



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CALÍOPE PILGER

**CONHECENDO O IDOSO NA COMUNIDADE: SUBSÍDIOS PARA A EQUIPE E
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE, GUARAPUAVA-PR**

MARINGÁ

2010

CALÍOPE PILGER

**CONHECENDO O IDOSO NA COMUNIDADE: SUBSÍDIOS PARA A EQUIPE E
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE, GUARAPUAVA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias.

MARINGÁ

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P638c	<p>Pilger, Calíope Conhecendo o idoso na comunidade: subsídios para a equipe e para os serviços de saúde, Guarapuava-PR / Calíope Pilger. -- Maringá, 2010. 98 f. : il.</p> <p>Orientadora : Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.</p> <p>1. Enfermagem em saúde pública. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Promoção de saúde. 4. Políticas públicas. 5. Indicadores básicos de saúde. 6. Idoso - Cuidados. 7. Saúde do idoso. 8. Perfil de saúde. 9. O idoso na comunidade - Guarapuava - PR. I. Título.</p> <p>CDD 21.ed. 610.743</p>
-------	---

CALÍOPE PILGER

**CONHECENDO O IDOSO NA COMUNIDADE: SUBSÍDIOS PARA A EQUIPE E
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE, GUARAPUAVA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Ligia Carreira
Universidade Estadual de Maringá

Dedico primeiramente este trabalho a Deus e Jesus pela luz, energia e proteção que ilumina meus caminhos.

Também dedico este trabalho a meus pais Rubin e Maria das Graças que foram e sempre serão grandes incentivadores e motivadores do meu crescimento pessoal e profissional, pois sem o apoio, amor, carinho, conforto oferecido seria impossível terminar esta pesquisa.

Vocês são minha maior fortaleza!

Amo muito vocês! Sempre!

Dedico aos idosos participantes do estudo, pois além de me proporcionar conhecimento de sua vida física, social, emocional, foram grandes mestres no sentido de transmitir experiência e conhecimento de vida, que com certeza auxiliarão na minha vida profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de mais uma etapa da minha vida, que representou um grande desafio, principalmente na reta final, se faz necessário e é de grande importância agradecer pessoas importantes que auxiliaram na construção deste trabalho.

Aos meus pais, por serem meus primeiros mestres na arte de viver.

Aos meus irmãos, que são grandes companheiros e pessoas que sempre poderei confiar.

Ao meu namorado Alexandre por me motivar, incentivar, confortar em momentos difíceis da caminhada.

À minha mestre e orientadora, Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias por transmitir conhecimentos, experiências profissionais e de vida com ética, princípios que me proporcionaram crescimento pessoal que levarei por toda minha vida profissional. Obrigada por me incentivar a ser uma pesquisadora!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM, e seus funcionários, em especial a Cristiane, secretária do programa, que indiretamente são essências de nossa formação.

A CAPES pela oportunidade de proporcionar auxílio financeiro para a realização da pesquisa.

A UNICENTRO.- Universidade Estadual do Centro Oeste, e coordenação do Departamento de Enfermagem, pois possibilitaram momentos de ausência na instituição de trabalho para a finalização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Ligia Carreira pelo carisma, estímulo à pesquisa na área de saúde do idoso, e também pelas contribuições oferecidas na qualificação e decorrer do trabalho.

À Prof^a. Dr^a Darlene, por aceitar participar da banca examinadora e pelas contribuições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho.

Ao Prof. Mario Menon, pelo trabalho indispensável na estatística, além da paciência e compreensão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que proporcionaram conhecimentos, experiências vivenciadas com relação à docência e pesquisa.

Aos meus familiares, em especial minha prima Patricia, pelo auxílio oferecido na finalização da pesquisa, e minha eterna e querida avó, que amo tanto, pois aonde quer que ela

esteja, sei que sempre estará comigo, seguindo meus passos e me guiando nas escolhas certas para minha vida.

Às minhas sempre amigas, Kelly, Viviane, Audinéia, Kátia, Isabella que me ofereceram momentos intensos de companheirismo, amizade, e quero que saibam que vocês são e serão sempre pessoas especiais.

Aos amigos novos e eternos conquistados neste mestrado Simone Roeker, Tatiane, Simone Baggio, Larrisa, Denise, Rosana, Josana, Ana, Kátia, Elisangela, Luciana, Raquel e todos os outros que caminharam junto nesta etapa importante, com dificuldades, angustias e alegrias.

Enfim agradeço a Deus, pela graça de me permitir alcançar este objetivo.

MENSAGEM DE UM IDOSO

- * Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...
 - * Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...
 - * Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...
 - * Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...
 - * Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...
 - * Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...
 - * Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...
 - * Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...
 - * Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...
 - * Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha idade...
- A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...
Um pouco...
Do muito que lhe ofereci um dia !!!

(Rita de Cássia Oliveira)

PILGER, Calíope. **Conhecendo o idoso na comunidade**: subsídios para a equipe e para os serviços de saúde, Guarapuava - PR. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

Introdução: O idoso possui suas particularidades que precisam ser atendidas pelos serviços de saúde. A realização de estudos de perfil de saúde é essencial para a assistência a população de idosos, pois irá proporcionar aos profissionais de saúde, gestores a formulação de ações e políticas públicas que tornem o cuidado resolutivo e de qualidade. **Objetivo:** Analisar o perfil sociodemográfico e de saúde do idoso residente em Guarapuava – PR. **Metodologia:** Estudo transversal, com dados de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Guarapuava, PR, cadastradas nas 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Dos 5508 idosos cadastrados foram selecionados 359 por meio de amostragem estratificada proporcional. Os dados foram coletados utilizando as seções I, II, III e IV do questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule) aplicado aos idosos no domicílio, por entrevistadores previamente treinados. Para análise utilizou-se o programa *Estatistic* e os dados foram apresentados por meio da análise descritiva (frequência simples e porcentagem e para a associação foi utilizado o teste qui - quadrado, teste exato de Fisher, razão de prevalência). **Resultados:** Dos entrevistados 64,3% eram mulheres e a hipertensão arterial (34,9%), diabetes mellitus (12,4%) e artrite/artrose. (12,2%) foram as doenças mais prevalentes. A maior parte dos idosos relataram satisfação com a vida (83,4%) e em relação à auto-percepção de saúde, acuidade visual e auditiva (54,9%), (45,1%) e (48,6%), respectivamente, referiram ser boa. Para 65,2% dos idosos o estado dentário foi considerado ruim, 6,8% péssimo e 73,5% dos idosos relatam que falta a maioria de seus dentes. Para a utilização de serviços de saúde houve baixas proporções de idosos que foram hospitalizados (9,0%), fizeram tratamento fisioterápico (4,5%), foram socorridos na urgência (11,8%) nos últimos 3 meses. Com relação à utilização de serviços médicos e dentários 70,4% e 26,4% procuram serviços de saúde de instituições públicas, respectivamente. A maioria dos idosos entrevistados apresentou-se satisfeito com serviços em instituições públicas (83,1%), particular,/plano saúde (92,2%). As mulheres apresentaram maior grau de dependência leve (70,5%) e moderada/grave (62,3%) que os homens, visto que 75% deles não apresentaram comprometimento da sua capacidade funcional. Para a faixa etária, entre 70-79 anos aumenta aproximadamente, 6 (seis) vezes a

prevalência de ter dependência moderada/grave e aumenta até cerca de 11 (onze) vezes entre 80 anos ou mais. Com relação ao estado conjugal, a categoria de viúvos, apresentou maior chance para estar com dependência moderada/grave, com razão de prevalência de 7,1.

Considerações finais: Percebeu-se que além da importância da capacitação profissional, de conhecer as reais necessidades dos idosos, este perfil é um componente essencial para a geração de indicadores que não são obtidos em outras fontes de dados e que são essenciais para planejamento das ações dos gestores, líderes políticos e profissionais da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública. Perfil de saúde. Saúde do idoso.

PILGER, Calíope. **Getting to know the elderly in the community**: assets for the health team and services, Guarapuava - PR. 2010. 98 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing)– Maringá State University, Maringá, 2010.

ABSTRACT

Introduction: Elderly have characteristics that need to be addressed by health services. Researches that aim to study their health profile are fundamental for their assistance, for they provide health professionals and managers with information to design actions and public policies that assure care with effectiveness and quality. **Purpose:** to analyze the health and socio-demographic profile of elderly living in the city of Guarapuava – PR. **Methods:** this is a transversal study with people with 60 years-old and older living in Guarapuava – PR, enrolled in 30 (thirty) city Health Centers. Out of the 5508 elderly enrolled 359 were chosen by proportional stratified sampling. Data was collected using sections I, II, III and IV of the BOAS questionnaire (Brazil Old Age Schedule) which were applied to the elderly in their homes by trained interviewers. Data was analyzed using the Statistic software and was presented using descriptive analysis (simple frequency and percentage, chi-square and Fisher's exact test for association). **Outcomes:** 64.3% interviewees were women and 35.7% men. The main diseases manifested by them were arterial hypertension (34.9%), diabetes (12.4%) and arthritis/arthrose (12.2%). Most elderly reported being satisfied about their lives (83.4%), their health self-perception, visual and auditory accuracy was good (54.9%, (45.1%) and (48.6%), respectively. 65.2% of elderly found their dental state poor, 6.8% found it horrible and 73.5% reported that most of their teeth are missing. There were low proportions of elderly hospitalization (9.0%), physical therapy appointments (4.5%) and urgency situations (11.8%) in the past three months. Regarding utilization of medical and dental services 70.4% and 26.4% went to public institutions respectively. Most interviewees showed satisfaction towards public health institutions (83.1%), private clinics and health maintenance organizations (92.2%). Women displayed higher mild dependence level (70.5%) and moderate/severe (62.3%) than men, as 75% of them did not present any functional disability. For the elders aged between 70-79, the chance of having moderate/severe dependence increases by six-fold, and up to eleven-fold for those aged 80 or more. Concerning marital status the widows presented better opportunity to have moderate/severe dependence, with 7.1 odds ratio. **Conclusion:** It was observed that professional formation is important but beyond

that, getting to know the real needs of elders is a fundamental key to generate health indicators that cannot be obtained from other data sources and which are essential for planning actions by managers, politician leaders and health professionals.

Keywords: Public health nursing. Health profile. Health of elderly.

PILGER, Calíope. **Apoyo para el equipo y los servicios de salud, Guarapuava - PR: Conociendo a los ancianos en la comunidad.** 2010. 98 f. Disertación (Maestría en Enfermería)– Universidad de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMÉN

Introducción: Las personas de edad tiene sus particularidades que deben ser cumplidos por los servicios de salud. Los estudios del perfil de salud es esencial para el cuidado de la población de edad avanzada, ya que proporcionará a los profesionales sanitarios, gestores para formular acciones y políticas que hacen que la atención decidida y de calidad. **Objetivo:** Analizar la situación social, demográfica y de salud de las personas mayores que residen en Guarapuava - PR. **Metodología:** Estudio transversal con datos de las personas mayores de 60 años viviendo en Puerto Rico, Brasil, registrada en los 30 (treinta) Unidades Básicas de Salud (UBS) en el municipio. De los 5.508 adultos mayores inscritos 359 fueron seleccionadas mediante un muestreo estratificado proporcional. Los datos fueron recolectados a través de las secciones I, II, III y IV de las boas (Brasil Tercera Edad Lista) aplicado a los ancianos en sus hogares por entrevistadores entrenados. Para el análisis se utilizó el programa de estadísticas y los datos fueron presentados por el análisis descriptivos (frecuencia y el porcentaje y simple para la asociación fue con la prueba de chi - cuadrado, prueba exacta de Fisher). **Resultados:** De los encuestados el 64,3% eran mujeres y 35,7% hombres. Las principales enfermedades que se presentaron hipertensión arterial (34,9%), diabetes (12,4%) y la artritis / artrosis. (12,2%) La mayoría de los sujetos se declararon satisfechos con la vida actual (83,4%), su estado de salud auto-percibido, vista y al oído eran buenas (54,9%) (45,1%) y el 48,6%), respectivamente. El 65,2% de los ancianos estado dental se considera mala, muy mala 6,8% y 73,5% del informe de los ancianos que carecen de la mayoría de sus dientes. No hubo bajas proporciones de ancianos que fueron hospitalizados (9,0%) y recibieron terapia física (4.5%) fueron rescatados en situaciones de emergencia (11,8%) en los últimos tres meses. Con respecto a la utilización de los servicios médicos y dentales 70,4% y 26,4% busca atención médica de las instituciones públicas, respectivamente. La mayoría de los pacientes ancianos mostró su satisfacción con los servicios en las instituciones públicas (83,1%), privada o en el plan de salud (92,2%). Las mujeres tenían un mayor grado de dependencia de la luz (70,5%) y moderada / grave (62,3%) que los hombres, mientras que el 75% de ellos había deteriorado la capacidad funcional. Para el grupo de edad entre 70-79 años aumentó aproximadamente 6

(seis) veces las probabilidades de tener moderada / grave dependencia y aumenta a cerca de 11 (once) veces entre 80 años o más. En cuanto al estado civil, la categoría de viudas, tienen más probabilidades de estar con moderada y dependencia severa, con un odds ratio de 7,1.

Conclusión: Se observó que, además de la importancia de la formación profesional, para satisfacer las necesidades reales de las personas mayores, este perfil es un componente esencial para la generación de indicadores que no se obtienen de otras fuentes y datos que son esenciales para la planificación de acciones gerentes, líderes políticos y profesionales de la salud.

Palabras clave: Enfermería em salud pública. Perfil de salud. Salud del anciano.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Mapa da localização geográfica do município de Guarapuava – PR	28
--------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de idosos registrados e entrevistados segundo UBS. Guarapuava - PR, 2010	31
Tabela 2	Distribuição dos idosos segundo estimativas do IBGE e entrevistados por sexo. Guarapuava – PR. 2010	32
Tabela 3	Distribuição dos idosos segundo sexo, idade e variáveis sociodemográficas. Guarapuava - PR. 2010	43
Tabela 4	Distribuição dos idosos segundo sexo e principais problemas de saúde relatados. Guarapuava–PR. 2010	45
Tabela 5	Distribuição dos idosos segundo tipo de apoio utilizado e sexo. Guarapuava - PR	46
Tabela 6	Distribuição dos idosos segundo características da saúde bucal e sexo. Guarapuava – PR	46
Tabela 7	Distribuição dos idosos segundo sexo e percepção de saúde. Guarapuava–PR. 2010	47
Tabela 8	Distribuição dos idosos segundo utilização dos serviços médicos e dentários nos últimos 3 (três) meses e sexo. Guarapuava – PR. 2010	49
Tabela 9	Distribuição dos idosos segundo sexo e utilização dos serviços médicos e dentários Guarapuava – PR. 2010	50
Tabela 10	Distribuição dos idosos segundo utilização de serviços médicos e variáveis sociodemográficas. Guarapuava – PR. 2010	50
Tabela 11	Distribuição dos idosos segundo utilização de serviços dentários e variáveis sociodemográficas. Guarapuava – PR. 2010	51
Tabela 12	Distribuição dos idosos segundo grau de dependência e variáveis sociodemográficas. Guarapuava - PR. 2010	52
Tabela 13	Distribuição dos idosos sem dependência e com dependência moderada ou grave, segundo variáveis sociodemográficos. Guarapuava. 2010	54
Tabela 14	Distribuição dos idosos sem dependência e com dependência leve, segundo variáveis sociodemográficas. Guarapuava, 2010	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BOAS	Brazil Old Age Schedule
Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência do Idoso
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PR	Paraná
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	A MUDANÇA NA ESTRUTURA ETÁRIA E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ...	18
1.2	OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA COMUNIDADE	21
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3	MATERIAL E MÉTODO	27
3.1	TIPO DE ESTUDO	27
3.2	POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO	27
3.3	AMOSTRA	29
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
3.5.1	Para a descrição das características sociodemográficas e a percepção de saúde dos idosos	34
3.5.2	Para a identificação dos fatores associados à utilização dos serviços médicos e dentários por idosos	36
3.5.3	Para a descrição da capacidade funcional segundo variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos	36
3.6	PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	37
3.6.1	Recrutamento e treinamento dos entrevistadores	37
3.6.2	Análise dos dados	38
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	39
3.8	ALGUMAS IMPRESSÕES SOBRE O PROCESSO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA	39
4	RESULTADOS	42
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE	42
4.2	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS	48

4.3	CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE	52
5	DISCUSSÃO	57
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE	57
5.2	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS	62
5.3	CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	81
	ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo está direcionado ao seguinte questionamento: como se apresenta o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos residentes no município de Guarapuava, no Estado do Paraná? Esse questionamento remete à necessidade de avaliação contínua do estado de saúde desta população com objetivo de direcionar às ações para a programação das políticas e do cuidado em saúde.

1.1 A MUDANÇA NA ESTRUTURA ETÁRIA E DE SAÚDE NA POPULAÇÃO

A teoria da transição epidemiológica é resultado das complexas mudanças nos modelos de saúde-doença, mortalidade, fertilidade e estrutura de envelhecimento, acompanhadas pelas estruturas socioeconômicas, estilos de vida e determinantes de cuidados de saúde dos grupos populacionais (OMRAN, 2005). No continente americano a transição epidemiológica pode apresentar cinco estágios diferentes (MORAES; RODRIGUES; GERHARDT, 2008):

1. *Idade da pestilência e da fome*: altas taxas de mortalidade e fertilidade; predominância de doenças transmissíveis; expectativa de vida oscilando entre 20 a 40 anos. As sociedades neste estágio tinham a estrutura jovem. Período compreendido entre a Idade Média e início do século XIX;
2. *Idade do retrocesso das pandemias*: declínio da mortalidade devido à diminuição das pandemias, e as epidemias locais das doenças infecciosas diminuíram em frequência e magnitude. Aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer. Aumento da expectativa de vida para em média de 50 anos. Período entre o final do século XIX e início do século XX.
3. *Idade das doenças degenerativas e provocadas pelo homem*: aumento da prevalência de mortalidade por doenças degenerativas, como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes mellitus e as metabólicas. Também pelas doenças causadas pelo desenvolvimento das sociedades, como exposição à radiação, acidentes de trânsito, violência, doenças ocupacionais e, principalmente, a introdução de elementos cancerígenos no meio ambiente, na

- forma de inseticidas, pesticidas e conservantes alimentares. Acrescenta-se ainda o estresse da vida cotidiana. A expectativa de vida aumentou de 70 para 79 anos;
4. *Idade do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, das mudanças do estilo de vida, do envelhecimento populacional, do surgimento de novas e do ressurgimento de antigas doenças já controladas:* taxas de mortalidade e natalidade continuam baixando, resultando num crescimento negativo (Suécia, França, Alemanha), com expectativa de vida em torno dos 85 a 90 anos. Aparecimento da AIDS e ressurgimento da tuberculose, malária, dengue e cólera. Período compreendido entre as quatro últimas décadas do século XX. Em alguns países da Europa, bem como no resto do mundo, as doenças cardiovasculares continuam aumentando, como no terceiro estágio;
 5. *Idade da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o desenvolvimento de tecnologias para a sobrevivência dos deficientes:* a expectativa de vida deve ultrapassar os 90 anos. As doenças crônico-degenerativas e as causadas pelo homem continuam liderando a mortalidade e a morbidade.

Por sua vez, a transição demográfica está dividida em quatro etapas: a primeira caracterizada por alta fecundidade e alta mortalidade; a segunda por alta fecundidade e redução da mortalidade; a terceira por redução da fecundidade e mortalidade em queda; e a última etapa que continua com queda da fecundidade e da mortalidade, em todos os segmentos etários da população (BRASIL, 2006).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e no Brasil, as modificações ocorrem de forma rápida e com muitas modificações na sociedade. A mudança da pirâmide etária, com relação à população brasileira é um fenômeno de sua própria dinâmica que vem ocorrendo ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2006). Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder a 13% do total ao final desse período de 20 anos (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

Na população de 60 anos ou mais houve crescimento de 697 mil pessoas entre 2008 e 2009, o que representou um aumento de 3,3%, contra uma elevação de 1% no total da população residente do país. Em 2009, 11,3% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais de idade, frente a 11,1% em 2008 e 9,7% em 2004. As regiões Sul e Sudeste do País são as que

têm a maior proporção de grupos etários de 60 anos ou mais, o índice registrado da população desta faixa etária é de 12,7% e 12,3%, respectivamente (PLANO NACIONAL POR AMOSTRAS DE DOMICÍLIO, 2010). As projeções mais conservadoras indicam que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Este limite inferior varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas também, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Com o aumento do número de idosos o Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”, conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e parte desses com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típico dos países longevos, caracterizados por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

A longevidade é paradoxal, pois os benefícios de viver mais tempo são contrapostos pela possibilidade de doenças crônicas, declínio físico e psicológico, isolamento, depressão e declínio do status social e econômico. Com o aumento de pessoas idosas na comunidade também aumentam a necessidade da qualificação da atenção à saúde e a dependência de cuidados tanto da equipe de saúde como dos familiares (MORAES; RODRIGUES, GERHARDT, 2008).

No Brasil, existem dois documentos oficiais que envolvem a situação social, econômica, de saúde do idoso: a Lei n° 8.842/94 (BRASIL, 1994) que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que no seu artigo 2° "considera-se idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade", já a World Health Organization (2005) dispõe que em países desenvolvidos idosos são pessoas acima de 65 anos.

A população de idosos é composta tanto por pessoas com total autonomia, com capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes na família e na sociedade, quanto por pessoas que não são capazes de lidar

com as atividades básicas do cotidiano e sem nenhum rendimento próprio, ou seja, um grupo com necessidades bastante diferenciadas (CAMARANO; PASSINATO, 2005). China, Japão e países da Europa e da América do Norte já convivem há muito mais tempo com um grande contingente de idosos na comunidade e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade, com consequência de altos custos para o Estado e, portanto, o que exige formulação de políticas sérias e consistentes. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México experimentam este fenômeno mais recentemente na sua história e com aumento rápido da população idosa, por isso necessitam urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (GARRIDO; MENEZES, 2002).

A Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994) preconiza a necessidade de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Vale ressaltar as disposições do artigo 3º que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral reconhece a necessidade de se considerarem às diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos (PEREIRA; CURIONI.; VERAS, 2003).

A mudança na pirâmide etária mundial faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja foco de atenção, suscitando ações de agentes sociais e governamentais, além de profissionais da área da saúde (BENEDETTI; BORGES; PETROSKI; GONÇALVES, 2008). A Assembléia Geral das Nações Unidas em sua 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento realizada na cidade de Madri, em abril de 2002, discutiu o impacto do rápido envelhecimento à sociedade a fim de propor políticas específicas para esse grupo etário, tendo em vista o aspecto de multiplicidade de fatores na análise do envelhecimento humano (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

1.2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA COMUNIDADE

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevida, mas uma vida plena com qualidade. Apesar de numericamente significar pouco mais de 10% da população

brasileira, os idosos representam um terço dos gastos em saúde, com tendência de crescimento desses custos (PINTO; SORANZ, 2004). O envelhecimento populacional muda o perfil de adoecimento e traz repercussões para a atenção à saúde e para as políticas públicas, que passam a ter que enfatizar a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

Apesar da criação da Política Nacional da Saúde do Idoso em 1999 e do Estatuto do Idoso em 2003, apenas em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade. Na atenção básica, o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, garantindo a prioridade no atendimento àquele identificado como frágil (RODRIGUES; FACCINI; PICCINI; TOMASI; THUMÉ et al., 2009).

Parte essencial da Política Nacional de Saúde fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa. A Lei n.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas da área gerontológica, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais. Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontológica; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (CAMPOS, 2004). O cumprimento desta lei compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (CAMPOS, 2004).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) questiona como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento; como fortalecer políticas de prevenção de doença e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos; como manter ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento. A OMS define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Os países precisam desenvolver políticas amplas e intersetoriais que procurem assegurar o envelhecimento saudável (VERAS; CALDAS; ARAÚJO; KUSCHNIR; MENDES, 2008).

O processo saúde-doença apresentado em uma abordagem holística, concebe-se que o organismo humano é como um sistema, cujas dimensões biológicas, psicológicas e espirituais são interligadas e não dependem uma das outras, sendo parte integrante de sistemas maiores, subentendendo que o homem como organismo individual está em contínua interação com seu meio ambiente físico e social (ANDRADE; RODRIGUES, 2002).

A assistência com uma equipe de profissionais, como médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, preferencialmente com profissionais especializados em idosos, ajuda a identificar diversos fatores relacionados à saúde mental, psicológica, limitações físicas desencadeados em decorrência ao envelhecimento. Esta multidisciplinariedade contribui para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente.

Considerar o idoso em suas múltiplas interfaces é uma tarefa difícil, porém de extrema importância, para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar a sua independência e promover melhor qualidade de vida. Assim sendo, para a gestão do cuidado ao idoso, sugere-se que a equipe de saúde, em especial a da enfermagem, conheça cada idoso em sua unicidade e singularidade, visto que ações dessa natureza facilitam o planejamento dos cuidados no atendimento de suas necessidades e especificidades (MEIRELES; MATSUDA; COIMBRA; MATHIAS, 2007).

É importante que a atenção ao idoso seja pautada na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência através do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações em saúde para o idoso devem objetivar, ao máximo, a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

A equipe de enfermagem e o enfermeiro possuem como atribuição o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer, incluindo a velhice, fase ainda tão marcada por preconceitos e tabus. Saber intervir diante dos problemas que afetam o idoso exige do enfermeiro conhecimentos, habilidades específicas acerca do processo de envelhecimento principalmente o cuidado, incluindo a família e as reais dificuldades enfrentadas durante a fase da velhice, de cada idoso em particular. E mais, são necessárias habilidades que caracterizam a especialidade de gerontologia, como capacidade empática, envolvimento emocional e, sobretudo, respeito pelo ser humano idoso (LOPES; TIER; LUNARDI FILHO; SANTOS, 2007).

O Programa Saúde da Família – PSF, criado em 1994 é uma estratégia implantada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da prática assistencial à saúde, aproximando os

serviços de saúde da população, SUS enfocando os serviços voltados para a comunidade. Ao enfermeiro do PSF cabe atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades, pois é justamente na atenção básica que os enfermeiros e a equipe de saúde da família podem estar mostrando sua capacidade, compromisso e competência, dando sustentação às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (BENITO; BECKER, 2007).

Para tanto, se faz necessária uma maior discussão, um maior aprofundamento das questões que envolvem a pessoa idosa e os profissionais de saúde, como o enfermeiro, que estão envolvidos neste processo de mudanças de cuidado, já que chegar à velhice é uma realidade em qualquer região e município do país. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009). Assim o trabalho conjunto de todas as instituições carece de determinação política e de melhor discussão das competências necessárias aos diversos profissionais nas várias instâncias. Muitas são as políticas que focalizam o idoso e sua família, porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e de saúde (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Assim, as informações de saúde, de morbidade e mortalidade, em nível local, podem contribuir para que as decisões relativas às políticas sociais de atendimento à saúde estejam subsidiadas em dados que traduzem a situação da comunidade. Entretanto são necessárias outras formas de investigação em saúde, como a realização de inquéritos populacionais e diagnósticos de saúde para traduzir características que os bancos de dados não apresentam (MATHIAS; JORGE, 2005).

A importância e a necessidade dos inquéritos de base domiciliar e populacional vêm aumentando no país tornando componente essencial para a geração de indicadores que não são obtidos em outras fontes de dados e que são essenciais para planejamento das ações e da promoção e controle de agravos e direcionamento e qualificação do cuidado dispensado pela equipe de saúde. Os resultados destes inquéritos populacionais têm produzido volume importante de informações utilizadas para avançar no conhecimento e aprofundamento da complexidade do cuidado ao indivíduo e comunidade (BARROS, 2008).

A enfermagem como parte essencial na atenção à saúde do idoso na comunidade deve prestar aos idosos de sua área de abrangência uma assistência integral o que é possível apenas quando se conhece as particularidades da pessoa idosa na comunidade e na família, e isso se alcança através de inquéritos, diagnósticos de saúde populacionais.

É com a intenção de contribuir com a visibilidade de fenômeno do envelhecimento, com a formulação de políticas públicas voltadas especificamente para esta população e conhecer a população idosa de Guarapuava, no Paraná que se justifica este estudo, que pretende analisar a situação sócio-demográfica e de saúde da população idosa por meio de um inquérito populacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil sociodemográfico e de saúde do idoso residente no município de Guarapuava - PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas e percepção de saúde de idosos cadastrados nos serviços de atenção básicos de saúde de Guarapuava – PR.
- Identificar os fatores associados à utilização dos serviços médicos e dentários de idosos cadastrados nos serviços de atenção básicos de saúde de Guarapuava – PR.
- Descrever a capacidade funcional segundo variáveis sociodemográficas e de saúde de idosos cadastrados nos serviços de atenção básicos de saúde de Guarapuava – PR.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa se caracterizou por um estudo epidemiológico seccional com inquérito domiciliar, que explorou as condições sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes no município de Guarapuava - PR. Estudos seccionais ou de corte transversal, “produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde” (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

3.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Guarapuava, estado do Paraná, com os residentes de 60 anos ou mais de idade, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Guarapuava é um município situado a 25°23'36" latitude sul e 51°27'19" longitude oeste, região denominada centro-sul do estado do Paraná, no terceiro planalto, também chamado de Planalto de Guarapuava, com população estimada, em 2009, de 172.725 habitantes com porcentual de 8,7% de idosos na população (IBGE₁, 2009) (Mapa 1).

As primeiras famílias de Guarapuava foram formadas e influenciadas, em grande parte, por tropeiros oriundos de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul que usavam a cidade como rota e chegaram na região já nos primórdios de sua colonização em 1810, na sua maioria descendentes de poloneses, italianos, ucranianos e alemães (IPARDES, 2009). A economia de Guarapuava destaca-se pela agropecuária que representa aproximadamente 18% da composição do Produto Interno Bruto (PIB) municipal. Tem ainda forte participação na produção agrícola do estado do Paraná, pois é um dos maiores produtores de batata inglesa do Brasil e também um grande produtor de milho, soja e cevada. A indústria tem participação de 35% no PIB do município, representando 1,4% na economia do Paraná. O setor madeireiro é umas das atividades que mais emprega funcionários, contudo, fábricas de papel e papelão, de bebidas, insumos químicos, produtos alimentares e a agro-indústria também são fortes empregadores. Há também o setor de serviços que vem crescendo gradativamente e já incorpora cerca de 47% do PIB do município (IPARDES, 2009).



Mapa 1 – Mapa da localização geográfica do município de Guarapuava-PR.
Fonte: IPARDES (2009, p. 15).

Guarapuava é sede da 5^o Regional de Saúde do Estado, com coeficiente de mortalidade infantil, em 2009, de 18,8 por mil nascidos vivos e taxa de mortalidade materna de 83,4 por 100.000 nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade infantil do estado do Paraná é 13,71 por mil habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2009). Com relação aos coeficientes de mortalidade por doenças respiratórias e circulatórias no ano de 2009, foi de 40,1 % e 14,9%, respectivamente, entre a população de 60 anos ou mais no município (BRASIL, 2010).

Quanto à disposição e oferta de serviços de saúde o município conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em 10 distritos sanitários, com 29 Equipes de Saúde da Família (ESF) cada um com um Centro Integrado de Atendimento (CIA), que são unidades básicas de saúde de atendimento a população, que se diferenciam das ESF por apresentarem especialidades médicas, como ginecologia, obstetrícia e pediatria e serviços de odontologia. A equipe que compõe os CIAs são médicos geral e especialistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos, técnicos de odontologia, serventes, auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde. A cobertura do município pela ESF é de 96,6 %, que proporciona à população atendimentos de atenção primária e secundária de saúde (BRASIL, 2010).

São desenvolvidos programas do Ministério da Saúde, como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), puericultura, exames laboratoriais e preventivo de câncer de mama e colo de útero, imunização, tuberculose, hanseníase, DST/Aids, Programa de Saúde Bucal, dentre outros; além de atividades de educação em saúde, atendimentos clínicos, assistenciais, consultas médicas gerais que envolvem todos os ciclos da vida.

A cidade possui 4 hospitais todos conveniados ao SUS e uma maternidade privada. Existe uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), de caráter beneficente; uma unidade geriátrica dentro de um dos hospitais, que possui caráter público e privado. Existem 4,3 leitos hospitalares por 1.000 habitantes e 2,8 leitos Hospitalares SUS por 1.000 habitantes (BRASIL, 2010).

3.3 AMOSTRA

Para o cálculo da amostra foi necessário um levantamento de todos os idosos registrados nas 30 UBS do município. Para isso, foi requisitado junto ao enfermeiro responsável de cada UBS, a organização de uma listagem dos idosos cadastrados nas fichas A das ESF. Entre os formulários que compõem as Fichas de Cadastramento e de Acompanhamento Domiciliar e as Fichas para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a Ficha A é utilizada pela ESF para cadastrar as famílias da sua área de abrangência (BRASIL, 2005). As listagens dos nomes e endereços dos idosos foram feitas no mês de dezembro de 2009 totalizando 5508 idosos. Portanto a pesquisa foi feita considerando a população cadastrada no momento da organização da lista.

Foi utilizado como critério de inclusão no estudo, pessoas de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 60 anos, cadastrada nas fichas A da ESF do município. Como critério de exclusão do estudo, foi a ausência do idoso em seu domicílio após 3 (três) visitas, mudança de endereço, bairro, óbito e recusa em participar da pesquisa. Para cada idoso não encontrado no domicílio, ou devido a outro critério de exclusão, este foi recomposto, por

meio da realização de um novo sorteio aleatório. Totalizaram 13 recusas da pesquisa e 16 novos sorteios.

O cálculo da amostra foi feito por meio da técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando o número de idosos em cada uma das 30 (trinta) UBS do município por meio da equação:

$$n_0 = \frac{(z \alpha / 2)^2}{4d^2}$$

Onde:

- $z \alpha / 2 = z_{0,025} = 1,96$;
- Nível de confiança = 5%;
- Margem de erro (d) = 5%;
- $n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$.

Assim, o número (n) estabelecido para a pesquisa foi de 359 idosos.

Para se obter o número de idosos que foram entrevistados em cada estrato (UBS), fez-se uma nova fórmula, a qual foi dividido a amostra pelos estratos (Tabela 1):

$$n_i = n \cdot N_i / \text{total}$$

Onde:

- n = número de idosos cadastrados em cada UBS;
- N_i = número de idosos da amostra, equivalente a 359;
- Total = número total de idosos da população em estudo, que é 5508.

Para selecionar os idosos a serem entrevistados foi utilizado um sorteio aleatório simples, que consiste em realizar um sorteio, os quais todos os elementos da amostra possuem a mesma probabilidade de serem incluídos ao serem sorteados. Para a realização deste sorteio foi utilizado o Programa Excel, por meio da função – aleatório. Foi realizado um sorteio individual para cada uma das UBS.

Tabela 1 – Distribuição do número de idosos registrados e entrevistados segundo UBS. Guarapuava – PR, 2010.

UBS	Registro UBS		Amostra	
	N	%	N	%
Santana	215	3,9	14	3,9
Boqueirão	116	2,1	8	2,2
Recanto Feliz	310	5,6	20	5,6
Guará	229	4,2	15	4,2
Planalto	288	5,2	19	5,3
Xarquinho	127	2,3	8	2,2
Dourados	121	2,2	8	2,2
Pinheiros	153	2,8	10	2,8
Colibri	163	3,0	11	3,1
Bela	183	3,3	12	3,3
Tancredo Neves	220	4,0	14	3,9
Palmeirinha	315	5,7	21	5,8
Miguel	208	3,8	14	3,9
Morro alto	141	2,6	9	2,5
Adão Kaminski	99	1,8	6	1,7
Residencial	137	2,5	9	2,5
Jardim Araucária	120	2,2	8	2,2
Bom Sucesso	81	1,5	5	1,4
São Cristovão	180	3,3	12	3,3
Parque das Árvores	136	2,5	9	2,5
Primavera	292	5,3	19	5,3
Paz e Bem	101	1,8	7	1,9
Vila Carli	120	2,2	8	2,2
Jardim das Américas	83	1,5	5	1,4
Campo Velho	286	5,2	19	5,3
Concórdia	357	6,5	23	6,4
Jordão	153	2,8	10	2,8
Entre Rios	328	6,0	21	5,8
Santa Cruz	155	2,8	10	2,8
Guairacá	91	1,7	6	1,7
Total	5508	100	359	100

Fonte: Dados das listas provenientes das UBS.

Na Tabela 2 estão distribuídos, respectivamente, o número de idosos residentes no município de Guarapuava, no ano de 2009, e o número de idosos da amostra da pesquisa, de acordo com o sexo e faixa etária.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo estimativas do IBGE e entrevistados por sexo. Guarapuava – PR. 2010.

Idade*	Idosos segundo estimativas do IBGE – 2009					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-69	4106	60,1	4643	57,0	8749	58,4
70-79	2029	29,7	2504	30,7	4533	30,3
80 e mais	695	10,2	1004	12,3	1699	11,3
Total	6830	100	8151	100	14981	100

Idade**	Amostra					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-69	72	56,2	145	62,8	217	60,5
70-79	44	34,4	58	25,1	102	28,4
80 e mais	12	9,4	28	12,1	40	11,1
Total	128	100	231	100	359	100

*Fonte: IBGE (2009)

** Fonte: Dados das listas provenientes das UBS.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As informações foram obtidas mediante questionários aplicados aos idosos sorteados em seus domicílios ou aos cuidadores, quando o idoso tivesse alguma limitação em relação a sua comunicação. Para selecionar os cuidadores que responderiam à entrevista, foi escolhido a pessoa que estivesse em contato direto com o idoso, ou aquele que estivesse no domicílio na hora da entrevista.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado o questionário BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE) (ANEXO A). O questionário BOAS é um instrumento multidimensional que cobre várias áreas da vida do idoso, passando pelos aspectos físicos e mentais, atividades do dia-a-dia e situação social e econômica (VERAS; DUTRA, 2008). O BOAS foi elaborado na Inglaterra, em 1986, para estudos com a população da terceira idade e foi utilizado na primeira investigação populacional com idosos na cidade do Rio de Janeiro. O histórico da aplicação do questionário encontra-se no livro *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*, publicado em 1994, com edição atualizada de 2007 (VERAS, 2007). Depois de mais de vinte anos de sua criação o BOAS, com seu manual de instruções, tem sido utilizado em muitos estudos, como por exemplo, no município de Florianópolis (BENEDETTI; BORGES; PETROSKI; GONÇALVES, 2008; BENEDETTI; PETROSKI;

GONÇALVES; NASSAR; SCHWINGEL; CHODZKO-ZALKO, 2008), no estado de Pernambuco (BARRETO et al, 2003), no município de São Paulo (MORAES, 2007), com populações idosas, seja em sua concepção original ou adaptado a outros instrumentos de coleta de dados. Em 2007 foi feita uma cuidadosa revisão e pequenas correções, principalmente na sessão de saúde mental, sendo que esta última versão (VERAS; DUTRA, 2008) foi a utilizada para realizar a presente pesquisa.

O questionário BOAS é dividido em nove seções que tem como objetivo assegurar informações sobre as principais características, necessidades e problemas da população idosa de um centro urbano e rural. Cada sessão específica pretende explorar com alguma profundidade as áreas consideradas importantes, devido ao seu impacto nos padrões de vida do grupo etário em estudo (VERAS; DUTRA, 2008).

A seguir estão descritas as seções do instrumento e as variáveis que foram utilizadas neste estudo (VERAS; DUTRA, 2008):

SEÇÃO I - Informações gerais: esta sessão do questionário se destina a obter informações sobre sexo, idade, procedência, grau de escolaridade, estado conjugal do idoso, composição geral do lar em que vive e nível geral de satisfação em relação a sua vida. A informação obtida fornecerá uma ideia geral da situação pessoal e doméstica da pessoa idosa, permitindo-se relacionar características demográficas com possíveis problemas de saúde a serem investigados na sessão seguinte, contém 10 (dez) perguntas.

SEÇÃO II: Saúde Física: nesta seção se inclui perguntas com o sentido de verificar a opinião do entrevistado em relação ao seu estado geral de saúde e como este se compara com os últimos anos de sua vida e com outras pessoas de sua faixa etária, seus maiores problemas de saúde e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividade. São incluídas perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso, um total de 13 (treze) perguntas.

SEÇÃO III: Utilização de serviços de saúde: o propósito desta seção é obter informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação a vários tipos de serviços médicos. A seção utilização de serviços médicos e dentários, será denominada utilização de serviços de saúde. As informações obtidas darão uma indicação da saúde do idoso, das instituições e serviços às quais ele faz uso, dos problemas para ser atendido em suas necessidades médicas e dentárias, e de possíveis deficiências institucionais ou de programas que exigem atenção. São introduzidas perguntas destinadas a verificar a ajuda ou a assistência que a pessoa idosa pode obter, na área da saúde, de sua família ou de outros. Inclui-se 7 (sete) perguntas relativas aos tipos de ajuda e/ou apoio utilizados pelo

idoso, seus hábitos de consumo de medicamentos e as dificuldades para adquiri-los. Por fim, há uma pergunta relativa à frequência com que nos últimos três meses utilizou os serviços médicos e dentários.

SEÇÃO IV: Atividades de Vida Diária: esta seção tem por objetivo avaliar o grau de dependência e a adaptabilidade do idoso ao seu ambiente físico e social, inclui um total de 6 (seis) perguntas. A primeira compreende um total de 15 (quinze) itens que, juntos, indicam graus relativos de autonomia funcional na execução das atividades do dia-a-dia – AVD's, como: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/ levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, andar no plano (atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais – AVDP), preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer limpeza de casa (atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais – AVDI).

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.5.1 Para a descrição das características sociodemográficas e a percepção de saúde

Foram analisadas as variáveis das seções I e II do questionário com as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: 60 anos ou mais de idade;
- Grau de escolaridade: Não sabe ler e escrever, Nenhuma (sabe ler, mas não estudou), Primário, Ginásio ou 1º Grau, 2º Grau completo, Curso superior;
- Estado conjugal: casado/morando junto com companheiro, viúvo, divorciado, nunca casou;
- Arranjo familiar: mora só, mora com alguém;
- Renda familiar: zero a 1 salário mínimos mensais (valor de zero a R\$ 510,00); 1 a 3 salários mínimos mensais (valor de R\$ 511,00 a R\$ 1530,00) e 3 e mais salários mínimos mensais (valor acima de R\$ 1531,00). O valor do salário mínimo

considerado, foi o vigente para o Estado do Paraná no período de coleta de dados (janeiro de 2010) era de R\$ 510,00;

- Local de residência: zona rural ou urbana;
- Trabalho remunerado: Aposentado e trabalho remunerado, aposentado.

Para a descrição da saúde física e da percepção sobre sua saúde foram analisadas as seguintes variáveis, da seção II do BOAS:

- Percepção de saúde: ótima, boa, ruim, péssima, não sabe ou não respondeu (N.S/N.R.);
- Percepção da saúde comparada a pessoas da mesma idade: melhor, igual, pior, N.S/N.R.;
- Percepção da saúde comparada aos últimos 5 (cinco) anos: melhor, a mesma coisa, pior, N.S/N.R.;
- Presença de problema de saúde: sim, não;
- Quais problemas de saúde possuem;
- Queda nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Percepção da acuidade visual: ótima, boa, ruim, péssima, N.S/N.R.;
- Percepção da acuidade auditiva: ótima, boa, ruim, péssima, N.S/N.R.;
- Percepção do estado dos dentes: ótimo, bom, ruim, péssimo, N.S/N.R.;
- Satisfação com a vida: satisfeito, insatisfeito, N.S/N.R.;
- Toma remédio regularmente para seu problema de saúde: sim, não;
- Grau de dependência analisado por meio das seguintes perguntas, que estão relacionadas com a capacidade dos idosos em realizar as atividades de vida diária: 1) Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, barca, etc.); 2) Sair de casa dirigindo seu próprio carro; 3) Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança); 4) Preparar sua própria refeição; 5) Comer sozinho a sua refeição; 6) Arrumar a casa, a sua cama; 7) Tomar os seus remédios; 8) Vestir – se; 9) Pentear seus cabelos; 10) Caminhar em superfície plana; 11) Subir/descer escadas; 12) Deitar e levantar da cama; 13) Tomar banho; 14) Cortar as unhas dos pés; 15) Ir ao banheiro em tempo;
- Tipo de apoio utilizado: óculos ou lente de contato, ponte ou dentadura, bengala, cadeira de rodas, muleta, aparelho de surdez.

Para a descrição das características da saúde bucal as variáveis analisadas foram:

- Usa prótese: sim, não;
- Necessita trocar prótese dentária: sim, não, N.S/N.R.;

- Faltam dentes: não faltam, faltam poucos, falta a maioria, N.S/N.R.;
- Algum problema dentário dificulta a mastigação: sim, não, N.S/N.R.

3.5.2 Para a identificação dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde

Na sessão III do BOAS com questões relativas a utilização de serviços de saúde pode permitir verificar possíveis fragilidades da assistência à saúde e indicar uma relação com a utilização e a qualidade da atenção dos serviços de saúde. As seguintes variáveis foram analisadas:

- Quando o senhor (a) necessita de serviços médicos, qual serviço utiliza: instituição pública, plano de saúde, médico particular, outros, não procura, N.S/N.R.;
- Quando o senhor (a) necessita de serviços dentários, qual serviço utiliza: instituição pública, plano de saúde, dentista particular, outros, não procura, N.S/N.R.;
- Consultou médico nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Fez exames clínicos nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Fez tratamento fisioterápico nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Necessitou ser socorrido na urgência nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Foi ao hospital receber medicação nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Ficou internado nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.;
- Foi ao dentista nos últimos 3 (três) meses: sim, não, N.S/N.R.

3.5.3 Para a descrição da capacidade funcional segundo variáveis sociodemográficas e de saúde

A capacidade funcional (CF) é definida e analisada pela capacidade do indivíduo realizar as atividades cotidianas, e pode ser definida em graus de dependência, considerando grau de dependência leve, moderada e grave, ou ausência de dependência. Para descrever a CF foi utilizada a sessão IV do questionário BOAS, com as seguintes perguntas ao idoso:

O senhor (a)

- Sai de casa sozinho utilizando um transporte: sim, não;
- Sai de casa dirigindo seu próprio carro: sim, não;

- Sai de casa para curtas distâncias: sim, não;
- Prepara e come sozinho sua própria refeição: sim, não;
- Arruma a casa: sim, não;
- Arruma sua cama: sim, não;
- Toma remédio sozinho: sim, não;
- Toma banho sozinho: sim, não;
- Penteia os cabelos: sim, não;
- Veste-se sozinho: sim, não;
- Caminha em superfície plana: sim, não;
- Sobe/desce escadas: sim, não;
- Deita e levanta da cama: sim, não;
- Vai ao banheiro sozinho: sim, não;
- Corta as unhas: sim, não,

O grau de dependência foi classificado da seguinte forma (VERAS; DUTRA, 2008):

- Ausência de dependência – quando o idoso não apresenta incapacidade ou dificuldade em nas atividades;
- Dependência leve – quando o idoso apresenta incapacidade ou dificuldade para realizar de uma a três atividades;
- Dependência moderada/grave – quando o idoso apresenta incapacidade ou dificuldade em quatro ou mais atividades.

3.6 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Recrutamento e treinamento dos entrevistadores

Antecedendo a essa etapa foi realizado um teste piloto, o qual foi aplicado o questionário BOAS pela pesquisadora e por uma equipe de estudantes a uma amostra de 100 (cem) idosos pertencentes a grupos de convivência de outro município do estado do Paraná no período de setembro a outubro de 2009. Com isso foi possível maior conhecimento do

instrumento para organização do tempo gasto com a entrevista e para o treinamento dos entrevistadores.

Os entrevistadores ou agentes de coleta receberam treinamento para aplicação dos questionários e foram avaliados, reciclados e supervisionados pela pesquisadora durante todo o período da pesquisa. Esse treinamento, a exemplo do que foi conduzido no estudo em Florianópolis (BENEDETTI; BORGES; PETROSKI; GONÇALVES, 2008), consistiu em explicações sobre os objetivos, importância da pesquisa e do papel do entrevistador, os conceitos utilizados, a localização nos mapas das UBS, dos domicílios e das pessoas a serem entrevistadas. Foram feitas também orientações sobre como abordar o idoso no seu domicílio, além de treinamento específico na aplicação da entrevista, como iniciar, conduzir e encerrar a entrevista.

O conteúdo do treinamento consistia de informações acerca da pesquisa, a importância do papel do entrevistador, conceitos utilizados, estruturação das perguntas, como abordar o idoso no seu domicílio e treinamento específico na aplicação da entrevista e principalmente quanto aos aspectos éticos da pesquisa. A capacitação foi realizada em dezembro de 2009 com 11 (onze) entrevistadores, entre alunos do 3º e 4º ano de graduação de enfermagem, enfermeiros e professores de enfermagem de Guarapuava. Os entrevistadores foram treinados pelo pesquisador em 5 (cinco) encontros, de quatro horas cada.

3.6.2 Análise dos dados

Os dados foram coletados e codificados diretamente nos questionários e digitados duplamente no Programa Excel e analisados no Programa Estatístico *Estatistic*.

Para análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva e indutiva ou inferencial. Para a análise de associação foi feito o Teste de Fisher e o ‘qui-quadrado’ (*chi-square* - X^2), indicado para comparar dados nominais, constituindo uma medida de discrepância entre as frequências observadas e as esperadas (PAIVA, 2004).

Para a análise de associação do grau de dependência com variáveis sociodemográficas foi utilizada a estatística indutiva ou inferencial, por meio da análise do odds ratio, teste de “qui-quadrado” (*chi-square* - X^2), Teste de Fisher com o soft estatístico *Estatistic* e o programa da Microsoft Excel.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a pesquisa de campo foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, um ofício com a descrição da pesquisa e de seus objetivos, para fornecimento da autorização da pesquisa (APÊNDICE A). Foram respeitados os direitos dos participantes e liberdade de participação na pesquisa ou desistência em qualquer momento da entrevista sendo assegurado o sigilo das informações. Antes da assinatura os entrevistadores apresentaram e leram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE B).

Foi utilizado, como critério metodológico para realizar a entrevista, o grau de dependência e capacidade do idoso responder as perguntas. Se o idoso apresentasse grau de dependência moderada, com capacidade de responder apenas algumas perguntas, outra pessoa residente no domicílio o auxiliaria, se apresentasse grau de dependência grave, com quadro acentuado, outra pessoa responderia a todas as questões. Esta pessoa poderia ser alguém da família, cuidador ou vizinho.

Os entrevistadores foram orientados e capacitados para realizar as entrevistas com o objetivo de assegurar aos entrevistados a ética, o respeito e a confidencialidade das informações. Os dados foram analisados em conjunto, de forma consolidada, por meio de gráficos, figuras e/ou tabelas, não havendo possibilidade de identificação de casos isolados. O projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – UEM conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer nº 492/2009).

3.8 ALGUMAS IMPRESSÕES SOBRE O PROCESSO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA

Embora não previsto nos objetivos do estudo a seguir estão descritos alguns comentários sobre o processo de coleta de dados, fundamentados nas impressões e observações do pesquisador e também nos relatos e anotações dos entrevistadores.

A coleta de dados ocorreu do dia 21 de janeiro ao dia 05 de abril de 2010. Foram realizadas de 1 (um) a 6 (seis) entrevistas por dia para todos os entrevistadores, com tempo médio de 47 minutos; mínimo 20 minutos e máximo de 3 horas. No início as entrevistas eram

feitas nos dias úteis, mas a partir da metade do período de coleta foi necessário utilizar os finais de semana para encontrar os moradores nos domicílios.

Na etapa de levantamento do número de idosos cadastrados houve demora tanto na resposta dos profissionais como na entrega das listagens. Os profissionais alegaram acúmulo de atividades, tanto dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são responsáveis pela ficha A, como deles próprios no agrupamento dessas listagens em uma única para cada UBS.

Outra consideração foi à própria distribuição geográfica do município de Guarapuava, com área de 3.117.598 km², o que demanda mais esforço na localização dos endereços, bairros e residências, somando as condições precárias de alguns bairros em relação às ruas, estradas sem asfalto.

Assim como em qualquer inquérito domiciliar, em muitas casas houve necessidade de mais retornos até a realização de todas as entrevistas.

Por outro lado vale ressaltar que algumas medidas facilitaram o processo de coleta dos dados, como contato prévio à realização das entrevistas com alguns enfermeiros que trabalham nas UBS e parceria com a Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO, que por meio da participação de alunos de enfermagem facilitou o desenvolvimento da pesquisa.

Após o término de cada entrevista o entrevistador anotava sua impressão, dificuldades, facilidades em relação à entrevista realizada e também ao instrumento de coleta de dados. A seguir estão descritos alguns aspectos da experiência vivenciada pelos entrevistadores:

- Possibilitou o conhecimento do ambiente familiar, situação econômica, social e pessoal dos idosos.
- Oportunizou vivenciar inúmeras histórias de vida que esses idosos possuem, pois, são seguidores de tradições, crenças, mitos, conhecimentos de medicina natural que trazem de sua infância, que hoje são pouco valorizados ou deixados de lado, devido ao comodismo e a modernidade da sociedade, além de conhecer a história de vida de cada idoso e como cada um enfrenta seus problemas e sua situação socioeconômica. Um certo número de entrevistados possuem precárias condições econômicas, entretanto alguns relataram que esta realidade não influencia na felicidade da família, na sua condição de bem estar físico, mental e social.
- Possibilitou conhecer a rotina diferenciada de cada um, com suas particularidades, singularidades e desafios frente ao processo de envelhecimento, por fim, perceber o que é uma população heterogênea, com diferentes classes sociais, credos, etnias e necessidades.

- O processo de realização da pesquisa ofereceu condições de apresentar a realidade de como vive esta parcela da população, saindo do senso comum de que os idosos são pessoas dependentes de sua família, pois muitos ajudam a sustentar seus familiares, netos, são pessoas ativas, continuam com sua vida produtiva de trabalho, são participantes nas decisões das famílias, com sua autonomia preservada. Entretanto, pode-se constatar que alguns dos idosos, independente da escolaridade ou renda, demonstraram carência de atenção, por parte de seus familiares, amigos, profissionais da saúde, com relatos de sentimentos de tristeza, solidão e falta de companhia.
- Houve crescimento e reflexão sobre a atuação dos enfermeiros na atenção primária, pois esta vivência oportunizou conhecer a rotina diferenciada de cada um, com suas particularidades, singularidades e desafios frente ao processo de envelhecimento.
- Proporcionou o conhecimento da necessidade de oferecer uma assistência humanizada por parte da enfermagem para os idosos, pois saber ouvir os idosos durante o atendimento e assistência faz com que se desenvolvam habilidades no processo de comunicação, pois foi observada em algumas entrevistas a dificuldade de compreensão das perguntas do questionário pelo entrevistado e ainda do entrevistador em compreender as respostas dos idosos.

Com relação às dificuldades destacaram-se:

- Dificuldade de acesso a muitas residências, devido às más condições de asfalto e distância de uma residência para outra e dificuldade de encontrar as residências, pela falta de números ou endereços errados.
- Recusa em participar da entrevista e responder ao questionário, que totalizaram 13 (treze) idosos. Segundo alguns relatos dos entrevistadores o motivo da recusa foi devido a outras pesquisas sendo realizadas envolvendo o mesmo público, por faculdades em período anterior ou a necessidade de permissão do cônjuge que não aceitou a participação da mesma.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Dos 359 idosos entrevistados 64,3% são mulheres e 35,7% homens com média de idade de $68,8 \pm 9,09$ anos, variando entre 60 e 98 anos. Em relação à renda familiar mensal a mínima foi de R\$ 100,00 e a máxima de R\$ 6,567,00. Quanto ao país de origem 100% são brasileiros 91,4% dos homens e 92% das mulheres nasceram no estado do Paraná. Na tabela 03 estão descritas as variáveis sociodemográficas, segundo faixa etária e sexo.

Em relação à escolaridade, foi encontrado 20,9% de analfabetos, com 21,7% do sexo feminino e 18,3% masculino. Os idosos mais jovens de 60 a 69 anos possuem mais escolaridade e os mais velhos de 80 anos ou mais apresentam escolaridade máxima de 1º Grau ou Ginásio completo representando 5% do total. Com relação ao sexo, 18,3% dos homens não sabem ler e escrever e 10,3% sabem ler, mas não possuem escolaridade. Com referência aos dados relativos ao grau de escolaridade das mulheres observou-se que conforme aumenta a idade diminui os anos de estudo das idosas (Tabela 3).

Com relação ao estado conjugal, 57,7% estão casados ou morando juntos e 34,5% estão viúvos. Conforme aumenta a idade diminui o número de idosos casados ou morando junto. Dos homens 75% relataram estarem casados ou morando junto com companheira e conforme aumenta a idade, diminui o número de divorciados ou separados. Com relação ao arranjo familiar 16,7% dos homens e 32,1% das mulheres, que se encontram na faixa etária de 80 anos ou mais, moram sozinhos. Do total dos idosos 86,4% moram com alguém da família ou cuidador, os quais a grande maioria vive em domicílios multigeracionais: coabitam com esposo(a) e/ou filhos e/ou genros ou noras, ou ainda com netos.

A faixa etária dos idosos entre 70 a 79 anos apresentou 56,9% dos idosos ativos no mercado de trabalho, estes são aposentados, mas ainda realizam algum trabalho remunerado. Houve diminuição do número de idosos que eram aposentados e possuíam uma renda a mais com o aumento da idade, tanto para mulheres quanto para homens.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo sexo, idade e variáveis sociodemográficas. Guarapuava - PR. 2010.

Sexo Idade Variáveis	Masculino							
	60-69		70-79		80 e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grau de escolaridade								
Nenhuma	5	6,9	7	15,9	1	8,3	13	10,3
Primário	48	66,7	20	45,7	7	58,3	75	59,5
Ginásio ou 1º Grau	6	8,9	2	4,5	1	8,4	9	7,1
2º Grau completo	2	2,8	3	6,9	-	-	5	4,0
Superior	1	1,6	-	-	-	-	1	0,8
Não sabe ler e escrever	9	13,1	11	27,0	3	25,0	23	18,3
Estado conjugal								
Casado/morando junto com companheiro	60	83,4	29	65,9	7	58,3	96	75,0
Viúvo	6	8,3	12	27,3	5	41,7	23	18,0
Divorciado/separado	5	6,9	2	4,5	-	-	7	5,4
Nunca casou	1	1,4	1	2,3	-	-	2	1,6
Arranjo familiar								
Mora só	5	6,9	4	9,1	2	16,7	11	8,6
Mora com alguém	67	93,1	40	90,9	10	83,3	117	91,4
Trabalho remunerado								
Aposentado e trabalho remunerado	22	30,6	7	15,9	1	8,3	30	23,4
Aposentado	50	69,4	37	84,1	11	91,7	98	76,6
Renda familiar								
0 a 1 salários	53	73,6	32	72,7	8	66,7	93	72,7
1 a 3 salários	19	26,4	12	27,3	3	25,0	34	26,5
3 e mais salários	-	-	-	-	1	8,3	1	0,8
Local de residência								
Zona rural	18	25,0	8	18,2	2	16,7	28	21,9
Zona urbana	54	75,0	36	81,8	10	83,3	100	78,1
Sexo Idade Variáveis*	Feminino							
	60-69		70-79		80 e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grau de escolaridade								
Nenhuma	26	17,9	16	27,6	7	25,0	49	21,2
Primário	81	55,9	26	44,8	12	42,8	119	51,5
Ginásio ou 1º Grau	7	4,8	2	3,5	1	3,6	10	4,3
2º Grau completo	1	0,7	-	-	-	-	1	0,4
Superior	2	1,4	-	-	-	-	2	0,9
Não sabe ler e escrever	28	19,3	14	24,1	8	28,6	50	21,7
Estado conjugal								
Casado/morando junto com companheiro	84	57,9	21	36,2	6	21,4	111	48,1
Viúvo	47	32,4	34	58,6	20	71,4	101	43,7
Divorciado/separado	11	7,6	2	3,4	-	-	13	5,6
Nunca casou	3	2,1	1	1,8	2	7,2	6	2,6

Arranjo familiar								
Mora só	19	13,1	10	17,2	9	32,1	38	16,5
Mora com alguém	126	86,9	48	82,8	19	67,9	193	83,5
Trabalho remunerado								
Aposentado e trabalho remunerado	22	15,2	7	12,1	2	7,1	75	32,5
Aposentado	123	84,8	51	87,9	26	92,9	156	67,5
Renda familiar								
0 a 1 salários	110	75,9	38	65,5	15	53,6	163	70,6
1 a 3 salários	31	21,3	20	34,5	13	46,4	64	27,7
3 e mais salários	4	2,8	-	-	-	-	4	1,7
Local de residência								
Zona rural	46	31,7	9	15,5	7	25	62	26,8
Zona urbana	99	68,3	49	84,5	21	75	169	73,2
Total								
Idade	60-69		70-79		80 e mais		Total	
Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	72	33,2	44	43,1	12	30,0	128	35,7
Feminino	145	66,8	58	56,9	28	70,0	231	64,3
Grau de escolaridade								
Nenhuma	31	14,3	23	22,5	8	20,0	62	17,3
Primário	129	59,4	46	45,1	19	47,5	194	54,0
Ginásio ou 1º Grau	13	6,0	4	3,9	2	5,0	19	5,3
2º Grau completo	3	1,4	3	2,9	-	-	6	1,7
Curso superior	3	1,4	-	-	-	-	3	0,8
Não sabe ler e escrever	38	17,5	26	25,5	11	27,5	75	20,9
Estado civil								
Casado/morando junto	144	66,4	50	49,0	13	32,5	207	57,7
Viúvo	53	24,4	46	45,1	25	62,5	124	34,5
Divorciado/separado	16	7,4	4	3,9	-	-	20	5,6
Nunca casou	4	1,8	2	2,0	2	5,0	8	2,2
Arranjo familiar								
Mora só	24	11,1	14	13,7	11	27,5	49	13,6
Mora com alguém	193	88,9	88	86,3	29	72,5	310	86,4
Trabalho remunerado								
Aposentado e trabalho remunerado	44	20,3	58	56,9	3	7,5	105	29,2
Aposentado	173	79,7	44	43,1	37	92,5	254	70,8
Renda familiar								
0 a 1 salários	163	75,1	70	68,6	23	57,5	256	71,3
1 a 3 salários	50	23,0	32	31,4	17	42,5	99	27,6
3 e mais salários	4	1,8	-	-	-	-	4	1,1
Local de residência								
Zona rural	64	29,5	17	16,7	9	22,5	90	25,1
Zona urbana	153	70,5	85	83,3	31	77,5	269	74,9

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Referente à renda familiar 72,7% dos homens e 71,3% das mulheres recebem de 0 a 1 salário mínimo e somente 8,3% dos homens de 80 anos ou mais recebem de 4 ou mais salários mínimos. O local de residência que apresentou maior prevalência de idosos foi a área urbana com porcentagem de 78,1% e 73,2% para homens e para mulheres, respectivamente. (Tabela 3).

A Tabela 04 mostra a distribuição dos problemas de saúde referidos pelos idosos, expressa como frequência em relação ao total de doenças relatadas, podendo um mesmo indivíduo, ter feito referência a mais de um problema de saúde. Dos 359 idosos, 11,6% (63 idosos) declararam não ter nenhum problema de saúde, dos quais 17,2% eram homens e 9,0% mulheres. Com relação aos problemas referidos a hipertensão foi o mais frequente, com 34,9% (30,5% homens e 37,1% mulheres), em seguida o diabetes com 12,4% e artrite/artrose com 12,2% (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo sexo e principais problemas de saúde relatados. Guarapuava-PR. 2010.

Problemas de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão arterial	53	30,5	136	37,1	189	34,9
Diabetes mellitus	28	16,1	39	10,6	67	12,4
Artrite/artrose	16	9,2	50	13,6	66	12,2
Doença do coração	15	8,6	32	8,7	47	8,7
Asma/bronquite	8	4,6	22	6,0	30	5,5
Depressão	4	2,3	17	4,7	21	3,9
Gastrite	5	2,9	14	3,8	19	3,5
Colesterol	3	1,7	13	3,5	16	3,0
Câncer	6	3,4	6	1,6	12	2,2
Doenças renais	6	3,4	5	1,4	11	2,0
Sem doença	30	17,2	33	9,0	63	11,6

* Admite mais de uma resposta.

Outro aspecto da percepção de saúde da população estudada diz respeito ao tipo de apoio utilizado. A Tabela 5 apresentou a distribuição do tipo de apoio utilizado pelos idosos. Destes, 56,5% usam óculos ou lentes de contato (51,6% homens e 59,3% mulheres); 74,4% utilizam dentes postiços, dentadura ou ponte (60,2% homens e 82,3% mulheres); 3,6% utilizavam aparelho para surdez.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo tipo de apoio utilizado e sexo. Guarapuava - PR. 2010.

Sexo Apoio	Masculino		Feminino		Total		valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Óculos ou lente de contato	66	51,6	137	59,3	203	56,5	0,4516
Dente postiço, ponte ou dentadura	77	60,2	190	82,3	267	74,4	0,0723
Bengala	4	3,1	6	2,6	10	2,8	0,7773
Cadeira de rodas	3	2,3	1	0,4	4	1,1	0,1032
Muleta	-	-	2	0,9	2	0,6	0,2932
Aparelho de surdez	8	6,3	5	2,2	13	3,6	0,0569

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

** Admite mais de uma resposta.

Com referência às características da saúde bucal dos idosos observou-se que com relação à necessidade de troca da prótese, 37,5% dos idosos declararam que necessitam realizar a troca. Ainda, 73,5% relataram que falta a maioria de seus dentes (66,2% homens e 77,5% mulheres) e 68,5%, afirmaram não possuir nenhum problema que dificulte sua mastigação (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo sexo e características da saúde bucal. Guarapuava – PR, 2010.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Usa prótese dentária						
Sim	77	60,2	190	82,3	267	74,4
Não	51	39,8	41	17,7	92	25,6
Necessita trocar prótese dentária						
Sim	38	29,7	96	41,9	134	37,5
Não	90	70,3	133	58,1	223	62,5
Faltam dentes						
Não	13	10,2	21	9,1	34	9,5
Faltam poucos	30	23,6	31	13,4	61	17,0
Falta a maioria	84	66,2	179	77,5	263	73,5
Algum problema dentário que dificulta a mastigação						
Sim	40	31,5	72	31,4	112	31,5
Não	87	68,5	157	68,6	244	68,5

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

A autopercepção da saúde atual foi considerada boa para 54,8% e ruim para 31,7% dos idosos entrevistados. Observou-se que em relação aos últimos 5 (cinco) anos 38,6% dos idosos considerou sua saúde pior, 32,1% considerou melhor e 29,3% considerou ter melhorado. Ao se comparar com pessoas conhecidas ou da mesma faixa etária 46,9% dos idosos acredita estar em melhores condições de saúde, 29,3% igual e 38,6% pior (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos idosos segundo sexo e percepção de saúde. Guarapuava-PR, 2010.

Percepção de saúde	Masculino		Feminino		Total		valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Percepção de saúde							
Ótima	12	9,4	10	4,4	22	6,2	-
Boa	72	56,3	124	54,1	196	54,8	0,1036
Ruim	38	29,7	75	32,8	113	31,7	0,0630
Péssima	6	4,6	20	8,7	26	7,3	0,0248
Comparado aos últimos cinco anos a saúde é percebida							
Melhor	36	28,3	77	34,2	113	32,1	-
A mesma coisa	42	33,1	61	27,1	103	29,3	0,1729
Pior	49	38,6	87	38,7	136	38,6	0,4895
Comparação a pessoas da mesma idade							
Melhor	64	50,4	102	44,9	166	46,9	-
Igual	38	29,9	84	37,0	122	34,5	0,1940
Pior	25	19,7	41	18,1	66	18,6	0,9239
Satisfação com a vida							
Satisfeito	104	82,5	193	83,9	297	83,4	-
Insatisfeito	22	17,5	37	16,1	59	16,6	0,7389
Percepção da acuidade visual							
Ótima	9	7,0	10	4,3	19	5,3	-
Boa	60	46,9	102	44,2	162	45,1	0,3803
Ruim	52	40,6	89	38,5	141	39,3	0,3768
Péssima	7	5,5	30	13,0	37	10,3	0,0256
Percepção da acuidade auditiva							
Ótima	29	22,8	57	24,7	86	24,0	-
Boa	57	44,9	117	50,6	174	48,6	0,8766
Ruim	39	30,7	51	22,1	90	25,2	0,1904
Péssima	2	1,6	6	2,6	8	2,2	0,6157
Percepção do estado dos dentes							
Ótimo	8	6,7	21	9,1	29	8,3	-
Bom	38	31,7	31	13,4	69	19,7	0,0128
Ruim	50	41,6	179	77,5	229	65,2	0,4845
Péssimo	24	20,0	-	-	24	6,8	-
Presença de problema de saúde							
Sim	100	78,1	201	87,0	301	83,8	-
Não	28	21,9	30	13,0	58	16,2	0,0284
Toma remédio para seu problema de saúde							
Sim	84	65,6	189	81,8	273	76,0	-
Não	44	34,4	42	18,2	86	24,0	0,0005

Queda nos últimos 3 (três) meses							
Sim	15	11,8	43	18,7	58	16,2	-
Não	112	88,2	187	81,3	299	83,8	0,0913
Grau de dependência							
Sem independência	27	21,1	9	3,9	36	10,0	-
Dependência leve	75	58,6	179	77,5	254	70,8	0,0000
Dependência Moderada/grave	26	20,3	43	18,6	69	19,2	0,0002

*Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Com relação ao grau de satisfação dos idosos com sua vida, 82,7% se dizem satisfeitos e 16,4% insatisfeitos (Tabela 7).

Com relação à percepção da acuidade visual (com ou sem a ajuda de óculos), 50,4% dos idosos a consideraram boa e ótima, embora 39,3% a consideraram ruim e 10,3% péssima, com associação significativa ($p=0,025$). A audição para 48,6% dos idosos é boa (44,9% para os homens e 50,6% para as mulheres) e 24% ótima. Com relação ao estado dentário, para 65,2% dos idosos é considerado ruim (41,6% homens e 77,5% mulheres). Quanto à presença de problema de saúde 83,8% relataram apresentar pelo menos um problema de saúde, com associação significativa ($p=0,0284$).

Observou-se que 76% dos idosos utilizavam medicamentos regularmente obedecendo a receitas médicas, sendo 81,8% mulheres e 65,6% homens. A prevalência de quedas entre os idosos foi de 16,2 nos últimos 3 (três) meses (Tabela 07).

A prevalência de dependência leve entre os idosos foi de 70,8%, maior para as mulheres (77,5%) do que para os homens (58,6%). Entretanto, a dependência moderada ou grave, apresentou maiores percentuais para os homens (20,3%) comparadas às mulheres (18,6%).

4.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Nos últimos 3 (três) meses os serviços de saúde que foram mais utilizados pelos entrevistados foram a consulta médica (49,6%) e os exames clínicos (38,4%). Outros serviços foram utilizados, mas com menor frequência, como atendimento de urgência (11,8%) e internação hospitalar (8,4%). Houve associação significativa, entre o consulta médica

($p=0,0029$), realização de exames clínicos ($p=0,0208$), atendimento de urgência ($p=0,0019$) e sexo feminino (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos idosos segundo utilização dos serviços de saúde nos últimos 3 (três) meses e sexo. Guarapuava – PR. 2010.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
Consultou médico							
Sim	50	39,1	127	55,5	177	49,6	
Não	78	60,9	102	44,5	180	50,4	0,0029
Fez exames clínicos							
Sim	39	30,5	99	42,9	138	38,4	-
Não	89	69,5	132	57,1	221	61,6	0,0208
Fez tratamento fisioterápico							
Sim	5	3,9	11	4,8	16	4,5	-
Não	123	96,1	218	95,2	341	95,5	0,6943
Necessitou ser socorrido em serviço de urgência							
Sim	6	4,7	36	15,7	42	11,8	-
Não	122	95,3	193	84,3	315	88,2	0,0019
Foi ao hospital receber medicação							
Sim	10	7,8	22	9,6	32	9,0	-
Não	118	92,2	207	90,4	325	91,0	0,5692
Ficou internado							
Sim	10	7,8	20	8,7	30	8,4	-
Não	118	92,2	210	91,3	328	91,6	0,7725
Foi ao dentista							
Sim	5	3,9	8	3,5	13	3,6	-
Não	123	96,1	222	96,5	345	96,4	0,8356

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

A maioria dos idosos utiliza o serviço público quando precisam de atendimento médico (70,4%) e apenas 12,1% referiram utilizar plano de saúde. Com relação aos serviços dentários 55,6% dos idosos disseram que não procuram os serviços e quando utilizam 26% são serviços públicos e aproximadamente 15% o dentista particular (Tabela 9).

Os homens utilizaram menos os serviços de saúde que as mulheres, sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,0240$). A faixa etária que mais utiliza os serviços médicos, estava entre 60-69 anos, com prevalência de 60,4% (Tabela 10).

Tabela 9 – Distribuição dos idosos segundo sexo e utilização dos serviços médicos e dentários e sexo de Guarapuava – PR. 2010.

Serviços de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Serviço médico utilizado						
Instituição pública	88	69,3	162	71,1	250	70,4
Plano de saúde	11	8,6	32	14,0	43	12,1
Médico particular	8	6,3	12	5,3	20	5,6
Outros	1	0,8	1	0,4	2	0,6
Não procura	19	15,0	21	9,2	40	11,3
Serviço dentário utilizado						
Instituição pública	35	27,8	56	24,9	91	25,9
Plano de saúde	5	4,0	4	1,8	9	2,6
Dentista particular	17	13,5	35	15,6	52	14,8
Outros	-	-	4	1,7	4	1,1
Não procura	69	54,8	126	56,0	195	55,6

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Tabela 10 – Distribuição dos idosos segundo utilização de serviços médicos e variáveis sociodemográficas. Guarapuava – PR, 2010.

Variáveis	Utiliza		Não Utiliza		RP	IC	Valor de p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	207	65,7	19	47,5		1	
Masculino	108	34,3	21	52,5	1,4	(1,04-1,83)	0,0240
Idade							
60-69	189	60,4	24	60,0		1	-
70-79	87	27,8	13	32,5	1,1	(0,83-1,34)	0,6580
80 e mais	37	11,8	3	7,5	0,9	(0,79-1,08)	0,3306*
Grau de escolaridade							
Curso superior/2º grau completo	8	2,5	-	-		1	
Ginásio ou 1º grau	16	5,1	3	7,5		-	0,2332
Primário	167	53,0	27	67,5		-	0,2569
Nenhuma/Não sabe ler e escrever	124	39,4	10	25,0		-	0,4229
Estado conjugal							
Casado/Morando junto	186	59,0	20	50,0		1	-
Nunca casou/ viúvo/divorciado	129	41,0	20	50,0	1,2	(0,88-1,59)	0,2747
Arranjo familiar							
Mora com alguém	276	87,6	32	80,0		1	-
Mora só	39	12,4	8	20,0	1,1	(0,96-1,25)	0,1804*
Renda familiar							
3 e mais salários	20	7,4	5	16,1		1	-
1 a 3 salários	160	59,5	17	54,8	0,5	(1,20-0,20)	0,1183*
0 a 1 salário	89	33,1	9	29,0	0,8	(1,21-0,22)	0,1285
Residência							
Zona urbana	250	79,4	35	87,5		1	-
Zona rural	65	20,6	5	12,5	0,9	(1,06-0,68)	0,2231*

*Teste de Fisher.

** Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Com referência ao estado conjugal não houve diferença significativa no uso dos serviços entre os casados, solteiros e viúvos, entretanto os que nunca casaram, viúvos e divorciados apresentaram 1,2 chances a mais de não utilizar os serviços médicos. Com relação à renda familiar, os idosos que recebem de 1 a 3 salários mínimos são os que mais utilizam os serviços, contudo, a prevalência dos que não utilizam também apresentou maior porcentagem nesta faixa etária.

Com referência a utilização de serviços dentários houve semelhança entre os sexos, sem significância significativa. Analisando o grau de escolaridade não houve associação com relação aos anos de estudo e a utilização dos serviços odontológicos. Contudo, 56,4% dos idosos que utilizam os serviços odontológicos apresentaram grau de escolaridade primário. Com relação ao arranjo familiar, 87,8% dos idosos que moram com alguém utilizam os serviços odontológicos e 84% residem na zona urbana (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos idosos segundo utilização de serviços dentários e variáveis sociodemográficas. Guarapuava – PR. 2010.

Variáveis	Utiliza		Não Utiliza		RP	IC	Valor de p^*
	N	%	N	%			
Sexo							
Masculino	59	37,8	69	35,6		1	-
Feminino	97	62,2	125	64,4	1,1	(0,81-1,40)	0,6635
Idade							
60-69	93	60,0	118	61,1		1	-
70-79	43	27,7	55	28,5	1,0	(0,86-1,17)	0,9739
80 e mais	19	12,3	20	10,4	1,0	(1,08-0,87)	0,5922
Grau de escolaridade							
Curso superior/2º Grau completo	5	3,2	4	2,1		1	-
Ginásio ou 1º Grau	14	9,0	5	2,6	0,6	(1,73-0,20)	0,5120
Primário	88	56,4	102	53,1	1,4	(0,40-5,11)	0,5872
Nenhuma/Não sabe ler e escrever	49	31,4	81	42,2	2,0	(0,57-6,85)	0,2876
Estado conjugal							
Casado/morando junto	95	60,9	112	57,7		1	-
Nunca casou/ viúvo/divorciado	61	39,1	82	42,3	1,1	(0,89-1,26)	0,5493
Arranjo familiar							
Mora com alguém	137	87,8	167	86,1		1	-
Mora só	19	12,2	27	13,9	1,0	(0,94-1,11)	0,6324
Renda familiar							
3 e mais salários	12	9,5	11	6,5		1	-
1 a 3 salários	80	63,5	95	56,2	1,3	(0,58-2,71)-	0,5592
0 a 1 salário	34	27,0	63	37,3	1,8	(0,85-3,63)	0,1288
Residência							
Zona urbana	131	84,0	153	78,9		1	-
Zona rural	25	16,0	41	21,1	1,1	(0,96-1,18)	0,2246

*Teste exato de Fisher.

** Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

4.3 CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

Foi observado na Tabela 12, o grau de dependência dos idosos participantes do estudo, que se caracterizam como: sem dependência; dependência leve e dependência moderada/grave. As mulheres referiram mais dependência que os homens, tanto na dependência leve (77,5% contra 58,6%) quanto a dependência moderada ou grave (33,6% contra 20,3%). Interessante observar que os idosos de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos referiram mais frequentemente dependência leve do que os idosos com mais de 80 anos. Por outro lado a dependência moderada ou grave foi referida por 30,4% dos idosos de 70 a 79 anos e por 42,5% dos idosos com 80 anos ou mais (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos idosos segundo grau de dependência e variáveis sociodemográficas. Guarapuava - PR. 2010.

Variáveis sociodemográficas*	Sem dependência		Dependência leve		Dependência moderada/grave	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	27	21,1	75	58,6	26	20,3
Feminino	9	7,0	179	77,5	43	33,6
Idade						
60-69	27	12,4	169	77,9	21	9,7
70-79	7	6,9	64	62,7	31	30,4
80 e mais	2	5,0	21	52,5	17	42,5
Grau de escolaridade						
Nenhuma	3	4,8	43	69,4	16	25,8
Primário	21	10,8	141	72,7	32	16,5
Ginásio ou 1º Grau	7	36,8	10	52,6	2	10,5
2º Grau completo	1	16,7	4	66,7	1	16,7
Curso superior	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Não sabe ler e escrever	3	4,1	54	74,0	16	21,9
Arranjo Familiar						
Mora só	1	2,0	40	81,6	8	16,3
Mora com alguém	35	11,3	214	69,0	61	19,7
Trabalho Remunerado						
Aposentado	23	7,9	208	71,2	61	20,9
Aposentado e trabalho remunerado	13	21,3	43	70,5	5	8,2
Local de residência						
Zona rural	5	5,6	75	83,3	10	11,1
Zona urbana	31	11,5	179	66,5	59	21,9

Estado conjugal						
Casado/morando junto	29	14,0	144	69,6	34	16,4
Viúvo	5	4,0	88	71,0	31	25,0
Divorciado/separado	2	10,0	15	75,0	3	15,0
Nunca casou	-	-	7	87,5	1	12,5
Renda familiar						
0 a 1 salário	4	3,9	83	81,4	15	14,7
1 a 3 salários	19	10,6	120	67,0	40	22,3
3 e mais salários	4	14,8	16	59,3	7	25,9

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Observou-se que os idosos com menor grau de escolaridade, ou não sabem ler ou escrever ou não foram a escola são mais dependentes moderados ou graves do que os idosos com nível mais elevado de escolaridade.

Dos idosos que moram com alguém (familiar/cuidador), 11,3% demonstraram não possuir nenhum grau de dependência e os que vivem sozinhos 16,3% são dependentes moderados/graves, necessitando de auxílio para realização de suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), como comer, preparar sua comida, tomar banho, escovar os dentes, pentear os cabelos, entre outras.

Com relação ao trabalho remunerado 70,5% dos entrevistados possuem dependência leve, mas ainda trabalham, auxiliam financeiramente suas famílias. Dos aposentados, o maior contingente dos idosos apresentou-se com dependência leve (71,2%). Também observou-se que os idosos que residem na zona urbana possuem mais comprometimento da capacidade funcional que os idosos que residem na zona rural, pois 21,9% que residem na zona urbana apresentaram-se com dependência moderada/grave (Tabela 12).

Nota-se que entre 70-79 anos um aumento de 3 (três) vezes a chance de ter dependência moderada/grave e aumenta até cerca de 6 (seis) vezes entre 80 anos ou mais. A variável sexo está associada à dependência ($p= 0,0002$), sendo aproximadamente 3 (três) vezes maior a prevalência das mulheres possuem dependência moderada ou grave comparada com os homens (Tabela 13).

Com referência ao grau de escolaridade, quanto menor o grau escolar maior a chance de possuir dependência moderada/grave, aumentando 1,2 e 3,1 vezes para o nível primário e para nenhuma escolaridade e não sabe ler e escrever, respectivamente. O fator arranjo familiar, morar só, apresentou 3,2 chances de possuir dependência moderada/grave, embora estatisticamente não significativo. Para os idosos viúvos, solteiros e que nunca casaram, categoria de maior oportunidade para a dependência moderada/grave a razão de prevalência foi de 1,6.

Tabela 13 – Distribuição dos idosos sem dependência e com dependência moderada ou grave, segundo variáveis sociodemográficas. Guarapuava - PR. 2010.

Variáveis sociodemográficas	Sem dependência		Dependência Moderada/Grave		RP	IC	Valor de p*
	N	%	N	%			
Idade							
60-69	27	75,0	21	30,4		1	-
70-79	7	19,4	31	44,9	3,05	(1,5-6,24)	0,0003
80 e mais	2	5,6	17	24,6	5,34	(1,41-20,3)	0,0006
Sexo							
Masculino	27	75,0	26	37,7		1	-
Feminino	9	25,0	43	62,3	2,94	(1,56-5,44)	0,0002
Grau de escolaridade							
Curso superior/2º Grau	2	5,6	2	2,9		1	-
Ginásio ou 1º Grau	7	19,4	2	2,9	0,64	(0,23-1,82)	0,4249
Primário	21	58,3	32	47,1	1,26	(0,45-3,53)	0,5341
Nenhuma/não sabe ler e escrever	6	16,7	32	47,1	3,17	(0,93-10,78)	0,1579
Arranjo Familiar							
Mora com alguém	35	97,2	61	88,4		1	-
Mora só	1	2,8	8	11,6	3,2	(0,51-21,2)	0,1190
Trabalho							
Remunerado							
Aposentado e trabalho remunerado	13	36,1	5	7,5		1	-
Aposentado	23	63,9	61	92,5	4,8	(2,04-11,12)	0,0003
Local de Residência							
Zona urbana	31	86,1	59	85,5		1	-
Zona rural	5	13,9	10	14,5	1,0	(0,48-2,23)	0,9331
Estado conjugal							
Casado/morando junto	29	80,6	34	49,3		1	-
Nunca casou/ viúvo/ divorciado	7	19,4	35	50,7	1,6	(1,20-2,23)	0,0019
Renda familiar							
0 a 1 salário	4	14,8	15	24,2		1	-
1 a 3 salários	19	70,4	40	64,5	0,6	(1,65-0,25)	0,6307*
3 e mais salários	4	14,8	7	11,3	0,7	(1,43-0,38)	0,3607

* Teste exato de Fisher

** Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Já a Tabela 14, representou as razões de prevalência dos fatores sociodemográficos, influenciarem o grau de dependência leve.

Tabela 14 – Distribuição dos idosos sem dependência e com dependência leve, segundo variáveis sociodemográficas. Guarapuava, 2010.

Variáveis sociodemográficas	Sem dependência		Dependência Leve		RP	IC	Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%			
Idade							
60-69	27	75,0	169	66,5		1	-
70-79	7	19,4	64	25,2	0,8	(0,92-0,74)	0,0003
80 e mais	2	5,6	21	8,3	1,0	(0,92-1,19)	0,4965
Sexo							
Masculino	27	75,0	75	29,5		1	-
Feminino	9	25,0	179	70,5	2,5	(1,80-3,57)	0,0000
Grau de escolaridade							
Curso superior/2º Grau	2	5,6	5	2,0		1	-
Ginásio ou 1º Grau	7	19,4	10	4,0	0,7	(2,63-0,17)	0,5620*
Primário	21	58,3	141	55,7	2,5	(0,54-11,95)	0,2383
Nenhuma/Não sabe ler e escrever	6	16,7	97	38,3	5,1	(1,23-21,18)	0,0249*
Arranjo Familiar							
Mora com alguém	35	97,2	214	84,3		1	-
Mora só	1	2,8	40	15,7	1,2	(1,01-1,32)	0,0365*
Trabalho							
Remunerado							
Aposentado e trabalho remunerado	13	36,1	43	17,2		1	-
Aposentado	23	63,9	208	82,8	2,1	(1,22-3,65)	0,0072
Local de Residência							
Zona urbana	31	86,1	179	70,5		1	-
Zona rural	5	13,9	75	29,5	1,2	(1,00-1,49)	0,0494*
Estado conjugal							
Casado/morando junto	29	80,6	144	56,7		1	-
Nunca casou/viúvo/ divorciado	7	19,4	110	43,3	1,4	(1,10-1,83)	0,0063*
Renda familiar							
0 a 1* salário	4	14,8	83	37,9		1	-
1 a 3 salários	19	70,4	120	54,8	0,4	(0,91-0,20)	0,0281*
3 e mais salários	4	14,8	16	7,3	0,6	(0,92-0,39)	0,0182*

*Teste de Fisher

** Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

Similar a dependência moderada/grave, o sexo feminino esta fortemente associada a ter dependência leve, com razão de prevalência de 2,5 ($p < 0,001$).

Houve associação entre o grau de escolaridade e sua influência para o grau de dependência leve, foi encontrada associação significativa ($p= 0,0249$) entre os idosos que não sabiam ler e escrever, com razão de prevalência de 5,1. Para os idosos que moram só a chance de possuir dependência leve apresentou 1,2 vezes maior que os que moram com alguém (familiares/cuidadores). Com referência ao trabalho remunerado, os idosos aposentados possuem 2,1 vezes a mais de possuir dependência moderada/grave comparado com os que possuem algum trabalho remunerado, além da aposentadoria (Tabela 14).

Com relação aos idosos que residem na zona rural a razão de prevalência de dependência leve é 1,2, apresentando associação significativa ($p=0,0494$). Novamente, o estado conjugal viúvo, divorciado ou que nunca casou é um fator de risco para prejudicar a capacidade funcional, pois apresentou razão de prevalência de 1,2 e nível de significância de 0,0063. Renda familiar de 1 a 3 salários e 3 e mais salários mínimos foi identificado como fator de proteção para a dependência leve, além de ser estatisticamente significativo ($p=0,0281$ e $p=0,0182$, respectivamente) (Tabela 14).

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

O aumento significativo da população de idosos vem sendo motivo de grande preocupação pelas implicações que podem trazer no atendimento às necessidades básicas deste segmento etário, visto que, a maioria apresenta-se com nível socioeconômico baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Esses fatores sociais e de saúde podem influenciar de forma significativa no bem estar físico, mental e social dos indivíduos da terceira idade (TORRES; REIS, L.; REIS, L.; FERNANDES, 2009).

Dentre os resultados evidenciados neste estudo, o maior percentual foi de mulheres (64,3%), o que pode ser comparado com o percentual total de mulheres residentes no município de Guarapuava, que segundo estimativas do IBGE para 2009 é de 50,8%. Este fato pode estar relacionado à maior longevidade destas em relação aos homens, além de corroborar com o panorama de feminilização do envelhecimento, que tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco com relação ao ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (SILVA; LOPES; ARAUJO; MORAES, 2006; TORRES; REIS, L.; REIS, L.; FERNANDES, 2009).

Em relação à alfabetização observou-se um contingente de 21,6% de mulheres idosas que não sabem ler e escrever e 21,2% são alfabetizadas, mas não possuem anos de estudo e apenas 1(um) homem idoso (1,4%) de 60-69 anos possui ensino superior. Este percentual mostra o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, pois o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, visto que no passado, a cultura não valorizava a educação escolar para as mulheres que, muitas vezes, eram criadas para serem boas esposas, mães e donas-de-casa. Neste momento, compreende-se melhor o porquê de muitas iniciativas públicas e ações não-governamentais se voltarem à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos (INOUE; PEDRAZANNI, 2007). Dados da PNAD revelam que 9,4% das pessoas entre 60 e 64 anos são analfabetas no Brasil e de 65 anos ou mais este percentual aumenta para 29,4%, além de um aumento percentual de 10 pontos na taxa de analfabetismo nos últimos dez anos (PLANO NACIONAL POR AMOSTRAS A DOMICÍLIO, 2010; TAVARES; GUIDETTI;

SAÚDE, 2008). No município de Guarapuava, a proporção da população residente de 50 anos ou mais alfabetizada, chega a 77,5%, o que difere dos dados encontrados neste estudo, contudo, este valor foi considerado para pessoas acima de 50 anos e a população em estudo foi acima de 60 anos (BRASIL, 2010).

Com relação ao estado conjugal houve predominância de mulheres viúvas (43,7%), que pode ser explicado pelo fato de que as mulheres idosas constituíram o maior número de sujeitos deste estudo, também, em virtude da maior expectativa de vida das mulheres e da tendência do homens viúvos de encontrarem outra companheira, em especial em idades avançadas, dado comprovado neste estudo, o qual demonstrou que a porcentagem de mulheres solteiras de 80 anos ou mais é de 7,1% e de homens esta porcentagem é de zero (BALDIN; FORTES, 2008).

Essa situação pode ser devido ao fato das mulheres casarem mais jovens que seus esposos, possuem maior longevidade e dificilmente voltarem a casar (MORAES; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). As mulheres, uma vez viúvas, vivem sós, como mostra o estudo realizado em comunidades coreanas, em que, no total de 97 idosos mais velhos que viviam sós, em 32 comunidades rurais coreanas, encontraram 10 homens e 87 mulheres, sendo a morte dos esposos a causa delas viverem sós, mostrando assim, um fenômeno com características que envolvem todos mundialmente (AHN; KIM, 2004).

Os dados do IBGE (2008), 40% dos idosos brasileiros possuem uma renda familiar menor que um salário mínimo, o que corrobora com os achados deste estudo, visto que 72,7% das famílias dos homens e 70,6% das mulheres entrevistadas recebem de 0 a 1 salário. De acordo, com os dados da PNAD, cerca de 40% da renda familiar nas regiões do Nordeste e Sudeste, eram provenientes da aposentadoria (LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006). No ano de 1997, para a população idosa masculina, as aposentadorias contribuíam com aproximadamente 46% da renda dos que tinham entre 60 e 64 anos e 82% dos rendimentos da população maior de 80 anos (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006). Neste estudo, observamos que, 32,5% das mulheres e 23,4% dos homens ainda possuem um trabalho remunerado além da aposentadoria. Para World Health Organization (2005) ter uma renda a mais reflete um efeito positivo e relevante sobre o envelhecimento ativo, pois, contribui com orçamento familiar, e o idoso possui autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais, alimentares, para adquirir alimentos saudáveis, realizar passeios, viagens aumentando assim seu vínculo social; comprar medicamentos, além dos distribuídos na saúde pública.

Relacionado ao uso de medicamentos 76% dos entrevistados fazem uso regularmente e contínuo para seu problema de saúde. A baixa frequência de uso dos recursos não

farmacológicos para o manejo de problemas médicos, o fácil acesso a medicações, como em Guarapuava, através dos programas desenvolvidos no SUS, em que a maioria dos medicamentos antihipertensivos, antidiabéticos, antiinflamatórios, analgésicos, entre outros, são distribuídos na rede pública, são fatores que contribuem para o consumo elevado de medicamentos pela população de idosos, entretanto, quando relacionado este percentual a porcentagem de problemas de saúde referidos pelos idosos da pesquisa não torna-se o uso de medicamentos acima do esperado (FLORES; MENGUE, 2005).

Hipertensão, diabetes e artrite/artrose foram às doenças crônicas mais prevalentes apresentadas pelos idosos, o que corrobora com achados de outros estudos (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; CAVALCANTI, C.; GONÇALVEZ; ASCIUTI; CAVALCANTI, A., 2009). A prevalência da hipertensão nos idosos da população brasileira é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbi-mortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica (CONTIERO; POZATI; CHALLOUTS; CARREIRA; MARCON, 2009). A frequência da hipertensão auto-referida pelos idosos da pesquisa foi de 30,5% entre os homens e 37,1% entre as mulheres, e representou 34,9% do total das doenças relatadas. Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, como estilo de vida, hábitos alimentares, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. Este fato, corrobora com mais resultados da pesquisa, os quais, 8,7% dos idosos relataram apresentar doenças do coração (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Com relação à alta prevalência de diabetes encontrada nos idosos do estudo e haver vasta literatura sobre os benefícios do controle do diabetes, foi apresentado em estudos de inquéritos populacionais norte-americanos, que de 1988 a 2000 houve um aumento da prevalência de diabetes entre idosos e um declínio no controle glicêmico nesta população (KORO; BOWLIN; BOURGEOIS; FEDDER, 2004). A alta incidência de diabetes na população idosa causa elevado declínio cognitivo, físico e aumenta consideravelmente as síndromes geriátricas, indicando assim, a necessidade de aumentar o foco de atenção da saúde pública para encontrar os meios de reduzir esta carga, por meio da educação em saúde, prevenção das complicações da doença e alimentação correta (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

A terceira doença mais prevalente referida pelos idosos da pesquisa foi a artrite ou o reumatismo, que segundos estudos representa a principal causa de incapacidades, na

população norte-americana, e espera-se que sua prevalência aumente com o envelhecimento populacional (HOOTMAN; BOLEN; HELMICK; LANGMAID, 2006). No Brasil, apesar da alta prevalência entre a população de idosos, a artrite não está na pauta da saúde pública. Recomenda-se que sua inclusão seja para a melhora do diagnóstico e implementação de programas educacionais, enfatizando o autocuidado para prevenção da incapacidade (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008).

Segundo dados do IBGE, inquéritos populacionais realizados no país demonstram que a maioria dos idosos (80 %) apresenta pelo menos uma doença crônica, e uma significativa parcela, 33%, três ou mais agravos (IBGE, 2006), pois isso os profissionais de saúde devem estar atentos com as co-morbidades na população idosa, pois estas doenças apresentam-se concomitantes e são responsabilidades do serviço de saúde, das UBS e do enfermeiro conhecer esta realidade para implementar ações específicas para o bem estar físico do idoso (LEITE-CAVALCANTI; RODRIGUES-GONÇALVES; RIOS-ASCIUTTI; LEITE-CAVALCANTI, 2009).

O enfermeiro de saúde pública enfoca sua assistência voltada para à saúde da comunidade, para isso, tem que ter conhecimentos interdisciplinares, atuar com outros profissionais, além de possuir competências e habilidades exclusivas da profissão, deve ainda, atuar estimulando o autocuidado, a prevenção e não-complicação das doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso apresenta um grau diferente de dependência, doenças, comorbidades, história de vida, vínculos familiares e sociais (LIMA; TOCANTINS, 2009).

Para os idosos manterem uma vida ativa, saudável, com diminuição dos agravos das doenças crônicas é imprescindível os profissionais da atenção básica, gestores, realizarem programas e ações públicas de atividades físicas, de socialização, como passeios, viagens, grupos de convivência, aumento da rede de suporte social do idosos, além da educação em saúde, com temas sobre alimentação saudável, educação sexual, violência, direitos humanos, para proporcionar bem estar físico, mental e social, além de um envelhecimento ativo e saudável (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007b).

Quanto à utilização de ajuda ou apoio, observou-se grande contingente de idosos fazendo uso de óculos (56,5%) e próteses dentárias (74,4%). Os instrumentos de ajuda/apoio, cuja função é auxiliar o idoso com algum grau de dependência seja ela oral, visual, auditiva ou de locomoção, são importantes para garantir a autonomia e independência do idoso. Ressalta-se ainda, que a indicação adequada de dispositivos de ajuda para idosos com algum

grau de dependência é essencial para promover e preservar a capacidade funcional do idoso (JARDIM, 2007).

A percepção da própria saúde é um forte indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz de forma consistente a sobrevivência desta população e pode ser influenciada pelas doenças crônicas que os idosos apresentam, fases das doenças, possuir autonomia, ser independente fisicamente, financeiramente, entre outros fatores (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Neste estudo a prevalência da percepção de saúde “boa” foi de 54,6% entre os idosos, o que corrobora com alguns estudos, sendo um dos indicadores de percepção de saúde mais relatados, com porcentagem de 47,25% (SILVEIRA; CABRAL; CORREA; REIS, 2007), 29,2% (LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, 2003), 56,6% (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007). Em contrapartida, 31,5% dos idosos perceberam sua saúde como “ruim”, e no contexto da saúde, a autopercepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

A auto-avaliação de saúde é considerada nos dias atuais um importante indicador da condição de saúde de indivíduos e populações, sendo um forte preditor da mortalidade, especialmente em idosos. Em ampla revisão de literatura, foi detectado que ocorrem maiores riscos de ocorrência de óbito em indivíduos que haviam avaliado seu estado de saúde como regular ou ruim relativamente aos que fizeram uma auto-avaliação de saúde mais favorável (BARROS, 2008).

A prevalência de quedas nos idosos de Guarapuava foi de 16,2%, que foram relacionadas a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio, atrapalhar-se com objetos no chão, trombar em outras pessoas, subir em objetos para alcançar algo, problemas com degraus. Estudos relatam prevalência de quedas em idosos de 28,5% na Cataluña (HALLIL; ULGER; CANKURTARAN; SHORBAGI; YAVUZ; DEDE et al., 2006), 34,5% nos Estados do Sul e Nordeste brasileiro (SIQUEIRA; FACCHINI; PICCINI; TOMASI; THUMÉ; SILVEIRA; VIEIRA; HALLAL, 2007). O presente estudo incluiu as quedas ocorridas nos últimos 3 (três) meses, portanto não pode ser diretamente comparável aos resultados destes estudos, já que foram relatados os casos ocorridos há um ano. Os dados demonstram que houve um aumento do número de quedas com o avanço da idade, em ambos os sexos. Este número crescente de casos com o aumento da idade é consistente com a literatura, já que o envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando fragilidades osteomusculares, tornando fator de risco para quedas

(SIQUEIRA; FACCHINI; PICCINI; TOMASI; THUMÉ; SILVEIRA; VIEIRA; HALLAL., 2007).

Foi considerado “bom” o estado dos dentes por 37,3% dos idosos e “ruim” por 34%, esta percepção de saúde bucal pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nesta idade, justificando assim, uma prevalência similar da condição dentária “boa e ruim”. A utilização de algum tipo de prótese foi referida em 76% dos entrevistados, o que corrobora com alguns estudos, como a porcentagem de 75,1% dos idosos que utilizam prótese em Florianópolis (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007), 63% no município de São Paulo (BRASIL; 2003), 77% no município de Araçatuba (MONTI; JUSTI; FARJADO; ZAVANELLI, 2006), sugerindo que, em grande parte, as perdas de elementos dentários foram substituídas.

A percepção de saúde, entendida como aspecto subjetivo e particular dos indivíduos, e sua reação com outros aspectos do cotidiano, merece ser investigada mais profundamente, como também o modo como estas relações de percepção de saúde podem orientar comportamentos e atitudes, particularmente no grupo populacional da terceira idade (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007). Visto que, os achados do estudo relacionados com a saúde bucal, evidenciam que ainda hoje não há políticas de saúde suficientes no âmbito da saúde dentária acessível a essa faixa etária, existe deficiência de informações à população quanto aos benefícios da reabilitação bucal, higienização bucal, e da importância das consultas periódicas ao dentista (MONTI; JUSTI; FARJADO; ZAVANELLI, 2006).

5.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS

O método empregado para estudo da utilização dos serviços médicos e dentários foi a partir de uma amostra populacional obtida em áreas cobertas pelas Unidades Básicas de Saúde. Estudos de base populacional, que entrevistam os residentes no município, possuem a vantagem de identificar as pessoas que não utilizam os serviços médicos e dentários, não se limitando a captar apenas os usuários presentes no serviço, sendo esta uma característica do estudo.

O sistema de saúde no Estado do Paraná possui três níveis de resolutividade para os procedimentos de saúde ofertados pelo estado: baixa, média e alta complexidade. O estado possui Políticas de Atenção Primária que envolvem políticas estratégicas de redução da mortalidade infantil; da mortalidade por câncer; redução da violência; doença crônica degenerativas; doenças e agravos não transmissíveis; Política de Saúde da Família; Saúde Bucal; Saúde da Criança, Adolescente, Adulto, Mulher, Idoso; Saúde Mental; Vigilância nutricional; Saúde Integral da Pessoa com deficiência, entre outros. Para a Atenção Secundária e Terciária de Saúde o Paraná possui hospitais regionais, centro de referências, Hospital do Trabalhador, Consórcios Municipais, Centros de Urgência e Emergência (SESA, 2010).

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde. Em países ricos (desenvolvidos) o uso desses serviços entre pessoas acima de 65 anos é três a quatro vezes maiores do que o seu tamanho proporcional na população. Isto é reflexo do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades físicas entre os idosos (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

A utilização de serviços médicos foi maior em mulheres, o que corrobora com vários estudos (FERNANDES; BERTOLI; BARROS, 2009); TRAVASSOS; VIACAVA; PINHEIRO; BRITO (2002); LIMA-COSTA; GUERRA; FIRMO; VIDIGAL; UCHOA; BARRETO, (2002); PARSLOW; CHISTENSEN; RODGERS, 2004). Estudos realizados em vários países apontam que mulheres em idade fértil consultam mais o médico, devido a fatores ginecológicos e obstétricos, além disso, percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, visto que possuem mais acesso às informações (TRAVASSOS; VIACAVA; PINHEIRO; BRITO; 2002). Também foi constatado que no Brasil, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, padrão que se mantém quando se desagregam os dados pela restrição ou não de atividades por motivo de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA; PINHEIRO; BRITO, 2002).

No Brasil, a razão entre o custo proporcional das internações hospitalares públicas e o tamanho proporcional do número de idosos na população aumenta progressivamente com a idade: 2,3; 2,4 e 4,3 nas faixas etárias de 60-69 anos, 70-79 anos e >80 anos de idade (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). A prevalência anual de hospitalizações da população idosa varia entre países: 10% no Japão, 14% no Reino Unido, 16% na Alemanha e 18% nos Estados Unidos e Canadá. A proporção de hospitalizações nos últimos 3 (três) meses observada para os idosos de Guarapuava foi de 8,4%, abaixo desta variação dos países descritos, visto que, estas porcentagens estão relacionadas as internações de 1 (um) ano

(LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Em Guarapuava, existem 4,3 leitos e 2,8 leitos SUS de internação por 1000 habitantes (BRASIL, 2010). Diferenças mais expressivas entre países são observadas em relação à prevalência de visitas a médicos. A proporção de idosos que não haviam visitado o médico no último semestre variou entre 1% no Japão, 14% na Alemanha, 31% no Canadá, 33% no Reino Unido e 40% nos Estados Unidos, no presente trabalho, esta proporção foi de 50,1% que não haviam realizado consulta médica nos últimos três meses (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

A utilização dos idosos pelos serviços de urgência e emergência do município, pode estar relacionada, com possíveis fatores de risco presentes no território de residência deste idoso ou se são provenientes da falta de resolutividade das unidades de atenção básica, a nível primário e são procurados muitas vezes por clientes para resolução de problemas simples. No estudo, nos últimos três meses 11,7% dos entrevistados utilizaram serviços de emergência. Estes dados podem estar relacionados com as alterações demográficas e a ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas levam por sua vez a um número expressivo de pacientes aos serviços de urgência-emergência com problemas clínicos agudos (VARELA; TURRINI, 2008).

Os idosos entrevistados de 80 anos ou mais, representaram 11,8% do total de idosos que utilizam os serviços médicos, esta proporção reafirma os dados da literatura, que indivíduos com idade mais avançada apresentam grande probabilidade de realizar consultas e utilizar os serviços médicos (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; PARSLOW; CHISTENSEN; RODGERS, 2004).

O estado conjugal viúvo, divorciado/separado apresentou probabilidades de maior utilização dos serviços médicos e dentários. Em um estudo australiano foi apontado que uma separação ou divórcio levaria a uma maior procura desses serviços por ambos os sexos (PARSLOW; CHISTENSEN; RODGERS, 2004). Entretanto, as idosas viúvas entrevistadas, apresentaram maior prevalência de utilização dos serviços, e pode estar relacionado com o fato delas viverem mais que homens, tenderem a informar mais seus problemas de saúde, e procurarem mais os serviços médicos, inclusive para os problemas de menor gravidade (SOUZA; FONSECA; ALMEIDA; GOMES; POLESE; SILVA, 2009).

A proporção de idosos que procuram serviços por meio de plano de saúde foi pequena (12%) o que corrobora com o estudo realizado no município de Bambuí, Minas Gerais (LIMA-COSTA; GUERRA; FIRMO; VIDIGAL; UCHOA; BARRETO, 2002). A cobertura dos planos de saúde entre os idosos no Brasil, é de, aproximadamente, 5 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, representando 29,4% do total de idosos (PLANO NACIONAL POR

AMOSTRAS DE DOMICÍLIO, 2003). A clientela dos planos de saúde é predominantemente composta de pessoas com rendimento mais alto, ocorrendo o inverso entre os idosos que possuem apenas cobertura pelo SUS, o que é o caso dos sujeitos desta pesquisa, a qual é consoante com o baixo nível socioeconômico dos estudos comunitários (IBGE, 2009b).

A utilização dos serviços odontológicos pelos idosos revelou indicadores aos quais contribuem para a ampliação do acesso destes serviços para o idoso, sejam eles de caráter público e privado. Observou-se que 54,3% dos entrevistados não procuram os serviços odontológicos do município, apenas 3,6% foram ao dentista nos últimos 3 (três) meses. No Brasil o efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde tem relação com a renda, pois a porcentagem daqueles que nunca consultaram o dentista é nove vezes superior entre as pessoas que recebem um salário mínimo quando comparadas com as que recebem mais de vinte salários mínimos (IBGE, 2009a).

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito a um determinado grupo de pessoas. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência. Isso caracteriza a odontologia como uma das áreas da saúde que apresenta exclusão social (PINHEIRO; TORRES, 2006).

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB7 evidencia que a saúde bucal permanece como fator de exclusão social e seu enfrentamento exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais capacitados e competentes, são necessárias políticas intersetoriais, com enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado em suas três esferas de governo (ALMEIDA; ALVES; LEITE, 2010).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde buscou modificar mais intensamente o quadro existente. Foram criadas, pela Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), integradas ao Programa Saúde da Família (PSF), e houve a intensificação dos investimentos governamentais a partir de 2002: triplicação do número de ESB, duplicação da população coberta por estas equipes para 61,8 milhões e aumento de nove vezes na mobilização dos recursos financeiros, com a previsão de que foram investidos R\$ 545 milhões para a saúde bucal no ano de 2006 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal e os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios apontam que a utilização aos serviços odontológicos no Brasil é baixo,

uma vez que é elevado o percentual dos que nunca consultaram o dentista (ORGANIÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006). A associação da ida ao médico, com a ida ao dentista poderia ser estreitada, em benefício dos idosos. Da mesma maneira, especificamente em relação aos serviços públicos, a ampliação da oferta de tratamentos de maior complexidade, como os reabilitadores que é a confecção de próteses, poderia trazer benefícios adicionais para a população idosa (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007). No município de Guarapuava, os serviços de alta complexidade são oferecidos pelo CEO Centro de Especialização Odontológica (CEO), o qual oferece serviços a população geral, de todas as faixas etárias.

A presença de desigualdades com relação à renda familiar, nível de escolaridade na utilização dos serviços médicos e dentários é importante para verificar se as diferenças sociais são relacionadas com a utilização dos serviços. Observou-se que não houve grandes diferenças na utilização dos serviços médicos e dentários pelos os idosos de Guarapuava, com relação a desigualdade na renda familiar e nível de escolaridade. Para este resultado pode-se elencar alguns pressupostos como: deve haver algum componente na saúde do idoso, relacionado com o seu estrato social, mas não com a utilização dos serviços, que faz com que se observe a presença de desigualdades sociais em saúde no município. Esse componente da saúde do idoso pode estar relacionado com os hábitos e o comportamento do idoso, com a qualidade de vida, a história de vida passada e às características do meio em que o indivíduo está inserido (NORONHA; ANDRADE, 2005).

Embora o SUS seja a principal fonte pagadora dos serviços utilizados, em comparação com outras alternativas, como plano de saúde, convênios, observa-se a efetiva participação do setor privado no município de Guarapuava. Os resultados do presente estudo confirmam uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde, embora esteja focalizada nas pessoas com menor renda familiar, sem cobertura por plano de saúde.

5.3 CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

A incapacidade funcional ou disability é processo dinâmico e progressivo, consequência das doenças crônico-degenerativas e de mudanças fisiológicas associadas ao

processo de envelhecimento, podendo ocorrer de forma aguda, como por exemplo, no acidente vascular encefálico e na fratura de fêmur, que ocasionam limitações funcionais. Denominam-se limitações funcionais as restrições na realização de ações físicas e operações mentais fundamentais para a vida diária, em comparação às pessoas de mesmo sexo e faixa etária. Portanto, incapacidade funcional ou disabilidade é a limitação para a realização das atividades de vida diária AVD's, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo para manter-se independente (BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007).

A capacidade funcional abrange dois grupos de atividades: atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As AVDs e AIVDs são atividades que, para os idosos, possuem certo grau de complexidade, principalmente para aqueles idosos que já possuem algum comprometimento da sua saúde. No entanto, às AIVDs possuem um grau de complexidade maior que às AVDs devido, principalmente ao seu caráter de envolvimento social. Assim, muitos idosos são capazes de realizar todas as tarefas dentro de sua própria casa, mas se for necessário fazer qualquer atividade que necessita de um contato social fora das dependências em que está habituado ele se sente impossibilitado (PEREIRA; RODRIGUES, 2007). A incapacidade leve ou moderada prediz a incapacidade grave (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008).

No presente estudo, quando avaliada o grau de dependência segundo a sua gravidade, 70,8% dos idosos apresentavam incapacidade leve, ao passo que 19,2% apresentaram incapacidade moderada/grave. Quanto ao gênero, à incapacidade funcional é um fenômeno que difere entre homens e mulheres. Nesta pesquisa, a prevalência da incapacidade para a realização de AVD foi significativamente mais alta entre as mulheres, em comparação aos homens, com relação a este achado existem algumas hipóteses que foram levantadas para explicar essa diferença: maior sobrevivência das mulheres em relação aos homens; maior prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade de a mulher reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008).

A idade mostrou-se um fator fortemente associado à diminuição da capacidade funcional. No presente trabalho, os idosos com 80 anos ou mais tiveram alta prevalência de possuir algum grau de incapacidade funcional, quando comparado com aqueles os de 60-69 anos, o que corrobora com resultados de outros estudos, como o de Joaçaba – SP, que idosos de 70 anos ou mais apresentam positivamente associadas com capacidade funcional adequada (FIEDLER; PERES, 2008). Estudo realizado em Belo Horizonte - MG têm demonstrado que,

entre idosos, o risco de incapacidade funcional dobra a cada década de vida, a prevalência possuir dificuldade para realizar as AVD's aumentou progressivamente com a idade (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008).

Com relação à variável arranjo familiar, na análise dos fatores para dependência moderada/grave, observou-se que a categoria “mora só” mostrou-se como fator agravante da incapacidade funcional. Em um estudo multicêntrico conduzido na Finlândia, Holanda e Espanha, que comparou a prevalência, a incidência e a recuperação da incapacidade entre idosos que vivem na comunidade demonstrou que ainda que existam diferenças culturais, os laços sociais (familiares e não-familiares) são protetores da incapacidade na velhice (ZUNZUNEGUI; RODRIGUEZ-LASO; OTERO; PLUIJM; NIKULA; BLUMSTEIN et al., 2005). Quando considerada a incidência da incapacidade, os laços familiares têm maiores efeitos protetores do que os laços não-familiares, mas quando considerada a prevalência da incapacidade, os laços não-familiares são mais protetores (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008).

A capacidade funcional pode ser influenciada por fatores sociodemográficos, econômicos, culturais, psicossociais, como comportamentos relativos ao estilo de vida, como fumar, beber, comer excessivamente, manter relações sociais, conjugais, dentre outros. Sabe-se que o estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso (ROSA; BENÍCIO; LATORRE; RAMOS, 2003), o que pode sugerir estes resultados que mostraram associação significativa entre a viuvez e dependência grave ou moderada.

Dos fatores que são associados à diminuição na capacidade funcional alguns podem ser revertidos ou minimizados. A percepção que as pessoas têm de sua situação econômica, a falta de segurança que sentem em relação ao pequeno poder aquisitivo de que dispõem, aumentam as chances de perda de autonomia. Esse fator pode estar ligado também à forma como o idoso sente-se no momento, isto é, após a aposentadoria alguns idosos passam a ter de viver com rendas menores, e este fator pode influenciar sua auto-estima, comunicação, convívio social, com familiares, amigos, pois com a aposentadoria, o idoso pode relacionar com a perda de sua função na sociedade, na família e do seu estado funcional, corroborando com os achados do estudo, o qual os idosos aposentados apresentaram 4,8 chances de possuir dependência moderada ou grave (FIEDLER; PERES, 2008).

Segundo Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003):

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade

de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis. Parece, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para a eliminação de certos fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional. Fatores socioeconômicos e demográficos são pouco sujeitos a intervenções de prevenção que incluam a ação direta dos profissionais em saúde. Entretanto os programas e serviços podem incluir alguns fatores relacionados à saúde, dando ênfase aos problemas de visão, controle da hipertensão e saúde mental, passíveis de intervenção preventiva. Outrossim, o estabelecimento de ações de ordem preventiva é possibilitado pelo manejo dos fatores relativos a atividades sociais, em programas sociais, que podem facilitar e promover a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida associativa e saudável com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais.

A maior prevalência de busca por serviços médicos de instituição pública são pelos idosos com dependência moderada ou grave, com percentual de 71% , o que pode considerar que essa condição é um indicador da necessidade de cuidados à saúde, além de indicar a importância de criação de estratégias que garantam o acesso à assistência médica na atenção básica a estes indivíduos (RODRIGUES; FACCHINI; PICCINI; TOMAS; THUMÉ et al., 2009).

Os dados encontrados neste estudo sobre o grau de dependência dos idosos de Guarapuava, um município de médio porte no sul do Brasil, sugerem que os entrevistados têm sido acometidos por limitações no seu cotidiano, convivendo com dependência na realização de atividade simples, reforçando assim, a importância de avaliar a capacidade funcional do idoso e transformar este fator como parte integrante da avaliação clínica de profissionais da área médica, de enfermagem, fisioterapia, entre outros (FIEDLER; PERES, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi observado a importância da realização de estudos epidemiológicos de base domiciliar, pois são fundamentais para conhecer a distribuição dos fatores de risco presentes na população estudada, além de levantar um perfil da situação socioeconômica, de saúde, utilização de serviços médicos e dentários favorecendo a implementação de ações e políticas para o bem estar físico, mental e social dos idosos.

Durante a realização da pesquisa surgiram dificuldades na etapa de levantamento do número de idosos cadastrados, pois houve demora tanto na resposta dos profissionais como na entrega das listagens, outra consideração foi à própria distribuição geográfica do município de Guarapuava, que hoje apresenta uma área de 3.117,598 km², o que demanda mais esforço na localização dos endereços, bairros e residências, somando as condições precárias de alguns bairros em relação às ruas, estradas sem asfalto. Por outro lado algumas medidas facilitaram o processo de coleta dos dados, como a existência de contato anterior a pesquisa com alguns enfermeiros que trabalham nas UBS e parceria com a Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO.

O estudo apresentou algumas limitações, como a demora para adquirir as listas dos idosos cadastrados nas UBS, visto que em algumas unidades houve agilidade na entrega e outras dificuldade de acesso com os profissionais. O estudo por ser de natureza seccional, pode estar sujeito ao viés de sobrevivência, o que pode levar a um aumento das associações observadas, também o uso de outros respondentes, como alguém da família ou cuidador, principalmente com relação aos idosos que possuíam incapacidade funcional grave, os quais são incapazes de responder sozinho o questionário sobre seu estado de saúde, contudo, estes idosos com comprometimento funcional devem ser incluídos na amostra, pois podem comprometer seriamente os dados para formar o perfil de saúde da população estudada.

Os resultados deste trabalho, que podem ser generalizáveis para outras populações de idosos, mostram a prevalência de mulheres buscando serviços de saúde, e esta prevalência aumenta conforme a idade. As principais doenças prevalentes na população foram hipertensão, diabetes e artrite/artrose, tanto no sexo masculino como feminino e a maioria utiliza terapia medicamentosa.

A maior parte dos idosos relataram apresentar satisfação com a vida, sua auto-percepção de saúde foi boa. Também relataram a percepção da audição e visão, como boa. As baixas proporções de idosos que foram hospitalizados, fizeram tratamento fisioterápico, foram

socorrido na urgência nos últimos 3 (três) meses mostram que a maioria da população idosa estudada não foi sujeita a estes eventos nestes meses.

Com relação à utilização de serviços médicos e dentários os resultados mostraram que os idosos cadastrados nas UBS utilizam o Sistema Único de Saúde, pois 69,6% procuram serviços de saúde de instituições públicas. Também foi encontrado que a busca por estes serviços é influenciada por fatores sociodemográficos, como sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, local de residência, entre outros.

Os dados relacionados com a capacidade funcional sugerem que a maior parte dos idosos entrevistados tem sido acometida por limitações no seu cotidiano, convivendo com dependência, principalmente de grau leve, na realização de atividades simples. O que reforça a importância de avaliar a capacidade funcional do idoso e transformar este fator como parte integrante da avaliação de enfermagem e dos serviços de saúde por outros profissionais.

O perfil destes idosos indica que os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e reabilitação das doenças crônicas degenerativas, além de promover educação em saúde para propiciar a mudança no comportamento diante de situações que podem se tornar fatores de risco, auxiliando a encontrar soluções frente a momentos de fragilidade do idoso, visando melhorar seu bem estar físico mental e social, com autonomia e independência, pois possibilita intervir na promoção de saúde com ações que diminuam o aparecimento das incapacidades, e viabilizem a reabilitação quando detectadas.

Somente a oferta de serviços odontológicos, médicos específicos, de enfermagem, psicológicos, nutricionais especializados, não é um fator de ampliação da qualidade dos serviços gerontológicos, deve-se prestar um atendimento com base nas reais necessidades físicas, psicológicas, mentais dos idosos, por meio da orientação, educação em saúde, para que os mesmos busquem por serviços de qualidade, com profissionais capacitados, fazendo com que o atendimento seja resolutivo e eficaz.

Além de capacitar os profissionais de saúde, orientar a população, fornecer conhecimento sobre suas necessidades, este perfil é um componente essencial para a geração de indicadores que não são obtidos em outras fontes de dados e que são essenciais para planejamento das ações dos gestores, líderes políticos. Além de fornecer subsídios para a promoção e controle de agravos, direcionamento e qualificação do cuidado dispensado pela equipe de saúde para esta parcela da população, a qual possui suas singularidades específicas.

As diretrizes recentes para a Política Nacional de Saúde reconhecem a pessoa idosa como prioridade do SUS e a funcionalidade da política, suas normas, deveres como

paradigma da saúde do idoso, contudo, essas diretrizes não propõem os meios para diagnosticar, conhecer as capacidades físicas, fisiológicas, mentais já instaladas. O SUS necessita se organizar frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos, terapêuticos das doenças crônicas, e uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental. Será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e dentários, baixa condição socioeconômica e orientar ações concentradas na promoção de saúde, prevenção de doenças, e reabilitação das já instaladas.

No ponto de vista da enfermagem, ressalta-se a importância do enfermeiro frente à atuação na saúde do idoso, em especial na saúde pública, pois conhecendo o idoso na comunidade é possível considerá-lo em suas múltiplas interfaces, o que é de extrema importância para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar a sua independência e promover melhor bem estar físico, psíquico e social.

A concepção de necessidade de saúde no contexto da enfermagem apóia-se na compreensão biológica, psicológica e social, desta forma, uma assistência voltada para as necessidades do idoso requer atenção no seu cotidiano, conhecendo seu modo de ser e pensar. Além do acesso que possui para serviços médicos, odontológicos, grau de dependência para realizar suas atividades de vida diária, visto que, devido a esta necessidade de tornar o atendimento mais especializado, específico, formular indicadores para conhecimento do idoso na comunidade, é de extrema importância a realização de estudos epidemiológicos como este, pois auxiliam o próprio idoso, profissionais e gestores de saúde.

REFERENCIAS

- AHN, Y. H.; KIM, M. J. Health care needs of elderly in the rural community in Korea. **Publ. Health Nurs.**, Cambridge, v. 21, no. 2, p.153-161, Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.blackweel-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.0737.1209.2004.021209.x>>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.
- ANDRADE, O. G. de; RODRIGUES, R. A. P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, 2002. p. 193-199. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5701/3617>>. Acesso em: 8 ago. 2009.
- BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 43-54, jan./jun. 2008.
- BARRETO, K. M. L.; CARVALHO, E. M. F. de; FALCÃO, I. V.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade aberta à terceira idade no Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Boa Vista, v. 3, n. 3, p. 339-354, jul./set. 2003.
- BARROS, M. B. A. Inquéritos populacionais no monitoramento da saúde. In: BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. (Org.). **As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Publicap.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2009.
- BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 387-398, jul./set, 2007b.
- BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: auto-percepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1683-1690, dez. 2007.

BENEDETTI, T. R. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T.; NASSAR, S. M.; SCHWINGEL, A.; CHODZKO-ZALKO, W. Aging in Brazil: Physical Activity, Socioeconomic Conditions, and Diseases Among Older Adults in Southern Brazil. **J. Appl. Gerontol.**, Recife, v. 27, p. 631-640, 2008. Disponível em: <<http://jag.sagepub.com/content/27/5/631.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n.3, p. 312-315, maio/jun. 2007.

BONARDI, G.; SOUZA, V. B. A.; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia saúde da família. Sistema de Informação da Atenção Básica. **SIAB. Cartilha SIAB**: breve manual do usuário. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.joinville.ifsc.edu.br/.../Sistemas%20de%20Informação%20em%20Saúde/cartilha_siab.doc>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br>>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SABE Brasil**. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003: Resultados Principais. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF. 2006. 192 p. Caderno de Atenção Básica, n.19. Série A: normas e manuais técnicos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde: Município de Guarapuava-PR**, Guarapuava, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/PR/PR_Guarapuava_Geral.xls>. Acesso em: 3 nov. 2009.

CAMARANO, A. M.; PASINATO, M. T. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Resenha. **Rev. Pensar BH/Política Social**. [S. l.], set./nov. 2005. Disponível em: <<http://www.portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

CAMPOS, S. **Política Nacional de Saúde do Idoso: geriatria/idoso**. 2004. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/13887>>. Acesso em: 1 dez. 2009.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em: <<http://www.abopbrasil.org.br/arqs/Documento50.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2009.]
- CONTIERO, A. P.; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R. I.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 62-70, mar. 2009.
- COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 32-39, 2006.
- CURITIBA. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Departamento de Vigilância epidemiológica. Divisão de informações epidemiológicas. Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. **Número de óbito materno, nascido vivo, e razão de mortalidade materna**. Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/boletim_epid/2009/Boletim_Epidemiologico_N30.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.
- CURITIBA. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Departamento de Vigilância epidemiológica. Superintendências de Políticas de Atenção Primária. **Políticas estratégicas**. Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1107>>. Acesso: 10 jan. 2011.
- FERNANDES, L. C.; BERTOLI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.
- FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, p. 3-6, 2002. Suplemento 1.
- GIACOMI, K. C.; PEIXOTO, S. V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.
- HALLIL, M.; ULGER, Z.; CANKURTARAN, M.; SHORBAGI, A.; YAVUZ, B. B.; DEDE, D. et al. Falls and the elderly: is there any difference in the developing world? A cross sectional study from Turkey. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, Amsterdam, v. 43, no. 3, p. 351-359, Nov./Dec. 2006.

HOOTMAN, J.; BOLEN, J.; HELMICK, C.; LANGMAID, G. Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation – United States, 2003-2005. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, Atlanta, v. 55, n. 40, p. 1089-1092, Oct. 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Comentários**: indicadores do período de 2004 a 2009. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

IBGE. **População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 7 set. 2009.

IBGE. **Sobre a condição de saúde dos idosos**: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, set./out. 2007. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_04.pdf> Acesso em: 12 set. 2009.

IPARDES. **Caderno Estatístico-Município de Guarapuava**. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85000&btOk=ok>>. Acesso em: 28 jul. 2009.

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)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

KORO, C. E.; BOWLIN, S. J.; BOURGEOIS, N.; FEDDER, D. O. Glycemic control from 1988 to 2000 among U.S. adults diagnosed with type 2 diabetes: a preliminary report. **Diabetes Care.**, New York, v. 27, n. 1, p. 17-20, 2004.

LEITE-CAVALCANTI, C.; RODRIGUES-GONÇALVES, M. DA C.; RIOS-ASCIUTTI, L. S.; LEITE-CAVALCANTI, A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Alayón – Complicacion **Rev. Salud Pública**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 865-877, dez. 2009.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 367-373, maio/jun. 2009.

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 de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O. A.; VIDIGAL, P. G.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 177-186, jan./fev. 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc. & Saúd. Colet.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 941-950, 2006.

LOPES, F. L.; TIER, C. G.; LUNARDI FILHO, W. L.; SANTOS, S. S. C. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2007.

MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.4, n.1, p. 25-36, jan./abr. 2005.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. A. H.; MATHIAS, T. A. F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2007.

MONTI, L. M.; JUSTI, M. M.; FARJADO, R. S.; ZAVANELLI, A. C. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 35-47, ago. 2006.

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

MORAES, E. P.; 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 Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-83. abr./jun. 2008.

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

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos *serviços de saúde entre os idosos na América Latina*. **Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 17, n. 5/6, p. 410-418, 2005.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition in the Americas: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quart.**, New York, v. 83, no. 4, p. 731-757, 2005. Disponível em: <<http://www.milbank.org/quarterly/830418omran.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/Ministério da Saúde. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf>. Acesso em: 15 maio 2006.

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, 2004.

PARSLOW, R. J.; CHISTENSEN, H. J. P.; RODGERS, B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older australians. **Soc. Sci. Med.**, [S.l.], v. 59, n. 10, p. 2121-2129, 2004.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serviços Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M. C. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-GO. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 12, n. 109, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd109/perfil-da-capacidade-funcional-em-idosos.htm>>. Acesso em: 17 set. 2010.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Text. Envelhec.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 43-59, 2003.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. G. Z. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

PINTO, L. P.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura no Brasil. **Rev. Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-99, 2004.

PLANO NACIONAL POR AMOSTRAS DE DOMICÍLIO, Brasil. Cometários: Indicadores do pedido de 2004 a 2009. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://fichasmarra.wordpress.com/2010/11/16/disparidades-regionais-e-planejamento-no-brasil/>>. Acesso em: 17 set. 2010

RODRIGUES, M. A.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, L. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n4/7272.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2009.

ROSA, T. E. C.; BENICÍO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Departamento de Vigilância epidemiológica. Divisão de informações epidemiológicas. Sistemas de Informações sobre nascidos vivos. Sistemas de informações sobre mortalidade. **Número de óbito materno, nascido vivo, e razão de mortalidade materna**. Curitiba, 2009.

SILVA, M. J.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, M. F. M.; MORAES, L. A. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 14-20, 2006.

SILVEIRA, S. R.; CABRAL, G. T. R.; CORREA, L. B.; REIS, L. B. Análise do perfil do idoso atendidos por um Programa de Saúde da Família do bairro Araças em Vila Velha- ES. **Ciênc. & Saúd. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1683-1690, 2007.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.749-756, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2010.

SOUZA, A. L. F.; FONSECA, D. M. C.; ALMEIDA, G. S. C.; GOMES, O. E.; POLESE, J. C.; SILVA, S. L. et al. Frequência de suspeita de depressão em idosos atendidos em um ambulatório de gerontologia de Belo Horizonte. **Conscientia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 627-633, 2009.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev. Eletrônica Enferma.**, Goiás, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>>. Acesso em: 13 out. 2009.

TORRES, G. V.; REIS, L. A. dos; REIS, L. A. dos; FERNANDES, M. H. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Rev. Espaço Saúde**, Londrina, v.10, n. 2, p. 12-17, jun. 2009.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam. Saúd. Pública**, Washington, DC, v.11, n.5/6, p. 365-373, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500011&script=sci_arttext>.

VARELA, B. R.; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados á readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 14, n. 2, p. 87-95, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; KUSCHNIR, R.; MENDES, V. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

VERAS, R.; DUTRA, S. **Perfil do idoso brasileiro**: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ: UnATI, 2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2009

VERAS, R. P. **Pais jovens com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. 3. ed. São Paulo: Relume Dumará, 2007.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estudos Popul.**,[S.l.], v. 23, n.1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Trad. Suzana Contijo. Brasília, DF: Organização Pan – Americana de Saúde, 2005.

ZUNZUNEGUI, M. V.; RODRIGUEZ-LASO, A.; OTERO, A.; PLUIJM, S. M. F.; NIKULA, S.; BLUMSTEIN, T. et al. Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. **Eur. J. Ageing.**, [S.l.], v. 2, p. 40-47, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM
Centro de ciências da saúde
Departamento de enfermagem

Ilmo Sr. Cícero Vicentin
 Secretário de Saúde do Município de Guarapuava

Apresentamos a aluna Calíope Pilger do curso de Mestrado em Enfermagem sob orientação da Prof. Dr^o Thais Aidar de Freitas Mathias, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa como trabalho de conclusão do curso. O título do projeto é: “Características sócio-demográficas e de saúde de idosos no município de Guarapuava-PR: um estudo de base populacional”, que tem como principais objetivos: analisar o perfil sócio-demográfico e de saúde do idoso residente no município de Guarapuava-PR; caracterizar o perfil sócio-demográfico da população idosa; conhecer a opinião do idoso com relação ao seu estado de saúde; investigar a utilização dos serviços médicos e dentários pelo idoso. Para isso, estamos preparando uma amostra da população acima de 60 anos do município de Guarapuava, que serão entrevistados no domicílio. Informamos que os dados serão utilizados para o projeto de dissertação de mestrado e que é intenção contribuir para o conhecimento da saúde e de enfermagem, com isso subsidiar ações de planejamento de saúde para esta população. Asseguramos que serão observados os princípios éticos e que os dados serão analisados em conjunto, ressaltando dessa forma, a não identificação de casos isolados. Será aplicado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, com explicação da pesquisa e informações éticas.

Agradecemos a nos colocamos a disposição para quaisquer informações adicionais que julgar necessária.

Atenciosamente,

_____/_____/_____

 Thais Aidar de Freitas Mathias
 Prof. Adjunto/ UEM

 Calíope Pilger
 Mestrando em Enfermagem/UEM

Eu _____ representante do Secretário de Saúde do Município de Guarapuava concordo com as atividades que serão desenvolvidas, sob responsabilidade de Calíope Pilger e Thais Aidar de Freitas Mathias no projeto acima descrito.

 Cícero Vicentin
 Secretário de Saúde de Guarapuava

Guarapuava, ____/____/_____

Campus Universitário – Av. Colombo, 5590 – Fone/Fax (0**44) 32614471
 CEP 87020-900 – Maringá – Paraná

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Calíope Pilger, mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM e a professora orientadora Dra Thais Aidar de Freitas Mathias, estamos realizando uma pesquisa intitulada “Características sócio-demográficas e de saúde de idosos no município de Guarapuava-PR: um estudo de base populacional”.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o perfil sócio-demográfico e de saúde do idoso residente no município de Guarapuava-PR..

Para isso, precisamos de sua colaboração, mas o (a) senhor (a) precisa estar ciente que se aceitar participar deste estudo:

O (a) senhor (a) deverá responder algumas perguntas sobre: sua saúde física, mental, condições sócio-econômicas, demográficas. Estas perguntas serão feitas ao senhor (a), por entrevistadores que

- 1) Todas as informações do questionário serão mantidas em sigilo, sendo que serão utilizadas para esta pesquisa.
- 2) Os dados coletados na presente pesquisa poderão ser publicados e/ou apresentados com objetivo científico.
- 3) O seu nome será mantido em sigilo.
- 4) A sua participação não é obrigatória.
- 5) Não há nenhum risco em participar desta pesquisa.
- 6) Caso queira entrar em contato conosco, após a realização do estudo ou a qualquer momento para solicitar esclarecimentos, abaixo segue nosso endereço e telefone:

Calíope Pilger

Rua Professora Leonídea, 772,ap.02 Fone: (042) 9977-7052
Guarapuava-PR.

Thais Aidar de Freitas Mathias

Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem.Av.Colombo, 5790 –
Zona 7. Maringá-PR - CEP 87020-900
Fone (44) 3261-4318; 3261-4494.

Considerando as questões acima:

Eu, _____, aceito participar desta pesquisa, sendo que minha participação é inteiramente voluntária e estarei livre para desistir da participação, sem nenhum prejuízo para mim.

Eu recebi uma cópia deste termo e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com as pesquisadoras responsáveis.

Assinatura do participante: _____

Data: / / .

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá-UEM sala 01 bloco 10, Campus Central; fone:44-3261444.

ANEXOS

8a. Quem são essas pessoas?

Entrevistador: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta **SIM**.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
2. Pais	1	2	7	8
3. Filhos	1	2	7	8
4. Filhas	1	2	7	8
5. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
6. Netos(as)	1	2	7	8
7. Outros parentes	1	2	7	8
8. Amigos	1	2	7	8
9. Empregado(a)	1	2	7	8

9. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.

1. Satisfeito(a) (**Vá para a Q. 10 e marque N.A. na Q. 9a.**)
2. Insatisfeito(a)
3. 8. N.S./N.R.

9a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema econômico	1	2	7	8
2. Problema de saúde	1	2	7	8
3. Problema de moradia	1	2	7	8
4. Problema de transporte	1	2	7	8
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	7	8
6. Falta de atividades	1	2	7	8
7. Outro problema (especifique)				
.....	1	2	7	8

10. Observação do entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q.2.

Você acha esta informação:

1. Idade plausível/ consistente/ correta
2. O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta.

SAÚDE FÍSICA

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde

11. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.

1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior
8. N.S./N.R.

13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.

1. Melhor
2. Igual
3. Pior
8. N.S./N.R.

14. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 15 e marque N.A. nas Qs. 14a., 14b. e 14c.**)
8. N.S./N.R.

14a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Entrevistador: Especifique os problemas.

	NA	NS/NR
1.	97	98
2.	97	98
3.	97	98

14b. Há quanto tempo?

Entrevistador: Anote em meses o período de duração dos problemas

	MESES	96 MESES OU MAIS	NA	NS/NR
1.		96	97	98
2.		96	97	98
3.		96	97	98

14c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

3. Uma ou duas vezes por semana
4. Mais do que duas vezes por semana
5. Uma ou duas vezes por mês
6. Mais de duas vezes por mês
7. N.A.
8. N.S./N.R.

24. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência? (cheiro de urina)

1. Sim
2. Não

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços médicos que o(a) Sr.(a) tem direito de usar.

25. Quando o Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa. Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.; se 1,2,3,4 ou 8, vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.

Nome de onde ou a quem procura

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
3. Médicos/ Clínica particulares
4. Outros (especifique)
8. N.S./N.R.

25a. O Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS /NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção /transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique)	1	2	7	8

26. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?

1. Sim

2. Não
3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo
(Vá para Q.27 e marque N.A. na Q.26a.)
8. N.S./N.R.

26a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item 08. Outros problemas.

	SIM	NÃO	NA	NS /NR
1. O custo dos serviços médicos	1	2	7	8
2. O custo dos medicamentos que são prescritos	1	2	7	8
3. Os exames clínicos que são prescritos	1	2	7	8
4. A demora para a marcação das consultas /exames	1	2	7	8
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório	1	2	7	8
6. O tratamento oferecido pelos médicos	1	2	7	8
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico	1	2	7	8
8. Outros problemas (especifique)	1	2	7	8

27. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

Entrevistador: Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa
Nome de onde ou a quem procura

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo. (Vá para Q. 28 e marque N.A. na Q. 27a.)

1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
3. Dentista particular
4. Outros (especifique)
8. N.S./N.R.

27a. O Sr.(a) não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao dentista	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique)	1	2	7	8

28. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	8
b. Fez exames clínicos	1	2	8
c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	8
f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	8
g. Foi ao dentista	1	2	8

Atenção, Entrevistador: uma resposta sim nesta questão pode modificar algumas respostas no início desta sessão. Verifique a coerência nas respostas e, se houver contradições, tente resolvê-las antes de continuar.

28a. Dos serviços acima, qual (is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez?

Entrevistador: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	7	8
b. Fez exames clínicos	1	2	7	8
c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	7	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	7	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	7	8

f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	7	8
g. Foi ao dentista	1	2	7	8

29. O(a) Sr.(a) normalmente usa:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8

30. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar :

Entrevistador: Leia para o entrevistado apenas as ajudas mencionadas na questão anterior. Marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8
g. Outro especifique	1	2	8

31. O(a) Sr.(a) toma remédio?

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 31 e marque N.A. nas Qs. 30a.,30b. e 30c.)
8. N.S./N.R.

31a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

Entrevistador: Se nenhum vá para a Q. 31 e marque NA nas Qs. 30b. e 30c.

	NA	NS/NR
1.	97	98
2.	97	98
3.	97	98

31b. Quem receitou?

	NA	NS/NR
1.	97	98
2.	97	98
3.	97	98

31c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema financeiro	1	2	7	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7	8
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....	1	2	7	8
7. N.A.	1	2	7	8
8. N.S./N.R.	1	2	7	8

32. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?

0. Nenhuma
1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Outra pessoa da família
5. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
8. N.S./N.R.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

33. O(a) Sr.(a), capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque **NÃO** em "o".

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

34. Há alguém que ajuda o(a) Sr.(a) a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir – se, ou dar recados quando precisa?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 34 e marque N.A. na Q. 33a.**)
8. N.S./N.R.

34a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?

Entrevistador: marque apenas uma alternativa

1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Uma outra pessoa da família (quem?).....
5. Um(a) empregado(a)
6. Outro (quem?)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

35. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:

Entrevistador: *Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.*

	SIM	NÃO	NS/NR
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 (serviço religioso)	1	2	8
i. Vai a jogos (esportes)	1	2	8
j. Pratica algum esporte	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 (excursão)	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	8
r. Participa de associações/grupos de idosos	1	1	8
s. Outros (especifique)	1	2	8

36. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

1. Sim (Vá para Q. 36 e marque N.A. na Q. 35a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

36a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema com o custo	1	2	7	8
2. Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade	1	2	7	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	7	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	7	8
5. Outras razões (especifique)	1	2	7	8

RECURSOS SOCIAIS

Nesta sessão, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas idosas costumam usar na sua comunidade.

37. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?

0. Entrevistado mora só
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

38. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência (especifique)	1	2	8

38.a. Alguém da sua família necessita do seu auxílio para realizar atividades, como alimentação, higiene, cuidados com a saúde?

- a) sim
- b) não

38.b. O senhor necessita de alguém para realizar as suas atividades?

- a) sim
- b) não

39. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência (especifique)	1	2	8

40. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?

0. Entrevistado(a) não tem amigos
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

41. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos?

0. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos
1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

42. Na semana passada o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Vizinhos / amigos	1	2	8
b. Filhos(as)	1	2	8
c. Outros familiares	1	2	8
d. Outros (especifique)	1	2	8

RECURSOS ECONÔMICOS

43. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?

Entrevistador: Anote o tipo de trabalho

01. Nunca trabalhou (Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.)
02. Dona de casa (Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.)
98. N.S./N.R.

43a. Por quanto tempo?

Número de anos:.....

97. N.A. 98. N.S./N.R.

44. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

1. Sim (Vá para Q. 44 e marque N.A. na Q. 43a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

44a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

.....anos

97. N.A.
98. N.S./N.R.

45. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

	SIM	NÃO	NS/NR
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

46. Em média, qual é a sua renda mensal?

Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido)

rendimento mensal _____
N.S./N.R. 8 0 0 0 8

46a. 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. 45. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque N.A. nesta questão e na Q. 45b.

Rendimento mensal _____
N.A. 7 0 0 0 7
N.S./N.R. 8 0 0 0 8

46b. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento)

..... pessoas

97. N.A.
98. N.S./N.R.

47. Por favor, informe me se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Água encanada			
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira/congelador	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeo – cassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8

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

Entrevistador: Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel ou usa de graça) verifique em qual o entrevistado se enquadra. Especifique apenas uma alternativa.

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 entrevistado
5. Outra categoria (especifique)
8. N.S./N.R.

49. Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção

1. Melhor
2. A mesma
3. Pior
8. N.S./N.R.

50. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:

Entrevistador: Leia para o entrevistado 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. N.S./N.R.

51. Observação do entrevistador: Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima

SAÚDE MENTAL

É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr.(a), outras bastantes inadequadas. No entanto, eu gostaria que o(a) Sr.(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

52. Esta pesquisa está sendo realizada pela UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.

1. Repete UNICENTRO ou algo próximo
2. Não consegue/não repete/não responde

53. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu?

Ano do nascimento:.....

1. Ano do nascimento aparentemente correto
2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

54. Qual é o endereço de sua casa?

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

55. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?

..... anos

1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

56. O(a) Sr.(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?

Registre:.....

1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

57. Em que mês do ano nós estamos?

Mês do ano:.....

1. Mês correto
2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

58. Em que ano nós estamos?

Registre:.....

1. Ano correto
2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

59. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios.

O(a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?

Entrevistador: Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.

	SIM	NÃO
a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito	1	2
b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito	1	2
c. Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo	1	2

60. O(a) Sr.(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa?

Registre:.....

1. UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste (ou algo próximo)
2. Não se lembra ou fornece outros nomes

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr.(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.

61. O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.61 e marque N.A. na Q.60a.)
1. N.S./N.R.

61a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?

1. Sempre
2. Algumas vezes
7. N.A.
8. N.S./N.R.

62. O Sr.(a) esteve preocupado durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.62 e marque N.A. na Q.61a.)
8. N.S./N.R.

62a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?

Entrevistador: após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta:

- O(a) Sr.(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?

Registre:.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

63. O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?

Entrevistador: Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque NÃO na opção

“a” e N.A. na opção “b”. Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, **sondando**, como se segue:

- **O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?**

- **O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?**

- **O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?**

- **Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?**

- **Ou devido a outras razões?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade para dormir	1	2	7	8
b. Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo	1	2	7	8

64. O(a) Sr.(a) teve dor de cabeça no mês passado?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

65. O(a) Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?

1. Sim (Vá para Q.65 e marque N.A. na Q.64a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

65a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?

Registre:.....

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a) preocupado(a)/nervoso(a)
2. Outras razões
7. N.A.
8. N.S./N.R.

66. O(a) Sr.(a) sente que está ficando mais lerdo(a) ou com menos energia?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.66 e marque N.A. nas Qs.65a., 65b. e 65c.)
8. N.S./N.R.

66a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lerdo(a) ou com menos energia?

3. Mais lerdo(a), com menos energia no período da manhã
4. Mais lerdo(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.
7. N.A.
8. N.S./N.R.

66b. No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?

1. Com menos energia
2. Como de costume ou com mais energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

66c. Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?

1. Sim, sinto falta de energia
2. Não, não sinto falta de energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

67. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

68. O(a) Sr.(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?

1. Sim (Vá para Q.68 e marque N.A. na Q.67a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

68a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?

Registre:.....

1. Fica chateado(a)/aborrecido(a)
2. Não fica chateado(a)/aborrecido(a)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o(a) Sr.(a) se sente:

69. O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.69 e marque N.A. nas Qs.68a., 68b. e 68c.)
8. N.S./N.R.

69a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?

1. Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas
2. Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

69b. Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?

1. Pior no início do dia
2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
7. N.A.
8. N.S./N.R.

69c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?

Entrevistador: Em caso afirmativo

pergunte: **o(a) Sr.(a) chorou no último mês?** em caso negativo, anote a resposta Não.

Registre:.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

70. Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. nas Qs.69a. e 69b.**)
8. N.A.

70a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. na Q.69b.**)
3. N.A.
4. N.S./N.R.

70b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?

Entrevistador: Em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte:

a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?

b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?

c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?

1. Rejeita suicídio
2. Apenas pensamentos suicidas
3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
4. Tentou suicídio
7. N.A.
8. N.S./N.R.

71. O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?

Entrevistador: Caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte:

Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?

Registre:

0. Sem arrependimento
1. Arrepende-se mas não se culpa
2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
8. N.S./N.R.

72. Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?

1. Menciona expectativas e pensa no futuro
2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
8. N.S./N.R.

73. Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.73 e marque N.A. na Q.72a.**)
8. N.S./N.R.

73a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto? AVERIGUAR: isso é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?

1. Perda de interesse causada por depressão/nervosismo
2. Perda de interesse causada por outros motivos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

74. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

77. Você se sente desconfortável com alguém da sua família?

- a) sim
- b) não

78. Você sente que ninguém quer você por perto?

- a) sim
- b) não

79. Alguém da sua família bebe muito?

- a) sim
- b) não

80. Alguém já o obrigou a fazer coisas que não queria?

- a) sim
- b) não

81. Alguém lhe disse que você causa muitos problemas?

- a) sim
- b) não

82. Alguém próximo já tentou machucá-lo (la) ou prejudicá-lo (la) recentemente?

- a) sim
- b) não

NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO

75. Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Carência econômica	1	2	8
b. Carência de moradia	1	2	8
c. Carência de transporte	1	2	8
d. Carência de lazer	1	2	8
e. Carência de segurança	1	2	8
f. Carência de saúde	1	2	8
g. Carência de alimentação	1	2	8
h. Carência de companhia e contato pessoal	1	2	8

76. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.

Entrevistador: Anote apenas uma alternativa

- 00. Entrevistado(a) não relata problemas importantes
- 01. Problema econômico
- 02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
- 03. O medo da violência
- 04. Problema de moradia
- 05. Problema de transporte
- 06. Problemas familiares (conflitos)
- 07. Problemas de isolamento (solidão)
- 08. Preocupação com filhos/netos
- 09. Outros problemas (especifique).....
- 98. N.S/N.R.

ENTREVISTADOR: LEIA PARA O(A) ENTREVISTADO(A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:

Algumas pessoas como o(a) Sr.(a) que foram entrevistadas nesta pesquisa vão ser reentrevistadas numa outra ocasião. No caso de o(a) Sr.(a) ser uma das pessoas escolhidas (esta escolha, procedida através de sorteio) eu gostaria de pedir a sua permissão para uma nova entrevista. Esclareço que essa nova entrevista, se ocorrer, será bem pequena e eu estarei acompanhando(a) por um(a) outro(a) colega de equipe. Para isto eu gostaria de solicitar sua permissão para um novo possível contato. O(a) Sr.(a) poderia me informar seu nome completo

(_____)
e, caso o(a) Sr.(a) tenha o número do seu telefone (_____)?

Entrevistador: assegure para a pessoa entrevistada que seu nome foi solicitado apenas para facilitar uma possível rápida nova entrevista para verificação das informações coletadas por parte do entrevistador. As respostas contidas neste questionário, como também o nome do entrevistado, permanecerão estritamente confidenciais.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração.

O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?

Entrevistador: registre a resposta do entrevistado aqui

IX. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a)

1. Tempo de duração da entrevista (especifique)minutos

2. No geral, as respostas são confiáveis?

- 1. Sim
- 2. Não

3. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?

- 1. Sim
- 2. Não

4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:

- 1. Positiva
- 2. Negativa

5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:

- 1. Sim
- 2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista em algum aspecto importante?

- 1. Sim
- 2. Não
- 7. N.A.

5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?

1. Positiva 2. Negativa 7. N.A.

6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.

Entrevistador: POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME

Eu reli o questionário após a entrevista e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

NOME DO ENTREVISTADOR

DIA _____/_____/_____

NOME DO SUPERVISOR

SEXO DO ENTREVISTADOR

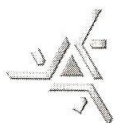
1. Masculino
2. Feminino

IDADE DO ENTREVISTADOR ANOS

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

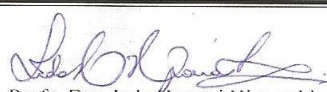
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº. 0234.0.093.000-09

PARECER Nº. 492/2009

Pesquisador (a) Responsável: Thais Aida de Freitas Mathias	
Centro/Departamento: Ciências da Saúde/DEN	
Título do projeto: Características sócio-demográficas e de saúde de idosos no município de Guarapuava-PR: um estudo de base.	
<p>Considerações:</p> <p>O presente projeto foi apresentado ao COPEP em 11/09/2009 e sendo avaliado como pendente, retornou à pesquisadora para esclarecimentos em relação à responsabilidade financeira do projeto, uma vez que conforme o descrito na página 14 do protocolo deixava dúvidas quanto aos pesquisadores e entidades de apoio ao projeto, quanto ao custeio do mesmo.</p> <p>Em nova apresentação ao Comitê, a pesquisadora apresenta declaração informando que a responsabilidade financeira do projeto está a cargo do orientador e do aluno de pós-graduação, tendo a UNICENTRO e a Secretaria de Saúde de Guarapuava como apoiadores do desenvolvimento do estudo.</p>	
<p>Parecer:</p> <p>Considerando que o item pendente foi resolvido, somos de parecer à aprovação do presente projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 9/10/2009	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/8/2010	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 183ª reunião do COPEP em 9/10/2009.</p>	 Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP