

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Rita de Cássia Román da Porciúncula

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS LONGEVOS EM RECIFE,  
NORDESTE DO BRASIL**

**RECIFE  
2012**

RITA DE CÁSSIA ROMÁN DA PORCIÚNCULA

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DOS LONGEVOS NO  
NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

**ORIENTADOR:**

EDUARDO MAIA FREESE DE CARVALHO

Recife  
2012

RITA DE CÁSSIA ROMÁN DA PORCIÚNCULA

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DOS LONGEVOS NO  
NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

---

Dr. Rafael da Silveira Moreira  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

---

Dra. Maria de Fátima de Souza Santos  
Universidade Federal de Pernambuco

*Dedico esta dissertação ao meu filho Giuliano, minha razão de  
seguir em frente a cada dia que amanhece.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Júnior, pela infinita paciência com que me escutou durante minhas intermináveis reflexões sobre meu trabalho e por todas as palavras de conforto nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Mirian e Roberto, cujo apoio foi fundamental para a conclusão do mestrado.

Ao meu irmão, Marco, por se fazer sempre presente na rotina do meu filho quando eu tive que me ausentar.

Ao meu orientador, Eduardo Freese, pela honra de trabalhar sob sua orientação e pela oportunidade de realizar mais um objetivo no meu percurso profissional.

Às queridas Kátia Magdala Barreto e Valéria Moura Moreira Leite, pela generosidade com que me acolheram em suas pesquisas.

Aos professores do CPqAM, por terem me ensinado tanto sobre a Saúde Pública no Brasil mas principalmente sobre a seriedade com que se deve produzir o conhecimento científico.

Ao CPqAM e à CAPES, que possibilitaram que eu me dedicasse exclusivamente à minha pesquisa.

Minha gratidão aos meus queridos idosos que participaram da pesquisa respondendo ao questionário e possibilitaram a concretização desta pesquisa. Eles não imaginam que, além das informações prestadas, também proporcionaram uma lição de vida única a cada entrevista.

Hegel escreveu que “a coruja de Minerva se levanta voo ao entardecer”.  
Em tempos de acelerado envelhecimento populacional no mundo,  
é reconfortante pensar que teremos pessoas com mais sabedoria  
acumulada ao longo da vida e mais serenidade em seus corações  
para enfrentar o enorme desafio, que nos é urgentemente imposto,  
de encontrar soluções para as questões da sustentabilidade  
do planeta e da vida humana em sociedade.

PORCIÚNCULA, Rita de Cássia Román. Perfil socioepidemiológico de idosos longevos em Recife, Nordeste do Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

### RESUMO

Dos processos articulados de transição demográfica e epidemiológica decorre o crescimento da população idosa. Tem-se observado recentemente um importante aumento do número de idosos mais longevos (com idade acima de 80 anos). O crescimento da população idosa impõe uma reorganização de toda a sociedade, sobretudo, do sistema de saúde de maneira que possa atender adequadamente as necessidades emergentes do envelhecimento populacional. No campo científico, poucos ainda são os estudos que enfocam as particularidades desta parcela da população. Nesse sentido, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, do tipo corte transversal, que teve por objetivo descrever o perfil socioepidemiológico de idosos longevos residentes em Recife, uma das capitais brasileiras com maior proporção de idosos. A amostra é composta por 227 idosos, que responderam ao questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule) modificado, em entrevistas domiciliares. O banco de dados foi composto através da digitação em duas entradas no programa de planilha eletrônica Microsoft Office Excel, versão 2007, seguida da validação no software Epi info, versão 3.5.3. Para as análises utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.0 para Windows, no qual foram construídas as tabelas com frequência simples. O tratamento estatístico foi realizado através de análise bivariada, para verificar a existência de associação (Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e mostram a predominância das seguintes características: feminização da população (77,4% de mulheres), baixo nível de escolaridade (64,9% estudaram até o 1º grau), viuvez como estado conjugal (64,8%) e a aposentadoria é a principal fonte de renda (71,7%). Os idosos residem comumente com as filhas (48,7%) e os netos (42,2%), participando também da manutenção da casa, tanto no que se refere às tarefas domésticas quanto à complementação do orçamento. Como principais problemas de saúde são citados a hipertensão (59%), a doença de coluna ou dor nas costas (48,3%), os problemas de visão (46,1%), a incontinência urinária (37,8%) e a osteoporose (34,5%), tendo metade dos idosos (50,9%) referido interferência destas em sua rotina de atividades. O grau de autonomia e independência dos idosos longevos foi considerado bom uma vez que não há relato de dificuldade na realização da maioria das atividades. As tarefas apontadas como as quais geram necessidade de ajuda ou acompanhamento são sair de casa usando algum tipo de transporte (39,6%), cortar as unhas dos pés (43%) e sair de casa para caminhar curtas distâncias pelo bairro (47,4%). Ainda são muitas as dificuldades enfrentadas pelas pessoas ao envelhecer e é grande o despreparo da sociedade frente ao envelhecimento prolongado. Governo e sociedade devem participar da criação de melhores condições de vida para esta fase considerando todas as mudanças que ocorrem e adequando programas e ações que contribuam efetivamente para a obtenção da qualidade de vida em mais anos vividos.

Palavras-chave: idoso de 80 anos ou mais, longevidade, envelhecimento da população, perfil de saúde, estudos transversais.

PORCIÚNCULA, Rita de Cássia Román. Socio-epidemiological profile of oldest-old group in Recife, Brazil northeastern. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

### **ABSTRACT**

By demographic and epidemiological processes transition derives the aging population. Recently, it has been observed a significant increase in the number of oldest-old group (over age 80 years). The aging population requires a reorganization of the society, especially the health system to relieve properly the emerging needs of aging population. In the scientific field, are still few studies that focus on the particulars of this parcel of the population. Accordingly, we performed an descriptive cross-sectional epidemiological research, which aimed to describe the socio-epidemiological profile of oldest-old group in Recife, a Brazilian state capital with one of the highest proportion of elderly. The sample consisted of 227 elderly, who answered the BOAS (Brazil Old Age Schedule) modified, in household interviews. The database was composed by typing in two entries in the spreadsheet program Microsoft Excel, version 2007, then validated in Epi Info software, version 3.5.3. For the analyzes used the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 13.0 for Windows, which were built with simple frequency tables. Statistical analysis was performed bivariate analysis to verify the existence of association (chi-square and Fisher's exact test). All tests were carried out with 95% confidence. The results are shown in graphs and identified the predominance of the following characteristics: feminization of the population (77.4%), low educational level (64.9%), marital status as widowed (64.8%) and retirement is the main source of income (71.7%). The elderly often live with their daughters (48.7%) and grandchildren (42.2%), participating in the maintenance of the house, both with housework as to supplement the budget. The main diseases are hypertension (59%), the disease of spine (48.3%), vision problems (46.1%), urinary incontinence (37.8%) and osteoporosis (34.5%), half of seniors (50.9%) referred these diseases interference in their routine activities. The autonomy and independence degree of the oldest old was considered adequate because in most activities there are no reports of difficulty of achievement. The tasks identified as those which generate the need for help or follow-up are leaving home using some kind of transport (39.6%), cutting toenails (43%) and leaving home to walk short distances around the neighborhood (47, 4%). The oldest-old group still has many difficulties and society is unprepared to face the demographic aging. Government and society should participate in the creation of better living conditions for this group considering all the changes and programs and actions that contribute effectively to the achievement of quality of life in more years lived.

Key-words: ages, 80 and over, longevity, demographic aging, health profile, cross-sectional studies.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	População residente de idosos com 65 anos ou mais por faixa etária e sexo, Recife, 2010.	39
Gráfico 2	Distribuição dos idosos longevos de acordo com o sexo, Recife, 2012/2011.	45
Gráfico 3	Distribuição dos idosos longevos de acordo a faixa etária, Recife, 2010/2011.	46
Gráfico 4	Distribuição dos idosos longevos de acordo o sexo e a faixa etária, Recife, 2010/2011.	46
Gráfico 5	Distribuição dos idosos longevos de acordo com o nível de escolaridade, Recife, 2010/2011.	47
Gráfico 6	Distribuição dos idosos longevos de acordo com o sexo e o nível de escolaridade, Recife, 2010/2011.	47
Gráfico 7	Distribuição dos idosos longevos conforme o estado conjugal, Recife, 2010/2011.	48
Gráfico 8	Distribuição dos idosos longevos conforme o sexo e o estado conjugal, Recife, 2010/2011.	48
Gráfico 9	Distribuição dos idosos longevos conforme o número de filhos e número de filhas, Recife, 2010/2011.	49
Gráfico 10	Distribuição dos idosos longevos conforme o arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.	49
Gráfico 11	Distribuição dos idosos longevos conforme a composição do arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.	50
Gráfico 12	Distribuição dos idosos longevos conforme o sexo e o arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.	50
Gráfico 13	Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à saúde	

	referida, Recife, 2010/2011.	51
Gráfico 14	Distribuição dos idosos longevos em relação à morbidade referida, Recife, 2010/2011.	51
Gráfico 15	Distribuição dos idosos longevos em relação à interferência das doenças e problemas de saúde na rotina de vida, Recife, 2010/2011.	52
Gráfico 16	Distribuição dos idosos longevos segundo o grau de autonomia e independência no desempenho das AVD, Recife, 2010/2011.	53
Gráfico 17	Distribuição dos idosos longevos em relação à situação de trabalho, Recife, 2010/2011.	54
Gráfico 18	Distribuição dos idosos longevos em relação à fonte de renda, Recife, 2010/2011.	54
Gráfico 19	Distribuição dos idosos longevos em relação à renda mensal pessoal, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.	55
Gráfico 20	Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à renda mensal pessoal, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.	55
Gráfico 21	Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à renda mensal familiar, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.	56
Gráfico 22	Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à condição de moradia, Recife, 2010/2011.	56
Gráfico 23	Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e a ganhar o suficiente para despesas básicas, Recife, 2010/2011.	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AVD	Atividades da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
BOAS	Brazil Old Age Schedule
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SABE	Projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal da Pernambuco
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
1.1 O envelhecimento populacional	14
1.2 Perfil da população idosa brasileira	19
1.3 Conhecendo o idoso longevo	25
1.4 Capacidade funcional	28
<b>2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b>	33
<b>3 PERGUNTA CONDUTORA</b>	36
<b>4 OBJETIVOS</b>	38
4.1 Geral	38
4.2 Específico	38
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS</b>	40
5.1 Desenho do estudo	40
5.2 Local e população do estudo	40
5.3 Coleta de dados	43
5.4 Considerações éticas	45
5.5 Plano de análise	45
<b>6 RESULTADOS</b>	47
6.1 Informações gerais	47
6.2 Saúde referida	53
6.3 Morbidade referida	54
6.4 Recursos econômicos	55
<b>7 DISCUSSÃO</b>	61
<b>8 CONCLUSÕES</b>	71
<b>9 RECOMENDAÇÕES</b>	74
<b>REFERÊNCIAS</b>	76
<b>APÊNDICES</b>	84
Apêndice A – Instrumento do estudo	84
Apêndice B – Quadro 1 – Distribuição das variáveis pesquisadas na Seção I sobre informações gerais	92
Apêndice C – Quadro 2 – Distribuição das variáveis pesquisadas na Seção II sobre saúde física	93

Apêndice D – Quadro 3 – Distribuição das variáveis pesquisadas na Seção III sobre Atividades da Vida Diária	94
Apêndice E – Quadro 4 – Distribuição das variáveis pesquisadas na Seção IV sobre recursos econômicos	95
<b>ANEXOS</b>	97
Anexo A – Carta de anuência	97
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética nº 315/2010 – CEP/CCS	98

## **INTRODUÇÃO**

---

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O envelhecimento populacional

Segundo as Nações Unidas, em todo o mundo, um número cada vez maior de pessoas chega à velhice. No passado, isto era considerado um privilégio de poucos, pois morria-se ainda jovem. Hoje, envelhecer é cada vez mais comum, e muitos são os fatores que contribuíram para essa conquista da humanidade (NAÇÕES UNIDAS, 2002).

O processo de envelhecimento se manifesta através do declínio das funções de diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição. Sabe-se que seu início é precoce e se dá a partir da segunda década de vida, avançando até que as alterações funcionais e/ou estruturais comecem a se tornar perceptíveis. Estas manifestações variam de um indivíduo para outro, fazendo com que o ritmo de declínio seja diferente entre idosos de mesma idade (PAPALÉO NETO, 1996).

Segundo Paschoal (1996b), o envelhecimento pode ser observado por diferentes aspectos. Enquanto biologicamente, ele se trata de um processo contínuo durante toda a vida, socialmente, características atribuídas a pessoas idosas variam conforme a cultura, as gerações e as condições de vida dos indivíduos, que influenciam de forma direta as desigualdades no envelhecer. Intelectualmente, o autor delimita o processo com o começo dos lapsos de memória, dificuldade de aprendizado, falhas de atenção, orientação e concentração. Do ponto de vista econômico, a saída do mercado de trabalho marca o início da velhice e, funcionalmente, a dependência de outros para a realização de atividades diárias. Por fim, o aspecto cronológico, que traz a idade de 65 anos como ponto de corte, a partir do que se considera uma pessoa idosa, tal qual adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, respeitando a expectativa de vida menor, a Organização Mundial de Saúde (1984) adota a idade de 60 anos como limite de transição para o segmento idoso da população.

Para se analisar o processo de envelhecimento de países, outro importante conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (1984) é o de população envelhecida, aquela em que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% da população geral, com tendência ao crescimento. A população mundial está envelhecendo de forma rápida

(PASCHOAL, 1996a). As Nações Unidas (1999) estimam que, dentro de algumas décadas, a proporção de idosos, em todo o mundo, terá aumentado de 1:14 para 1:4 habitantes. Atualmente, muitas nações desenvolvidas se encontram na categoria de países envelhecidos e aquelas em desenvolvimento também estão evoluindo para atingir este patamar. Desde a década de 80, mais da metade dos idosos do mundo vive em países em desenvolvimento e estima-se que cerca de três quartos desta parcela da população se encontrará nestes países até 2025 (NAÇÕES UNIDAS, 2002; REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2009; VERAS, 1994).

Esse processo de envelhecimento das populações tem base nas grandes transformações políticas, econômicas e sociais que geraram mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico, ocorridas nas sociedades contemporâneas principalmente a partir do século passado (FREESE; FONTBONNE, 2006). Trata-se de um fenômeno complexo e requer uma análise mais detalhada.

Durante milênios, os povos antigos tiveram altos índices de mortalidade e de natalidade, com a primeira levemente abaixo da segunda, logo com um aumento progressivo da população. Eventos como guerras, epidemias e fome aumentavam periodicamente o número de mortes, mantendo assim as populações estáveis. Nesse momento, a expectativa de vida era de aproximadamente 20 anos. Em meados do século XX, inicia-se o processo de transição demográfica, no qual a população de inúmeros países, após ter experimentado um crescimento acelerado, ingressa em uma fase de limitação progressiva, em que mudanças começaram a ocorrer na dinâmica populacional. (PEREIRA, 2008).

Pereira (2008) assinala quatro fases postuladas pela teoria da transição demográfica, que representam as tendências a serem percorridas pelos países. A fase “pré-industrial” ou “primitiva” caracterizada por altas taxas de mortalidade e de natalidade. A fase “intermediária de divergência de coeficientes”, com redução expressiva da mortalidade e manutenção da natalidade, consistindo em crescimento acelerado da população. A fase “intermediária de convergência de coeficientes”, na qual a natalidade diminui em ritmo mais acelerado que a mortalidade. Por fim, a fase “moderna” ou de “pós-transição”, em que os coeficientes estão novamente próximos, porém em baixos níveis, atingindo a estabilidade com crescimento populacional praticamente zero e taxa de fecundidade ao nível de reposição, ou seja, dois filhos por casal.



Essas tendências podem variar um pouco de acordo com as particularidades dos países. Entretanto, uma característica tem se destacado, a taxa de fecundidade tende a se manter discretamente abaixo do nível de reposição, especialmente em países desenvolvidos. Também já é possível observar essa característica em alguns nos países em desenvolvimento. Esse fator associado à redução da mortalidade mais pronunciada entre adultos e idosos, e o aumento da expectativa de vida tem impacto direto sobre a estrutura etária e altera a proporção de pessoas nas diferentes faixas (REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2009).

Paralelamente às mudanças demográficas, estudos demonstram alterações nos padrões predominantes de morbi-mortalidade ou perfil epidemiológico. Detalhando a teoria da transição epidemiológica, Omran (2005) definiu três momentos ao longo da história: 1 - o período das pestilências e da fome, quando a mortalidade era alta e oscilante, impedindo ou dificultando o crescimento populacional continuado — neste período, a esperança de vida era baixa e variava entre 20 e 40 anos; 2 - o período de desaparecimento das pandemias, em que a mortalidade caiu progressivamente e a magnitude desse declínio é maior à medida que os picos epidêmicos se tornam menos frequentes ou desaparecem. A esperança de vida ao nascer passa a aumentar, variando entre 30 e 50 anos e o crescimento populacional é contínuo e exponencial ao longo do período; 3 - o período das doenças degenerativas e das doenças provocadas pelo homem, no qual a mortalidade continua a declinar ou a se estabilizar em níveis bem baixos. A esperança de vida ao nascer aumenta gradualmente, ultrapassando os 50 anos e a fecundidade passa a ser a mais importante das variáveis que regulam o crescimento populacional.

Omran (2005) assinala a importância da mortalidade como fator fundamental para os câmbios na dinâmica populacional e no decorrer da transição padrões de morbi-mortalidade causados por doenças infecciosas tendem a ser gradualmente substituídos por padrões característicos de doenças degenerativas e provocadas pelo homem. O autor aponta ainda como premissa do processo o fato de que não é possível analisar a transição epidemiológica separadamente das alterações demográficas e socioeconômicas ocasionadas pela modernização das sociedades.

Mais recentemente, Freese e Fontbonne (2006) definem este perfil epidemiológico e demográfico como uma expressão dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais que ocorreram historicamente e ocorrem permanentemente no interior e entre as várias

sociedades. Logo, a transição está vinculada a uma forma de organização das sociedades, capaz de determinar importantes transformações, substituição ou superação de determinada forma de adoecer em um tempo delimitado.

Como exemplo disso é possível observar, na Europa do século XIX, como a urbanização e a melhoria das condições de vida decorrentes das revoluções agrícola e industrial foram responsáveis por um importante declínio da mortalidade e pela modificação do perfil epidemiológico da população, numa época de pouco conhecimento médico e de implementação limitada de medidas terapêuticas eficazes (PRATA, 1992). Incluem-se entre os fatores que influenciaram esse declínio melhores níveis de nutrição e de condições de vida, introdução de medidas médicas (imunização e tratamento) e de vigilância sanitária (manipulação adequada de alimentos) e redução de exposição ao risco de infecção (serviços de água, esgoto e destino de resíduos sólidos).

Paralelamente, a África vivia, neste mesmo momento histórico, um processo de expansão colonialista que provocou a redução na oferta local de alimentos, interferiu na forma de ocupação do espaço territorial e na relação humana com o meio ambiente. A piora das condições de vida e o desequilíbrio ecológico favoreceram então o surgimento de epidemias e a prevalência de endemias (PRATA, 1992). Nessa outra região, o contexto privilegiou o aumento da morbidade por doenças infecto-parasitárias e da mortalidade. Assim como as transformações demográficas, a transição epidemiológica também sofre mudanças dependendo da realidade regional.

Desta forma, nota-se que o investimento em tecnologias disponíveis (vacinas e saneamento), a expansão dos serviços de saúde curativos e preventivos, a implementação de políticas públicas de educação, moradia e os programas específicos de saúde pública para determinados grupos de risco foram decisivos para a mudança do perfil epidemiológico e demográfico (FREESE; FONTBONNE, 2006). Vale salientar que, em relação à forma como estes recursos foram e são aplicados, os países desenvolvidos diferem substancialmente dos subdesenvolvidos e os mecanismos que levam ao envelhecimento populacional são distintos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Observando-se o exemplo da Europa, tem-se que o aumento na expectativa de vida ao nascimento já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico e a principal razão associada ao drástico declínio da mortalidade por tuberculose, por exemplo, é a elevação do nível de vida da população, traduzido pela

urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que anteriormente. Todos esses fatores já estavam presentes quando, no final da década de 40 e início dos anos 50, foram introduzidos os exames radiográficos, a vacina BCG e toda uma gama de drogas potentes que tiveram importante papel catalisador na redução contínua da incidência e prevalência da tuberculose; no entanto, o processo já estava há muito desencadeado. Por outro lado, nos países do Terceiro Mundo, o aumento substancial na expectativa de vida ao nascimento começa a ser observado a partir de 1960, fortemente influenciado pela introdução das medidas médicas (KALACHE, 1987).

Quanto à temporalidade, Freese e Fontbonne (2006) observam redução acentuada no tempo necessário para se efetivar o processo de transição. Em países do Hemisfério Sul, a transição vem ocorrendo de forma acelerada e parcial, acoplando a antigas mazelas de um contexto de iniquidade social novas doenças e agravos decorrentes do prolongamento da vida. Por outro lado, os países do Hemisfério Norte superaram as fases iniciais com a busca de equidade social feita gradualmente durante longo período de tempo. O que levou mais de um século para ocorrer em países desenvolvidos pode se dar, na atualidade, em poucas décadas nos países subdesenvolvidos se forem aplicados adequadamente políticas públicas utilizando o conhecimento e as tecnologias disponíveis para o conjunto da sociedade.

Considerando a velocidade de desenvolvimento do processo, Kalache (1987) afirma que se o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. O número de pessoas idosas cresce em determinada população, crescendo também as suas necessidades específicas.

Para Veras (1994), o Brasil possui uma situação muito particular em que ao mesmo tempo apresenta alta proporção de sua população na faixa etária entre 0 e 14 anos e outra porção significativa da população envelhece. Ambos os grupos têm necessidades médicas e sociais específicas, que colocam aos governantes demandas importantes a serem atendidas com recursos escassos. Essa realidade é uma característica particular do país e requer um tratamento distinto. Em países da Europa, diferentemente, há possibilidade de direcionar mais recursos aos idosos, que podem ser vistos como prioridade uma vez que o número de jovens é

pequeno e estável ou mesmo decrescente há algumas décadas em contraposição à população idosa que continua a crescer com importância nas faixas mais avançadas.

Concomitantemente, o Brasil passa por um processo de transição epidemiológica e demográfica inconcluso, de temporalidade indefinida, marcado por importantes desigualdades ainda existentes no país (CESSE; FREESE, 2006). Ao lado de níveis crescentes das doenças crônico-degenerativas, há a manutenção de níveis significativos de morbidade por doenças negligenciadas, controláveis com a tecnologia atualmente disponível, o surgimento de novas patologias infecciosas, principalmente virais, e de algumas doenças reemergentes, além do aumento considerável da violência. Os autores constataam que este quadro não reflete desenvolvimento social, mas pode ser entendido como uma forma deficiente de industrialização, urbanização e consumo massivo, que se traduz em todos esses problemas. Cesse e Freese (2006) salientam ainda que o processo experimentado pelo Brasil esteve determinado pela distribuição desigual dos riscos e agravos, que cria situações de saúde e doença muito diferentes entre as regiões, entre os grupos populacionais de microrregiões, de municípios e até intradistritais.

Com todas essas peculiaridades e o aumento da expectativa de vida da população brasileira, novos desafios estão postos. Uma vez que o homem alcançou anos de vida mais prolongados, questiona-se como acrescentar qualidade de vida a eles e manter os idosos socialmente ativos. À medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, nem tampouco está limitada a este contingente populacional. Envelhecimento está associado a um bom nível de saúde, a menos que haja doença. Além disso, os avanços na ciência da saúde e tecnologia tornaram possível, para aqueles com poder aquisitivo ou cobertos por seguros adequados – públicos ou privados - uma melhor qualidade de vida na velhice. Para isso, estratégias de prevenção ao longo de todo o curso de vida tornaram-se mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (KALACHE, 2008).

## 1.2 Impacto e desafios do envelhecimento da população brasileira

Houve um tempo em que a questão da velhice esteve colocada entre dois pólos bem distintos. Na França, século XIX, segundo Peixoto (1998), utilizava-se o termo “velho” ou “velhote” para tratar das pessoas que não tinham status social e tampouco podiam ter um futuro financeiramente assegurado. Por outro lado, a designação idoso se referia àquelas

pessoas com certo patrimônio ou os patriarcas com experiência preciosa. Ainda de acordo com a autora, no Brasil observa-se o mesmo processo com a tentativa de recuperar, mais recentemente, a noção de idoso desvinculada de uma conotação negativa.

A recuperação de uma visão mais integral, especialmente no Ocidente, sobre essa parcela cada vez mais significativa da população compõe-se de vários movimentos tanto a nível mundial quanto nacional. Entre eles, destaca-se a aprovação do Plan de Acción Internacional de Madrid sobre El Envejecimiento, compromisso internacional referendado por todos os países membros das Nações Unidas, em abril de 2002, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (NAÇÕES UNIDAS, 2002). Como recomendações do plano estão: a inserção do envelhecimento na agenda do desenvolvimento; a importância singular e global da saúde; e, o desenvolvimento de políticas de meio-ambiente (físico e social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem.

Questões semelhantes têm sido discutidas em território nacional, com a criação de legislações específicas. A Constituição Federal de 1988, a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso originaram um marco divisor na compreensão e no estabelecimento de políticas públicas sobre o assunto. O governo assinalou 1990 como o Ano Nacional do Idoso, após o qual nota-se crescente projeção e participação de profissionais de saúde pública nos congressos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (BRASIL, 1998,1999, 2003).

No entanto, o tema merece atenção mais acurada na medida em que não diz respeito unicamente a uma ampliação no mercado de trabalho. O impacto que estas transformações estão trazendo se estendem por todos os setores da sociedade, sobretudo, na sua forma de organização. Há repercussões nas diferentes esferas da estrutura social, econômica e política posto que os idosos demandam serviços específicos para o alcance de adequadas condições de vida.

Tais repercussões formulam para os especialistas, homens públicos e coletividades um dos maiores desafios sociais da história humana e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (MOTTA; AGUIAR, 2007). Trata-se de um fenômeno simultaneamente global e local, com evolução preocupante a curto e médio prazo, à medida que os gastos dos governos aumentam muito rapidamente com o envelhecimento populacional. Para Moreira (1998), as mudanças se darão principalmente nos setores de educação, saúde e previdência social, com repercussões

diretas sobre as instituições sociais e um novo dimensionamento das responsabilidades da família e do Estado no provimento das demandas emergentes.

O cuidado integral do idoso, tal como é proposto na legislação brasileira, implica no desenvolvimento de um setor da sociedade para o qual ainda se dedicava pouca atenção. Áreas como ensino e pesquisa sobre o envelhecimento, atenção à saúde e inserção social do idoso são pilares na consolidação de uma nova visão. Apesar de iniciadas, tais alterações são urgentes já que são de ampla e difícil implantação além de demorarem a produzir resultados enquanto o envelhecimento populacional tem se mostrado extremamente veloz.

Motta e Aguiar (2007) trazem o dado de que mudanças propostas para a educação médica apenas passam a afetar os serviços oferecidos após dez ou quinze anos de sua implementação. Mais especificamente no que se refere ao setor saúde, sabe-se que, nos próximos anos, a falta de um cuidado adequado e o próprio perfil atual de adoecimento dos idosos levarão a um aumento de gastos na saúde pública que ainda não pode ser exatamente dimensionado. Segundo Pereira (2008), o perfil de morbidade da população deve determinar, em grande parte, o tipo, a quantidade e a distribuição de serviços colocados à disposição da coletividade, com vistas a manter ou melhorar o nível de saúde.

Se, por um lado, as projeções para o futuro financeiro da saúde e da previdência social são um tanto complexas, apontando para o exaurimento de recursos e a dificuldade do governo em atender às necessidades da atenção à saúde, por outro, a essência do SUS e a sua prática levam ao questionamento sobre como a implantação de uma política consistente de promoção da saúde pode modificar o atual perfil epidemiológico da população idosa.

No que diz respeito ao crescimento desta população e a realidade brasileira quanto à estrutura etária, Wong, Carvalho e Perpétuo (2009) mostram que na década de 1970 as pessoas com 65 anos ou mais correspondiam a 3,1% do total da população e estimam que esta proporção chegará a 19% em 2050. Entre os idosos, a parcela que mais crescerá será a de pessoas com 80 anos ou mais, passando de 17,1% da população, em 2000, a 28,1% em 2050. O envelhecimento da própria população idosa é observado ao se comparar os dados das demais faixas de idosos, cuja estimativa aponta que passarão de 36,6% para 29,7%, de 28,4% para 23,8% e de 17,9% para 18,4%, respectivamente nas faixas de 65 a 69, 70 a 74 e 75 a 79 anos, no mesmo período.

Outro aspecto importante da dinâmica populacional é a feminização deste grupo etário. Moreira (1998) considera que a feminização decorre de amplos diferenciais de volume de idosos por sexo, um número muito maior de mulheres sobrevive até atingir o limiar inferior do grupo etário idoso e neste permanecem muito mais tempo que os homens. Em 2000, para um grupo de 100 mulheres havia cerca de 81 homens; em 2050, haverá aproximadamente, 76. Fenômeno que se acentua entre idosos mais velhos, chegando a 61 homens para cada 100 mulheres e alcançando a proporção de quase duas mulheres para cada homem (LIPOSCKI, 2007; MORAIS, 2007; WONG; CARVALHO; PERPÉTUO, 2009).

Associados ao maior número de idosas há fatores biológicos, como a proteção que os hormônios femininos proporcionam em relação à isquemia coronariana, e fatores comportamentais. A combinação destes fatores faz com que existam diferenças em relação às características da mortalidade ligada ao sexo (BERQUÓ, 1996). Os elementos comportamentais mais importantes são diferenças de exposição às causas de acidente de trabalho, consumo de tabaco e álcool e diferenças de atitude em relação à doença e incapacidades. A mulher, de forma geral, apresenta menos comportamento de risco em relação a esses fatores, como também adota uma postura mais ativa no cuidado com sua saúde, inclusive recorrendo mais a programas de prevenção. Em decorrência dessa variação, as mulheres experimentam períodos mais prolongados de doenças crônicas (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). É também entre as mulheres longevas que a viuvez é mais prevalente e as taxas de segundo casamento são menores do que entre os homens viúvos (BUAES; DOLL, 2005). Estes tendem a constituir nova família (DUARTE, 2003; SAAD, 2003). As mulheres idosas, por sua vez, optam por residir com parentes próximos e encarregando-se de cuidados com os netos e com o lar (VITTA, 2001).

Uma vez que, ao longo da vida, naturalmente os problemas de saúde se modificam, as pessoas idosas apresentam um quadro diferenciado de enfermidades e de mortalidade em relação às demais faixas etárias, sendo característico desta etapa o aumento da preocupação com doenças crônico-degenerativas, a redução da capacidade funcional e o surgimento da dependência. Com o envelhecimento, os indivíduos tornam-se suscetíveis à incapacidade e à dependência de um cuidador, que ocorrem não só pelas alterações físicas e fisiológicas como também por condições sociais e afetivas pouco receptivas à nova realidade. Em função da maior prevalência de doenças nesse grupo da população, os idosos se tornam grandes usuários dos serviços de saúde (REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2009).

Quanto à mortalidade, Lima-Costa (2003) assinala como principais causas de morte entre idosos as doenças do aparelho circulatório, destacando-se as cerebrovasculares, que respondem como primeira causa de morte de idosos no Brasil, e as isquêmicas do coração. Em seguida, estão as neoplasias, que apresentam predominância dos tumores de tranqueia, brônquios e pulmões, e especificamente, seguem-se tumor de mama para as mulheres e próstata para homens. Em terceiro lugar, aparecem as doenças respiratórias, entre as quais sobressaem as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, a influenza e a pneumonia. Estes três grupos de afecções juntos são responsáveis por cerca de 60% das mortes de homens e mulheres.

Considerando a morbidade, 75% das mulheres e 62% dos homens relatam ter pelo menos uma doença ou condição crônica, números que aumentam nas faixas etárias mais avançadas (LIMA-COSTA, 2003). De acordo com estudo realizado por Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007) apenas 22% dos idosos não apresentam doenças crônicas, 23% apresentam duas doenças e 30% pelo menos três, resultando que mais da metade dos 30.000 idosos estudados em todo o país possui um quadro de doenças múltiplas. A hipertensão arterial e a artrite são as mais frequentemente relatadas pelas pessoas idosas, mas também destacam-se doenças do coração, diabetes, asma/bronquite, câncer e cirrose (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; MARAFON, 2003; SANTOS, 2007). Vale salientar que diabetes e depressão, apesar de terem prevalências menores, são potencialmente incapacitantes e aumentam os riscos de mortalidade (LIMA-COSTA, 2009).

Uma das características que torna o perfil epidemiológico dos idosos particular é a longa duração da maior parte das doenças predominantes nesta faixa etária. Essas doenças não são de desfecho rápido e não podem ser negligenciadas devido ao seu caráter crônico, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência do indivíduo. Em algum momento do adoecimento, o idoso buscará o serviço de saúde e, em geral, o uso é mais prolongado do que em outras etapas da vida (REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2009).

Na atualidade, novos fatores interferem no desenvolvimento dessas enfermidades a solidão e a pobreza, provocadas pela urbanização acentuada, podem agravar os problemas de saúde causados por patologias múltiplas (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). As famílias migraram do campo para a cidade, perdendo o traço de solidariedade sócio-cultural presente nas zonas rurais e pequenas cidades. Além disso, os idosos passam a enfrentar a diminuição



do suporte familiar, pois as famílias reduziram o seu tamanho, ao mesmo tempo em que aumentaram a sua mobilidade com novos arranjos através de separações e divórcios.

Ainda conforme Veras, Ramos e Kalache (1987), a esses fatores soma-se a saída do mercado de trabalho com diminuição do status do idoso, diretamente influenciada pelas transformações sociais, culturais e econômicas do mundo atual. Estas exigem das pessoas o rápido domínio de novas tecnologias, fazendo com que o idoso se sinta rejeitado e indesejado. Para Kalache (2008), a valorização da juventude é uma questão crítica ao dar importância excessiva aos jovens quando apenas os considera eficientes e valorizados para o trabalho, não levando em conta a experiência e o conhecimento acumulados pelos idosos.

Muitos são os fatores que caracterizam a vida na velhice e os problemas específicos desta fase da vida. No intuito de compreender melhor a população idosa em Pernambuco, alguns estudos foram desenvolvidos. Barreto et al. (2003) sobre o perfil da população da Universidade Aberta à Terceira Idade da UFPE, mostram a predominância de idosas jovens (60 a 69 anos), com escolaridade de segundo grau completo, com importantes níveis de autonomia e independência funcional; são capazes de realizar sozinhas as atividades de vida diária e as atividades instrumentais vida diária, tanto no domicílio quanto fora dele. A maioria delas é viúva e refere satisfação com a vida, inclusive participando financeiramente do sustento da casa. Não relatam problemas importantes no cotidiano, preocupando-se apenas com a saúde e o futuro de filhos e netos. Sobre suas condições de vida, os idosos possuem renda pessoal e familiar acima da média de rendimentos da população idosa em geral e proveniente de suas aposentadorias. Residem em imóveis próprios, em boas condições, com serviços de rede de esgoto e energia elétrica.

Ainda sobre essa população, Leite et al. (2006) desenvolvem estudo específico sobre a incidência de depressão. Como resultados têm-se elevada frequência (24,01%) de casos entre os participantes, estando predominantemente no grupo classificado como depressão menor. A maioria dos casos ocorre no sexo feminino entre 60-69 anos e apresentam importante relação com as variáveis preocupação, dor de cabeça, pouca disposição, irritação, tristeza e insatisfação.

A população da Ilha de Fernando de Noronha foi investigada por Paiva (2004) que conclui que uma taxa de 4,3% de idosos não indica a existência de uma população envelhecida assim como também não se observa a feminização da velhice, diferente do que outros estudos apontam. Os indicadores de autonomia e independência refletem o perfil de

uma população saudável, no entanto, já apresentam também elevadas taxas de prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Jardim (2007) estudou os idosos que frequentam grupos de convivência no município do Olinda e caracterizou esta população, encontrando uma maioria de idosas jovens de 60-69 anos (57%), viúvas (44%), com baixo nível de escolaridade (primário) e residindo em domicílios multigeracionais. O nível relatado de satisfação com a vida foi alto assim como a percepção positiva da sua saúde geral (73,9%). 59,5% dizem possuir alguma doença crônica e a mais referida é a hipertensão (66,3% das idosas). As usuárias dos serviços públicos de saúde (55,6%) e dos serviços dentários privados (43%) encontram-se satisfeitas com a qualidade da assistência prestada e apontam a filha como principal apoio em caso de adoecimento. Os indicadores de autonomia e independência são bons uma vez que as idosas são capazes de realizar sozinhas as atividades da vida diária (AVD). As idosas possuem renda própria, apresentam-se na posição de provedoras de dinheiro e moradia em suas famílias, mantendo bom nível de socialização e interação social.

### 1.3 Conhecendo o idoso longevo

O crescimento da população idosa impõe uma reorganização de toda a sociedade, sobretudo, do sistema de saúde em sua infra-estrutura e seus recursos humanos, bem como a criação de uma ampla base técnica e metodológicas com procedimentos e protocolos adequados.

Se em uma população os indivíduos atingirem idades cada vez mais avançadas mantendo boas condições de saúde e autonomia, não há maiores problemas para a sociedade em questão (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Se, no entanto, a vida mais longa for cercada por doenças crônicas e perda de autonomia, os recursos necessários para fazer face aos problemas gerados podem se tornar difíceis de serem absorvidos pela sociedade. Com o avanço da medicina e da tecnologia, a capacidade de tratar doenças aumentou muito, mas é fundamental que os sistemas de saúde sejam capazes de tornar os novos tratamentos acessíveis à maioria das pessoas.

Com idosos longevos cada vez mais presentes na sociedade, os países desenvolvidos começaram a estimular as pesquisas sobre esta faixa etária, a partir da década de 1990 (VERAS, 1994). Mais tardiamente, começam a surgir estudos na América Latina e nos países em desenvolvimento. No Brasil, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população

a cada ano, muitos deles com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2009). Todo esse contingente requer estudos que permitam conhecer sua realidade de vida e suas necessidades de saúde.

Considerando que a faixa da população idosa que mais cresce é aquela com idade acima de 80 anos, desde a última década começam a surgir estudos específicos com o objetivo de conhecer esta parcela dos habitantes do país. Menezes e Lopes (2008), em investigação que objetivou revisar a produção científica sobre os idosos longevos no período de 1998 a 2008, identificaram que esta se concentra nos estados de São Paulo, 48%, e do Rio Grande do Sul, 42%. A área do conhecimento mais estudada foi geriatria, 48%, seguida da enfermagem, 12% das produções. Referente à temática abordada, o estudo mostra a predominância do modelo biomédico, em que o idoso é investigado sob a ótica de uma doença ou distúrbio, com a adoção de uma perspectiva quantitativa, que não considera fatores ambientais, sociais e econômicos. As autoras concluem pela necessidade de mais atenção para esta população uma vez que foram encontradas apenas 21 pesquisas sobre o tema entre dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Patrício et al. (2008) em entrevista a ferroviários do município de Botucatu acerca dos fatores que aumentam a longevidade, segundo o ponto de vista dos próprios entrevistados, encontraram uma percepção de que a longevidade depende do embate entre os fatores prejudiciais à vida e os fatores saudáveis, preservadores da vida. Ainda em relação à percepção da própria saúde, Ferreira, Izzo e Jacob Filho (2007) destacam que para o idoso longevo, a velocidade de caminhada e seu desempenho físico têm forte relação com sua percepção de saúde. São de fundamental importância a crença do idoso em sua capacidade de realizar os movimentos e sua motivação para tanto.

Fatores preditores do envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada foram investigados como parte do projeto Saúde Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe – SABE, em 2000, sendo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e desenvolvido simultaneamente em sete países dessa região com o objetivo de traçar as condições de vida e saúde dos idosos aí residentes. No Brasil, foi desenvolvido na zona urbana do Município de São Paulo com uma amostra de 2.143 idosos. Do total dos idosos em velhice avançada, 9,9% eram funcionalmente independentes nas atividades de vida diária, básicas e instrumentais. Desses 66,4% eram mulheres e 33,6% eram homens. Resultados mostram que, apesar dos idosos conseguirem

chegar à velhice avançada sem incapacidades, poucos são fatores que possam influenciar neste processo. O autor questiona se estes fatores fizeram alguma diferença entre os idosos mais “jovens”, já que com a idade avançada, os “muito velhos” tendem a igualar estas diferenças (FRANCISCO, 2006).

Com relação ao perfil de envelhecimento de octogenários e nonagenários, Heluany (2007) realizou estudo transversal censitário no qual observou 132 idosos longevos do município de Siderópolis e caracterizou a população segundo algumas variáveis. A média das idades era de 85 anos. O sexo feminino representou 60,6%, sendo as mulheres viúvas (61,5% dos homens são casados), residentes de zona urbana e com índices baixos de escolaridade. A maioria da população apresentava baixa escolaridade (93,3% até 4 anos de instrução formal). Hipertensão arterial sistêmica surgiu como a patologia mais prevalente e os indicadores de depressão foram mais altos entre as mulheres.

No Rio Grande do Sul, Morais, Rodrigues e Gerhardt (2008) encontraram como dados demográficos e socioeconômicos dos 137 idosos longevos de sua pesquisa que a maioria se encontra na faixa etária compreendida entre os 80-84 anos. A idade média dos idosos foi de 84,5 anos, e a concentração de 122 (89,1%) idosos está na faixa etária compreendida entre os 80 aos 89 anos, enquanto que 15 (11,0%) estão acima dos 90 anos. Na distribuição dos sexos, as mulheres predominam em relação aos homens, destacando o fato de que acima de 95 anos havia apenas mulheres. O estado civil predominante é a viuvez, sobretudo no sexo feminino e a maioria (88,3%) dos idosos vive acompanhada por um familiar. Do total de entrevistados, 63,5% praticam alguma atividade física. A maioria não possui nenhum dente. O reumatismo aparece como a principal patologia que interfere na vida diária e a hipertensão arterial é a mais relatada. Em 54,8% e em 15,3% os idosos apresentam, respectivamente, as atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais preservadas, sendo que o comprometimento das atividades é crescente com o avanço da idade.

Em estudo comparativo, Rosset (2009) analisa as diferenças entre duas comunidades de idosos longevos, Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS), através da Avaliação Geriátrica Global. Os dados encontrados revelam média de idade em torno de 85 anos, predomínio do sexo feminino, da viuvez e de baixos índices de escolaridade. Os homens idosos casados com maior escolaridade e melhor renda apresentam níveis melhores de independência e autonomia.

Em linhas gerais, algumas características já se sobressaem nos estudos realizados como a feminização da população, a viuvez entre as mulheres e períodos maiores de convivência com doenças crônicas, baixa escolaridade, a falta de dentes na velhice avançada. No entanto, os estudos têm sido pontuais e, em sua maioria, feitos em cidades do sul do país, o que dificulta uma generalização das informações por causa das diferenças e desigualdades entre as regiões brasileiras.

#### 1.4 Capacidade Funcional

Para Ramos (2003), a grande maioria dos idosos convive com, pelo menos, uma doença crônica, porém nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas. O que irá diferenciar, então, o idoso saudável do não saudável será o grau de controle das enfermidades e das sequelas e incapacidades que podem surgir. Portanto, o foco passa a ser a autonomia do indivíduo e não mais a quantidade ou tipo de doenças que porta.

Veras (2009) afirma que a longevidade não impede o idoso de conduzir sua vida de forma autônoma e decidir sobre seus próprios interesses. Esse idoso independente e autônomo deve ser considerado saudável, ainda que apresente doenças crônicas. A essa capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma denomina-se capacidade funcional.

A importância de se medir o estado de saúde em termos de função, o bem-estar funcional, começou a ser reconhecida no fim do século XIX (PASCHOAL, 1996a). Os primeiros estudos, na Europa e nos Estados Unidos, faziam levantamentos através de inquéritos sobre os dias acamados por pessoa e o número de pessoas doentes ou incapazes. Em seguida, houve a introdução de questões sobre a duração de doenças e incapacidades, permitindo a classificação dessas e o cálculo de taxas, razões e escores. É na década de 50, com o aumento do número de idosos e da prevalência de doenças crônicas, que surge a necessidade de classificação das atividades da vida diária como instrumento para avaliação do desempenho e da incapacidade.

Segundo Parahyba e Simões (2006), a avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento particularmente útil para analisar o estado de saúde dos idosos, em função de serem acometidos por múltiplas doenças, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana. A Organização Mundial da Saúde definiu incapacidade

funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Uma das formas mais frequentes de avaliá-la é através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981).

Parahyba, Veras e Melzer (2005) apontam que a auto-declaração ou necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, entre outras) estão relacionadas às atividades básicas da vida diária (AVD's) e permitem analisar o grau mais severo de limitação. Enquanto as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) são consideradas mais complexas e incluem fazer compras, preparo de comida, trabalho doméstico, lavar roupas, utilizar transporte, tomar medicação, manusear dinheiro e o uso de telefone.

Quanto maior o grau de incapacidade funcional, maior a dependência do idoso em relação aos familiares ou cuidadores. Vale salientar que nem toda pessoa doente se torna dependente (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; BARROS, 2008). A dependência é um importante fator de risco para mortalidade, mais significativo do que a própria doença que a desencadeou (VERAS, 2009). Nesse sentido, Veras (2009) afirma que o conceito de capacidade funcional é o mais adequado para embasar a estruturação e viabilização de uma política de atenção à saúde do idoso, subsidiando iniciativas de promoção da saúde, de assistência e de reabilitação que visem aprimorar, manter e recuperar a autonomia e independência física e mental dos idosos.

É necessário ter em conta que a incapacidade funcional não é um atributo que está claramente presente ou ausente, mas uma questão de grau (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). A adequação desse ponto de vista evitará o problema de tender a classificar pessoas como portadoras de alguma deficiência ou não portadoras. Na realidade o que está presente é um completo espectro de limitações, que varia de leve a muito severa.

Para adequar-se a uma nova compreensão do problema, pesquisadores têm repensado o modelo de atendimento à pessoa idosa e buscado uma ampliação do instrumento que fornecerá as informações adequadas para uma atenção interdisciplinar. Nesse contexto, surge a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais, onde a avaliação abrangente e estruturada se associa aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde de diversas especialidades. Suas dimensões mais

utilizadas são estado funcional, saúde mental e funcionamento social (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005).

No entanto, outros instrumentos foram desenvolvidos anteriormente com a finalidade de dimensionar o aspecto funcional no envelhecimento humano. O Index de Independência nas Atividades de Vida Diária foi um dos pioneiros na área, criado por Sidney Katz é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963 (KATZ et. al, 1963). Katz e colaboradores demonstraram que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Eles também verificaram, através de estudos antropológicos, a existência de similaridade entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológica e psicossocialmente primárias, refletindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras (KATZ; STROUD, 1989). A partir da associação das informações teóricas e empíricas, Katz e equipe desenvolveram o instrumento de medida das atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções.

Por sua vez, o índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir-se e despir-se, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY; BARTHEL, 1965). Na versão original a pontuação da escala varia de 0-100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD avaliadas. Desde a sua publicação o índice de Barthel tem sido amplamente utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a dependência dos indivíduos para a realização das AVD (PAIXÃO JUNIOR; REICHENHEIM, 2005).

Para verificar o grau de comprometimento da capacidade funcional, a Escala de Karnofsky é comumente utilizada assim como a Escala de Lawton. A primeira avaliando o nível de inaptidões e deficiências funcionais em idosos, enquanto a segunda mensura a capacidade de o indivíduo realizar oito atividades da vida com independência. Como

principais vantagens, estas estratégias apresentam fácil e rápida aplicação e interpretação, baixo custo e possibilidade de repetição periódica da avaliação (HAAS, 2010).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma das ferramentas mais difundidas para a avaliação funcional, sendo validada para o uso específico em idosos por Pollak *et al.* (1996). Este instrumento foi desenvolvido em 1986, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação a fim de medir o grau de independência dos pacientes portadores de deficiência no desempenho de atividades motoras e cognitivas. Esta medida é dividida entre domínios motor e cognitivo. O domínio motor engloba as dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e locomoção. No domínio cognitivo estão presentes as dimensões de comunicação e cognição social. A pontuação em cada item varia de um a sete, sendo que o número 1 indica dependência total, e a maior pontuação, o número 7, significa independência completa para tal atividade (MACHADO, 2010).

Por fim, o BOAS – Brazil Old Age Schedule é um instrumento multidimensional utilizado em inquéritos populacionais, concebido no Brasil com base em vários instrumentos conhecidos, tais como o Old Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS) e o Short-Care, que possuem padrões aceitáveis de validade e confiabilidade. É dividido em nove seções, a saber: sobre informações gerais, saúde física, utilização dos serviços médicos e dentários, atividades de vida diária, recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, necessidades e problemas que afetam o entrevistado, além de uma sobre a avaliação do entrevistador. Juntas, objetivam assegurar informações sobre as características principais, necessidades e problemas da população idosa de grandes centros urbanos. O instrumento vem acompanhado por um manual de instrução e um livro de códigos (PAIXÃO JUNIOR; REICHENHEIM, 2005).



## **JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

---

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Nos últimos anos, o Brasil avançou significativamente na discussão sobre o cuidado com a população idosa e na busca da estruturação de uma legislação mais adequada, incluindo o problema em sua agenda política e desenvolvendo programas específicos.

Segundo o Censo 2010 do IBGE (2012), Recife é a terceira capital com maior população idosa do país em termos proporcionais, com 8,1% de seus habitantes atingindo 65 anos ou mais de vida, e a primeira maior da região Nordeste. Apenas Rio de Janeiro, 10,5% e Porto Alegre, 10,5%, têm populações idosas maiores.

A cidade do Recife tem dado importância ao assunto e sua política específica em relação aos idosos ganha relevância a partir de 2004, trazendo como pontos centrais: uma proposta intersetorial, que conta com a qualificação da rede, ampliação da capacidade resolutiva, adequação do número de profissionais especializados e garantia da atenção multiprofissional e acesso à reabilitação (RECIFE, 2004).

A implementação de uma política que prioriza o envelhecimento ativo pode mudar o quadro de instalação de doenças crônicas e suas incapacidades, mesmo nas fases mais tardias da vida, além de valorizar a autonomia da pessoa idosa e buscar a manutenção de sua capacidade funcional, garantindo sua participação ativa na sociedade por mais tempo (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; VERAS, et al., 2007). Para tanto, políticas adequadas precisam ser baseadas em informações sobre a população a qual se destina e ainda são escassas as pesquisas voltadas à população de idosos mais velhos.

Grande parte dos estudos conduzidos sobre idosos trabalham com pessoas com 60-65 anos ou mais. As pessoas que têm entre 60 e 80 anos são a maior parte da população idosa e conformam, assim, uma amostra que não leva em conta os idosos longevos. Estes representam um desafio aos pesquisadores, que se deparam com dificuldades de acesso a essas pessoas em função da diminuição de suas atividades (não podem ser comumente encontrados em ambiente de trabalho ou grupo de convivência) e, muitas vezes, das limitações na capacidade funcional que restringem o próprio discurso (as diferentes formas de demência, entre outras enfermidades).

Apesar do esforço que tem sido empreendido em criar uma política e inserir o tema na pauta de discussão, é fundamental conhecer, através de estudos de base populacional, as necessidades desta parcela da população sob pena de que política e ações a serem implantadas

estejam desarticuladas da realidade dessas pessoas. Nesse sentido, a presente investigação visa conhecer o perfil socioepidemiológico de idosos com 80 anos ou mais, moradores do município de Recife, capital de Pernambuco, situado no Nordeste brasileiro.

**PERGUNTA CONDUTORA**

---

### **3 PERGUNTA CONDUTORA**

Quais as principais características dos idosos longevos de Recife no que refere aos aspectos pessoais, socioeconômicos e de saúde?

## **OBJETIVOS**

---

## **4 OBJETIVOS**

### 4.1 Objetivo geral

Descrever o perfil socioepidemiológico de idosos longevos residentes no município de Recife, Pernambuco.

### 4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a situação pessoal, familiar e socioeconômica dos idosos longevos;
- b) Identificar a saúde e a morbidade referidas;
- c) Identificar o grau de autonomia e independência no desempenho das atividades da vida diária.

## **MATERIAL E MÉTODO**

---



## 5 MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 Desenho do estudo

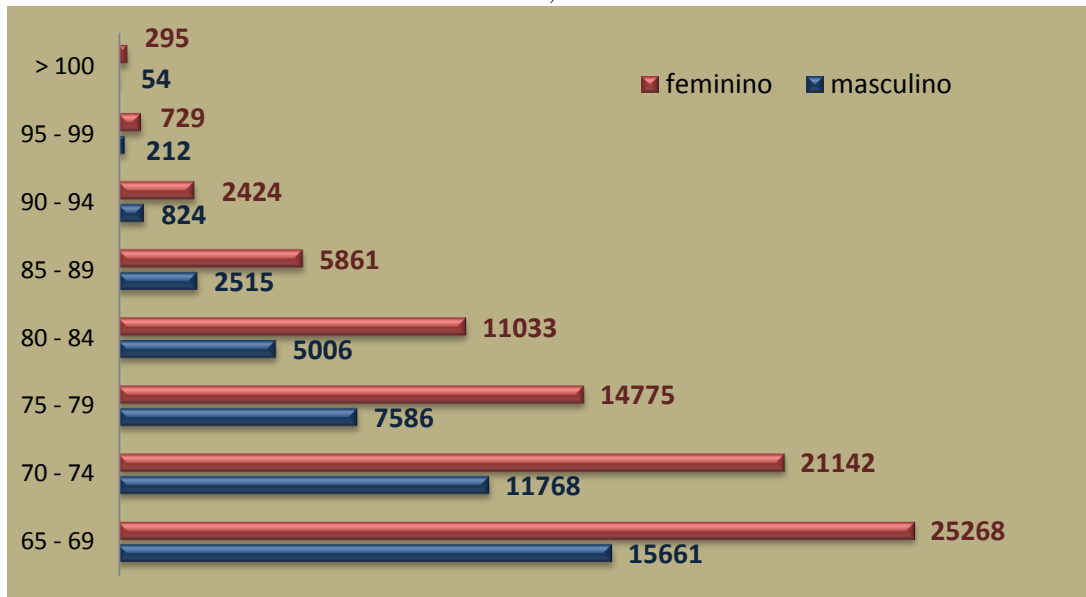
Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base populacional e de tipo corte transversal, que visa conhecer informações sobre as condições de vida e de saúde referida dos idosos longevos.

Segundo Tobar (2001), pesquisas descritivas têm o objetivo de expor características de determinadas populações ou fenômenos. Por outro lado, Rouquayrol e Almeida Filho (2003) afirmam que investigações de corte transversal produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade tomando como base a avaliação individual do estado de saúde de seus membros, e também permitem a produção de indicadores globais de saúde para o grupo estudado. Todo esse processo é possível através da utilização de amostras representativas da população, em função da grande dificuldade em realizar a investigação com a totalidade de membros do grupo estudado.

### 5.2 Local e População do Estudo

O município de Recife possui uma população de 1.537.704 habitantes, segundo os resultados preliminares do Censo 2010 do IBGE (2012), sendo 28.953 idosos com 80 anos ou mais, 8.611 homens e 20.342 mulheres, correspondendo a 23,13 % da população idosa e 1,88% da população total do município.

Gráfico 1 – População residente de idosos com 65 anos ou mais por faixa etária e sexo, Recife, 2010.



Fonte: IBGE – Resultados Preliminares do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2012).

O território do Recife possui uma extensão de 219 Km<sup>2</sup>, subdividido em 94 bairros, organizados em seis distritos sanitários. Sua ocupação urbana é fortemente caracterizada por aterros sobre rios, mangues e alagados e, atualmente, as construções verticalizadas ganham mais espaço em alguns bairros, paralelamente à ocupação de áreas em morros e córregos da periferia. A configuração físico-territorial reflete as diferenças no quadro socioeconômico que se consolidaram ao longo de sua história.

O Recife é marcado por profundas desigualdades também no interior dos bairros, fazendo com que algumas áreas focalizadas sejam responsáveis pelas médias elevadas dos indicadores de morbi-mortalidade e de pobreza. O Plano Municipal de Saúde do Recife 2006-2009 aponta dentre os agravos relevantes que requerem atenção a hipertensão, o diabetes e os transtornos mentais, os quais são apontados por estudos como doenças predominantes no processo de envelhecimento da população (RECIFE, 2005).

Para esta pesquisa foram utilizados dados do estudo “Mobilidade urbana, acesso e saúde: um estudo da população idosa”, realizado pela pesquisadora Kátia Magdala Barreto do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco e aluna do Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Professor Eduardo Maia Freese de Carvalho. Tal estudo teve como objetivo principal estudar a relação entre a capacidade funcional, a mobilidade urbana e o

acesso aos serviços e ações em saúde da população idosa, tendo realizado 1.200 entrevistas com idosos com idade acima de 65 anos, residentes em Recife.

O cálculo do tamanho desta amostra tomou como base os dados do censo demográfico de 2000, sobre população e setores censitários (IBGE, 2000), considerando uma população infinita e estimando prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20% (VERAS, 1994), precisão ou erro de amostragem de 4,0% e intervalo de confiança de 95%. A partir dessa definição, com o Programa Epi-Info 6.04d, determinou-se uma amostra de 384 indivíduos. Utilizou-se também um fator de correção de 2,5 (efeito desenho) uma vez que não se tratava de uma amostra aleatória simples, mas por conglomerado, e acrescentou-se 25% para compensar possíveis perdas. Desta forma, obteve-se uma amostra final de 1.200 idosos.

A amostra foi estratificada inicialmente com partilha proporcional considerando a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de cada um dos seis distritos sanitários do Recife. Do total de 1.200 sujeitos, a distribuição por distrito seguiu a esta proporção: distrito I, 81 idosos; distrito II, 179; distrito III, 245; distrito IV, 194; distrito V, 206 e distrito VI, 295. Além disso, adotou-se também a partilha proporcional em função das faixas etárias: 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos seis distritos sanitários do Recife, ou seja, cada distrito continha uma proporção específica de idosos correspondente a cada faixa etária. Desta forma, foi possível analisar idosos de maneira mais equitativa e não só os mais jovens. Sabe-se que havia uma possibilidade maior de encontrar idosos mais velhos e acamados em casa uma vez que os mais jovens ainda são ativos, mantendo o trabalho e outras atividades preservadas. Uma vez definido o número de sujeitos em cada distrito, realizou-se um sorteio aleatório dos setores censitários (SC) nos quais foram realizadas as entrevistas. Este sorteio teve como objetivo identificar os setores que deveriam ser visitados. Por SC, obedeceu-se o número limite de 10 entrevistados, sendo visitados quantos setores fossem necessários para contemplar os critérios estabelecidos: o número de idosos por distrito e o número de idosos por faixa etária.

A presente pesquisa estudou os idosos com 80 anos ou mais. Fazendo a seleção destes indivíduos, foi possível encontrar 227 idosos entrevistados, conforme a seguinte distribuição:

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com 80 anos ou mais segundo o distrito de residência, Recife, 2010/2011.

DISTRITO	NÚMERO DE IDOSOS ENTREVISTADOS
I	15
II	34
III	46
IV	37
V	39
VI	56
Total da amostra	227

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3 Coleta de dados

O questionário deste estudo (Apêndice A) se baseia no modelo Brazil Old Age Schedule (BOAS), um questionário multidimensional, desenvolvido para pesquisas com populações idosas (VERAS; DUTRA, 2008). O instrumento é originalmente composto por 78 perguntas organizadas em oito seções, a saber: informações gerais, saúde física, utilização de serviços médicos e dentários, atividades da vida diária, recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, e, necessidades e problemas que afetam o entrevistado.

O instrumento usado na pesquisa “Mobilidade urbana, acesso e saúde: um estudo da população idosa” é composto por 122 perguntas agrupadas em sete seções: informações gerais, saúde física, atividades da vida diária, recursos econômicos, saúde mental, mobilidade urbana e, uso e acesso a serviços de saúde. A página inicial do instrumento contém informações sobre o setor censitário e o distrito sanitário onde a entrevista foi realizada, nome do entrevistador, data da realização, nome do entrevistado, data de nascimento, endereço e telefone de contato. Há ainda um campo a ser preenchido com a informação sobre quem respondeu o questionário (o próprio idoso, o idoso com auxílio de outra pessoa ou apenas o respondente substituto).

Os dados utilizados nesta investigação se referem às seções de informações gerais (I), saúde física (II), atividades da vida diária (III) e recursos econômicos (IV), especificamente dos idosos acima de 80 anos.

A seção I é composta por seis perguntas (nº 1, 4, 5, 6, 7 e 8) sobre sexo, nível de escolaridade, estado conjugal, número de filhos e composição geral do lar. Isto permite conhecer a situação pessoal e familiar do idoso (Apêndice B).

Para conhecer a saúde e a morbidade referidas, a seção II busca saber como o idoso define sua condição atual de saúde, quais as doenças que ele relata e como percebe a capacidade destas de limitar suas atividades rotineiras. Serão analisadas três perguntas (nº 9, 10 e 11), que fornecem informação sobre saúde e morbidade referidas e a interferência das doenças relatadas nas atividades do idoso (Apêndice C).

A seção III trata da autonomia e independência do indivíduo para a realização de AVD. As informações utilizadas se referem à pergunta nº 19, composta por 15 itens que contemplam diversas atividades da rotina, tendo os idosos sido questionados a respeito de sua capacidade de realizá-las sozinhos. Eles deveriam responder sim ou não para cada uma delas, a exceção do item b – sair de casa dirigindo seu próprio carro, quando o sujeito não possui automóvel, e, o item g – tomar seus remédios, se o idoso não faz uso de medicamentos. Estas duas situações deveriam ser sinalizadas no questionário em campo apropriado (Apêndice D).

No intuito de conhecer a situação socioeconômica, utilizaram-se dados da seção IV, que compreende seis questões (nº 21, 22, 23, 24, 27 e 28) sobre a situação de trabalho, a renda mensal recebida pelo idoso e a fonte desta renda, a renda mensal do domicílio, a situação do imóvel em que vive e a suficiência da renda pessoal para as despesas básicas (Apêndice E).

A pesquisa se desenvolveu a nível domiciliar, com a maioria dos idosos respondendo ao questionário sozinhos. Em situações em que o entrevistado não se recordava ou tinha dificuldade para relatar o que lhe foi solicitado, pedia-se a ajuda de um parente ou acompanhante/cuidador para lembrar as respostas. As informações foram prestadas apenas pelo respondente nos casos em que o idoso não tinha condições de fazê-lo. A opção por esta forma de obter informações por vezes tem sido criticada, mas nos casos em que o idoso encontra-se muito debilitado mostra-se como única forma de conhecê-lo.

Apesar desta pesquisa estar compreendida em um estudo maior, utilizando seu banco de dados, foi possível participar das atividades de campo, visitar os idosos e realizar entrevistas junto aos demais pesquisadores, escutando os relatos e vivenciando a dinâmica da coleta de dados.

#### 5.4 Considerações éticas

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas. Os dados da pesquisa “Mobilidade urbana, acesso e saúde: um estudo da população idosa”, da Professora Kátia Magdala Barreto, foram cedidos através de carta de anuência da autora (Anexo A). A referida pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo B).

#### 5.5 Plano de análise

Os dados foram digitados no programa de planilha eletrônica Microsoft Office Excel, versão 2007, com duas entradas. Em seguida, foi feita a validação das mesmas no software Epi info, versão 3.5.3. Todas as análises foram realizadas no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.0 para Windows e construídas as tabelas com frequência simples.

O tratamento estatístico foi realizado através de análise bivariada, para verificar a existência de associação (Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados finais estão apresentados em forma de gráficos.

## **RESULTADOS**

---

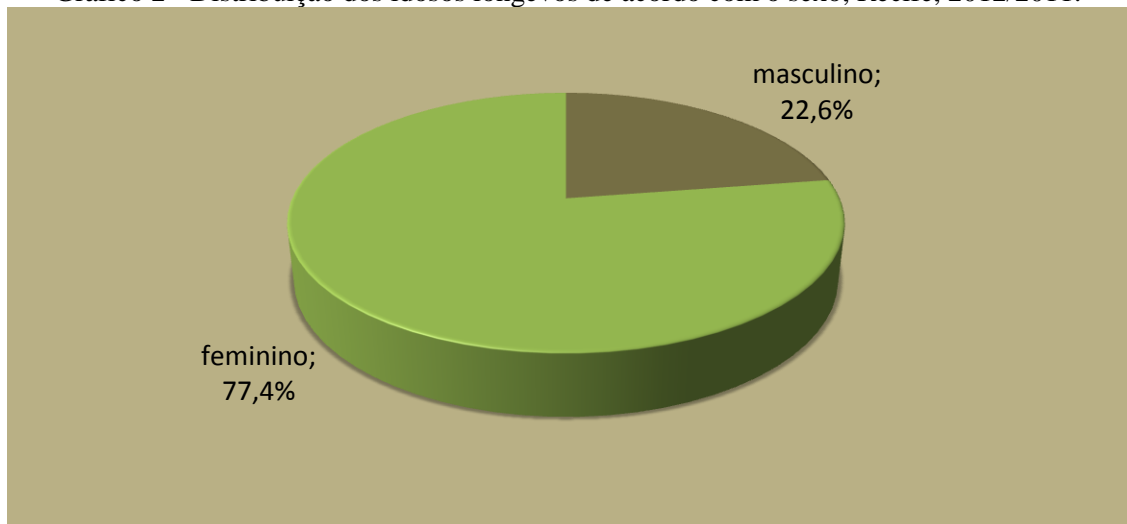
## 6 RESULTADOS

Os resultados das entrevistas com os 227 idosos longevos foram sistematizados e serão apresentados a seguir de acordo com a seção correspondente ao questionário.

### 6.1 Seção I – Informações pessoais

Considerando-se a distribuição dos idosos entrevistados em função do sexo, observou-se que a maioria significativa é composta por mulheres, 77,4% (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos idosos longevos de acordo com o sexo, Recife, 2012/2011.

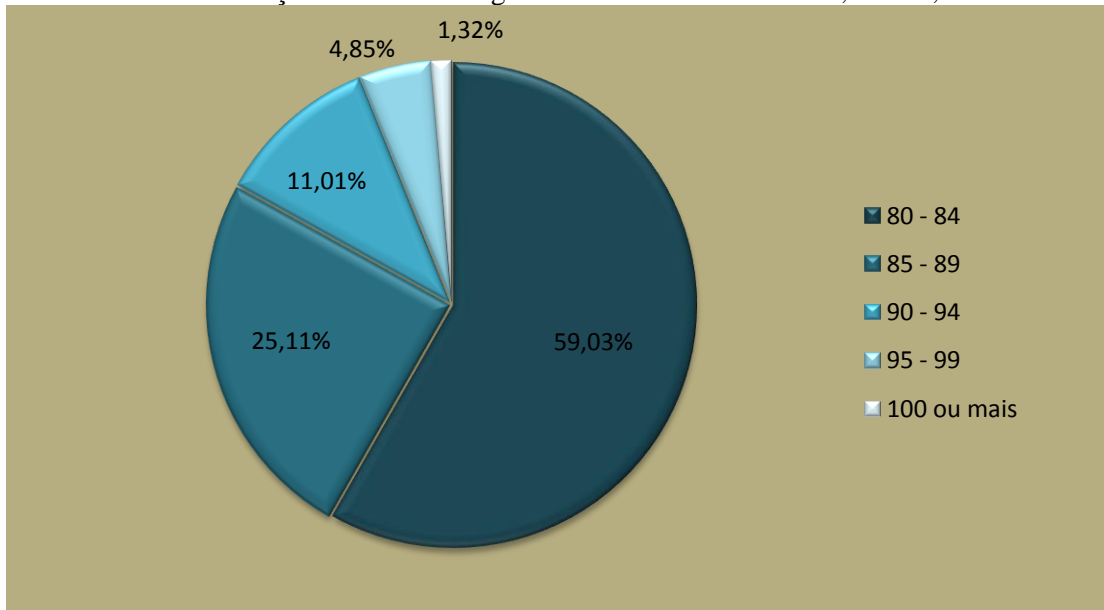


Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere à distribuição segundo a faixa etária, a maioria dos entrevistados concentrou-se nas faixas de idosos mais jovens, 84,14% têm até 89 anos, havendo uma redução progressiva à medida que a idade aumenta (Gráfico 3).



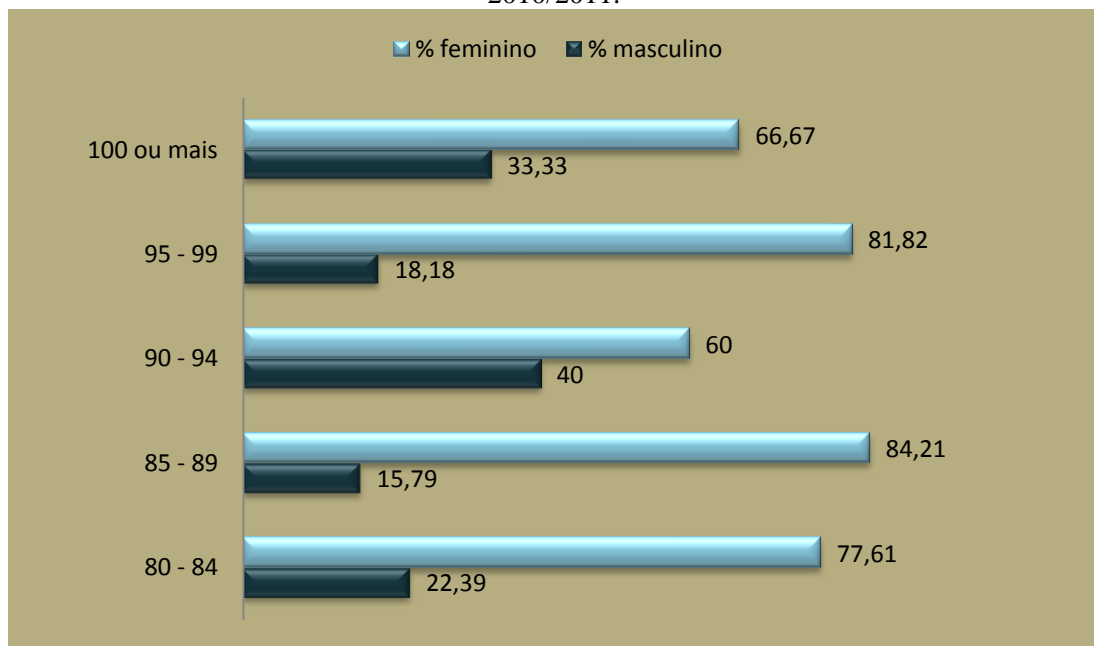
Gráfico 3 - Distribuição dos idosos longevos de acordo a faixa etária, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar a relação entre sexo e faixa etária, verificou-se a predominância do sexo feminino em todas elas, principalmente, nas faixas de 85 – 89 e de 95 - 99 anos (Gráfico 4).

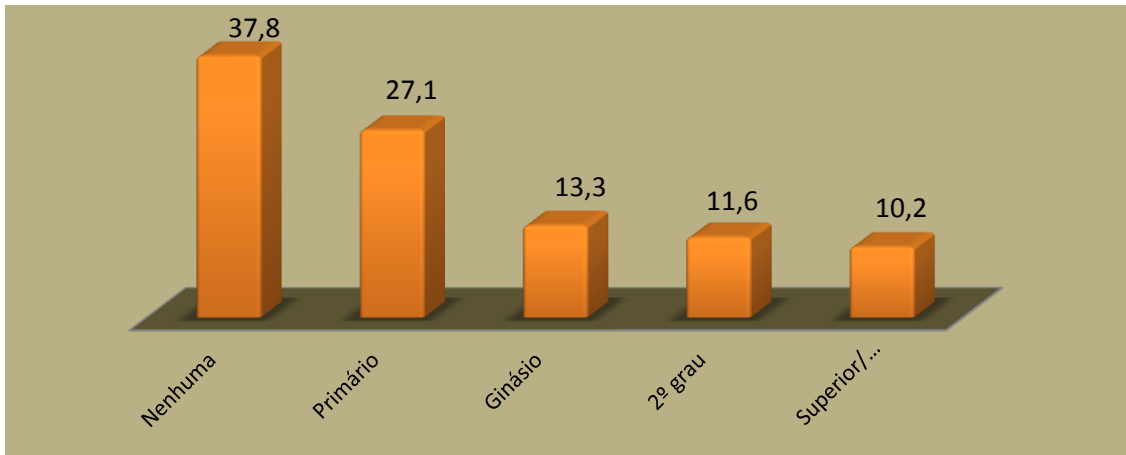
Gráfico 4 - Distribuição dos idosos longevos de acordo o sexo e a faixa etária, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à escolaridade, pode-se observar que a maioria dos idosos (64,9%) não possui escolaridade (37,8%) ou concluiu apenas o Primário (27,1%) (Gráfico 5). Entre os demais, 10,2% têm nível superior ou Pós-graduação.

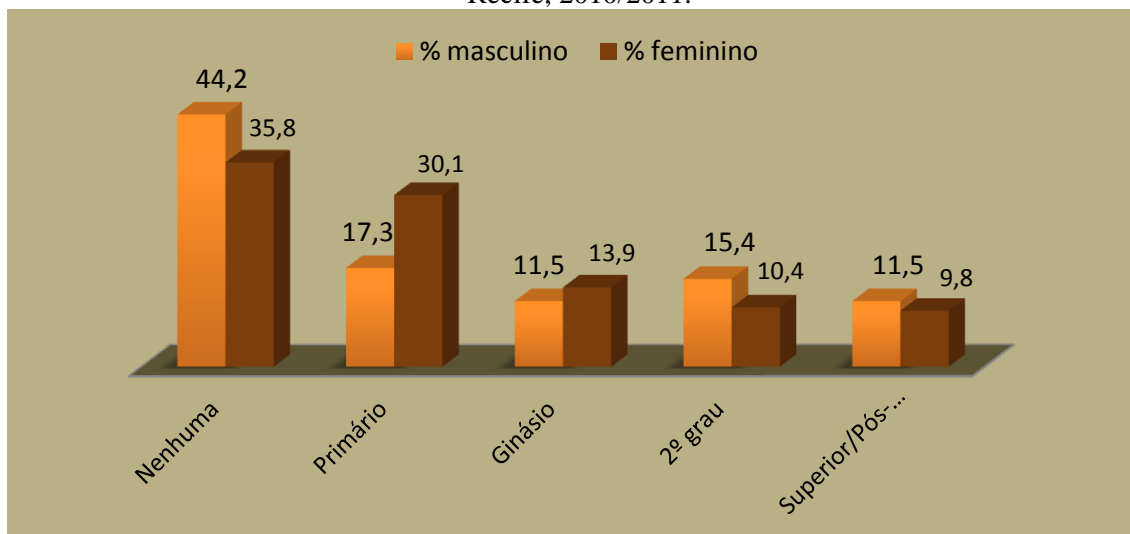
Gráfico 5 - Distribuição dos idosos longevos de acordo com o nível de escolaridade, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se no Gráfico 6 a distribuição do sexo e o nível de escolaridade. Entre os homens, os que não têm escolaridade representam uma parcela maior, 44,2%. Verifica-se que até o 1º grau as mulheres estudam mais que os homens, sendo 30,1% e 13,9% das idosas que concluíram o 1º e o 2º graus, respectivamente, em relação a 17,3% e 11,5% de homens. Esta situação se inverte a partir do 2º grau, quando os percentuais da escolaridade dos homens são maiores que os das mulheres ( $P = 0,37$ ).

Gráfico 6 - Distribuição dos idosos longevos de acordo com o sexo e o nível de escolaridade, Recife, 2010/2011.

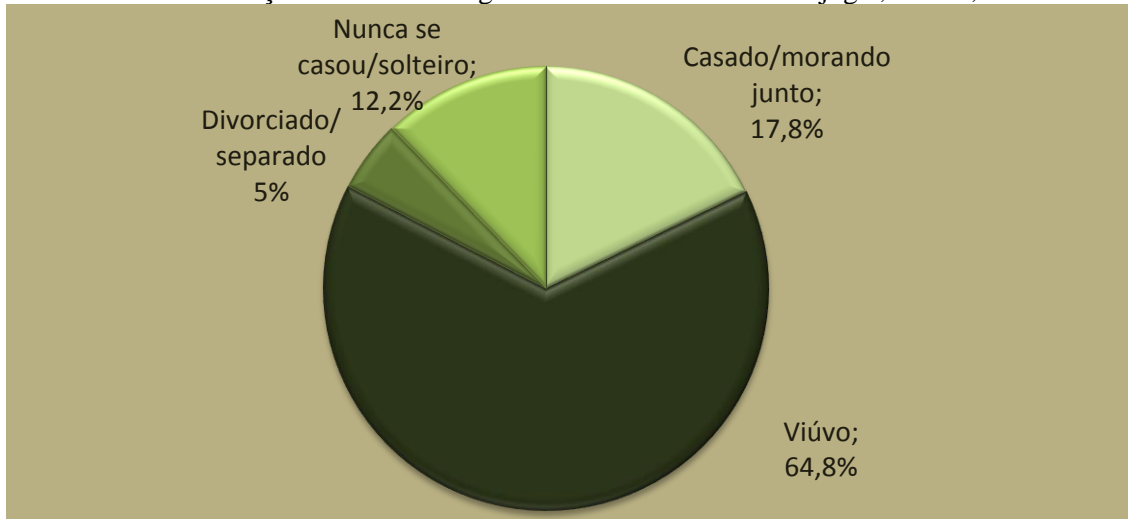


Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,37, estatisticamente não-significativo.

Com relação ao estado conjugal, 64,8% encontram-se viúvos e 17,8% casados ou tem um(a) companheiro(a) (Gráfico 7).

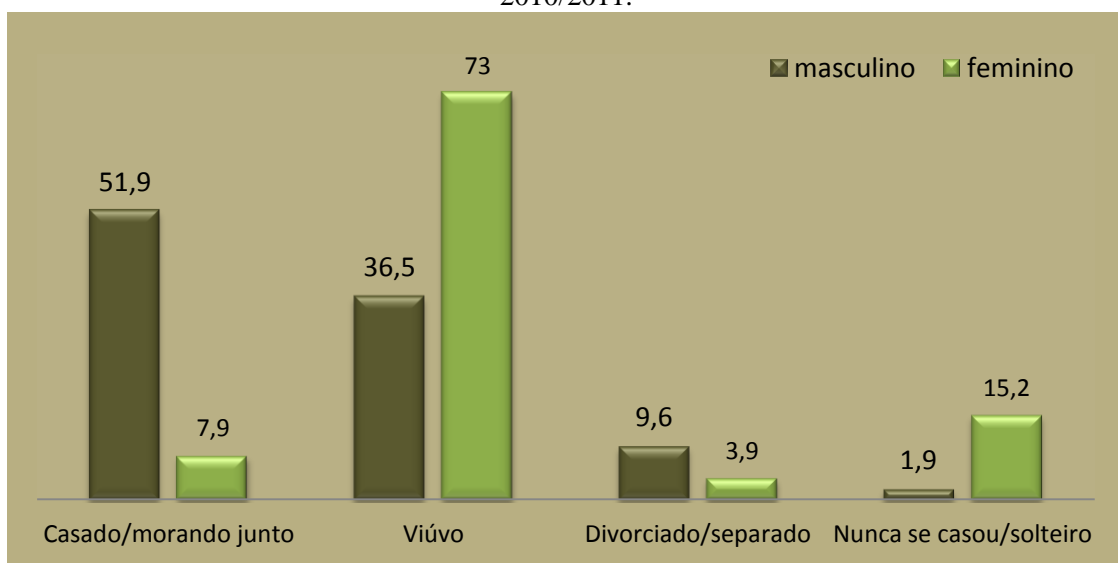
Gráfico 7 - Distribuição dos idosos longevos conforme o estado conjugal, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Observando separadamente o comportamento de homens e mulheres em relação ao estado conjugal, tem-se que a maioria dos idosos homens (51,9%) é composta por casados, seguido de viúvos (36,5%). Destaca-se a viuvez entre as mulheres (73%) e cerca de 8% delas são casadas atualmente ( $P = 0,01$ ) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição dos idosos longevos conforme o sexo e o estado conjugal, Recife, 2010/2011.

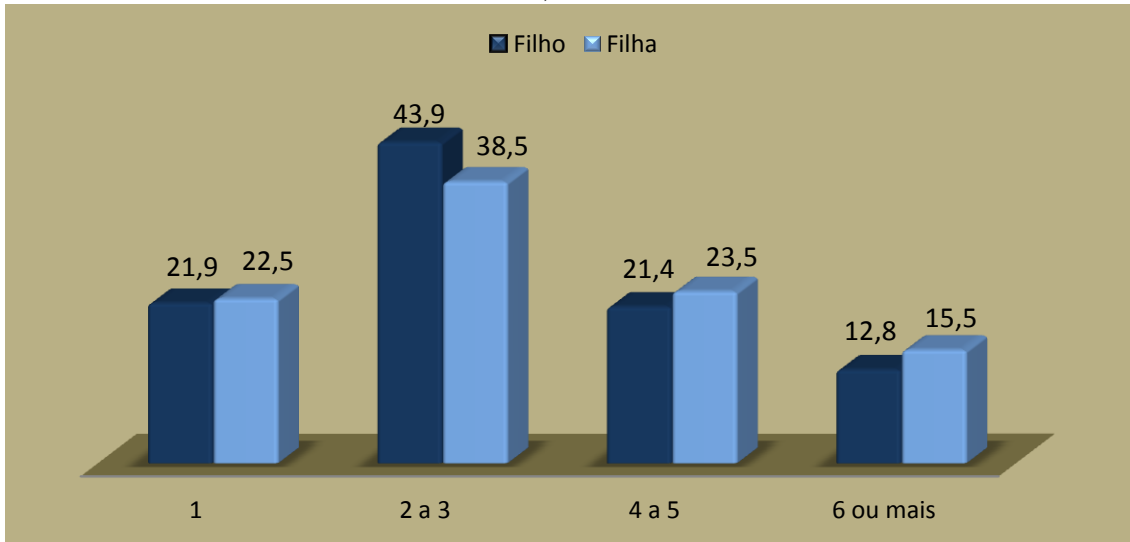


Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,01, estatisticamente significativo.

Cerca de 10% dos entrevistados afirmaram que não tiveram filhos. No que se refere ao número de filhos, a maioria dos idosos pesquisados possui até três filhos (Gráfico 9).

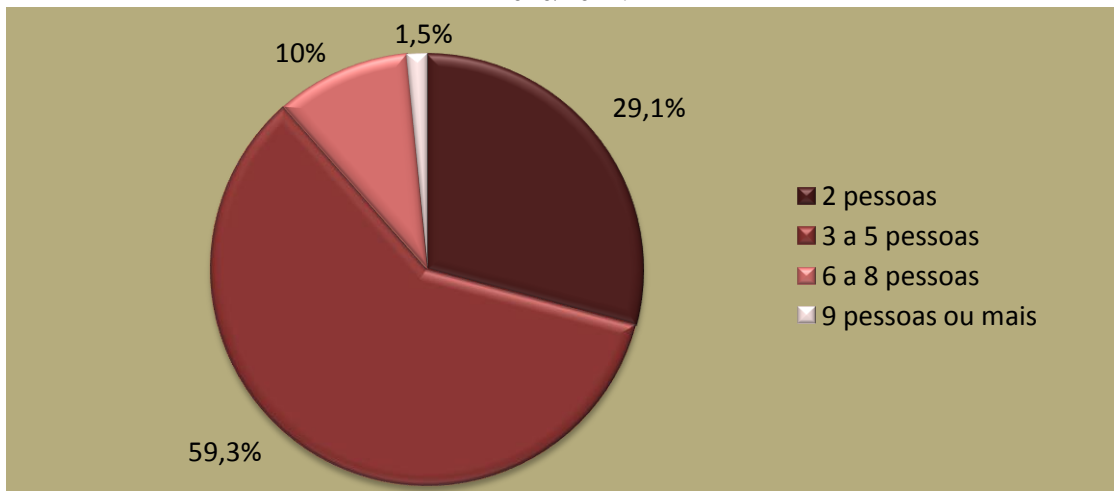
Gráfico 9 - Distribuição dos idosos longevos conforme o número de filhos e número de filhas, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito ao arranjo familiar, verifica-se que, 29,1% dos casos este é composto por duas pessoas (incluindo o idoso), 59,3% por um número de pessoas que varia entre 3 e 5 (Gráfico 10). Identificou-se ainda cerca de 12% do total de idosos morando sozinhos.

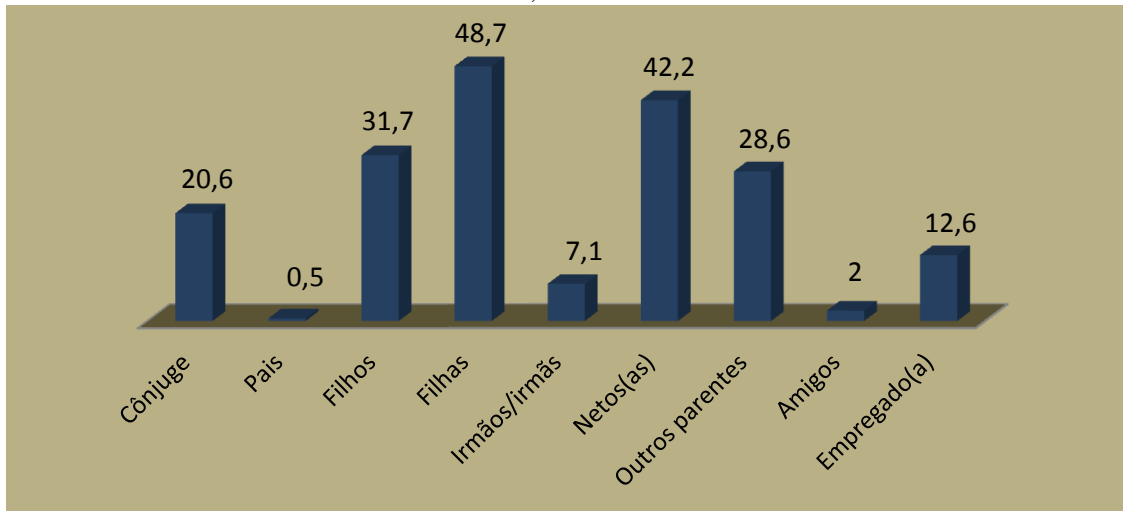
Gráfico 10 - Distribuição dos idosos longevos conforme o arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Entre as pessoas que residem no mesmo domicílio que os idosos pesquisados estão em primeiro lugar, 48,7%, as filhas, seguidas dos netos, 42,2%, e filhos, 31,7% (Gráfico 11).

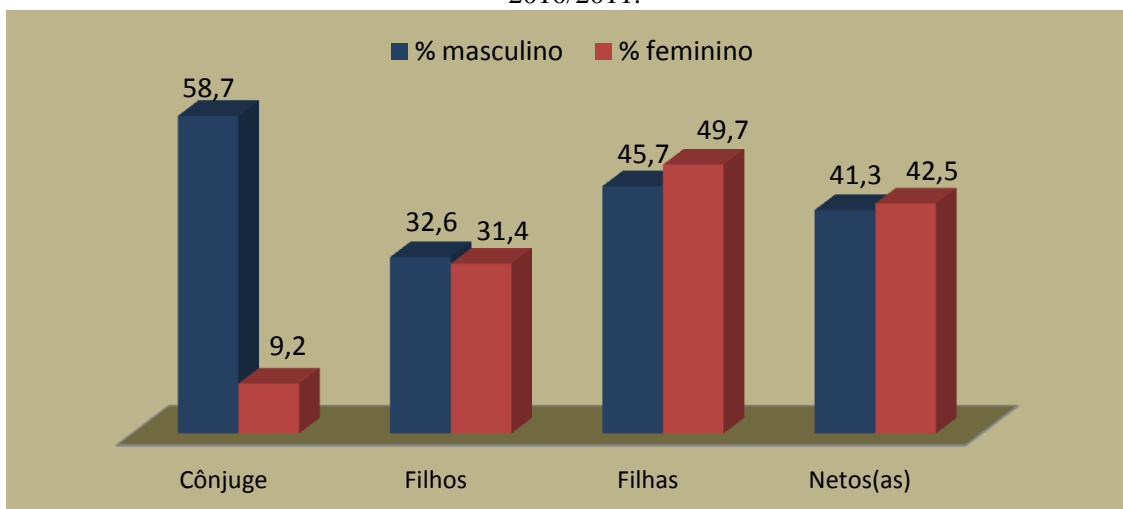
Gráfico 11 - Distribuição dos idosos longevos conforme a composição do arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os homens idosos (58,7%) geralmente residem com o cônjuge ( $P = 0,01$ ). Por outro lado, as mulheres idosas apresentam o cônjuge como componente do arranjo familiar em 9,2% dos casos. A convivência com outros parentes mostra-se mais comum para as idosas, principalmente com as filhas, 49,7% ( $P = 0,75$ ), e com os netos 42,5% ( $P = 1,00$ ) (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição dos idosos longevos conforme o sexo e o arranjo domiciliar, Recife, 2010/2011.



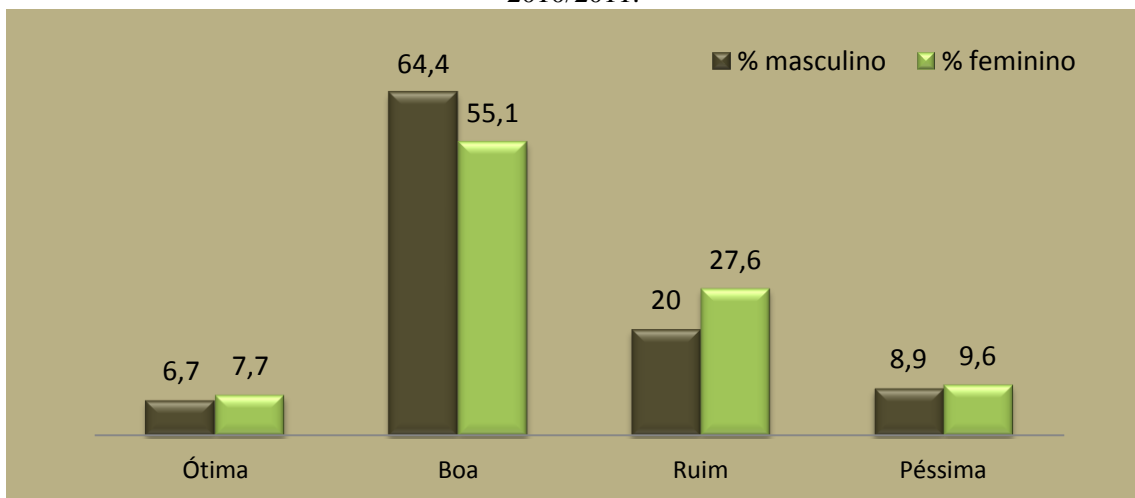
Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor (cônjuge) = 0,01, estatisticamente significativo; e, não-significativo para os demais: P-valor (filhos) = 1,00; P-valor (filhas) = 0,75; P-valor (netos) = 1,00.

## 6.2 Seção II – Saúde e morbidade referidas

Os dados referentes à relação entre sexo e saúde referida mostram que os idosos, em geral, referem ótimo ou bom nível de saúde (mais de 60% de homens e de mulheres). Nas categorias saúde ruim e saúde péssima, as mulheres fazem mais referência, tendo respectivamente 27,6% e 9,6% das respostas ( $P = 0,75$ ) (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à saúde referida, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,75, estatisticamente não-significativo.

Quanto à morbidade referida, encontram-se como mais frequentes a hipertensão arterial (59%), a doença de coluna ou dor nas costas (48,3%) e os problemas de visão (46,1%) (Gráfico 14). Vale salientar que alcoolismo e cirrose não foram referidos por nenhum entrevistado.

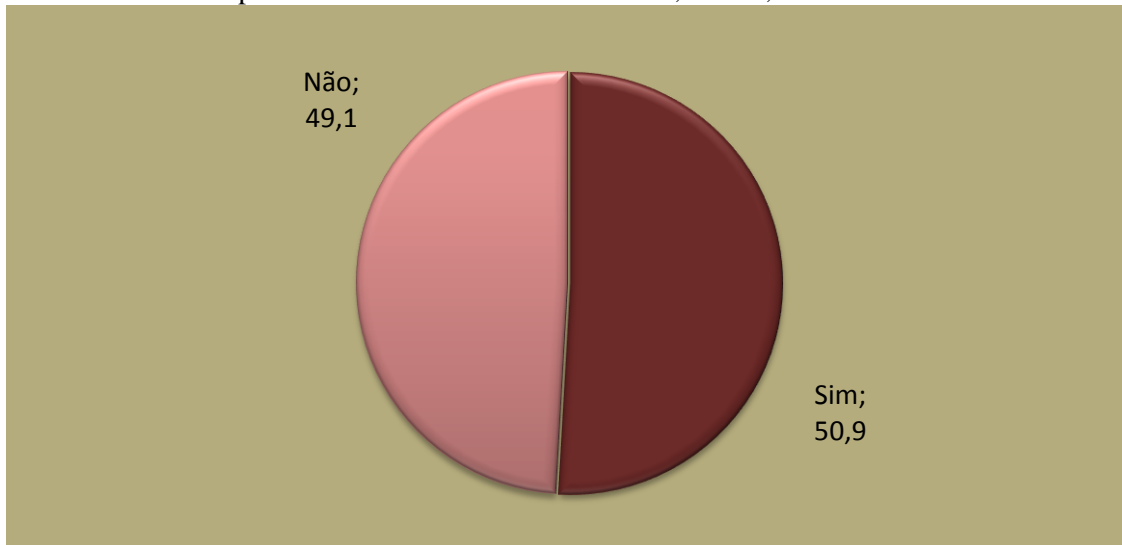
Gráfico 14 - Distribuição dos idosos longevos em relação à morbidade referida, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à interferência que as doenças referidas podem ter na rotina diária de atividades, encontrou-se uma divisão entre a percepção dos entrevistados de maneira que 50,9% dos idosos assinalaram que havia comprometimento das tarefas, enquanto 49,1% afirmaram que não havia qualquer interferência, seguindo normalmente sua rotina de vida (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição dos idosos longevos em relação à interferência das doenças e problemas de saúde na rotina de vida, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

### 6.3 – Seção III – Atividades da Vida Diária

Verificou-se, em relação às Atividades de Vida Diária (AVD), que os idosos gozam de boa autonomia e independência no desempenho de suas tarefas diárias, uma vez que a maioria deles afirma desempenhá-las sem ajuda. As atividades nas quais houve maior dificuldade de execução são sair de casa usando algum tipo de transporte (39,6%), cortar as unhas dos pés (43%) e sair de casa para caminhar curtas distâncias pelo bairro (47,4%) (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição dos idosos longevos segundo o grau de autonomia e independência no desempenho das AVD, Recife, 2010/2011.



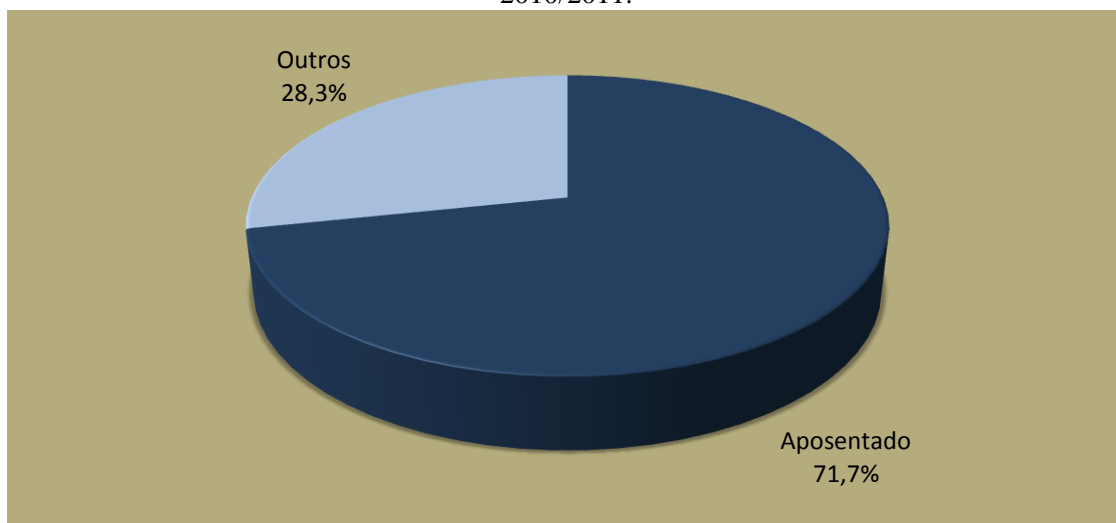
Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.4 Seção IV – Recursos econômicos

Referente à situação de trabalho em que o idoso se encontrava no momento da entrevista, tem-se que 71,7% estão aposentados e 28,3% têm outro tipo de atividade. Nesta categoria se encontram os idosos que estavam empregados, os que desenvolvem um trabalho autônomo/informal e os desempregados (Gráfico 17).



Gráfico 17 - Distribuição dos idosos longevos em relação à situação de trabalho, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados relativos à fonte de renda dos 227 idosos estudados mostram que para a maioria deles seu sustento se dá através dos rendimentos da aposentadoria (71,7%) e em 43,9% dos casos a renda se origina de pensão/ajuda do cônjuge (Gráfico 18).

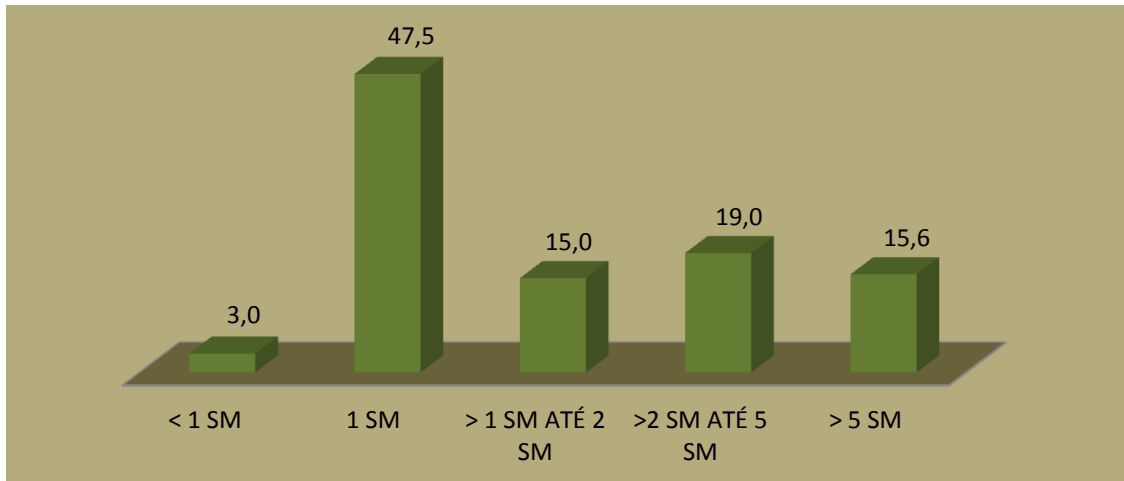
Gráfico 18 - Distribuição dos idosos longevos em relação à fonte de renda, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para a análise da renda mensal, foi utilizado como parâmetro o salário mínimo (SM) vigente à época da coleta de dados (2010/2011 – R\$510,00/R\$545,00, respectivamente). Quanto ao valor recebido, 3,0% dos idosos afirma receber menos de 1 SM, a maioria (47,5%) reporta ganhar 1 SM e 15,6% percebe mais de 5 SM, como mostra o Gráfico 19.

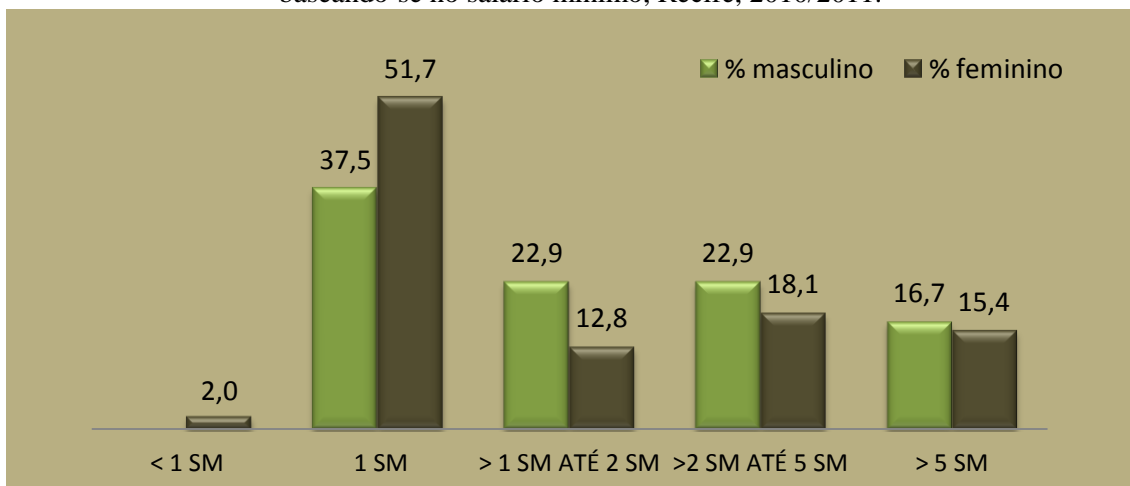
Gráfico 19 - Distribuição dos idosos longevos em relação à renda mensal pessoal, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

No Gráfico 20, nota-se que 2% das idosas relataram receber menos de um salário mínimo (SM) por mês e nenhum idoso homem. A maioria das mulheres idosas, 51,7%, percebe um 1 SM mensal. Nas categorias > 1 até 2 SM, > 2 até 5 SM e > 5SM, os resultados mostram percentuais mais altos para os homens (P = 0,24).

Gráfico 20 - Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à renda mensal pessoal, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.

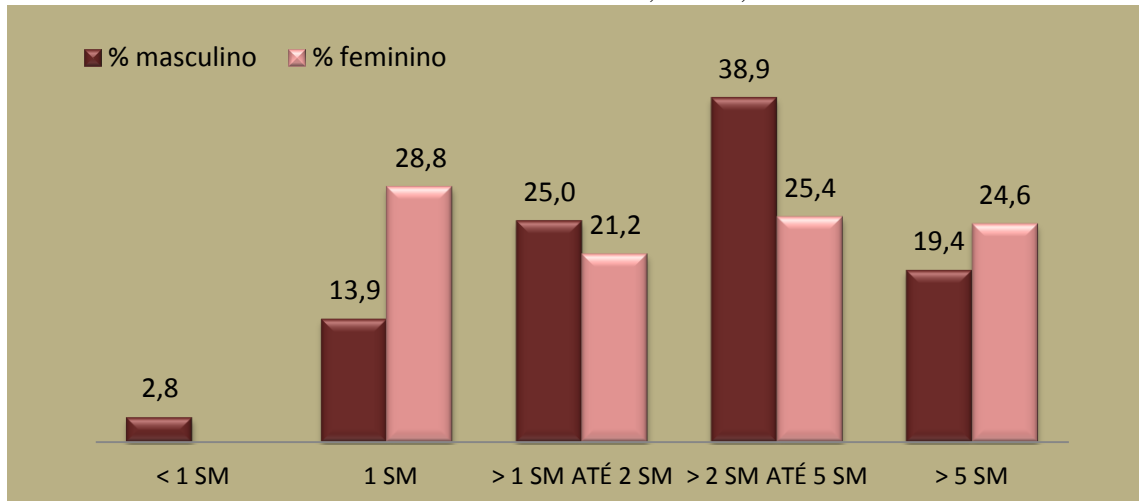


Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,24, estatisticamente não-significativo.5

Os dados sobre a renda familiar mensal e o sexo apresentam uma situação em que a maior parcela dos homens (58,3%) vive em domicílios com renda média acima de 2 SM em comparação a 50% das mulheres na mesma condição ( $P = 0,09$ ). Vale salientar que cerca de 30% das idosas vive em lares com renda de apenas 1 SM, ao passo que este percentual na população masculina é de 16,7% (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à renda mensal familiar, baseando-se no salário mínimo, Recife, 2010/2011.

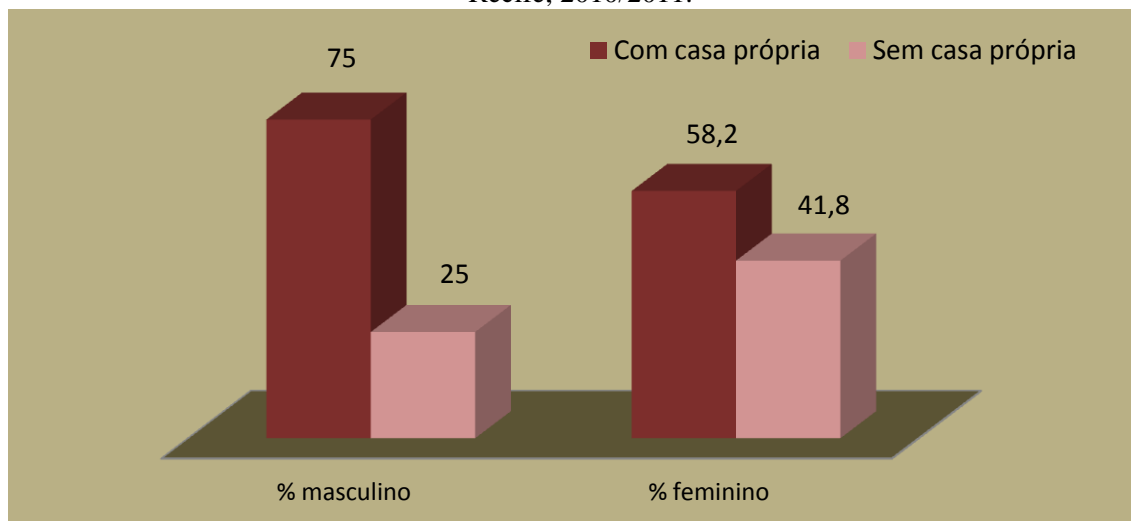


Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,09, estatisticamente não-significativo.

Referente à condição de moradia, observa-se que 75% dos idosos e 58,2% das idosas possuem casa própria ( $P = 0,04$ ) (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à condição de moradia, Recife, 2010/2011.

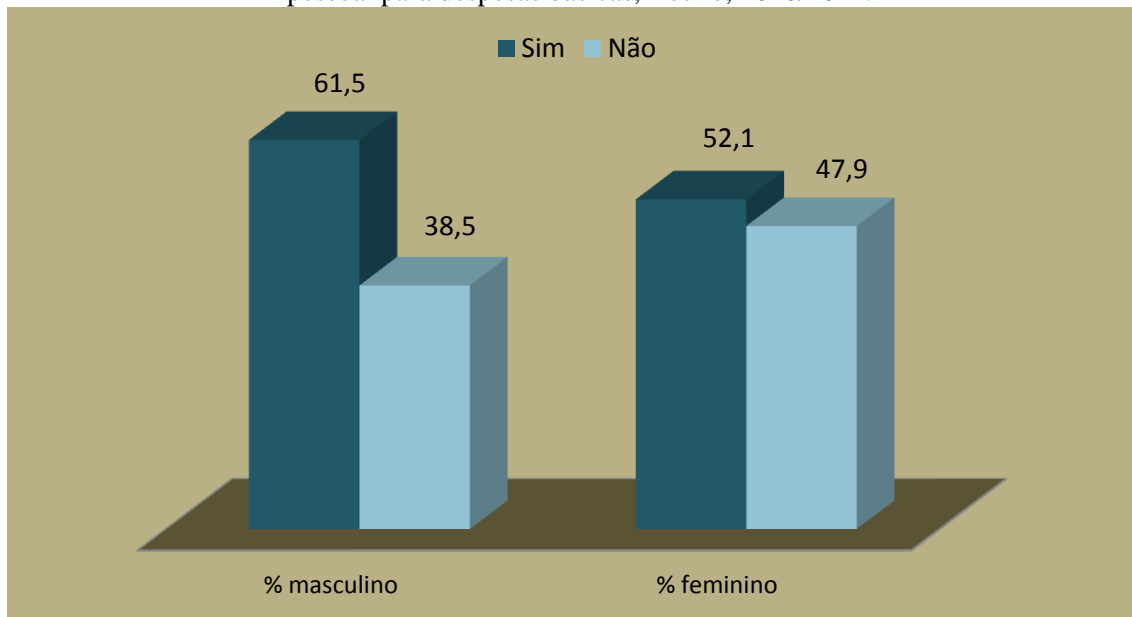


Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,04, estatisticamente significativo.

Referente à relação entre o sexo e ganhar o suficiente para suas despesas básicas, tem-se que 61,5% dos homens e 52,1% das mulheres afirmam ter o suficiente para se manter ( $P = 0,29$ ) (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Distribuição dos idosos longevos em relação ao sexo e à suficiência da renda pessoal para despesas básicas, Recife, 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: P-valor = 0,29, estatisticamente não-significativo.

**DISCUSSÃO**

---

## 7 DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, o Brasil viveu um crescimento acelerado de sua população idosa em decorrência dos processos de transição demográfica e epidemiológica. No entanto, as regiões do país apresentam diferenças importantes em relação às características deste processo (CESSE; FREESE, 2006). O Sul e o Sudeste têm melhores condições de vida e de saúde, ao passo que o Norte e o Nordeste continuam com baixas taxas de escolaridade, piores salários e condições de vida em geral. O quadro de desigualdades acentua os desafios a serem enfrentados diante do envelhecimento da população, principalmente nesta região.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1984), Recife já pode ser considerada uma cidade em processo de envelhecimento, apresentando algumas das características deste fenômeno como foi possível observar neste estudo. A população de idosos já representa cerca de 9% do total de habitantes e os idosos com 80 anos ou mais se aproximam de 25% desta parcela. Como cidade da região Nordeste, o contexto da saúde no município do Recife é permeado por questões sociais e econômicas que diferem de outras regiões do país e afetam diretamente este processo. Paralelamente ao crescimento do número de idosos, Recife ainda combate doenças negligenciadas como a filariose, a hanseníase e a tuberculose, possui problemas relevantes de má distribuição de renda, analfabetismo, mortalidade por causas externas, principalmente, com altos índices de mortes por homicídios (RECIFE, 2010). O panorama da cidade reflete o quadro de rápida mudança na estrutura etária sem o devido acompanhamento das mudanças socioeconômicas e de atenção à saúde, característico de países em desenvolvimento, em sua maioria despreparados para enfrentar adequadamente os problemas (CESSE; FREESE, 2006; FREESE; FONTBONNE, 2006; KALACHE, 1987; KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; VERAS, 1994).

Em atenção às recomendações das Nações Unidas (2002), o município cria uma legislação específica, que estabelece o tema como prioridade de discussão e de ação, que tem passado por constante debate no momento em que metas de atenção passam a ser estabelecidas e avaliadas nas conferências de saúde e nos consequentes planos de saúde. Foi assim no Plano Municipal de Saúde de 2006-2009 e no de 2010-2013. Para a criação de planos adequados é fundamental o conhecimento da realidade dos idosos e inserir nas ações a visão de promoção e prevenção de saúde, ou seja, de que sempre há tempo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; VERAS, et al., 2007).

Ao analisar os resultados encontrados, verificou-se que a proporção de idosas com 80 anos ou mais (77,4%) foi consideravelmente maior que a de idosos (22,6%), apontando para uma importante feminização da população idosa mais velha, assim como os achados em estudos brasileiros semelhantes. Francisco (2006) cita que 66,4% dos sujeitos estudados no Projeto SABE, em São Paulo, eram mulheres e 33,6% eram homens. Heluany (2007) encontra 60,6% de idosas e 39,4% de idosos e Morais (2007) 70% de mulheres entre 80 e 84 anos, proporções equivalentes de homens e mulheres entre 85 e 94 anos e 100% de mulheres acima de 95 anos. Liposcki (2007) confirma que a predominância do gênero feminino ocorre notavelmente nas faixas mais avançadas, acima dos 95 anos. Neste estudo, a tendência de maior número de mulheres se apresentou em todas as faixas pesquisadas, variando entre 60 e 84%.

Analisando a dinâmica das populações idosas masculina e feminina, identifica-se ritmos diferentes de crescimento alterados marcadamente por características distintas de mortalidade ligadas ao sexo (BERQUÓ, 1996). Há diferenças importantes na forma como a mesma doença acomete pessoas de diferente sexo. Enquanto homens idosos estão mais expostos às doenças letais, como as isquêmicas do coração, as idosas convivem com doenças não-fatais porém crônicas e incapacitantes, como a artrite e a hipertensão.

Por outro lado, o comportamento individual em relação ao cuidado com a própria saúde não pode ser negligenciado. No decorrer da vida, os homens estão mais expostos aos riscos de acidentes de trabalho, ao tabagismo e alcoolismo e à violência, o que impacta diretamente nas taxas de mortalidade em idades mais jovens. As taxas de mortalidade por causas externas para o sexo masculino chegam a ser três vezes maiores que para o feminino (IBGE, 2000). Ao mesmo tempo, as mulheres procuram mais os serviços de saúde, fazem mais uso de medicamentos e apresentam maiores taxas de adesão aos programas de prevenção (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Ao viver mais, elas apresentam taxas mais altas de morbidades e incapacidade física, decorrente das doenças crônicas. Além da presença destas, as mulheres referem mais que os homens a insatisfação com o nível de saúde e as morbidades que as acometem. Parece que as mulheres desenvolveram uma percepção mais apurada do que acontece com seu corpo e têm mais liberdade para falar sobre suas fragilidades e suas doenças, características construídas cultural e socialmente (BUAES; DOLL, 2005). Para Pires e Mussi (2008) homens e mulheres conceituam e expressam o fenômeno da saúde de maneira distinta, o que pode ser resultado das experiências pessoais e da variabilidade social que os permeia e que são herdeiros.

Em relação à escolaridade, a maioria dos idosos (64,9%) não possui escolaridade ou concluiu apenas o Primário. Embora esses resultados não tenham apresentado significância estatística, estão de acordo com outros estudos brasileiros que encontram a parcela mais significativa de idosos entre analfabetos e com baixa escolaridade, até 4 anos de instrução formal (FERREIRA; IZZO; JACOB FILHO, 2007; HELUANY, 2007; INOUE; PEDRAZZANI, 2007; LIPOSCKI, 2007; ROSSET, 2011).

Vale salientar que a construção das categorias de escolaridade considerou a realidade conhecida pelos idosos, não adotando a nomenclatura e organização atual do ensino brasileiro. Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação promoveu a fusão do curso primário e do ginásial (ou secundário) transformando-os em um período único, ensino fundamental, que vai da primeira à oitava série. Posteriormente, pelo Projeto de Lei nº 3.675/2004, a alfabetização passou a integrar o ensino fundamental, que teve a duração modificada de oito para nove anos e os períodos letivos anuais deixaram de se denominados séries para serem considerados anos. Todas essas transformações são relativamente recentes considerando a população estudada e não fazem parte do seu universo. Para fins de aplicação adequada do questionário, foi preciso utilizar os parâmetros com os quais os entrevistados estavam familiarizados. Já para a realização das análises ocorre o mesmo uma vez que é comum encontrar no relato dos idosos a importância que as famílias davam ao fato de os filhos completarem pelo menos o curso primário como forma de adquirir conhecimentos mínimos para a vida.

O Brasil foi um país que apresentou altíssimos índices de analfabetismo até poucos anos, quando políticas públicas e ações foram desenvolvidas para alterar o quadro existente. Na população idosa longeva, que viveu o período escolar em uma época em que poucos frequentavam a escola e não havia a abrangência do ensino público de massa, esperava-se um nível baixo de escolaridade, confirmado pelos resultados encontrados. Era comum que as famílias dessem mais importância ao auxílio dos filhos na manutenção financeira da casa do que à formação escolar. Além disso, as mulheres não iam à escola, pois deveriam passar por uma formação dedicada ao lar e a serem boas esposas e mães, enquanto seus maridos saíam para o trabalho. Esse dado é observado nas investigações, através dos relatos das mulheres idosas declarando escolaridade mais baixa que os homens (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).



As idosas desta pesquisa relataram um nível de escolaridade maior que os idosos até o primário, momento em que os números se invertem e os homens apresentam mais anos de estudo. Camarano (2004) descreve a mudança de panorama e a melhoria dos níveis de escolaridade a partir de 1940, com aumento de pessoas alfabetizadas e do número médio de anos de estudo. Assim, foi possível um incremento significativo de alfabetização entre as idosas, com índices que passaram de 74,2% de analfabetismo, em 1940, para cerca de 30% em 2000. Os dados corroboram a informação, com cerca de 35% de idosas analfabetas. Para a obtenção deste avanço, os programas do governo contribuíram muito, mas há também ações de organizações não-governamentais direcionadas à alfabetização e à educação continuada de adultos e idosos (INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

O estado conjugal é caracterizado pela predominância de viúvos (64,8%), seguidos dos casados (17,8%), confirmando os resultados de outros estudos (HELUANY, 2007; LIPOCKI, 2007; MORAIS, 2007; ROSSET, 2011). O mesmo acontece ao analisar a relação entre as variáveis sexo e estado conjugal, dado estatisticamente significativo. Enquanto a maioria das mulheres mantém-se viúva depois do falecimento do marido, entre os homens predomina o casamento. A viuvez das idosas é duas vezes maior que a dos idosos.

Levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida do brasileiro, espera-se que mais pessoas cheguem à velhice avançada, porém a mortalidade ainda é maior entre homens em faixa mais jovens, o que faz com que a viuvez seja bastante comum entre as mulheres. Estas se casam mais cedo, vivem mais e não voltam a constituir novo casamento após a perda do cônjuge, como acontece com os homens (BUAES; DOLL, 2005; IBGE, 2002; INOUE; PEDRAZZANA, 2007).

Buaes e Doll (2005) assinalam a importância da viuvez na vida de um idoso como um acontecimento que traz grande sofrimento e fragilidade pela perda irreparável, mas que pode representar um momento único de aprendizagem em função das mudanças exigidas e das possibilidades de desenvolvimento que a adaptação a uma nova vida pode trazer.

Os resultados mostraram que cerca de 12% do total de idosos moram sozinhos. Rosset (2011) aponta 13% e 27% de idosos vivendo sozinhos nas duas comunidades estudadas (Ribeirão Preto e Caxias do Sul) e Ferreira, Izzo e Jacob Filho (2007) encontraram 32%. Camarano (2002) analisa a tendência de aumento do número de idosos mais velhos morando sozinhos e entre eles, as mulheres tendem mais que os homens a viver só, pela sua condição de viuvez e também pelo casamento desfeito, situação mais comum na atualidade também

para as idosas. Ainda como característica da sociedade atual a influenciar este processo, as famílias experimentam grande mobilidade decorrente do aumento de separações dos casais e da construção de novos arranjos. Diante deste quadro, o idoso fica isolado e muitas vezes não encontra seu lugar nas novas conformações familiares (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Por outro lado, o arranjo familiar da maioria dos idosos, que não mora só, mostra que eles convivem com até quatro pessoas (88,4%). Entre as pessoas que residem com os idosos estão as filhas em primeiro lugar, 48,7%, e os netos, 42,2%, achados que não apresentaram significância estatística porém confirmam dados sobre a composição dos lares dos idosos (FERREIRA; IZZO; JACOB FILHO, 2007; LIPOSCKI, 2007). Estudos apontam a tendência de que as idosas residam com familiares (filhos e netos) enquanto os idosos residem com as esposas (DUARTE, 2003; RAMOS, 2003; SAAD, 2003), o que aumenta a rede de apoio, fundamental nesta fase da vida. Viver com os familiares tornou-se frequente entre os idosos pela maior expectativa de vida, que possibilita a convivência com as gerações subsequentes, e, muitas vezes, por causa da própria dificuldade dos filhos na aquisição de novos domicílios ao constituírem família e pelos recursos limitados de ambas as partes para manter as despesas da casa (ROSSET, 2009). Conviver conjuntamente têm se mostrado uma solução para a solidão e para a falta de recursos econômicos.

Nesse sentido, no Brasil o arranjo multigeracional parece receber mais influência do aspecto econômico do que cultural. Apesar de experimentar o declínio da renda com o avanço da idade, de forma geral os idosos continuam participando significativamente do orçamento doméstico, sobretudo, as mulheres (SUGAHARA, 2005). Este dado é confirmado ao observar que as idosas do estudo tenderam a coabitar mais com filhas e netos do que cônjuges. A relação intergeracional propicia a rede social necessária ao idoso, mas ao mesmo tempo cria conflitos inerentes à convivência diária, os quais podem comprometer o bem-estar emocional da pessoa idosa. Muito comum nas classes sociais menos privilegiadas, este arranjo pode ainda estar acompanhado da falta de espaço adequado em residências com um número pequeno de cômodos, ocasionando pouca privacidade e incômodo à pessoa idosa.

As idosas que participaram da pesquisa são mulheres que foram educadas em um padrão sociocultural que visava a sua formação para o cuidado com o lar e a família. Se, por um lado, estas mulheres foram preservadas em certa medida dos riscos de exposição aos acidentes de trabalho e violência, por outro, não tiveram muitas oportunidades de estudo e,

portanto, de construir uma reserva financeira para a velhice avançada. Muitas destas idosas, com estudo e rendimentos limitados, não conseguem manter-se sozinhas, sendo levadas a residir com os parentes mais próximos, geralmente cuidando dos netos e da casa (VITTA, 2001). Elas participam da manutenção da família, seja na atenção às pessoas e às tarefas domésticas, seja na complementação do orçamento.

No presente estudo, não houve significância estatística ( $P = 0,75$ ) no que se refere à saúde referida, com a maioria dos idosos referindo ótimo ou bom nível de saúde (mais de 60% tanto de homens quanto de mulheres). Vale salientar que, entre os que fizeram referência ao nível ruim e péssimo, as idosas são a parcela maior. Estudos apontam que as mulheres referem mais a insatisfação com o quadro da sua saúde e das morbidades apresentadas. Isto pode ser explicado considerando-se a vida mais prolongada e a presença de taxas mais altas de morbidades para doenças crônicas e incapacidade física, mas também pela maior facilidade que as mulheres têm para relatos verbais sobre sua condição.

Quanto à morbidade referida, encontram-se como doenças mais referidas a hipertensão (59%), a doença de coluna ou dor nas costas (48,3%), os problemas de visão (46,1%), a incontinência urinária (37,8%) e a osteoporose (34,5%). Morais (2007) encontra como problemas de saúde mais relatados os relacionados à visão (70,8%) e também a hipertensão arterial e problemas de coluna. A hipertensão arterial é a morbidade de maior referência entre os idosos brasileiros, seguida de artrite e reumatismo, conforme ratificam os resultados do estudo (CAMARANO, 2005; HELUANY, 2007; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; MARAFON, 2003; SANTOS, 2007).

Vale salientar que as doenças mais assinaladas pelos idosos são crônicas, portanto de longa duração, processo gradual de desenvolvimento e alta capacidade de afetar a autonomia e independência do indivíduo (REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2009).

O processo de envelhecimento provoca mudanças da natureza metabólica que propiciam o surgimento das chamadas doenças da velhice, como as cardiovasculares, hipertensão, diabetes e as músculo-esqueléticas (osteoporose e artrite, por exemplo). Entretanto, é importante considerar que o desenvolvimento destas doenças também é afetado por fatores ambientais e sociais, principalmente, no que se refere ao estilo de vida adotado.

Com relação à interferência que as doenças referidas têm em sua rotina, encontrou-se equilíbrio entre as respostas de maneira que 50,9% dos idosos assinalaram que havia influência nas atividades, 49,1% que não havia qualquer interferência, seguindo normalmente sua rotina de vida. Devido à morbidade referida, os idosos avaliam que já não conseguem realizar algumas das suas atividades por limitação decorrente das doenças, sobretudo as que trazem restrições de visão e de movimentos. A presença de morbidades e deficiências relaciona-se diretamente com a capacidade funcional e, pela longevidade, os mais velhos são os que apresentam maior risco de desenvolver doenças crônicas incapacitantes e sofrer limitações funcionais (RAMOS, 2003; SANTOS, 2007).

Apesar da presença das doenças crônicas nesta fase da vida, os idosos referem menos queixas que os adultos jovens, quando estes têm os mesmos problemas de saúde. Parece que o processo de envelhecimento cria duas atitudes diferentes frente às limitações e incapacidades. A primeira é uma adaptação necessária às mudanças à medida que elas vão ocorrendo, e estas não se dão de forma rápida e abrupta na maioria das vezes. E a segunda atitude é a de maior aceitação destas mudanças uma vez que elas são parte de um envelhecer natural, de acordo com uma visão socialmente construída. Parece que os idosos associam a perda da capacidade funcional ao envelhecimento e não à perda da saúde. É comum que, quando perguntados sobre sua saúde, eles afirmem ser boa para sua idade. Estudos demonstram que a capacidade funcional tem sido mais significativa na vida dos indivíduos do que a presença de doenças. Estas, por si só, não determinam se um idoso é saudável. A capacidade de mudar a autoavaliação do nível de saúde está mais relacionada à presença de doença sem controle, acompanhada de diminuição da capacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

No que se refere às Atividades de Vida Diária (AVD), é possível notar que os idosos gozam de boa autonomia e independência no desempenho das suas tarefas, uma vez que a maioria deles afirma desempenhá-las sem ajuda. As atividades nas quais houve maior dificuldade de execução são sair de casa usando algum tipo de transporte (39,6%), cortar as unhas dos pés (43%) e sair de casa para caminhar curtas distâncias pelo bairro (47,4%). Os resultados são semelhantes aos do estudo de Heluany (2007), em que idosos longevos apresentam funcionalidade e independência satisfatórias no desempenho das AVD. Também Parahyba, Veras e Melzer (2005) reportam que mesmo as idosas com 85 anos ou mais não referem dificuldade significativa para realização de atividades mais complexas como caminhar mais de um quilômetro.

A importância em analisar o desempenho nas AVD se refere a um novo contexto de entendimento do processo saúde-doença na velhice e à compreensão de que apenas o diagnóstico de uma doença não acarreta prejuízo à saúde e às atividades cotidianas. Assim, o grau de saúde remete diretamente à dimensão do comprometimento desta enfermidade na vida e no bem-estar da pessoa (BARROS, 2008).

Na presente pesquisa, os idosos associaram sua limitação em sair de casa sozinhos, seja para distâncias curtas ou deslocamentos mais longos, aos problemas de visão bastante relatados e ao medo dos familiares de que possa lhes acontecer algum acidente, queda ou violência (assalto). Já a incapacidade de cortar as unhas foi relacionada por eles à diminuição da flexibilidade, eles não alcançam mais os pés, ou à perda da habilidade para movimentos finos, com referência a acidentes e cortes com a tesoura. Esse dado é bastante significativo para os idosos portadores de diabetes, considerando que qualquer tipo de lesão deve ser evitado, principalmente nas extremidades do corpo.

Referente à situação de trabalho em que o idoso se encontrava no momento da entrevista, vê-se que 71,7% estão aposentados e 28,3% têm outro tipo de atividade. Dentre as fontes de renda, além da aposentadoria, estão 43,9% de idosos que recebem a pensão ou algum tipo de ajuda do cônjuge e do total de idosos, cerca de metade percebe o valor correspondente a 1 SM. Nota-se a grande participação do benefício previdenciário dispensado para compor o rendimento mensal na velhice avançada. Estes dados confirmam achados do estudo de Liposcki (2007), no qual 82% dos idosos são aposentados e 16% pensionistas e a remuneração mais prevalente foi 01 (um) salário mínimo, com 62% dos indivíduos estudados. Apesar de ainda possuir um valor questionável quanto à cobertura das necessidades básicas, os benefícios previdenciários garantem ao idoso uma condição mínima de autonomia financeira. Neste contexto, é importante destacar o papel do Benefício de Amparo ao Idoso pago aos maiores de 65 anos que não têm condições de se manter financeiramente, mesmo não havendo contribuído para a Previdência Social durante a vida.

Apesar da redução nos valores do rendimento decorrentes da menor empregabilidade da pessoa idosa e da aposentadoria, essas informações em conjunto com o quadro de composição domiciliar sugerem uma dupla relação estabelecida entre o idoso e a família. Se por um lado os ganhos não são suficientes para que o idoso tenha condições de arcar sozinho com suas despesas básicas, por outro, morar com a família remete à sua importante participação no orçamento doméstico e na manutenção do lar.

Para a análise da renda mensal, os resultados deste estudo não apresentaram significância estatística. Tem-se que a maioria dos entrevistados (47,5%) reporta ganhar 1 SM e apenas 15,6% percebe mais de 5 SM. Dentre os que recebem apenas 1 SM, a maior parcela é composta por mulheres, em contrapartida à maior proporção de homens nas faixas de maior rendimento. Em relação à renda mensal, Rosset (2011) mostra que a maioria dos idosos, cerca de 60%, recebe até um salário mínimo, percentual semelhante ao encontrado por Liposcki (2007). Esses dados fazem parte de um contexto brasileiro de desigualdades entre regiões apontado pelo IBGE (2006), no qual 68% dos idosos residentes no Nordeste vivem com menos de um salário mínimo, em contraposição as taxas do Sul e Sudeste, 35%. Esta situação coloca o Brasil (11ª posição) entre os 15 países com maior concentração de renda no mundo e alerta para a situação de precariedade econômica em que vivem os idosos mais velhos. Os baixos valores percebidos têm impactos diretos sobre suas condições de vida e de saúde.

A situação da renda familiar do domicílio do idoso também repercute neste quadro. Embora sem significância estatística, os resultados mostram que a maioria dos homens idosos vive em residências com renda média acima de 2 SM. Esta taxa é de 50% entre as mulheres, porém há que se considerar que cerca de 30% do total das idosas vive em lares com renda de apenas 1 SM, enquanto em situação semelhante são cerca de 14% dos idosos. São também os homens que usufruem de melhor condição em relação à propriedade do imóvel habitado, 75% deles é dono da sua residência, dados estatisticamente significativos. Possuir casa própria significa menos despesas no orçamento doméstico e mais conforto às pessoas na velhice. Por fim, quanto à suficiência da renda pessoal para suas despesas básicas, mesmo não observando significância estatística, os resultados apontam que a maioria dos entrevistados demonstra ter o bastante para se manter, sendo 61,5% dos homens e 52,1% das mulheres.

**CONCLUSÕES**

---

## 8 CONCLUSÕES

A metodologia e a análise dos resultados obtidos neste estudo, que investigou o perfil socioepidemiológico dos idosos longevos em Recife, no Nordeste do Brasil, permitiram encontrar respostas que contemplam às questões colocadas inicialmente. O perfil da população estudada é semelhante aos descrito por estudos de natureza semelhante, em conformidade com as tendências do envelhecimento populacional brasileiro. As conclusões serão apresentadas nesta seção.

Em relação à caracterização do grupo de idosos longevos e sua situação econômica, há uma predominância do sexo feminino, principalmente nas idades mais avançadas. O nível de escolaridade é baixo, tendo a maioria dos idosos cursado até o 1º grau e o estado conjugal mais comum é a viuvez. Os idosos residem com até quatro pessoas, sendo geralmente com filhas e netos. Seus rendimentos mensais pessoais são, em grande parte, de cerca de um salário mínimo, renda que geralmente se origina da aposentadoria do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Os idosos referem como principais problemas de saúde a hipertensão, a doença de coluna ou dor nas costas, os problemas de visão, a incontinência urinária e a osteoporose. Metade dos idosos entrevistados acredita que as doenças interferem em sua rotina de atividades, limitando-as.

O grau de autonomia e independência dos idosos longevos foi considerado bom, uma vez que na maioria das atividades não há relato de dificuldade de realização. As tarefas nas quais há maior necessidade de ajuda ou acompanhamento são sair de casa usando algum tipo de transporte, cortar as unhas dos pés e sair de casa para caminhar curtas distâncias pelo bairro.

As informações apresentadas constituem um perfil da população do estudo e generalizações devem ser feitas com muita cautela. No entanto, permitem contribuir com noções específicas e atuais sobre um grupo de idosos longevos. Face ao crescimento progressivo da parcela mais velha da população, é necessário que a sociedade desenvolva o conhecimento detalhado desta etapa da vida, de suas necessidades e particularidades para a adoção de medidas adequadas de cuidado.

Um dos fatores pesquisados que requer ações é a baixa escolaridade dos idosos que dificulta sua inserção social no mundo atual e a melhor compreensão do processo que



vivenciam nesta fase da vida bem como da importância dos cuidados com a saúde para manter-se ativo por mais tempo. Da mesma forma, preocupam os baixos valores das aposentadorias e o despreparo dos indivíduos para a saída do mercado de trabalho. Os aspectos de educação e rendimentos têm papel fundamental na criação de condições dignas de vida e da manutenção da autonomia na velhice avançada.

O quadro encontrado aponta ainda para os cuidados a serem tomados no sentido de evitar a precarização da vida das idosas longevas. Essa precarização decorre da convivência com um quadro de múltiplas doenças crônicas, a solidão, a falta de um parceiro com interesses próprios da idade e a renda consideravelmente menor que a masculina. Os estudos mais recentes chamam a atenção para a importância de uma discussão sob o ponto de vista do gênero, que tem se apresentado como fator de risco mais relevante do que a própria idade para a diminuição da qualidade de vida na velhice avançada. Contextualizando o estudo no debate feminista, é fato que as mulheres vivem mais e tem menos qualidade de vida, apesar de ainda continuarem a exercer seu papel de suporte familiar na longevidade. Todos estes fatores sugerem que governantes e sociedade devem refletir sobre o envelhecimento da mulher e sobre mudanças de atitude em relação ao cuidado dispensado às idosas. Paralelamente, é fundamental repensar o envelhecimento do homem, que em função do contexto estudado tem reduzidas chances de viver a velhice avançada.

Por fim, nesta fase da vida, a presença de doenças não remete direta e exclusivamente à perda de autonomia e independência. Logo, abordar a longevidade através do enfoque da capacidade funcional e do envelhecimento ativo traz mais benefícios aos idosos e requer uma reavaliação da visão cristalizada sobre o idoso por parte dos profissionais de saúde, da sociedade e do governo. Novas realidades pedem novas atitudes.

## **RECOMENDAÇÕES**

---

## RECOMENDAÇÕES

- Em virtude do reduzido número de estudos sobre os idosos longevos, recomenda-se a realização de pesquisas que detalhem sua realidade do ponto de vista da saúde, mas também psicológico e social, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, onde as consequências das iniquidades do país tendem a ser mais fortes.
- Aperfeiçoamento contínuo das Políticas Públicas para o idoso, proporcionando maior adequação às demandas específicas dos idosos longevos.
- Favorecer a escolaridade e ações de capacitação de crianças e jovens visando garantir no futuro uma melhor qualidade de vida para estes quando se tornem idosos, mas principalmente, enfatizar os programas de educação para adultos.
- Paralelamente, desenvolver programas de conscientização da sociedade e dos empresários para manter os profissionais ativos por mais tempo, valorizando a experiência adquirida ao longo da vida.
- Capacitação adequada para os profissionais de saúde no sentido de prepará-los para poder identificar as diferentes necessidades desta população específica, atuar ao nível da prevenção e da melhoria da qualidade de vida, uma vez instaladas possíveis doenças crônicas e/ou degenerativas.
- Introdução de disciplinas nos cursos de graduação da área de saúde e incentivo à criação de cursos de programas a nível de especialização visando um adequado acompanhamento de idosos.

## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C. A.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o Método de Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.535-546, mar. 2008.
- BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.3: p.339-354, jul./set. 2003.
- BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, supl.1, p.6-19, 2008.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL. 1., 1996, Brasília. **Anais ...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996, p. 1-30. Brasília, DF, p. 1-30, 1996.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 3 jan. 2012.
- BRASIL. Secretaria de Assistência Social **Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237-E, p.20-24, 13 dez. Seção 1.
- BUAES, C. S.; DOLL, J. Aprende a ser viúva: narrativa de mulheres idosas no meio rural. **Revista Kairós**, São Paulo, v.8, n.2, p.171-188, 2005.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Textos para discussão).
- CAMARANO, A. A. (Org.) **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A. A. et al. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas**. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.
- CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.47-71.

DUARTE, Y. A. de O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.) **Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília, DF: OPAS, 2003. p.183-200.

DUARTE, Y. A. de O.; ANDRADE, C. L. de; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.41, n.2, p.317-325, 2007.

FERREIRA, F. F. P.; IZZO, H.; JACOB FILHO, W. Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.154-157, 2007.

FRANCISCO, C. M. **Estudo dos fatores preditores do envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no Município de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FREESE, E., FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.) **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.17-45.

HAAS, J. S. **Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos de alta da UTI**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

HELUANY, C. C. V. **Perfil do envelhecimento de octogenários e nonagenários residentes em Siderópolis – Santa Catarina**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2007.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n.15, p.742-747, 2007. Número especial.

IBGE. **Resultados preliminares do Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 19 de abril de 2012.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais, 2005**. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2008.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

JARDIM, V. C. F. S. **Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda – PE**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma nova realidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.3: p.210-227, jul./set. 1987.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1107-1111, 2008.

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

KATZ, S. et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of American Geriatrics Society**. v.185, n.12, p.914-919, 1963.

KATZ, S.; STROUD, M.W. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. **Journal of American Geriatrics Society**. v.37, n.3, p.267-271, 1989.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.1, p.31-38, jan./mar. 2006.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.499-513.

LIMA-COSTA, M. F. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde (Brasil). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**, OPAS: Brasília, 2009. p.65-82.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD 98). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F., LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso dos serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2467-2478, out. 2007.

LIPOSCKI, D. B. **A influência de um programa de intervenção psicomotora na aptidão psicomotora de idosos longevos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

MAHONEY, F; BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**. v.14, p.61-65, 1965.

MARAFON, L. P. et al. Preditores cardiovasculares de mortalidade em idosos longevos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.799-808, 2003.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Produção de conhecimento sobre idosos longevos. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, v.17, n.4, p.569-574, out./dez. 2009.

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

MORAIS, E. P. de; RODRIGUES, R. A. P., GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.2, p.374-383, abr./jun. 2008.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. Brasília, v.15, n.1, p.79-94, 1998.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e interssetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. **Programa para preparação e comemoração do ano internacional do idoso**, Geneve, 1999.

NAÇÕES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre El Envejecimiento**. Madrid, 2002.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.14, n.4, p.322-329, jul./ago. 2010.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, **The Milbank Quarterly**, Califórnia, Estados Unidos, v.83, n.4, p.731-757, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Disability prevention and rehabilitation**. Geneve, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Grupo Científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Geneve, 1984. (Série de Informes Técnicos 706)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública**. Brasília: OPAS, 2005.

PAIVA, S. O. C. **Perfil sócio-econômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.



PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão dos instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, n.1, p. 7-19, jan./fev. 2005.

PAPALÉO NETO, M.; PONTE, J. R. DA. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETO, M. (Org.) **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-25.

PARAHYBA, M. I. **Fatores sociodemográficos e dificuldades funcionais dos idosos no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 967-974, out./dez. 2006.

PARAHYBA, M. I.; VERAS R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre idosos no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1257-1264, 2008.

PARAHYBA, M. I.; VERAS R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.383-391, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETO, M. (Org.) **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, p. 313-323, 1996a.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. (Org.) **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, p. 26-43, 1996b.

PATRÍCIO, K. P. et al. O segredo da longevidade segundo a percepção dos próprios longevos. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1189-1198, jul./ago. 2008.

PEIXOTO, C. A. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In LINS DE BARROS, M. M.(Org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro, 1998. p. 69-84.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 157-185.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2.p.2257-2267, 2008.

POLLAK, N. et al. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**. Estados Unidos, v.77, n.10, p.1056-1061, out. 1996.

PRADO S. D. ; SAYD J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de estudo, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.57-68, 2004.

PRATA, P. R. The Epidemiologic Transition in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.168-175, abr./jun. 1992.

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

RECIFE. Prefeitura. Lei municipal nº. 17.030, de 22 set. 2004, Dispõe sobre a política de atendimento ao idoso, no município do Recife. **Diário Oficial do Recife**. Poder Executivo, 23 set. 2004. Disponível em <<http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial/>> Acesso em 21 abril 2012.

RECIFE. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2006 – 2009** - Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS. 2005.

RECIFE. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2010 – 2013**. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. Introdução. In: **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: OPAS, 2009. p. 17-34.

ROSSET, I. **Avaliação geriátrica global dos idosos *mais velhos* residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caixas do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo**. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.391-400, 2011.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.149-177.

SAAD, P. M. Arranjos familiares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.) **Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, p.183-200, 2003.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2781-2788, nov. 2007.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V; COELHO F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.899-906, 2002.

SOUZA, M. A. A. **Como anda a região metropolitana do Recife**. Observatório Pernambuco de Políticas Públicas e Práticas Sócio-Ambientais, Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

SUGAHARA, G. T. L. O perfil do idoso brasileiro. **Revista Kairós**, São Paulo, v.8, n.2, p.51-75, dez. 2005.

TOBAR, F. **Como fazer tese em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir tese e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-UERJ, 1994.

VERAS, R.P. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.423-432, 2004.

VERAS, R. P. et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos dependentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.355-370, 2007.

VERAS, R. P.; DUTRA, S. **Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS**. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2008.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.21, n.3, p.225-233, 1987.

VITTA, A. de. **Bem-estar físico e saúde percebida**: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M.; PERPÉTUO, I. H. O. A estrutura da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (Brasil). **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências, OPAS: Brasília, 2009.. p.37-63.

## **APÊNDICES**

---

## Apêndice A – Instrumento do estudo

<b>Número do Questionário</b>				
-------------------------------	--	--	--	--

<b>Setor Censitário</b>	
-------------------------	--

<b>Distrito Sanitário</b>	
---------------------------	--

<b>Entrevistador(a)</b>	
-------------------------	--

<b>Data</b>	
-------------	--

<b>Quem responderá às perguntas?</b>
1. O(a) próprio(a) idoso(a)
2. O(a) próprio(a) idoso(a), com ajuda de respondente substituto (exceto para a Seção de Saúde Mental)
3. Respondente substituto (exceto para a Seção de Saúde Mental)

<b>Nome do Entrevistado</b>	
<b>Data de Nascimento</b>	_____ / _____ / 19 _____
<b>Idade</b>	
<b>Endereço</b>	
<b>Bairro</b>	
<b>CEP</b>	
<b>Telefone(s)</b>	

<b>Início da Entrevista</b>	<b>Hora:</b>
-----------------------------	--------------

**I - INFORMAÇÕES GERAIS**

<b>1. Sexo do Entrevistado</b>	
1. Masculino	2. Feminino

<b>2. Quantos anos o(a) Sr(a) tem?</b> <b>Número de anos informado:</b>
8. NS / NR

<b>3. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr(a) mora neste bairro?</b> <b>Tempo informado:</b>	
0. Menos de 01 (um) ano	8. NS / NR

<b>4. Qual é sua escolaridade máxima COMPLETA?</b>		
1. Nenhuma	2. Primário	3. Ginásio (ou 1º grau)
4. 2º grau (científico, técnico)	5. Curso superior	6. Pós-graduação
7. NA	8. NS / NR	

<b>5. Atualmente qual é o seu estado conjugal?</b>		
1. Casado/morando junto	2. Viúvo(a)	3. Divorciado(a) / separado(a)
4. Nunca casou / solteiro(a)	8. NS / NR	

<b>6. O(a) Sr(a) teve filhos e/ou filhas? Entrevistador: em caso positivo, pergunte quantos e registre o número informado.</b>	
1. Filhos (.....)	2. Filhas (.....)
0. Entrevistado(a) não teve filhos	8. NS / NR

<b>7. Quantas pessoas vivem nesta casa, contando com o(a) Sr(a)?</b> <b>Número total de pessoas, incluindo o(a) entrevistado(a):</b>
0. Entrevistado(a) mora só (vá para Q. 9 e marque NA na Q. 8)
8. NS / NR (vá para Q. 9 e marque NA na Q. 8)

<b>8. Quem são essas pessoas que vivem com o(a) Sr(a) nesta casa? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.</b>
---

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
b. Pais	1	2	7	8
c. Filhos	1	2	7	8
d. Filhas	1	2	7	8
e. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
f. Netos(as)	1	2	7	8
g. Outros parentes	1	2	7	8
h. Amigos	1	2	7	8
i. Empregado(a)	1	2	7	8

**Agora eu quero lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde**

## II. SAÚDE FÍSICA

**9. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está. Entrevistador:** leia as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Ótima	2. Boa	3. Ruim
4. Péssima	8. NS / NR	

**10. Eu vou ler algumas doenças e problemas de saúde e gostaria que o(a) Sr(a) respondesse se sofre ou não de algum deles. Entrevistador:** leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Doença de coluna ou dor nas costas	1	2	8
b. Osteoporose	1	2	8
c. Artrite ou reumatismo	1	2	8
d. Câncer	1	2	8
e. Diabetes	1	2	8
f. Enfisema (doença no pulmão)	1	2	8
g. Bronquite ou asma	1	2	8
h. Tuberculose	1	2	8
i. Hipertensão ou pressão alta	1	2	8
j. Doença do coração (cardiopatias)	1	2	8
k. Doença nos rins (insuficiência renal crônica)	1	2	8
l. Doença de estômago/aparelho digestivo (úlcera, gastrite, hérnia)	1	2	8
m. Depressão	1	2	8
n. Sequela de AVC / Derrame (Trombose)	1	2	8
o. Doença de Parkinson	1	2	8
p. Demência / perda de memória / esclerose / Doença de Alzheimer	1	2	8
q. Feridas / Escaras / Úlceras	1	2	8
r. Problemas de visão (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)	1	2	8
s. Problemas de audição	1	2	8
t. Queda (tombo)	1	2	8
u. Problemas de saúde bucal (com os dentes)	1	2	8
v. Incontinência urinária (perde urina sem querer)	1	2	8
w. Alcoolismo	1	2	8
x. Cirrose	1	2	8
y. Outra doença	1	2	8

<b>11. Estas doenças e problemas de saúde atrapalham o(a) Sr(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer? Entrevistador: caso o(a) entrevistado não tenha referido sofrer de nenhuma doença, marque <u>NA</u>.</b>	
1. Sim	2. Não
7. NA	8. NS / NR

<b>12. O(a) Sr(a) sofre de dor de cabeça ou enxaqueca?</b>	
1. Sim	
2. Não (vá para a Q. 19 e marque NA nas Qs. 13; 14; 15; 16; 17 e 18)	
8. NS / NR (vá para a Q. 19 e marque NA nas Qs. 13; 14; 15; 16; 17 e 18)	

**Atenção Entrevistador: as Qs. de 13 a 18, devem ser respondidas APENAS pelo(a) entrevistado(a). Caso este(a) não tenha condição de responder, marque NA em todas essas Qs. e vá para Q. 19.**

<b>13. Quando o(a) Sr(a) tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.</b>		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

<b>14. Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.</b>		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

<b>15. Quando o(a) Sr(a) tem dor de cabeça, com que frequência o(a) Sr(a) gostaria de poder se deitar para descansar? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.</b>		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

**Agora eu gostaria de saber sobre sua dor de cabeça ou enxaqueca APENAS nas últimas 4 semanas.**

<b>16. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.</b>		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		



**17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o(a) Sr(a) sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?**  
**Entrevistador:** leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

**18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?**  
**Entrevistador:** leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

### III. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

**19. O(a) Sr(a) é capaz de fazer sozinho(a) e sem ajuda as seguintes atividades.**  
**Entrevistador:** leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque **NÃO** na letra "o".

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, etc.)	1	2	-----	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro *	1	2	7	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	-----	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	-----	8
e. Comer a sua refeição	1	2	-----	8
f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	-----	8
g. Tomar os seus remédios **	1	2	7	8
h. Vestir-se	1	2	-----	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	-----	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	-----	8
k. Subir/descer escadas	1	2	-----	8
l. Deitar e levantar da cama	1	2	-----	8
m. Tomar banho	1	2	-----	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	-----	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	-----	8

\* marque NA quando o(a) entrevistado(a) referir que não é habilitado / não dirige ou não possui carro.

\*\* marque NA quando o(a) entrevistado(a) referir que não faz uso de NENHUM remédio.

**20. No seu tempo livre o(a) Sr(a) faz (participa de) alguma dessas atividades. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja ou serviço religioso	1	2	8
i. Vai a jogos esportivos	1	2	8
j. Pratica alguma atividade física	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos como excursões	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota ou faz outros trabalhos manuais	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair como jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.	1	2	8
r. Outros	1	2	8

#### **IV. RECURSOS ECONÔMICOS**

**21. Atualmente qual a sua situação de trabalho? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 4 e marque apenas uma opção.**

1. Aposentado	2. Desempregado	3. Empregado
4. Autônomo / trabalho informa	5. Outro	8. NS / NR

**22. De onde o(a) Sr(a) tira o sustento de sua vida? Entrevistador:** leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Do seu trabalho	1	2	8
b. Da sua aposentadoria	1	2	8
c. Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)	1	2	8
d. Da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. De aluguéis, investimentos	1	2	8
f. De outras fontes	1	2	8

**23. Em média, qual é a sua renda mensal? Entrevistador:** caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. Atenção: anote o valor líquido.

<b>Rendimento mensal</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Entrevistado(a) não tem renda	8. NS / NR				

**24. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado. Entrevistador:** se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q. 23. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque NA nesta questão.

<b>Rendimento mensal</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. NA	8. NS / NR				

**25. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr(a), vivem com esse rendimento familiar ou do seu rendimento? Entrevistador:** registre o número de pessoas informado.

<b>Número de pessoas:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Entrevistado(a) mora só	8. NS / NR	

**26. Por favor, informe se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Água encanada	1	2	8
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeocassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone fixo e/ou celular	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8

**27. O(a) Sr(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?**

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal	2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
3. Alugado pelo entrevistado	4. Morando em residência cedida sem custo para o(a) entrevistado
5. Mora na casa de filhos/as	6. Outra categoria
7. NA	8. NS / NR

**28. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr(a) ganha. Entrevistador: leia as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.**

1. Dá e sobra	2. Dá na conta certa	3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito	8. NS / NR	

## Apêndice B – Quadro 1

Quadro 1 – Distribuição das variáveis pesquisadas na seção I sobre informações gerais

Variáveis	Perguntas
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Feminino</li> </ul>
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma</li> <li>• Primário</li> <li>• Ginásio (ou 1º grau)</li> <li>• 2º grau (científico ou técnico)</li> <li>• Curso superior</li> <li>• Pós-graduação</li> </ul>
Estado conjugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado/morando junto</li> <li>• Viúvo(a)</li> <li>• Divorciado(a)/separado(a)</li> <li>• Nunca se casou/solteiro(a)</li> </ul>
Número de filhos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de filhos</li> <li>• Número de filhas</li> <li>• Não teve filhos</li> </ul>
Arranjo domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pessoas que vivem na residência, incluindo o idoso entrevistado</li> <li>• Mora sozinho</li> </ul>
Grau de parentesco das pessoas que compõem o arranjo domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposo(a)/companheiro(a)</li> <li>• Pais</li> <li>• Filhos</li> <li>• Filhas</li> <li>• Irmãos/irmãs</li> <li>• Netos(as)</li> <li>• Outros parentes</li> <li>• Amigos</li> <li>• Empregado(a)</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

## Apêndice C – Quadro 2

Quadro 2 – Distribuição das variáveis pesquisadas na seção II sobre saúde física

Variáveis	Perguntas
Saúde referida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ótima</li> <li>• Boa</li> <li>• Ruim</li> <li>• Péssima</li> </ul>
Morbidade referida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença de coluna ou dor nas costas</li> <li>• Osteoporose</li> <li>• Artrite ou reumatismo</li> <li>• Câncer</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfisema (doença no pulmão)</li> <li>• Bronquite ou asma</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Hipertensão arterial ou pressão alta</li> <li>• Doença no coração (cardiopatias)</li> <li>• Doença nos rins (insuficiência renal crônica)</li> <li>• Doença de estômago/aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)</li> <li>• Depressão</li> <li>• Sequela de AVC/derrame (trombose)</li> <li>• Doença de Parkinson</li> <li>• Demência/perda de memória/esclerose/Doença de Alzheimer</li> <li>• Feridas/escaras/úlceras</li> <li>• Problemas de visão (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)</li> <li>• Problemas de audição</li> <li>• Queda (tombo)</li> <li>• Problemas de saúde bucal (com os dentes)</li> <li>• Incontinência urinária (perde urina sem querer)</li> <li>• Alcoolismo</li> <li>• Círose</li> </ul>
Interferência das doenças na rotina de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> <li>• Não responderam</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

## Apêndice D – Quadro 3

Quadro 3 – Distribuição das variáveis pesquisadas na seção III sobre Atividades da Vida Diária

Variáveis	Perguntas
Grau de autonomia e independência no desempenho das Atividades de Vida Diária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sair de casa usando transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô)</li> <li>• Sair de casa dirigindo seu próprio carro</li> <li>• Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)</li> <li>• Preparar sua própria refeição</li> <li>• Comer a sua refeição</li> <li>• Arrumar sua casa, sua cama</li> <li>• Tomas seus remédios</li> <li>• Vestir-se</li> <li>• Pentear os cabelos</li> <li>• Caminhar em superfície plana</li> <li>• Subir/descer escada</li> <li>• Deitar e levantar da cama</li> <li>• Tomar banho</li> <li>• Cortar as unhas do pé</li> <li>• Ir ao banheiro a tempo</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

## Apêndice E – Quadro 4

Quadro 4 – Distribuição das variáveis pesquisadas na seção IV sobre recursos econômicos

Variáveis	Perguntas
Situação de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aposentado</li> <li>• Desempregado</li> <li>• Empregado</li> <li>• Autônomo/trabalho informal</li> </ul>
Fonte de renda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho</li> <li>• Aposentadoria</li> <li>• Pensão/ajuda do(a) esposo(a)</li> <li>• Ajuda de parentes ou amigos</li> <li>• Aluguéis, investimentos</li> </ul>
Renda mensal pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor em reais</li> <li>• Entrevistado não tem renda</li> </ul>
Renda mensal total da residência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor em reais</li> </ul>
Propriedade do imóvel habitado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propriedade do entrevistado ou do casal</li> <li>• Propriedade do cônjuge</li> <li>• Alugado</li> <li>• Cedido sem custo</li> <li>• Reside na casa dos filhos(as)</li> </ul>
Suficiência da renda pessoal para despesas básicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dá e sobra</li> <li>• Dá na conta certa</li> <li>• Sempre falta um pouco</li> <li>• Sempre falta muito</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora



**ANEXOS**

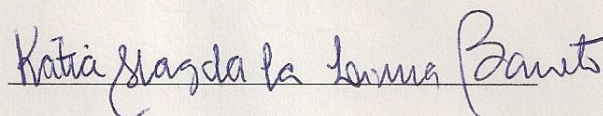
---

## ANEXO A - Carta de Anuência

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM  
BANCO DE DADOS

Eu, Kátia Magdala Lima Barreto, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz) e pesquisadora responsável pelo estudo “Mobilidade urbana, acesso e saúde: um estudo da população idosa” autorizo a utilização de parte do banco de dados do referido estudo, para a realização da dissertação de mestrado intitulada “Perfil socioepidemiológico dos longevos no município de Recife, Pernambuco” a ser realizada pela pesquisadora e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz) Rita de Cássia Román da Porciúncula, sob orientação do Professor Eduardo Maia Freese de Carvalho. Informo que esta cessão de parte do banco de dados está condicionada à sua utilização conforme as recomendações da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Recife, 17 de agosto de 2011.



Kátia Magdala Barreto



## ANEXO B - Parecer nº 315/2010 – CEP/CCS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 315/2010 - CEP/CCS

Recife, 17 de novembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 348800

CAAE – 0222.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 221/10

Título: **Mobilidade Urbana, acesso a saúde: um estudo de população idosa.**

Pesquisador Responsável: Katia Magdala Lima Barreto

Senhor(a) Pesquisador(a):

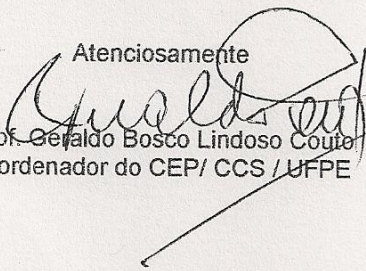
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 09 de novembro 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente



Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A  
Doutoranda Katia Magdala Lima Barreto  
Departamento de Terapia Ocupacional- CCS/UFPE