortalidade da população. Atualmente, há um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população e as maiores causas de óbitos são as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias, além das causas externas.

As mudanças verificadas na composição etária da população tornam necessário o desenvolvimento de políticas públicas específicas para o idoso, visando promover seu bem-estar físico, social, econômico e psicológico, já esse grupo populacional traz novas demandas para os serviços de saúde, além de ocasionar aumentos nos custos dos programas sociais e sanitários.

Nesse sentido, o presente estudo, busca conhecer as condições de vida e saúde da população idosa de Guaramiranga, Ceará. Acredita-se que seus resultados fornecerão subsídios para a implementação de ações e serviços voltados para esse grupo populacional, se constituindo em um instrumento de gestão para o desenvolvimento de políticas públicas da Secretaria de Saúde do Município/Sistema Local de Saúde e demais Secretarias Municipais. Além disso, poderá contribuir para a proposição de novos indicadores de saúde do idoso que possam, futuramente, ser utilizados pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e pelas Secretarias Municipais.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Conhecer as condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga, Ceará, de forma a propor ações que favoreçam a redução da morbi-mortalidade e propiciem melhor qualidade de vida a esse grupo populacional.

4.2 Específicos

- Caracterizar os perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico dos idosos;
- Identificar as habilidades para realização de Atividades de Vida Diária;
- Conhecer as condições de saúde auto-referida dos idosos;
- Relacionar as variáveis socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas e as habilidades para realização de atividades da vida diária com a saúde auto-referida.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Para atender aos objetivos propostos foi desenvolvido um estudo transversal, para conhecer as condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga, Ceará, no ano 2007.

5.2 Local do estudo

O município de Guaramiranga, situado na região serrana, a 110 km da capital, está inserido na IV Microrregião da Saúde do Estado do Ceará (Baturité), tem população total de 6.027 habitantes, dos quais 596 (9,9%) são idosos ⁵⁴.

Possui um hospital de pequeno porte, com atendimento em clínica médica, obstétrica e pediátrica, no primeiro nível da assistência cuja referência secundária para saúde materno-infantil é o Hospital Pólo do Município de Baturité; e, para clínica médica, urgência e emergência, traumatologia e cirurgia geral, o Hospital Pólo de Aracoiaba. As demais especialidades são referenciadas para as unidades de saúde da macrorregião de Fortaleza. Apresenta 100% de cobertura do Programa Saúde da Família, composto por três Equipes de Saúde da Família. Além das ações e serviços ofertados através da Atenção Básica, da vigilância à saúde e da assistência hospitalar, o município também oferece atendimento ambulatorial em neurologia e marcação de outras consultas especializadas e exames complementares através da Central de Regulação do SUS (CRESUS).

Vários projetos são operacionalizados através de ações intersetoriais, pelas Secretarias da Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura, Agricultura, Obras, Esporte e Lazer, e pelo Corpo de Bombeiros, entre outros, visando contemplar os diferentes grupos populacionais do município.

5.3 População do estudo

A população elegível para o estudo era constituída por 527 indivíduos de 60 anos ou mais de idade, residentes no município de Guaramiranga-CE e cadastrados em listagem nominal pelas equipes do Programa Saúde da Família do município no ano de 2007.

5.4 Operacionalização

Para coleta dos dados, foi realizado inquérito domiciliar que identificou os indivíduos com 60 anos de idade ou mais, os quais foram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento informado, foram entrevistados, com base em um questionário estruturado.

5.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados do estudo foi desenhado com base no Questionário do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE). Para utilização no estudo, o questionário SABE foi reduzido e sofreu pequenas adaptações após o estudo piloto.

As seguintes variáveis foram consideradas:

- **socioeconômicas:** renda mensal, escolaridade, situação ocupacional;
- **demográficas:** sexo, idade, estado civil ;
- **relativas à saúde:** hospitalização nos últimos 6 meses, alterações da visão e audição, hipertensão arterial, diabetes, AVC, asma ou bronquite, reumatismos;
- **saúde auto-referida:** estado de saúde, comparação do próprio estado de saúde com a saúde de seus pares e/ou de seus amigos;
- **atividades de vida diária (AVD):** habilidades para alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e controlar suas necessidades fisiológicas.

5.6 Estudo piloto

O questionário do estudo foi previamente aplicado em idosos residentes no município de Baturité-CE, também inserido na IV Microrregião da Saúde, e situado há aproximadamente 12 km de Guaramiranga, para que pudessem ser efetuados os ajustes e adaptações que se fizessem necessários.

5.7 Treinamento e dos entrevistadores

A pesquisadora fez treinamento teórico e prático com a finalidade de unificar as abordagens e sistemática de trabalho.

Os entrevistadores foram informados quanto ao conteúdo do estudo e seus objetivos e população a ser estudada. Eles foram orientados a não dar parecer,

opinar sobre pontos de vista, e sim, ouvir e preencher o instrumento de coleta de dados. Receberam um crachá identificando-os como entrevistadores dessa pesquisa. Participaram 10 entrevistadores, todos pertencentes à equipe de profissionais de nível superior da Secretaria Municipal da Saúde.

5.8 Análise estatística

A análise descritiva da distribuição das variáveis do estudo foi efetuada através da determinação de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e de distribuições de frequência para as variáveis categóricas.

O teste estatístico do qui-quadrado foi empregado na análise da presença de associações entre as variáveis do estudo.

A análise dos dados foi efetuada com o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS 12.0.

5.9 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa incorporou os pressupostos da Resolução 196/96 – Diretrizes e Normas Reguladoras da Pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A Resolução 196/96 assegura a todos os participantes de uma pesquisa autonomia, a qual confere a esses, consentimento livre e proteção aos legalmente incapazes; beneficência, a qual consiste no compromisso em sempre proporcionar benefícios em detrimento a malefícios, após ponderação; não maleficência, a qual

suprime a ocorrência de danos previsíveis; justiça e equidade, que garante o propósito social consistente e vantajoso para os envolvidos direta e indiretos, considerando o cunho sócio-humanitário. Aos entrevistados serão garantidos os princípios da autonomia da pessoa, da justiça, da beneficência, da não maleficência e da responsabilidade e precaução com os mesmos. Para isso, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será empregado aos idosos (Apêndice A), e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) aplicado aos informantes dos idosos incapacitados de responder o questionário ou que preferam que seja respondido por um(a) acompanhante/informante.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e aprovado no dia 19 de fevereiro de 2008.

6 RESULTADOS

A população de estudo ficou constituída por 438 idosos, portanto, 83,1% dos 527 cadastrados pelas equipes do Programa de Saúde da Família. Em relação aos indivíduos não entrevistados, 9 idosos (1,7%) haviam falecido; 26 (4,9%) se recusaram a responder; e 54 (10,2%) não foram encontrados no seu domicílio. Nessa última situação, em alguns casos, ninguém foi encontrado nas residências; em outros, algum morador referiu que o idoso havia viajado para casa de outros familiares em Fortaleza ou cidades vizinhas.

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 72,0 anos (dp 8,4 anos), com mediana de 70,5 anos. No sexo masculino, a média de idade foi de 72,0 (dp 8,2 anos) e a mediana de 73 anos; para o sexo feminino, essa média correspondeu a 71,5 anos (dp 8,6 anos), com mediana de 69 anos. Na Tabela 1, se encontram as principais características sócio-demográficas dos idosos de Guaramiranga.

Tabela 1: Distribuição da população idosa segundo características sócio-demográficas, Guaramiranga-CE, 2007

Características	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
60 – 69	74	42,5	134	50,8	208	47,5
70 – 79	65	37,4	80	30,3	145	33,1
80 e +	35	20,1	50	18,9	85	19,4
Escolaridade *						
Analfabeto	87	50,0	100	37,9	187	42,7
Fundamental incompleto	76	43,7	142	53,8	218	49,8
Fundamental completo ou +	11	6,3	22	8,3	33	7,5
Ocupação *						
Aposentado	148	85,1	235	89,0	383	87,4
Agricultor	17	9,8	8	3,0	25	5,7
Outros	9	5,2	21	8,0	30	6,8
Renda Mensal						
Até 1 salário mínimo	150	86,2	226	85,6	376	85,8
2 salários mínimos ou +	24	13,8	38	14,4	62	14,2
Estado conjugal *						
Casado(a) companheiro(a)	124	71,3	135	51,1	259	59,1
Viúva	26	14,9	95	36,0	121	27,6
Outros	24	13,8	34	12,9	58	13,2
Vive atualmente						
Sozinho	15	8,6	19	7,2	34	7,7
Acompanhado(a)	159	91,4	245	92,8	404	92,2
Total	174	100,0	264	100,0	438	100,0

* teste do X^2 : valor de $p \leq 0,05$.

Entre os idosos entrevistados, a maior proporção se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo que menos de 20% tinham 80 anos ou mais. Aproximadamente 60% dos entrevistados eram mulheres.

Não foram observadas diferenças entre os sexos em relação à distribuição por faixa etária e por renda mensal, assim como em relação a viver sozinho ou acompanhado. A renda mensal média para ambos os sexos foi de 1,15 salários mínimos (dp 0,40 salários - mínimos), com mediana de 1 salário-mínimo.

A população idosa de Guaramiranga apresentou baixo nível de escolaridade, com menos de 10% relatando ensino fundamental completo ou mais. O nível de escolaridade foi diferente entre os sexos ($p = 0,04$). A metade dos homens entrevistados era analfabeta, enquanto, entre as mulheres, predominou o ensino fundamental incompleto.

No que se refere à ocupação, observa-se que a maioria dos idosos é aposentada (87%). Apesar disso, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($p = 0,008$), possivelmente devido ao maior engajamento dos homens na atividade agrícola. Entretanto, embora a agricultura seja uma das fontes de economia do município, apenas 5,7% dos idosos exercem essa atividade.

A maioria dos idosos entrevistados (59%) ainda vive com seu cônjuge ou companheiro. Em relação ao estado conjugal dos idosos, diferenças estatisticamente significativas foram observadas ($p < 0,001$). Enquanto 36% das mulheres eram viúvas, apenas cerca de 15% dos homens se encontravam nessa condição.

Tabela 2: Distribuição da condição de saúde auto-referida por sexo, faixa etária e morbidades auto-referidas selecionadas, Guaramiranga-CE, 2007

Variáveis	Excelente/Boa		Regular /Ruim		P
	N	%	N	%	
Sexo (n=438)					0,067
Masculino	92	52,9	82	47,1	
Feminino	116	43,9	148	56,1	
Idade (n=438)					< 0,001
60 – 69	116	55,8	92	44,2	
70 – 79	66	45,5	79	54,5	
80 e +	26	30,6	59	69,4	
Hipertensão (n=436)					0,001
Sim	96	40,0	144	60,0	
Não	110	56,1	86	43,9	
Diabetes (n=432)					0,024
Sim	24	34,8	45	65,2	
Não	180	49,6	183	50,4	
Doenças crônicas do pulmão (n=433)					< 0,001
Sim	6	17,1	29	82,9	
Não	201	50,5	197	49,5	
Hospitalização por doença do coração (n=417)					< 0,001
Sim	3	12,5	21	87,5	
Não	199	50,6	194	49,4	

Entre os idosos entrevistados, 208 (47,5%) referiram saúde excelente ou boa. Na Tabela 2, podemos observar que um maior número de homens idosos declarou saúde auto-referida excelente/boa, enquanto entre as mulheres ocorreu o contrário. A percepção da saúde como excelente ou boa foi informada por 52,9% dos idosos e por 43,9% das idosas, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa.

A auto-referência à saúde como regular ou ruim se mostrou associada à idade. Entre os idosos de 60-69 anos, mais de 50% considerou sua saúde como excelente ou boa, enquanto, na faixa etária de 70-79 anos, esse valor correspondeu a 45% e, entre aqueles de 80 anos ou mais, foi de cerca de 31%.

Com relação à auto-referência a doenças crônicas, 240 idosos (55,0%) se declararam hipertensos, 69 (16,0%) informaram ser diabéticos e 35 (8,1%) referiram doenças crônicas do pulmão. Essas três condições crônicas, assim como o relato de internação prévia por doenças do coração, mostraram-se associadas à condição de saúde auto-referida regular ou ruim.

Tabela 3: Estilo de vida e características sócio-demográficas por condição de saúde auto-referida, Guaramiranga-CE, 2007

Variáveis	Saúde auto-referida Excelente/ Boa		Saúde auto-referida Regular/ Ruim		p
	N	%	N	%	
Prática de atividade física no mínimo 2 vezes por semana.					0,009
Sim	61	58,7	43	41,3	
Não	147	44,0	187	56,0	
Tabagismo					0,077
Sim	63	56,8	48	43,2	
Não (nunca fumou)	58	44,3	73	55,7	
Não (ex-fumante)	87	44,4	109	55,6	
Escolaridade					0,487
Analfabeto	95	50,8	92	49,2	
Fundamental incompleto	98	45,0	120	55,0	
Fundamental completo e mais	15	45,5	18	54,5	
Renda Mensal					0,692
Até 1 salário- mínimo	180	47,9	196	52,1	
2 salários mínimos e mais	28	45,2	34	54,8	
Estado conjugal					0,075
Casado(a)/ companheiro(a)	133	51,4	126	48,6	
Viúvo	47	38,8	74	61,2	
Outros	28	48,3	30	51,7	

Aproximadamente 24% (104) idosos da população estudada informaram que praticavam atividade física pelo menos duas vezes na semana. A prática de atividade física se mostrou associada à auto-referência à saúde excelente ou boa.

A prevalência de tabagismo entre os idosos correspondeu a 25,3% (111 indivíduos). Os ex-fumantes predominaram entre os entrevistados, representando cerca de 45% da população (196 indivíduos). Essa variável não se mostrou associada à condição de saúde auto-referida, quando a análise foi efetuada considerando as três categorias (fumante, não fumante, ex-fumante). Entretanto, a análise de duas categorias (fumante atual; ex e não fumante) mostrou uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,024$) entre as duas variáveis, com um maior percentual de condição de saúde auto-referida excelente ou boa entre os fumantes atuais.

As variáveis sócio-demográficas analisadas também não apresentaram associação com a condição de saúde auto-referida na população de estudo.

Tabela 4: Distribuição da população idosa por faixa etária, segundo dificuldades sensoriais, problemas ósteo-musculares e perda de elementos dentários, Guaramiranga-CE, 2007

Variáveis	60 – 69		70 – 79		80 e +	
	N	%	N	%	N	%
Dificuldade visual (n=436)						
Sim	159	76,4	90	62,9	73	85,9
Não	49	23,6	53	37,1	12	14,1
Dificuldade auditiva (n=436)						
Sim	50	24,2	46	31,7	31	36,9
Não	157	75,8	99	68,3	53	63,1
Osteoporose (n=431)						
Sim	4	2,0	12	8,3	4	4,8
Não	200	98,0	132	91,7	79	95,2
Problemas nas articulações (n=437)						
Sim	50	24,2	51	35,2	35	41,2
Não	157	75,8	94	64,8	501	58,8
Perda de elementos dentários (n=437)						
Sim	204	98,1	143	99,3	79	92,9
Não	4	1,9	1	0,7	6	7,1

A prevalência de deficiência visual auto-referida entre os idosos de Guaramiranga foi de 73,9%, sendo que, entre os indivíduos de 80 anos ou mais, correspondeu a 85,9%. Deficiência auditiva foi referida por cerca de 29,1% dos idosos, sendo também a maior prevalência observada entre os indivíduos mais idosos (36,9%). A prevalência auto-referida de problemas articulares foi de 31,1% no conjunto da população, com prevalências de 35,2 e 41,2% nas faixas etárias de 70-79 anos e 80 anos e mais, respectivamente. Para osteoporose, a prevalência auto-referida foi de 4,6%. Um elevado número de idosos (426; 97,5%) referiu perda de elementos dentários.

Tabela 5: Distribuição da população idosa por sexo, segundo perguntas selecionadas relativas a Atividades de Vida Diária, Guaramiranga-CE, 2007

Atividades	Masculino		Feminino		P
	N	%	N	%	
Dificuldades para caminhar					0,016
Sim	46	26,4	99	37,5	
Não	128	73,6	165	62,5	
Dificuldades de sair sozinho					0,006
Sim	45	25,9	102	38,6	
Não	129	74,1	162	61,4	
Dificuldades para executar tarefas domésticas leves					0,915
Sim	35	20,1	52	19,7	
Não	139	79,9	212	80,3	
Dificuldades para comer sozinho(a)					0,337
Sim	16	9,2	32	12,1	
Não	158	90,8	232	87,9	

Referiram dificuldades para caminhar 145 dos idosos entrevistados, correspondendo a uma prevalência de 33,1%, enquanto 147 (33,6%) referiram dificuldades para sair sozinhos. A dificuldade para executar essas duas atividades apresentou associação estatisticamente significativa com o sexo, sendo mais referida pelas mulheres. Um número menor de idosos referiu dificuldades para a realização de tarefas domésticas leves (87; 19,9%) e para comer sozinho (48; 11,0%). Não foi observada associação entre sexo e dificuldade para realização dessas atividades.

Tabela 6: Distribuição da população idosa por faixa etária, segundo perguntas selecionadas relativas às Atividades de Vida Diária, Guaramiranga-CE, 2007

Variáveis	60 a 69 anos		70 anos e mais	
	N	%	N	%
Dificuldades para caminhar				
Sim	44	21,2	101	43,9
Não	164	78,8	129	56,1
Dificuldades de sair sozinho				
Sim	45	21,6	102	44,3
Não	163	78,4	128	55,7
Dificuldades para executar tarefas domésticas leves				
Sim	23	11,1	64	27,8
Não	185	88,9	166	72,2
Dificuldades para comer sozinho(a)				
Sim	12	5,8	36	15,7
Não	196	94,2	194	84,3

A análise por faixa etária evidenciou que a idade está associada à maior prevalência de dificuldades na realização das atividades instrumentais da vida diária ($p \leq 0,01$). Pode-se observar que a prevalência de dificuldades para realizar as diferentes atividades entre os idosos de 70 anos ou mais corresponde a mais do que o dobro daquela observada entre indivíduos de 60-69 anos.

7 DISCUSSÃO

O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam vir a ocorrer, os indivíduos possam redescobrir possibilidades de viver com a melhor qualidade de vida possível. Isso faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, seja atualmente um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral. Sendo a Atenção Básica em Saúde, a porta de entrada do Sistema, espera-se que, sendo fortalecida, possa ser vigilante a essa população de forma a captar e acompanhar os idosos adequadamente, garantindo a equidade e integralidade das ações.

Feliciano, Moraes e Freitas ¹⁸, em estudo realizado em São Carlos, São Paulo, identificaram predomínio da faixa etária de 60-69 anos entre os idosos (61,4%) e, um alto percentual de analfabetismo (50,0%), resultados similares aos observados para a população idosa de Guaramiranga. Entretanto, naquela investigação, o percentual de analfabetismo foi maior entre as mulheres, enquanto em nosso estudo, ele foi maior em pessoas do sexo masculino. Os elevados percentuais de analfabetismo observados em ambos os estudos sugerem o estímulo à alfabetização desse grupo populacional.

Estudo realizado por Giatti e Barreto ¹⁷ constatou que a distribuição da população estudada de acordo com a situação no mercado de trabalho mostrava que a maioria dos homens (68,46%) estava aposentada. Naquele trabalho, a renda pessoal mensal dos idosos que trabalhavam apresentou uma mediana de R\$ 610,00, enquanto a dos aposentados foi de R\$ 350,00. Entre os idosos de

Guaramiranga, também se constatou que a maioria dos idosos do sexo masculino, 84,5% (n= 147) está aposentada e que 85,8% da população tem renda mensal de até 1 salário-mínimo.

Em um inquérito de base populacional realizado em Bambuí, a escolaridade, a renda mensal e o estado conjugal apresentaram associações estatisticamente significativas com a saúde auto-referida ⁴¹. Entre os idosos de Guaramiranga, as variáveis sócio-demográficas analisadas não se mostraram associadas à condição de saúde auto-referida.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus referiram saúde entre regular e ruim; ao contrário de Cott et al. ⁴³, em estudo realizado no Canadá, que observaram condição de saúde auto-referida boa entre os indivíduos portadores de doenças crônicas, apontando que uma possível explicação para esse fato seria que os idosos com duas ou três doenças crônicas podem se considerar saudáveis, quando as doenças estão controladas.

Estudos epidemiológicos desenvolvidos por Maxwell e Hieds ⁵⁹, em amostras representativas de grandes populações idosas no Canadá e nos Estados Unidos, evidenciaram associações entre o hábito de fumar e pior auto-avaliação da saúde. No presente estudo, não foi observada associação entre condição de saúde auto-referida e tabagismo, quando essa última variável foi analisada considerando as três categorias (fumante, não fumante, ex-fumante). Entretanto, a análise com duas categorias (fumante atual; ex e não fumante) mostrou associação, com um maior percentual de condição de saúde auto-referida excelente ou boa entre os fumantes atuais. Possivelmente isso possa estar relacionado ao fato de que os

indivíduos que se declararam ex-fumantes, haviam deixado o hábito por apresentarem problemas de saúde.

Estudos realizados no Instituto de Saúde de São Paulo mostram que, em determinadas populações, 1/5 das pessoas entre 65 e 74 anos e 1/3 das que têm 75 anos ou mais apresentam algum grau de incapacidade física e/ou sensorial, entre elas, artrites, osteoporose, deficiências cognitivas de memória e/ou linguagem; deficiências visuais e auditivas, que ocasionam desmotivação e desinteresse por atividades rotineiras e comprometem a comunicação e as relações interpessoais³⁵. No presente estudo, também se observou associação entre idade e deficiências visuais e auditivas.

Rosa et al.¹² constataram que o sexo está fortemente associado à ocorrência da dependência, tendo, as mulheres, duas vezes mais risco em relação aos homens. Entre os idosos de Guaramiranga também se observou que o sexo feminino apresenta maior dificuldade em realizar determinadas atividades da vida diária, em relação ao sexo masculino.

A saúde auto-referida é um dos indicadores mais utilizados em estudos gerontológicas, porque se acredita que possa predizer, de forma consistente, a mortalidade e a queda da capacidade funcional⁴¹. Assim, é importante que todos os fatores que se mostraram associados à saúde auto-referida sejam acompanhados com atenção, de forma a que possam servir de fundamento à implantação/implementação de políticas públicas, voltadas à promoção da saúde dessa população.

As estimativas populacionais do IBGE apontam para a existência de 596 pessoas idosas residentes em Guaramiranga no ano de 2007. Entretanto, na

listagem nominal do cadastro de indivíduos de 60 anos ou mais de idade efetuado pelas equipes do Programa Saúde da Família do município, no mesmo ano, se encontram somente 527 idosos, e desses, 438 (83,1%) participaram deste inquérito. Devido à cobertura alcançada, acreditamos que o presente estudo traça um perfil bastante aproximado das condições de vida e saúde da população idosa do município e poderá, desse modo, contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde do idoso na Secretaria de Saúde de Guaramiranga.

8 CONCLUSÕES

- Quanto ao perfil sócio-demográfico: 60,3% (n=264) da população idosa pertence ao sexo feminino e 39,7% (n=174) ao sexo masculino, sendo que a faixa etária predominante corresponde aos 60-69 anos de idade. Os idosos apresentam baixa escolaridade, com 42,6% de analfabetos e o percentual de aposentados é de 87,2% (n=382);
- Quanto à autopercepção da saúde: 208 (47,5%) idosos referiram saúde entre excelente e boa. A auto-referência à saúde como regular ou ruim aumentou com a idade, sendo referida por 69% dos entrevistados de 80 anos ou mais;
- Quanto à auto-referência a doenças crônicas: 240 idosos (55,0%) referiram hipertensão arterial, 69 (16,0%) Diabetes mellitus e 35 (8,1%) referiram doença pulmonar crônica do pulmão, sendo essas condições associadas à condição de saúde auto-referida regular ou ruim;
- Quanto às deficiências sensoriais: foi observada prevalência de 29,1% de deficiência auditiva e de 73,9% de deficiência visual;
- Quanto às atividades de vida diária, observou-se prevalência de 33,1% e de 33,6%, respectivamente, para dificuldade de caminhar e de sair sozinho. A dificuldade para executar essas duas atividades apresentou associação com o sexo, sendo mais referida pelas mulheres.

9 RECOMENDAÇÕES

- Sugere-se que a gestão pública municipal crie indicadores de saúde da população idosa, a partir dos dados e informações levantados nesse estudo;
- Sugere-se políticas públicas que favoreçam à alfabetização de idosos pelo Sistema Municipal de Educação;
- Sugere-se que a gestão municipal implante ações voltadas para a promoção de um estilo de vida saudável entre os idosos, uma vez que a literatura científica evidencia sua influência na diminuição da morbidade por doenças crônicas;
- Sugere-se que a gestão municipal efetue uma avaliação complementar das queixas relativas a deficiências sensoriais e problemas ósteo-musculares, para o planejamento de referências dos idosos a serviços de saúde especializados, quando necessário;
- Sugere-se que a gestão municipal examine a possibilidade de implantação de Serviço de Órtese e Prótese, local ou em parceria com os governos estadual/federal, de forma a facilitar o acesso dos idosos que as necessitem;
- Sugere – se a implementação de ações que possam garantir um acompanhamento de boa qualidade aos idosos, através das Equipes de Saúde da Família e maior atenção às questões referentes ao diagnóstico e tratamento de osteoporose, entre outras doenças ósteo-articulares.

- Sugere-se a apresentação deste estudo no Fórum de Gestores da Microrregião, de forma a incentivar os outros municípios a desenvolverem investigações similares que possam subsidiar o planejamento de ações voltadas para a população idosa de toda região.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(1): 23-41.
2. Nascimento e Silva EB, Pereira NG, Garcia VR. A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. São Paulo; 1998.
3. Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. Rev Panamericana de Salud Publica 2004; 15(4): 223-41.
4. Jóia LC, et al. Grau de satisfação à saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2008 Brasília set; 17(3): 187-94.
5. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília; 1999.
6. Organización Panamericana de la Salud. Guia clínica para atención primaria de las personas mayores. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.
7. Camarano AA. Como vive o idoso brasileiro? In: Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999. p.19-71.
8. Lourenço RA, et al. Assistência Ambulatorial Geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005 São Paulo; 39(2): 311-18.
9. Ramos LR, et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2001 São Paulo; 27: 87-94.
10. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997 São Paulo; 31: 184-200.
11. Veras RP. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV, Caramelli P, organizadores. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p.7-21.
12. Rosa TEC, et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública 2003 São Paulo; 37(1): 40-8.
13. Martin, et al. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2006 Brasília; 15(1): 59-65.
14. Plouffe LA. O enfrentamento das desigualdades sociais e de gênero entre idosos do Canadá. Cad Saúde Pública 2003 Rio de Janeiro; 19(3): 855-60.
15. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública 2002 Rio de Janeiro; 19(3): 700-01.

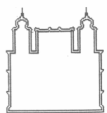
16. Ramos LR, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998 São Paulo; 32: 397-407.
17. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003 Rio de Janeiro maio-jun; 19(3): 759-71.
18. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos. *Cad Saúde Pública* 2004 Rio de Janeiro; 20(6): 157-85.
19. Lima-Costa MF, A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens. Inquérito de saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004 Brasília dez; 13(4).
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2008. p.166.
21. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006a. p.30-31. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).
22. Leme LEG. Aspectos demográficos do envelhecimento. In: 20º Simpósio Internacional: O Idoso e a Família; 1999; São Paulo. São Paulo, 1999.
23. Gagliardi AMZ, et al. Infecções no idoso frágil. In: Prado FC. Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.577-80.
24. Loyola FAI, et al. Causas de internações hospitalares entre idosos no âmbito do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* 2004 Brasília; 13(4): 229-38.
25. Santos JS, Barros MDA. Idosos do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Epidemiol Serv Saúde* 2008 Brasília; 17(3): 177-86.
26. Lima-Costa MF, et al. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros. *Epidemiol Serv Saúde* 2004 Brasília; 13(4): 217-28.
27. Pereira JA, et al. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiologia* 2008; 91(1): 1-10.
28. Jardim JRB, et al. Doença pulmonar obstrutiva crônica. In: Prado FC. Atualização Terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.1427-30.
29. Bergamo PMS, et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev Saúde Pública* 2006 São Paulo; 40(3):428-35.
30. Vieira EB, Koenig AM. Avaliação cognitiva. In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
31. Paes da Silva MJ. In: Oliveira YA, Delboux MJ. Atendimento domiciliar. São Paulo: Atheneu; 2000. p.203-21.

32. Bruno CTS, Marques MB, Silva MJ. Avaliação cognitiva de idosos asilados utilizando o mini-exame do estado mental. *Cadernos ESP* 2005 Fortaleza; 2(1): 51-9.
33. Mulrow CD, Lichtenstein MJ. Screening for hearing impairment un the elderly: rationale and strategy. *I Gen Intern Med* 1991; 6(3): 249-58.
34. Russo IP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
35. Neves LF, Chen SR. Atenção à saúde do idoso com deficiência. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada, Secretaria Municipal de Saúde, 2002. [cited 2008 ago 22]. Available from: URL: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude_idoso_com_deficiencia.pdf
36. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e aprendizado de geriatria e gerontologia. *Rev UFGO* 2003; 5(2): 7-10.
37. World Health Organization. Men, agling and health- achieving health across the life span. Genebra: WHO, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Departament; 2001.
38. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.313-23.
39. Costa EF, Nakatani AYK. Capacidade de idosos para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Cad Saúde Pública* 2006 Rio de Janeiro; 19(1): 43-8.
40. Costa EF, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1):43-8.
41. Uchôa E et al. A estrutura da auto – avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Publica* 2004 São Paulo; 38(6): 827-34.
42. Alves LS, Rodrigues et al. Determinantes da autopercepção da saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6): 333-41.
43. Cott CA, et al. Determinantes of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(11): 731-36.
44. Eyler AA, et al. The epidemiology of walking for physical activity in the United States. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35: 1529-36.
45. Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 2005; 60: 61-70.

46. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2005.
47. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 687 de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília; 2006d.
48. Zaitune MPA, et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2007 Rio de Janeiro jun; 23(6): 1329-38.
49. Jacob Filho W. Atividade física e envelhecimento saudável. Rev Bras Educ Fís Esp 2006 São Paulo set; 20: 73-7. suplemento n.5.
50. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad Saúde Pública 2006 Rio de Janeiro set; 22(9): 1925-34.
51. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: ESP-CE; 2002.
52. Secretaria Estadual da Saúde (CE). A Saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da Situação de Saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual. 1995-2002. Fortaleza: SESA; 2002. 240p.
53. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Diretrizes para programação pactuada integrada de Assistência à Saúde. 148p. Brasília; 2006e.
54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2003. Rio de Janeiro; 2006. [cited 2008 ago 2]. Available from: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística>
55. Secretaria Municipal de Saúde (Guaramiranga). Relatório de gestão. Guaramiranga; 2007.
56. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União Brasília out 3 2003. Seção 1.
57. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde e aprova diretrizes. Brasília; 2006b.
58. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006c.
59. Maxwell CJ, Hirdes JP. The prevalence of smoking and implications for quality of life among the community-based elderly. Am J Prev Med 1993; 9: 338-45.

APÊNDICES

Apêndice I: Termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas com 60 anos e mais



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após ser informado sobre a pesquisa que será realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, com o seguinte título: “PERFIL DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GUARAMIRANGA-CE”, concordo em participar, de livre e espontânea vontade, desta pesquisa certo que minhas informações poderão subsidiar a implementação das políticas públicas voltadas aos idosos deste município.

Fui esclarecido dos objetivos da pesquisa e sobre os instrumentos que serão utilizados pela pesquisadora os quais constarão de um questionário sobre dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, hábitos de vida saudável, de auto-percepção da saúde e estado funcional.

A pesquisadora se responsabiliza pela garantia do sigilo de minha identidade e pela ausência de quaisquer riscos ou danos, além de se comprometer a oferecer esclarecimentos a qualquer momento do curso da pesquisa. Estou ciente que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento sem ser prejudicado nos atendimentos ou tratamentos que esteja recebendo na instituição.

Declaro que não receberei nenhuma forma de pagamento por participar desta pesquisa.

Concordo que as informações coletadas sejam divulgadas sob forma de publicação científica, desde que resguardando o sigilo de minha identidade.

De acordo: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a Maria Auxiliadora Bessa Santos**

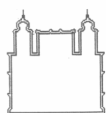
Rua Cel. Linhares, 320, Centro- Guaramiranga-CE. CEP: 62.766-000. Tel: (85) 3321.13 69.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Manguinhos – Rio de Janeiro-RJ, CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Guaramiranga, _____ / _____ / _____

**Apêndice II: Termo de consentimento livre e esclarecido para acompanhantes/
informantes de pessoas com 60 anos e mais incapacitadas de responder o
questionário**



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
acompanhante/informante do(a) idoso(a) _____
_____ após ser informado sobre a pesquisa que será realizada pela Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, com o seguinte título:
“ PERFIL DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO
MUNICÍPIO DE GUARAMIRANGA-CE”, concordamos em participar, de livre e
espontânea vontade, desta pesquisa certo que minhas informações poderão
subsidiar a implementação das políticas públicas voltadas aos idosos deste
município.

Fui esclarecido dos objetivos da pesquisa e sobre os instrumentos que
serão utilizados pela pesquisadora os quais constarão de um questionário sobre
dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de auto-percepção da
saúde e estado funcional.

A pesquisadora se responsabiliza pela garantia do sigilo de minha
identidade e pela ausência de quaisquer riscos ou danos, além de se comprometer a
oferecer esclarecimentos a qualquer momento do curso da pesquisa. Estou ciente

que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento sem ser prejudicado nos atendimentos ou tratamentos que esteja recebendo na instituição.

Declaro que não receberei nenhuma forma de pagamento por participar desta pesquisa.

Concordo que as informações coletadas sejam divulgadas sob forma de publicação científica, desde que resguardando o sigilo de minha identidade.

De acordo: _____

Pesquisadora: **Dr^a Maria Auxiliadora Bessa Santos**

Rua Cel. Linhares, 320, Centro- Guaramiranga-CE. CEP: 62.766-000. Tel: (85) 3321.13 69.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Manguinhos – Rio de Janeiro-RJ, CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Guaramiranga, _____ / _____ / _____

Apêndice III: Questionário

Pesquisa: Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga-CE/2007

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO |__|__|__|

NOME DO ENTREVISTADO: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA ENTREVISTA: |__||__| DIA |__||__| MÊS

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

CÓDIGO DO ENTREVISTADOR: |__|__|__||__|__|__|

HORA DO INÍCIO: |__||__||__||__| HORA DO TÉRMINO: |__||__||__||__|

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr. não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

SEÇÃO A - ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	
A 1. Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?	A1_____
A 2. Qual o seu nível de escolaridade? (1)-ANALFABETO (2)-FUND. INCOMPLETO (3)FUND.COMPLETO (4)-MEDIO INCOMPLETO (5)-MEDIO COMPLETO (6)-SUP. INCOMPLETO (7)-SUP. COMPLETO (8)-PÓS- GRADUADO	A2_____
A 3. Ocupação (1)APOSENTADO (2)AGRICULTOR (3) COMERCIANTE (4)OUTROS	A3_____
A 4. Renda mensal (em salário mínimo/sm) (1)- ZERO A 1SM (2)-2-5SM (3)- 6-9SM (4)-10SM ACIMA	A4_____
A 5. Estado Conjugal (1)-SOLTEIRO (2)-CASADO/ COMPANHEIRA (3)-VIUVO (4)-SEPARADO/DIVORCIADO	A5_____
A 6. Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado? (1)-SOZINHO (2)-ACOMPANHADO	A6_____
A 7. A sua moradia é (1)-PRÓPRIA (2)-ALUGADA (3)-CEDIDA (4)-MORA COM A FAMILIA	A7_____
A 8. A sua casa tem luz elétrica? (1) SIM (2) NÃO (77) NÃO SABE (99) SEM INFORMAÇÃO	A8_____
A 9. Fonte de água para consumo (1) REDE PÚBLICA / ÁGUA ENCANADA (2) CISTERNA (3) RIO / LAGOA (4) OUTROS (77) NÃO SABE	A9_____
A 10. Destino de dejetos (1) DRENAGEM DE ESGOTOS (2) ESGOTO A CÉU ABERTO (3) FOSSA SÉPTICA (4) OUTROS (77) NÃO SABE	A10_____
SEÇÃO B - AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE	
B 1. Como o sr(a) avalia a sua saúde? (1)-EXCELENTE (2) BOA (3) REGULAR (4)-RUIM	B1_____
B 2. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior? (1)MELHOR (2)IGUAL (3)PIOR (77)NÃO SABE	B2_____

SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
C 1. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão? (1)SIM (2)NÃO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C1____
C 2. Toma medicação para controle ? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C2____
C 3 Já foi internado por hipertensão? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C3____
C 4. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C4____
C 5. Para controlar seu diabetes, utiliza algum medicamento? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C5____
C 6. Já foi internado por diabetes? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C6____
C 7. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C7____
C 8. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C8____
C 9. Já foi internado por esse motivo? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C9____
C 10. Durante os últimos 12 meses foi hospitalizado um dia ou mais por um problema do coração? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C10____
C 11. O(a) Sr(a) toma algum medicamento para seu problema cardíaco? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C11____
C 12. Alguma fraqueza nos braços e nas pernas ou dificuldade de movimentar ou usar seus braços ou pernas? (1)SIM (2)NÃO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C12____
C 13. Sua doença cardíaca limita suas atividades diárias como as tarefas domésticas ou o trabalho? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C13____
C 14. Tem Alguma dificuldade para pensar ou encontrar as palavras certas? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C14____
C 15. Tem Alguma dificuldade para falar ou engolir? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C15____
C 16. Alguma dificuldade com sua visão? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C16____
C 17. Usa lentes / óculos ? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C17____
C 18. Alguma dificuldade com sua audição? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C18____
C 19 Usa prótese auditiva ? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C19____
C 20. Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C20____

C 21. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico especificamente por causa da artrite, reumatismo ou artrose? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C21__
C 22. Sente dor, rigidez ou inchaço nas articulações? (1)SIM (2)NÃO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C22__
C 23. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C23__
C 24. A artrite, reumatismo ou artrose limita suas atividades diárias como trabalhar ou fazer coisas da casa? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C24__
C 25. O(a) Sr.(a) sofreu alguma cirurgia por causa da artrite, reumatismo ou artrose? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C25__
C 26. Teve alguma queda nos últimos 12 meses? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C26__
C 27. Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses? (1) 1 VEZ (2) 2, ACIMA (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C27__
C 28. Em alguma queda se machucou de tal maneira a ponto de precisar de tratamento médico? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C28__
C 29. Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o Sr. tem osteoporose? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C29__
C30. Agora quero que o(a) Sr(a) me conte se, nos últimos 12 meses, teve algum dos seguintes problemas:	
C 30.1. Dor no peito? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.1__
C 30.2. Inchaço persistente nos pés ou tornozelos? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.2__
C 30.3. Falta de ar quando está acordado(a)? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.3__
C 30.4. Vertigem ou tontura persistentes? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.4__
C 30.5. Dor ou problemas nas costas? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.5__
C 30.6. Dor de cabeça persistente? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.6__
C 30.7. Fadiga ou cansaço ? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.7__
C 30.8. Tosse persistente, catarro ou chiado no peito? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.8__
C 30.9. Problemas nas articulações (quadril, joelho, cotovelo, pulso, etc.)? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.9__
C 30.10. Náusea persistente e vômito? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.10__
C 30.11. Transpiração excessiva ou sede persistente? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C30.11__
C 31. Saúde bucal: Faltam-lhe alguns dentes? (1)SIM (2)NÃO (77) NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C31__

C 32. O(a) Sr(a) usa ponte, dentadura ou dentes postiços? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C32___
C 33. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem algum problema nervoso ou psiquiátrico? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C33___
C 34. O(a) Sr(a) tem tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C34___
C 35. O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C35___
C 36. Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C36___
C 37. Sente que sua vida está vazia? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C37___
C 38. Tem estado aborrecido freqüentemente? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C38___
C 39. Tem estado de bom humor a maior parte do tempo? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C39___
C 40. Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C40___
C 41. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C41___
C 42. Com freqüência se sente desamparado, ou desvalido? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C42___
C 43. Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C43___
C 44. Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade? (1)SIM (2)NAO (77) NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	C44___
SEÇÃO D – ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)	
D 1. Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D1___
D 2. Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D2___
D 3. Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D3___
D 4. O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D4___
D 5. O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para comer? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D5___
D 6. O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D6___
D 7. O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D7___
D 8. O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro? (1)SIM (2)NAO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D8___

D 9. O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D9____
D 10. O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc.? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88) NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D10____
D 11. Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda para conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	D11____
D 12. O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.? (1)SIM (2)NÃO	D12____
D 13. O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.? (1)SIM (2)NÃO	D13____
D14. O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios? (1)SIM (2)NÃO	D14____
SEÇÃO E – HÁBITOS DE VIDA	
E 1. O(a) senhor(a) pratica atividade física regular no mínimo 2 vezes por semana? (1)SIM (2)NÃO (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	E1____
E 2. O(a) senhor(a) fuma? (1)SIM (2)NÃO(nunca fumou) (3) NÃO(ex-fumante) (77)NÃO SABE (88)NÃO SE APLICA (99)SEM INFORMAÇÃO	E2____
E.3 O(a) Sr(a) ingere bebida alcoólica? (1)SIM (2) NÃO (nunca bebeu) (3) NÃO (parou de beber)	E3____ E4____
E.4 Quando afirmativo: No último mês , quantos dias tomou bebida alcoólica? ____**____	_____
E 5. O(a) senhor(a) costuma comer frutas e/ou verduras? (1)SIM (2)NÃO	E5____
E6 Quando afirmativo: (1) 1 x por semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 4 a 5 vezes/semana (4) mais de 5 vezes por semana	E6____